**INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL**

**UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA**

**Y DESARROLLO INSTITUCIONAL**



**INFORME VALORACIÓN DE RIESGOS DEL ISRI ENERO- DICIEMBRE 2014**

**SAN SALVADOR, ENERO 2015**

Contenido

[Introducción 3](#_Toc410204439)

[Misión del ISRI 5](#_Toc410204440)

[Visión del ISRI 5](#_Toc410204441)

[Objetivos institucionales 5](#_Toc410204442)

[Metodología empleada para el seguimiento de los riesgos 6](#_Toc410204443)

[Riesgos identificados según unidad organizativa 8](#_Toc410204444)

[Temas relacionados con los riesgos identificados 9](#_Toc410204445)

[Riesgos identificados por responsable y unidad organizativa 10](#_Toc410204446)

[Cuadro resumen de la situación de los riesgos al final del 2014 11](#_Toc410204447)

[Grado de control de los riesgos identificados 12](#_Toc410204448)

[Actividades realizadas para controlar los riesgos y situación al final del 2014, según unidad organizativa 13](#_Toc410204449)

[Almacén Central 13](#_Toc410204450)

[Unidad de Auditoría Interna 14](#_Toc410204451)

[Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAASZ) 15](#_Toc410204452)

[Centro de Aparato Locomotor (CAL) 17](#_Toc410204453)

[Centro de Audición y Lenguaje (CALE) 19](#_Toc410204454)

[Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas" 20](#_Toc410204455)

[Unidad de Comunicaciones 21](#_Toc410204456)

[Unidad de Consulta Externa 22](#_Toc410204457)

[Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA) 23](#_Toc410204458)

[Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO) 25](#_Toc410204459)

[Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) 27](#_Toc410204460)

[Centro de Rehabilitación Profesional (CRP) 31](#_Toc410204461)

[Unidad de Asesoría Jurídica 32](#_Toc410204462)

[Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional 34](#_Toc410204463)

[Unidad de Proyectos de Extensión y Cooperación 34](#_Toc410204464)

[Unidad de Regulación 35](#_Toc410204465)

[Departamento de Recursos Humanos 36](#_Toc410204466)

[Unidad de Acceso a la Información Pública (UAIP) 38](#_Toc410204467)

[Unidad de Control de Bienes Institucional (UCBI) 39](#_Toc410204468)

[Unidad Financiera Institucional (UFI) 40](#_Toc410204469)

[Conclusiones 41](#_Toc410204470)

# Introducción

*El actual Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), fue creado como Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos por Decreto número 503 del Directorio Cívico Militar de El Salvador, publicado en el Diario Oficial número 239, tomo 193 de fecha 27 de diciembre de 1961. En enero 2012, y por Decreto 970 de la Asamblea Legislativa, el nombre del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos cambió a Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral.*

*El logro de los objetivos del ISRI puede afectarse por diferentes eventos, conocidos como riesgos, los cuales puede ser reales o potenciales, por lo que es importante su identificación, así como su seguimiento, a fin de controlarlos. Las* Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISRI *establecen, en el artículo 18 del capítulo II, que el seguimiento de las acciones a tomar a fin de disminuir el riesgo, “será responsabilidad de todos los funcionarios responsables de cada dependencia institucional”. En el mismo artículo también se establece que “los resultados del seguimiento, serán comunicados a la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional”.*

*Para propósitos de este informe se consideran los siguientes factores para la cuantificación de los riesgos y los niveles de intervención:*

1. *Frecuencia o probabilidad de ocurrencia del riesgo, este se pondera y clasifica así:*

* *3: Alta (siempre o casi siempre ocurre)*
* *2: Media (ocurrirá algunas veces)*
* *1: Baja (ocurrirá raras veces)*

1. *Impacto que el riego produce, este se pondera y clasifica así:*

* *3: Alto (compromete gravemente la consecución de los objetivos)*
* *2: Medio (incide moderadamente en los objetivos)*
* *1: Bajo (afecta levemente la consecución de los objetivos)*

1. *El producto de los dos anteriores factores da por resultado la exposición al riesgo:*

* *9: Riesgo intolerable (vigilancia urgente)*
* *6: Riesgo importante (vigilancia importante)*
* *4: Riesgo moderado (vigilancia moderada)*
* *3: Riesgo moderado (vigilancia moderada)*
* *2: Riesgo tolerable (vigilancia mínima)*
* *1: Riesgo trivial (vigilancia leve)*

1. *Según los niveles de intervención aplicados, el riesgo identificado puede:*

* *ser controlado (las acciones propuestas han sido efectivas)*
* *estar en proceso (las actividades para controlarlo no se han concluido)*
* *estar no controlado (las acciones no han sido efectivas y el riesgo persiste)*
* *no tener seguimiento (se identificó el riesgo, pero no se han realizado actividades para controlarlo)*

*A continuación se presenta el* Informe valoración de riesgos del ISRI, enero-diciembre 2014*, conteniendo la misión, la visión y los objetivos institucionales; la metodología empleada para el seguimiento de los riesgos; los riesgos identificados según unidad organizativa y los temas con los que se relacionan; el responsable del seguimiento y un cuadro resumen de la situación al final del 2014; un gráfico con el grado de control de los riesgos y cuadros comparativos de las actividades programadas y realizadas para controlarlos; finalizando con algunas conclusiones. Los riesgos y sus actividades de control se transcriben tal como fueron enviados por las respectivas unidades organizativas.*

# Misión del ISRI

Somos la institución pública autónoma cuya finalidad es la provisión de servicios especializados de rehabilitación a personas con discapacidad, brindándolos con calidad y calidez, en coordinación entre el usuario y su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr su independencia funcional, calidad de vida y plena inclusión social.

# Visión del ISRI

Ser una institución en servicios de rehabilitación integral para personas con discapacidad, reconocida por su excelencia a nivel nacional e internacional.

# Objetivos institucionales

1. Brindar servicios de rehabilitación integral a la población con discapacidad en las áreas físicas, intelectuales, sensoriales, psicológicas y mixtas.
2. Promover y desarrollar programas de orientación, capacitación vocacional e inserción productiva para personas con discapacidad.
3. Contribuir a la rehabilitación, vida independiente e integridad de los adultos mayores.
4. Intervenir tempranamente las discapacidades en las diferentes áreas de atención.
5. Contribuir en la prevención y detección temprana de las discapacidades.
6. Promover la equiparación de oportunidades para la plena participación social de las personas con discapacidad.
7. Promover la investigación orientada a la consecución de sus fines.
8. Dirigir el desarrollo institucional.

# Metodología empleada para el seguimiento de los riesgos

En diciembre 2014, la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional solicitó, a los responsables de las diferentes unidades organizativas del ISRI, un informe sobre el seguimiento de los riesgos correspondiente a su área de responsabilidad, para lo cual se les envió, en formato Excel, la siguiente matriz de seguimiento a ser completada.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HOJA DE CONTROL DE SEGUIMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Unidad organizativa:** |  | | | | |  | **Fecha:** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N°** | **Riesgo identificado** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada** | **Riesgo controlado** | | | **Cargo del responsable** | **Fecha de finalización** | **Observaciones** |
| **Si** | **Proceso** | **No** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nombre y firma del responsable |  |  |  |  |  |  |  |  |

Las siguientes unidades organizativas enviaron a Planificación la información solicitada correspondiente a su área de responsabilidad:

1. Almacén Central
2. Centro de Atención a Ancianos “Sara Zaldívar” (CAASZ)
3. Centro de Audición y Lenguaje (CALE)
4. Centro de Rehabilitación de Ciegos “Eugenia de Dueñas”
5. Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)
6. Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR)
7. Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA)
8. Centro de Rehabilitación Profesional (CRP)
9. Centro del Aparato Locomotor (CAL)
10. Departamento de Recursos Humanos
11. Unidad de Acceso a la Información Pública (UAIP)
12. Unidad de Asesoría Jurídica
13. Unidad de Auditoría Interna
14. Unidad de Comunicaciones
15. Unidad de Consulta Externa
16. Unidad de Control de Bienes Institucionales (UCBI)
17. Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional
18. Unidad de Proyectos de Extensión y Cooperación
19. Unidad de Regulación
20. Unidad Financiera Institucional (UFI)

# Riesgos identificados según unidad organizativa

Del total de riesgos identificados (55) el número mayor correspondió al CRIOR con seis riesgos, el número menor correspondió a las unidades Consulta Externa, Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional, y Regulación, con un riesgo cada una.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Unidad Organizativa** | **Número de riesgos identificados** |
| 1 | Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) | 6 |
| 2 | Almacén Central | 4 |
| 3 | Asesoría Jurídica | 4 |
| 4 | Centro de Audición y Lenguaje (CALE) | 4 |
| 5 | Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA) | 4 |
| 6 | Centro del Aparato Locomotor (CAL) | 4 |
| 7 | Auditoría Interna | 3 |
| 8 | Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO) | 3 |
| 9 | Comunicaciones | 3 |
| 10 | Proyectos de Extensión y Cooperación | 3 |
| 11 | Acceso a la Información Pública (UAIP) | 2 |
| 12 | Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAASZ) | 2 |
| 13 | Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas" | 2 |
| 14 | Centro de Rehabilitación Profesional (CRP) | 2 |
| 15 | Control de Bienes Institucionales (UCBI) | 2 |
| 16 | Financiera Institucional (UFI) | 2 |
| 17 | Recursos Humanos | 2 |
| 18 | Consulta Externa | 1 |
| 19 | Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | 1 |
| 20 | Regulación | 1 |
| **Total** | | **55** |

Los riesgos identificados por los centros del ISRI (incluyendo la Consulta Externa) fueron 28, esto es 51 % del total de riesgos (28/55). Las unidades de la Administración Superior identificaron 27 riesgos.

# Temas relacionados con los riesgos identificados

El 54 % de los riesgos identificados (30/55), se relacionaron con los temas: presupuesto (9), información (7), equipamiento (5), personal del ISRI (5), y normativas (4). Los temas atención al usuario, demanda de usuarios y satisfacción del usuario fueron identificados por el Centro del Aparato Locomotor (CAL), el Centro de Audición y Lenguaje (CALE), la Consulta Externa, el Centro de Rehabilitación de Ciegos “Eugenia de Dueñas”, el Centro de Rehabilitación Profesional (CRP) y el Centro de Atención a Ancianos “Sara Zaldívar” (CAASZ).

| **No** | **Tema** | **Unidad organizativa y número de riesgos identificados por cada una** | **Número de riesgos identificados** | **Porcentaje** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Presupuesto | CALE 2: CRINA 2; CRIO 1; CRIOR 1; CRP 1; Comunicaciones 1; Proyectos y Cooperación 1 | 9 | 16 |
| 2 | Información | Almacén Central 1; Planificación 1; UAIP 2; UCBI 1; Comunicaciones 1; RRHH 1 | 7 | 13 |
| 3 | Equipamiento | Almacén Central 1; CRIOR 1; Jurídico 1; Comunicaciones 1; Proyectos y Cooperación 1 | 5 | 9 |
| 4 | Personal del ISRI | CALE 1; CRIOR 1; UFI 2; RRHH 1 | 5 | 9 |
| 5 | Normativas | CAASZ 1; CRIOR 2; Regulación 1 | 4 | 7 |
| 6 | Atención al usuario | CAL 1; CALE 1; Consulta 1 | 3 | 5 |
| 7 | Auditoría | Auditoría 3 | 3 | 5 |
| 8 | Programación | CRINA 1; CRIO 1; UCBI 1 | 3 | 5 |
| 9 | Ambiente | CAL 1; CRIOR 1 | 2 | 4 |
| 10 | Comunicación | Almacén Central 1; Jurídico 1 | 2 | 4 |
| 11 | Control | Almacén Central 1; CRIO 1 | 2 | 4 |
| 12 | Demanda de usuarios | Ciegos 1; CRP 1 | 2 | 4 |
| 13 | Proceso | CAL 1; Jurídico 1 | 2 | 4 |
| 14 | Investigación | CAL 1 | 1 | 2 |
| 15 | Legal | Jurídico 1 | 1 | 2 |
| 16 | Mantenimiento | CRINA 1 | 1 | 2 |
| 17 | Participación | Ciegos 1 | 1 | 2 |
| 18 | Satisfacción del usuario | CAASZ 1 | 1 | 2 |
| 19 | Transporte | Proyectos y Cooperación | 1 | 2 |
| **Total** | | | **55** | **100** |

# Riesgos identificados por responsable y unidad organizativa

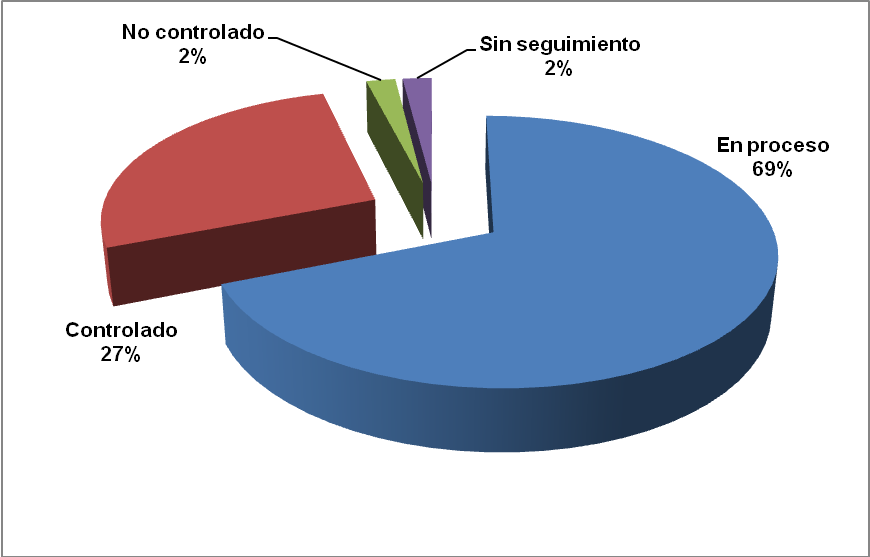
Las unidades organizativas del ISRI están formadas por centros de atención, a cargo de un director de centro; la unidad de Consulta Externa, a cargo de una jefatura; y las unidades de la Administración Superior, a cargo de jefaturas o de coordinadores. La responsabilidad del seguimiento del control de riesgos se distribuyó según se muestra en la tabla que se presenta a continuación.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Responsable del seguimiento** | **Unidad organizativa y número de riesgos identificados por cada una** | **Número de riesgos identificados** | **Porcentaje** |
| 1 | Director | CAASZ 2, CAL 4, CALE 2, Ciegos 2, CRINA 3, CRIO 2, CRIOR 6, CRP 2 | 23 | 42 |
| 2 | Jefatura | Auditoría 3, Consulta 1, CRINA 1, Jurídico 4, Planificación 1, UCBI 2, UFI 2, Comunicaciones 3, RRHH 2, Proyectos y Cooperación 3 | 22 | 40 |
| 3 | Coordinador | Almacén Central 4, Regulación 1, UAIP 2 | 7 | 13 |
| 4 | Administrador | CALE 2, CRIO 1 | 3 | 5 |
| **Total** | | | **55** | 100 |

# Cuadro resumen de la situación de los riesgos al final del 2014

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad organizativa** | **Total de riesgos identificados** | **Riesgo controlado** | **Riesgo en proceso** | **Riesgo no controlado** | **Riesgo sin seguimiento** |
| Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) | 6 |  | 6 |  |  |
| Almacén Central | 4 | 4 |  |  |  |
| Centro de Aparato Locomotor (CAL) | 4 |  | 3 |  | 1 |
| Centro de Audición y Lenguaje (CALE) | 4 | 3 | 1 |  |  |
| Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA) | 4 | 3 | 1 |  |  |
| Unidad de Asesoría Jurídica | 4 |  | 4 |  |  |
| Unidad de Auditoría Interna | 3 |  | 3 |  |  |
| Unidad de Comunicaciones | 3 |  | 3 |  |  |
| Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO) | 3 | 2 | 1 |  |  |
| Unidad de Proyectos de Extensión y Cooperación | 3 | 1 | 1 | 1 |  |
| Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAASZ) | 2 | 1 | 1 |  |  |
| Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas" | 2 |  | 2 |  |  |
| Centro de Rehabilitación Profesional (CRP) | 2 |  | 2 |  |  |
| Departamento de Recursos Humanos | 2 |  | 2 |  |  |
| Unidad de Acceso a la Información Pública (UAIP) | 2 |  | 2 |  |  |
| Unidad de Control de Bienes Institucional (UCBI) | 2 |  | 2 |  |  |
| Unidad Financiera Institucional (UFI) | 2 |  | 2 |  |  |
| Unidad de Consulta Externa | 1 | 1 |  |  |  |
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | 1 |  | 1 |  |  |
| Unidad de Regulación | 1 |  | 1 |  |  |
| **Total** | **55** | **15** | **38** | **1** | **1** |

# Grado de control de los riesgos identificados



# Actividades realizadas para controlar los riesgos y situación al final del 2014, según unidad organizativa

## Almacén Central

| **Riesgo identificado por Almacén Central** | **Actividad de control programada** | **Actividad realizada** | **Situación del riesgo al final de 2014** |
| --- | --- | --- | --- |
| Flujo de información que no sea confiable, oportuna, suficiente y pertinente de procedencia externa e interna al Almacén Central para realización de registros en el sistema de control de bienes en el almacén del ISRI. | 1) Aplicación de lineamientos que competen al Almacén Central;  2) Revisión periódica de los mismos, a fin de procurar información confiable, oportuna, suficiente y pertinente;  3) Elaboración de cronograma de almacén;  4) Emisión de disposiciones frecuentemente. | Frecuentemente se informa de errores generados en órdenes de compra y contrato. Esto es a los administradores de contrato y a la UACI. | Controlado |
| Comunicación que no sea clara, concisa, concreta y correcta. | 1) Acceso a la información a medios de comunicación;  2) Canalización adecuada de la información emitida y solicitada al Almacén Central. | Se modificó el sistema de control de bienes en el Almacén del ISRI. | Controlado |
| Colapso del sistema de control de bienes en el Almacén del ISRI. | 1) Realización de respaldo de datos diariamente;  2) Mantenimientos al sistema de control de bienes en el almacén del ISRI frecuentemente;  3) Actualizaciones del sistema de control de bienes en el almacén del ISRI. | Realizar respaldo de la información contenida en el sistema de control de bienes en el almacén del ISRI. | Controlado |
| Equipo informático deficiente, red informática inadecuada. | Adecuación constante de equipo informático y red. | Proyecto de puntos de red para el Almacén Central, en ejecución la orden de compra 170/2014 para la realización del trabajo de puntos de red en el Almacén Central. | Controlado |

## Unidad de Auditoría Interna

| **Riesgo identificado por Unidad de Auditoría Interna** | **Actividad de control programada** | **Actividad realizada** | **Situación del riesgo al final de 2014** |
| --- | --- | --- | --- |
| Falta de conciencia de control por parte de los auditados. | Gestionar capacitaciones enfocadas en el Sistema de Control Interno previo, concurrente y posterior. | Se gestionó con Recursos Humanos se programen capacitaciones enfocadas en el Sistema de Control Interno previo, concurrente y posterior. | En proceso |
| Deficiencias en la planificación de auditorías solicitadas y evaluación de áreas que no habían sido auditadas. | 1. Se está en la fase de revisión y actualización de las Normas de la Unidad de Auditoría Interna para posteriormente pasarlas a aprobación de Junta Directiva del ISRI.  2. Solicitar a Gerencia Médica y de Servicios de Rehabilitación que se incluya a la unidad de Auditoría Interna en las capacitaciones relacionadas a las áreas técnicas y de rehabilitación. | En mayo 2014 se remitió Manual de Procedimientos de la unidad de Auditoría Interna a presidencia del ISRI, para que sea revisada por la unidad de Regulación y posterior a la revisión, el Manual sea remitido a Junta Directiva del ISRI para su aprobación.  El 08/12/2014 se presentó a Junta Directiva el Manual de Procedimientos de la Unidad el cual ya fue revisado por la unidad de Regulación. | En proceso |
| Ejecución de auditorías conforme a las nuevas Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental. | 1. Solicitud de presupuesto para cumplir con las capacitaciones requeridas en las Normas.  2. Gestionar capacitaciones con la Corte de Cuentas.  3. Gestionar capacitaciones con instituciones del Estado cuyos auditores internos están certificados. | Se ha adquirido una licencia anual en el sitio auditool.org la cual ha sido pagada por cuenta de los miembros de la unidad de Auditoría Interna con el objetivo de autocapacitarse. | En proceso |

## Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAASZ)

| **Riesgo identificado por Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAASZ)** | **Actividad de control programada** | **Actividad realizada** | **Situación del riesgo al final de 2014** |
| --- | --- | --- | --- |
| Normativa técnica desactualizada. | Actualización de lineamientos de atención del Centro y del modelo de atención. | En el primer semestre:  La Junta Directiva aprobó el Modelo de Atención y Provisión de Servicios y los Lineamientos de Atención de Servicios de Rehabilitación del CAASZ. Pendiente la divulgación.  En el segundo semestre:  Se divulgó el modelo de atención y los lineamientos a todo el personal en varias jornadas educativas que se realizan cada mes. | Controlado |
| No se ha sistematizado la satisfacción del usuario. | Elaboración de encuestas para valorar la satisfacción de los adultos mayores residentes. Se ha colocado buzón de sugerencias dirigido a adultos mayores, personal y público en general que nos visita. Se han propuesto indicadores para medir la calidad de atención. Desde el año 2013 se ha lanzado la campaña denominada Cero Tolerancia al Maltrato, se ha creado desde 2013 el grupo promotor de atención gerontológica centrada en la persona y de observatorio de maltrato a nivel del centro y se han realizado varias encuestas de satisfacción dirigidas a nuestros adultos mayores residentes que tienen conservado su estado cognitivo. Existe un Comité de adultos mayores a través del cual se escuchan las opiniones y sugerencias de los adultos mayores. Se realizan además encuestas a través de diferentes trabajos de investigación que realizan alumnos de universidades de los cuales nos queda fotocopia. | Sistematizar la satisfacción de adultos mayores. | En proceso |

## Centro de Aparato Locomotor (CAL)

| **Riesgo identificado por Centro de Aparato Locomotor (CAL)** | **Actividad de control programada** | **Actividad realizada** | **Situación del riesgo al final de 2014** |
| --- | --- | --- | --- |
| Limitar la integralidad en la oferta de servicios a usuarios en cuanto a la apertura de nuevas modalidades o áreas de atención por falta de espacio en la infraestructura del Centro. | 1) Obtener el documento de Carpeta Técnica de Remodelación de la ULAM.  2) Obtener el financiamiento para la remodelación de la ULAM. | En el primer semestre:  Replantear la solicitud de elaboración de la Carpeta Técnica del proyecto de Remodelación del CAL, mediante apoyo de una Institución aliada al ISRI.  En el segundo semestre:  1) Verificación del documento, formulación de observaciones y solicitud de solventación de dichas observaciones por el equipo de arquitectos a cargo de la Carpeta.  2) Coordinación con Club Rotario para gestionar financiamiento del proyecto a través de Club Rotary International. | En proceso |
| Demora en la intervención temprana de las discapacidades en los usuarios del Centro por prolongación de los tiempos de espera en los servicios de consulta médica fisiátrica, terapias y/o UOT. | 1) Que el médico fisiatra inicie su atención clínica en el Aparato Locomotor, según contratación de Médico Especialista 6 horas diarias.  2) Gestionar la atención de usuarios menores de edad ingresados en la ULAM, en los servicios del CRINA. | En el primer semestre:  1) Que el médico fisiatra contratado pueda ejercer su función clínica operativa, una vez concluya su asignación médica gerencial en el Instituto.  2) Concretar la propuesta de atención a usuarios pediátricos que involucran los servicios del CRINA, en la población menor de edad de la ULAM-CAL, minimizando el involucramiento de los diversos recursos del CAL en la atención a ese segmento de población.  En el segundo semestre:  1) Se ha incorporado el médico fisiatra al servicio de Consulta Externa a partir del 2 de junio del 2014.  2) Durante la gestión presidencia anterior se expuso la problemática y se solicitó la atención de menores ingresados en la ULAM, por parte del CRINA, sin embargo no existió resolución al respecto. | En proceso |
| Limitada aplicación de la actividad investigativa orientada a la revisión y elaboración de pautas terapéuticas de rehabilitación de los usuarios atendidos por el Centro. | 1) Proponer nuevamente la iniciativa a nivel de Presidencia del Instituto, una vez se de el cambio de la Administración Superior del ISRI.  2) Hacer presentación de proyecto de capacitación, justificándolo en base a ventajas de la prevención y detección temprana de la discapacidad ante los distintos niveles de atención de Región Metropolitana. | Durante el primer semestre no se logró avances en la gestión de riesgo ante los cambios en la administración del Estado y del mismo Instituto como resultado de las elecciones presidenciales.  En el segundo semestre:  1) Se ha conversado con la nueva Presidencia sobre el proyecto en cuestión, instancia que ha derivado su presentación formal a la Gerencia Médica y Servicios de Rehabilitación.  2) Ninguna, porque el proyecto a un no es de dominio de la Gerencia Médica, por mantenerse pendiente su presentación. | En proceso |
| Existencia de tres tanques industriales de gas licuado en área del Centro de Atención Ancianos, contiguo al UOT-CAL. | 1) Insistir a nivel de Presidencia y Gerencia Administrativa documentando el riesgo.  2) Justificar la petición de la reubicación de las cámaras de gas licuado de la circunscripción vecina al Centro. | En el primer semestre:  1) Documentar la opinión técnica del experto sobre el inminente riesgo.  2) Justificar la petición de la rehabilitación de las cámaras de gas licuado de la circunscripción vecina al Centro.  En el segundo semestre:  1) Ninguna, ya que la problemática no ha sido presentada a la nueva Presidencia del ISRI.  2) Ninguna, ya que la problemática no ha sido presentada a la nueva Presidencia del ISRI. | Sin seguimiento |

## Centro de Audición y Lenguaje (CALE)

| **Riesgo identificado por Centro de Audición y Lenguaje (CALE)** | **Actividad de control programada** | **Actividad realizada** | **Situación del riesgo al final de 2014** |
| --- | --- | --- | --- |
| Dificultad al no contar con los fondos suficientes en las fuentes de financiamiento Fondo General y Recursos Propios, disminuyendo la oferta y calidad del servicio. | Concientizar al personal de hacer buen uso de los recursos e identificar los consumos mensuales por área. | Concientizar al personal de hacer buen uso de los recursos e identificar los consumos mensuales por área. | Controlado |
| El no contar con los bienes y servicios programados en la PAA nos limita en la prestación de atenciones en los servicios de trastornos de la comunicación. | Seguimiento a los procesos de la adquisición de los bienes y servicios programados. | Seguimiento semanal de los procesos de adquisición de los bienes y servicios programados para el 2014. | Controlado |
| Dificultad de no contar con recurso humano en los servicios médicos, enfermería, archivo y servicios generales (limpieza y vigilancia). | Gestionar con autoridades del Instituto el apoyo en la contratación de los recursos. | Gestionar con autoridades del Instituto el apoyo en la contratación de los recursos.  Gestión ante otros centros y se capacitó recurso humano para adquirir nuevas competencias. | En proceso |
| Dificultad en los procesos de ingreso y egreso generando retraso en la atención de los usuarios. | Revisión de los procesos de ingreso y egreso de los usuarios a fin de disminuir los tiempos de espera. | Revisión de los procesos de ingreso y egreso de los usuarios a fin de disminuir los tiempos de espera. | Controlado |

## Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas"

| **Riesgo identificado por Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas"** | **Actividad de control programada** | **Actividad realizada** | **Situación del riesgo al final de 2014** |
| --- | --- | --- | --- |
| Poca demanda de usuarios en el Centro de Rehabilitación de Ciegos. | Acciones de promoción de los servicios que presta el Centro de Rehabilitación de Ciegos. | Socialización del Portafolio de Servicios, en el sector del MINED y Universidad Nacional, empresas como a Constancia y PNC. Además de mantener en las redes sociales actividades que nos dan a conocer, participación en mercados en donde los usuarios dan a conocer lo que elaboran a través del aprendizaje en su rehabilitación. | En proceso |
| Insuficiente involucramiento del padre de familia en el proceso de rehabilitación. | Actividades de motivación y concientización a través de reuniones, charlas y talleres. | Implementación de charlas a grupos de padres, impartidas por psicólogo y Trabajo Social; talleres de psicomotricidad a padre y familiares de usuarios, se realizó asamblea general con Presidente del ISRI, atenciones individuales a familiares, actividades socio-recreativas con los padres y responsables. Participación directa del padre durante el proceso de rehabilitación. Mayor participación del responsable en el equipo interdisciplinario. Participación activa en la campaña EFA-VI. | En proceso |

## Unidad de Comunicaciones

| **Riesgo identificado por Unidad de Comunicaciones** | **Actividad de control programada** | **Actividad realizada** | **Situación del riesgo al final de 2014** |
| --- | --- | --- | --- |
| Falta de autonomía para el manejo de la información en la página web. | Gestionar ante la presidencia del ISRI, la facultad para poder contar con autonomía para subir información a la página web. | La página Web está actualmente cuenta con una evaluación de 9 y para poder seguir manteniendo dicha puntuación es necesario contar con el nuevo recurso. | En proceso |
| Deficiente equipo de computación en el área de comunicaciones. | Realizar proceso destinado a la compra de un equipo eficiente que facilite el trabajo de la unidad de Comunicaciones. | La obtención del equipo de cómputo facilitará la creación de nuevos diseños y producción de material audiovisual sobre los centros del ISRI. | En proceso |
| Falta de presupuesto independiente de la unidad de Comunicaciones para la realización de actividades relacionadas con la comunicación. | Presentar propuestas a la Administración Superior para que la unidad de Comunicaciones cuente con autonomía presupuestaria. | Se mantiene la propuesta de gestionar un presupuesto adecuado para mejorar el funcionamiento de la unidad de Comunicaciones. | En proceso |

## Unidad de Consulta Externa

| **Riesgo identificado por Unidad de Consulta Externa** | **Actividad de control programada** | **Actividad realizada** | **Situación del riesgo al final de 2014** |
| --- | --- | --- | --- |
| Falta de coordinación eficiente entre las aéreas de la unidad de Consulta Externa en la atención al usuario. | 1) Establecer reuniones en forma programada.  2) Coordinar reuniones conjuntas entre las diversas aéreas.  3) Mejorar clima organizacional.  4) Visualizar procesos relacionados en la atención del usuario. | En el primer semestre:  1) Establecer reuniones en forma programada.  2) Coordinar reuniones conjuntas entre las diversas aéreas.  3) Mejorar clima organizacional.  4) Visualizar procesos relacionados en la atención del usuario.  En el segundo semestre:  1) Se realizaron las reuniones a lo largo del año.  2) Se establecieron coordinaciones entre las aéreas.  3) Se realizan reuniones mensuales y se tuvieron jornadas de salud mental, con temática acorde.  4) Se trabajó y se sigue estableciendo la importancia de brindar atenciones con calidad y calidez. | Controlado |

## Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA)

| **Riesgo identificado por Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA)** | **Actividad de control programada** | **Actividad realizada** | **Situación del riesgo al final de 2014** |
| --- | --- | --- | --- |
| Incumplimiento en la ejecución de las atenciones programadas que afectan los objetivos del proceso de rehabilitación de cada usuario. | 1) Seguimiento de causas de inasistencias usuarios y personal del Centro.  2) Dar seguimiento a usuarios inasistentes a través de Trabajo Social.  3) Capacitar e informar al personal sobre el impacto que causa las inasistencias de ellos en la atención de los usuarios.  4) Revisión y actualización de horarios y cupos a cada profesional en las diferentes áreas.  5) Contar con planes contingenciales de atención de usuarios por ausentismo del personal.  6) Motivar y dar seguimiento a la participación activa y directa de los padres de familia durante el proceso de rehabilitación de los usuarios.  7) Reuniones generales de dirección, jefaturas y áreas técnicas, apoyo y administrativas. | 1) Supervisión oportuna de altas y reporte de horarios o cupos libres a responsables para asignación de horarios a nuevo usuario.  2) Reporte oportuno de usuarios que deben de ser dados de alta.  3) Incrementar atenciones grupales. | Controlado |
| Limitada asignación presupuestaria para cubrir necesidades de funcionamiento del Centro. | Gestionar adecuada asignación presupuestaria que permita cubrir necesidades de bienes y servicios y financiamiento de nuevas plazas para cubrir la demanda insatisfecha. | 1) Dar seguimiento a las diferentes solicitudes de apoyo financiero realizadas a la Presidencia y Gerencia Administrativa.  2) Concientizar al personal del Centro sobre el uso racional de los bienes y supervisar su cumplimiento.  3) Gestionar apoyo inter e intrainstitucional para solventar las necesidades de funcionamiento del Centro. | Controlado |
| Deficiencia en el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de la Institución. | 1) Gestionar ante las autoridades institucionales y coordinar apoyo para el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos.  2) Dar seguimiento a las solicitudes de trabajo de revisión y/o reparación de equipos.  3) Gestionar financiamiento o cooperación para garantizar rutinas de mantenimiento correctivo y preventivo a nivel institucional. | Dar seguimiento a las solicitudes de órdenes de trabajo de mantenimiento, que se han enviado tanto para realizar trabajos menores de la infraestructura como de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos. | Controlado |
| Retraso en los procesos de compra por parte de la UACI que generan inoportuna provisión de bienes afectando la calidad de los servicios. | 1) Seguimiento oportuno del PAA con UACI.  2) Supervisar el cumplimiento de la programación de entregada de bienes solicitados al almacén.  3) Dar seguimiento a las requisiciones de bienes.  4) Gestionar autorización para adquirir bienes que no son gestionados oportunamente por la UACI. | 1) Solicitar a Presidencia y Gerencia Administrativa que UACI cumpla con la programación de compras 2014.  2) Seguimiento oportuno a nivel de jefatura UACI de las diferentes solicitudes de compra enviadas y que no han sido ejecutadas.  3) Seguimiento oportuno de la entrega de bienes y servicios asignados. | En proceso |

## Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

| **Riesgo identificado por Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)** | **Actividad de control programada** | **Actividad realizada** | **Situación del riesgo al final de 2014** |
| --- | --- | --- | --- |
| Necesidades no cubiertas con techo presupuestario asignado. | 1) Seguimiento mensual a la adquisición de los bienes y servicios requeridos por el CRIO.  2) Presentado informe trimestral del seguimiento a Gerencia.  3) Gestión de alternativas para adquisición de bienes no cubiertos. | En el primer semestre:  Se ha brindado seguimiento de forma mensual a la adquisición de los bienes y servicios requeridos por el CRIO y se ha presentado informe trimestral a la Gerencia del seguimiento, a la fecha no se cuenta con los bienes solicitados adquiridos en los periodos para los cuales fueron requeridos.  En el segundo semestre:  Se ha brindado seguimiento de forma mensual a la adquisición de los bienes y servicios requeridos por el CRIO y se ha presentado informes a la Gerencia del seguimiento, al mes de noviembre se ha recibido 95% de los bienes. Recepción de donaciones y firma de convenios para ingreso de fondos a Recursos Propios. | Controlado |
| Administración oportuna de la agenda médica. | 1) Calendarización de citas en la última semana del cada mes.  2) Gestión de cupos asignados de primera vez y subsecuentes los cuales fueron definidos previamente.  3) Citas en sobre cupo.  4) Sistema de Agenda Médica. | En el primer semestre:  Con el propósito de minimizar el ausentismo y llevar un mejor control de la agenda médica, las citas se calendarizan la última semana de cada mes, dando seguimiento por parte de la dirección y el comité de Apoyo a la Gestión de los cupos asignados de primera vez y subsecuente los cuales fueron establecidos previamente. Se encuentra en proceso elaboración de Sistema de Agenda Médica.  En el segundo semestre:  Se ha brindado el seguimiento para que las citas sean asignadas de acuerdo a las fechas establecidas a través de la revisión de los libros de agenda médica de cada especialidad y de psicología. Se ha mantenido el control de los cupos de primera vez y subsecuentes. Se ha mantenido en todas las especialidades médicas a excepción de Ortopedia las citas en extra cupo. Además se ha elaborado el Sistema de Agenda Médica. | En proceso |
| Inadecuado seguimiento al cumplimiento de recomendaciones de los equipos multidisciplinarios. | 1) Elaboración de matriz de informe de evaluaciones de equipo.  2) Selección de casos.  3) Conformación de equipos.  4) Desarrollo de evaluaciones de acuerdo a lo programado por cada servicio.  5) Monitoreo del cumplimiento de las recomendaciones de los equipos. | En el primer semestre:  Se elaboró matriz de informe de evaluaciones de equipo multidisciplinario según área de atención, en donde se consigna fecha de evaluación en equipo, número de expediente, nombre del usuario, objetivo de la evaluación, resultado de la evaluación, seguimiento de logros y terapista responsable lo que ha permitido que la jefatura y coordinación puedan brindar un monitoreo del cumplimiento a las recomendaciones de los equipos.  En el segundo semestre:  Se elaboró matriz de informe de evaluaciones de equipo multidisciplinario, se han realizaron de acuerdo a lo programado 63 evaluaciones de 66 programadas, quedando pendientes de realizar las 3 del mes de diciembre, en el servicio de Atención a Adultos. En el área de Atención a Niñez y Adolescencia se programaron 66, habiéndose realizado al mes de noviembre 64 quedando pendientes 2 que se realizaran en diciembre. Se ha realizado el monitoreo de los acuerdos emanados de las evaluaciones. | Controlado |

## Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR)

| **Riesgo identificado por Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR)** | **Actividad de control programada** | **Actividad realizada** | **Situación del riesgo al final de 2014** |
| --- | --- | --- | --- |
| No contar con el presupuesto necesario. | 1) Continuar con mecanismo de austeridad y ahorro.  2) Mantener la cultura de reciclaje. | En el primer semestre:  1) Se realizó concientización del presupuesto con charlas programadas al personal.  2) Se envió memorándum interno a jefe Terapias para difundir información e indicaciones sobre el reciclaje de papel. Reunión con padres de familia y compartir la problemática.  En el segundo semestre:  1) Supervisar áreas para que sea efectivo el ahorro de energía, Mayor control en el uso de la papelería y otros insumos. Se ha coordinado con el Comité de Eficiencia Energética, para cambiar todas las luminarias a focos ahorradores, además de mejorar la distribución de los apagadores. Se habló con la encargada del cafetín para que así mismo tome las respectivas medidas. Se modificó el horario de encendido de la bomba que distribuye el agua a horarios más necesarios.  2) Se ha coordinado con la jefe de terapias para el uso continuado de la papelería a reciclar. | En proceso |
| Desastres naturales, clima lluvioso y/o excesivo calor. | Activación del Comité de Emergencia y Desastres. | En el primer semestre:  Se revisaron drenajes, se realizó limpieza de canaletas, se terminó de cambiar el techo que estaba deteriorado. Se realizó campaña de limpieza, eliminando criaderos de zancudos.  En el segundo semestre:  El Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, finalizó sus funciones en agosto pasado, pero se dialogó con ellos y se llegó al acuerdo de continuar con las funciones. | En proceso |
| Depreciación y deterioro de equipo biomédico, materiales terapéuticos y mobiliario de oficina. | 1) Mantenimiento preventivo y correctivo.  2) Gestión de sustitución de equipo deteriorado y/o en mal estado. | En el primer semestre:  1) Por la escasez de presupuesto se priorizó la revisión del equipo por parte de personal de mantenimiento de la unidad de Servicios Generales.  2) Se instruyó al personal en cuidar el equipo a su cargo, reportando de inmediato cualquier problema, actualmente el 90% del equipo está en buen estado.  En el segundo semestre:  1) Se mantuvo el mantenimiento preventivo de los equipos, los cuales algunos obsoletos no pudieron adquirirse por falta de presupuesto, actualmente se está realizando solicitud de compra para la adquisición de repuesto a equipo biomédico.  2) Se incluyó para en el presupuesto de este año la adquisición del tanque hidroneumático que funciona con la bomba para la distribución del agua del Centro. | En proceso |
| Incumplimiento del modelo de atención. | Calendarización de las actividades. Coordinación entre diferentes áreas para el cumplimiento del modelo de atención. | En el primer semestre:  El personal conoce y aplica el modelo de atención. Se envió memorándum sobre la aplicación del mismo.  En el segundo semestre:  Revisión de metas programadas. Evaluación, revisión y seguimiento de las actividades. Reunión con el equipo de gestión para evaluación del modelo y su respectivo ajuste de acuerdo a la necesidad. | En proceso |
| Incumplimiento de las normativas y lineamientos. | Formación de los diferentes comités y cumplir con las normativas. | En el primer semestre:  Cada comité realiza sus actividades de acuerdo a una calendarización.  En el segundo semestre:  Se ha continuado con la concientización del cumplimiento de las normativas, apoyando a los diferentes comités. Se mantiene activo el comité de expediente clínico con auditoría para verificar el cumplimiento de la normativa y la depuración de expedientes. | En proceso |
| Resistencia del personal a la implementación del modelo. | Socialización sobre la importancia de la ejecución del modelo con todo el personal. Contamos la mayor parte del personal empoderado del modelo de atención. | En el primer semestre:  Reuniones con coordinadores para evaluar el modelo, participación de los usuarios para que estos así mismo también conozcan el modelo, reuniones a través de los grupos de interés en donde tienen una participación activa.  En el segundo semestre:  Se ha tenido acercamiento con el personal para evaluar el empoderamiento del modelo. Se han discutido algunas modificaciones de la manera que este sea lo más funcional. | En proceso |

## Centro de Rehabilitación Profesional (CRP)

| **Riesgo identificado por Centro de Rehabilitación Profesional (CRP)** | **Actividad de control programada** | **Actividad realizada** | **Situación del riesgo al final de 2014** |
| --- | --- | --- | --- |
| No contar con recursos económicos para mejorar la infraestructura y dotar de equipos a diferentes áreas del CRP. | 1) Gestión institucional de fondos para la dotación de equipos a diferentes áreas del CRP.  2) Gestión institucional de fondos para la ejecución de proyectos de mejora de infraestructura. | 1) Se ha incluido en el presupuesto del Centro el detalle de los equipos necesarios para el buen funcionamiento del CRP.  2) Se ha gestionado el apoyo de instituciones de educación superior para la actualización de las especificaciones técnicas y de las necesidades en la infraestructura para la realización de los diferentes proyectos. | En proceso |
| Insuficiente demanda de usuarios del Centro. | Mantener las actividades de divulgación de los servicios que brinda el Centro. | 1) Como miembros de la Red de Entidades de personas con discapacidad, se han promovido los servicios que brinda el CRP en diferentes actividades realizadas de manera conjunta.  2) Se han visitado universidades, ONG's, centros de capacitación, unidades de salud, alcaldías municipales, centros escolares donde se han entregado brochures y afiches promocionales del CRP.  3) A través del programa de Inserción y Seguimiento Laboral se promocionan los servicios del Centro con la finalidad de lograr oportunidades laborales y captar nuevos usuarios.  4) Se ha mantenido la coordinación con el departamento de Comunicaciones del ISRI para dar a conocer a través de la página Web las diferentes actividades que realiza el CRP y de esta manera invitar a las personas con discapacidad a buscar los servicios del Centro.  5) Se gestionó el apoyo de diferentes medios de comunicación para divulgar los servicios del Centro: departamento de Comunicaciones de la Asamblea Legislativa y FM Corporación.  6) Mediante el apoyo de estudiantes en servicio social de diferentes universidades: UES, universidad Evangélica, universidad Andrés Bello y el ITCA. | En proceso |

## Unidad de Asesoría Jurídica

| **Riesgo identificado por Unidad de Asesoría Jurídica** | **Actividad de control programada** | **Actividad realizada** | **Situación del riesgo al final de 2014** |
| --- | --- | --- | --- |
| Improvisación de procedimientos administrativos ajenos al área jurídica. | Advertencia a las unidades responsables para el respeto de los procedimientos propios del área. | En el primer semestre:  Advertencia escrita a la unidad responsable.  En el segundo semestre:  Se les ha efectuado advertencias a las unidades sobre la no improvisación de procedimientos, sin embargo las mismas no han sido cumplidas en su totalidad. | En proceso |
| Comunicación que no sea clara, concisa, concreta y correcta. | Coordinar acciones para establecer canales de comunicación efectiva. | En el primer semestre:  Actividades de investigación.  En el segundo semestre:  Se han efectuado coordinaciones con jefaturas y direcciones de centros para hacer más efectiva la comunicación. | En proceso |
| Se emiten opiniones y las mismas no son tomadas en cuenta, y las consecuencias pueden traducirse en un riesgo mayor en el área procedimental, jurídica y administrativa próvidamente. | Al emitir opinión jurídica, resaltar la importancia y las consecuencias legales de omitir el cumplimiento de las mismas. | En el primer semestre:  No existe actividad de control.  En el segundo semestre:  Se han emitido opiniones jurídicas las cuales han sido cumplidas y tomadas en cuenta en un alto porcentaje. | En proceso |
| Equipo informático deficiente, red informática inadecuada. | Gestionar el diseño de un sistema en red para captura de datos. Gestionar la adquisición de equipo informático actualizado. | En el primer semestre:  Gestionar la adquisición de equipo actualizado.  En el segundo semestre:  Se gestionó la adquisición de equipo informático adecuado para uno de los técnicos, quedando pendiente aun el equipo del otro técnico. | En proceso |

## Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional

| **Riesgo identificado por Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional** | **Actividad de control programada** | **Actividad realizada** | **Situación del riesgo al final de 2014** |
| --- | --- | --- | --- |
| Falta de oportunidad y calidad en la información. | Gestión para la sistematización de la información que requiere la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional. | En el primer semestre:  Se gestionó ante las autoridades del ISRI, el apoyo para la sistematización de la información que requiere la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional.  En el segundo semestre:  Se ha dado seguimiento a las acciones realizadas ante las autoridades del ISRI, a fin de obtener el apoyo para la sistematización de la información que requiere la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional. | En proceso |

## Unidad de Proyectos de Extensión y Cooperación

| **Riesgo identificado por Unidad de Proyectos de Extensión y Cooperación** | **Actividad de control programada** | **Actividad realizada** | **Situación del riesgo al final de 2014** |
| --- | --- | --- | --- |
| Irregularidad en el servicio de transporte. | Solicitar a las autoridades correspondientes para que se facilite un motorista a la Unidad. | A pesar de que no se asignó un motorista a la Unidad, el transporte ha sido regular en el servicio. | Controlado |
| Equipo informático necesario para la Unidad. | Solicitar en el presupuesto del ISRI la compra de dos computadoras, impresora, etc., una para cada recurso humano. | Se autorizó la compra de una computadora por fondos propios, sin embargo, aún prevalece la necesidad de una computadora e impresora como necesidad primaria. | En proceso |
| Asignación de plazas de Ley de Salarios para el recurso humano de la Unidad. | Solicitar en el presupuesto del ISRI la creación de nuevas plazas para la Unidad. | Solicitar prorrogas de contratos de servicios a dos técnicos para el funcionamiento de la Unidad. | No controlado |

## Unidad de Regulación

| **Riesgo identificado por Unidad de Regulación** | **Actividad de control programada** | **Actividad realizada** | **Situación del riesgo al final de 2014** |
| --- | --- | --- | --- |
| No contar con las normativas institucionales aprobadas. | 1) Solicitar a las unidades organizativas correspondientes las normativas institucionales.  2) Solicitar el apoyo de las unidades organizativas para contar con la información de sus propuestas.  3) Proporcionar a las unidades organizativas el acompañamiento necesario. | En el primer semestre:  1) Se ha solicitado a Presidencia la entrega de normativas existentes, en proceso de revisión y aprobadas.  2) Solicitud a Presidencia el apoyo del área Jurídica pero no existe un recurso disponible para dar el apoyo que la Unidad necesita.  3) Al momento se ha dado respuesta a las diferentes unidades organizativas (unidad de Bienes Institucionales, Recursos Humanos, unidad de Acceso a la Información Pública, modelos de centros de atención, guías, manuales y toda la documentación recibida de la unidad Jurídica y presidencia que están en proceso de revisión o aprobación. Además se ha participado en la revisión de documentos con la comisión de Junta Directiva del ISRI. Se solicitó por escrito a secretaria de Junta Directiva de normativas aprobadas. Se recibió las normativas aprobadas al mes de julio de 2013, en febrero de 2014 se envía nuevamente la solicitud y se reciben las aprobadas de enero a mayo 2014.  En el segundo semestre:  Solicitud a las unidades organizativas por medio de correos electrónicos o telefónicos la pronta revisión de los documentos considerando el tiempo requerido para tal acción con las observaciones incorporadas hechas por la unidad de Regulación. | En proceso |

## Departamento de Recursos Humanos

| **Riesgo identificado por Departamento de Recursos Humanos** | **Actividad de control programada** | **Actividad realizada** | **Situación del riesgo al final de 2014** |
| --- | --- | --- | --- |
| Insatisfacción del personal a causa de recarga de trabajo por falta de recurso en el Departamento. | 1) Solicitar la asignación de un recurso más para el Departamento.  2) Redistribuir la carga entre los recursos existentes. | 1) Se solicitó en 2013 la asignación de al menos un recurso para el Departamento, debido a la carencia de personal no ha sido atendido el llamado.  2) Durante el primer semestre se ha contado con el apoyo de una estudiante de bachillerato en Trabajo Social, a la cual se le han asignado tareas de menor responsabilidad pero que disminuyen la carga de trabajo del personal.  3) A la fecha no se han comprado las tarjetas "hojas de servicio" en las cuales se registra todo acuerdo relacionado al empleado. | En proceso |
| Obsoleto sistema de registro de expediente de personal activo y banco de datos. | 1) Procurar ante las autoridades la compra/elaboración de sistema o programa.  2) Solicitud de compra de equipo informático capaz de soportar el sistema/programa.  3) Entrenamiento de personal. | 1) Se ha solicitado por medio de oficio de Gerencia el programa elaborado por los estudiantes de la universidad de El Salvador, a la fecha no existe respuesta de la UES.  2) Se solicitó a Gerencia la reprogramación de fondos para la compra de dos equipos informáticos con capacidad para soportar el programa creado por los estudiantes de la UES.  3) Se ha realizado un entrenamiento preliminar sobre el uso y manejo del programa al personal del Departamento con un programa "Demo" preparado por los estudiantes.  4) Contactar a la facultad de Ingeniería de la UES, para indagar sobre el estado del proceso de entrega del programa. | En proceso |

## Unidad de Acceso a la Información Pública (UAIP)

| **Riesgo identificado por Unidad de Acceso a la Información Pública (UAIP)** | **Actividad de control programada** | **Actividad realizada** | **Situación del riesgo al final de 2014** |
| --- | --- | --- | --- |
| Pérdida de información considerada vital para el desarrollo de las actividades de la institución. | 1) Digitalizar la información y crear un archivo de backup y resguardarlo en un medio diferente al propietario.  2) Mantener actualizadas las copias de seguridad (backup).  3) Administración y seguridad perimetral con los Firewall, en los equipos informáticos que tendrán acceso a Internet, correo electrónico y sitios Web (1 Administración Superior, 1 CALE, 1 Ciegos, 1 CRIO y 1 CRIOR). | 1) Programación de fondos para adquisición de equipo y sistema informático para digitalizar y resguardo de información.  2) Programación en política de sincronización de carpetas de las computadoras personales que ingresan al dominio ISRI. Observación directa en la carpeta de sincronización del servidor principal y secundario. Observación directa en sistema informático para monitorear la protección perimetral de las computadoras personales que ingresan a la red y tienen acceso a internet el sistema.  3) Contratación del servicio de Firewall para el ISRI para protección perimetral de las computadoras personales que ingresan a la red institucional. | En proceso |
| Incumplimiento de los plazos legales para dar respuesta a las solicitudes de información | Monitoreo de plazos con alerta temprana. | Monitoreo de plazos con alerta temprana. | En proceso |

## Unidad de Control de Bienes Institucional (UCBI)

| **Riesgo identificado por Unidad de Control de Bienes Institucional (UCBI)** | **Actividad de control programada** | **Actividad realizada** | **Situación del riesgo al final de 2014** |
| --- | --- | --- | --- |
| Dificultad para el cumplimiento de trabajo de campo por asignación de funciones del monto fijo a personal técnico de la Unidad. | 1) Definir un día específico para atender lo relacionado al monto.  2) Supervisar que se cumplan los días estipulados. | En el primer semestre:  Por haber llevado por 4 años el monto fijo Gerencia determinó quitar la responsabilidad al técnico la Unidad.  En el segundo semestre:  La responsabilidad del monto fijo fue quitada pero se asignó al otro recurso de la Unidad la responsabilidad de verificar llenado de tanques de gasolina de vehículos. | En proceso |
| Inoportunidad en el envío de informes de parte de las dependencias. | 1) Gestionar el diseño de un sistema en red para captura de datos.  2) Solicitar la aplicación de sanciones por incumplir fechas. | En el primer semestre:  1) Informar por escrito a Gerencia y directores de las inconsistencias. El problema ha disminuido.  2) Se coordinará con Planificación que se emigre el sistema de control de inventarios actual a un ambiente Web.  En el segundo semestre:  1) Informar a Gerencia los incumplimientos, para aplicación de medidas.  2) Solicitar la instalación de sistema de inventario en la Web. | En proceso |

## Unidad Financiera Institucional (UFI)

| **Riesgo identificado por Unidad Financiera Institucional (UFI)** | **Actividad de control programada** | **Actividad realizada** | **Situación del riesgo al final de 2014** |
| --- | --- | --- | --- |
| Incremento del margen de "error humano" por obsolescencia de tecnología y aplicativos. | 1) Gestionar la compra de equipos que permitan el ritmo financiero actual, y que eviten el margen de "error humano", al realizar procesos manuales.  2) Gestionar creación de aplicativos que sustituyan los procesos manuales de elaboración de recibos y control de ingresos, así como de emisión de Quedan y Comprobantes de Retención que actualmente se hacen manualmente. | En el primer semestre:  1) Se hará petición a nuevo titular del ISRI.  2) Se ha requerido desde 2013 a Gerencia el apoyo para la creación de los aplicativos informáticos para elaborar quedan y comprobantes de retención, se dará seguimiento a dicha petición.  En el segundo semestre:  1) Se gestionó la compra de equipos.  2) Se gestionó la creación de aplicativos. | En proceso |
| Carencia de capacitación y motivación al personal del área ante una sobrecarga de trabajo. | 1) Tramitar interna y externamente capacitaciones para formación de personal.  2) Tramitar interna y externamente charlas motivacionales para mejorar salud mental de personal. | En el primer semestre:  1) Se incorpora al personal de la UFI en las diversas capacitaciones que está coordinando Recursos Humanos.  2) Se inició en 2013 con Tesorería un proceso de Salud Mental, el cual se solicitará se extienda hacia los otros empleados de la UFI.  En el segundo semestre:  1) Se asistió a las capacitaciones que brindó Recursos Humanos y que eran aplicables al área financiera.  2) Se tramitó charlas motivacionales para mejorar la salud mental del personal. | En proceso |

# Conclusiones

1. Veinte unidades organizativas del ISRI identificaron riesgos. De estas unidades 11 fueron de la Administración Superior y nueve fueron centros de atención (incluyendo la Consulta Externa).
2. El total de riesgos identificados fue 55. El número menor correspondió a las unidades de Consulta Externa, de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional y de Regulación, con un riesgo cada una. El Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) es el que más riesgos identificó (seis riesgos).
3. De los 55 riesgos identificados, 30 (54 %) se relacionaron con los temas: presupuesto (9), información (7), equipamiento (5), personal del ISRI (5), y normativas (4). Tres temas relacionados con los usuarios (atención, demanda y satisfacción) fueron identificados por seis (incluyendo la Consulta Externa) de los nueve centros.
4. Se observó que algunos de los riesgos identificados fueron de carácter externo, es decir, su control no dependía directamente de los recursos existentes en las unidades organizativas. Un ejemplo fue el tema del presupuesto, que fue identificado por: el Centro de Audición y Lenguaje (CALE), el Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA), el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO), el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR), el Centro de Rehabilitación Profesional (CRP), la unidad de Comunicaciones, y la unidad de Proyectos de Extensión y Cooperación.
5. Al final del 2014, de los 50 riesgos identificados, 38 (69 %) estaban en proceso, 15 (27 %) controlados, uno no controlado (2 %) y uno sin seguimiento (2 %).
6. Para cada riesgo identificado, las diferentes unidades organizativas describieron una o más actividades de control, observándose que, en algunos casos, estas actividades fueron ampliamente detalladas, en cambio, en otros casos su descripción fue muy breve.
7. Se observó que las actividades realizadas, no siempre tuvieron relación con las actividades de control programadas.
8. Llamó la atención que los riesgos reportados como controlados se superaron con actividades de baja complejidad o rutinarias.