**INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL**

**UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA**

**Y DESARROLLO INSTITUCIONAL**



**INFORME SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS DEL ISRI, ENERO - DICIEMBRE 2016**

**SAN SALVADOR, ENERO 2017**

Contenido

[Resumen 3](#_Toc472316309)

[Introducción 4](#_Toc472316310)

[Misión del ISRI 7](#_Toc472316311)

[Visión del ISRI 7](#_Toc472316312)

[Valores institucionales 7](#_Toc472316313)

[Objetivos institucionales 7](#_Toc472316314)

[Metodología empleada para la identificación y valoración de los riesgos, y para el seguimiento mediante actividades de control 9](#_Toc472316315)

[Riesgos identificados según unidad organizativa 12](#_Toc472316316)

[Situación de los riesgos entre enero y mayo 2016, según unidad organizativa 13](#_Toc472316317)

[Situación de los riesgos entre enero y diciembre 2016, según unidad organizativa 14](#_Toc472316318)

[Grado de control de los riesgos entre enero y diciembre 2016, según unidad organizativa 15](#_Toc472316319)

[Actividades de control y situación a diciembre 2016, según unidad organizativa 16](#_Toc472316320)

[Almacén Central 16](#_Toc472316321)

[Unidad de Auditoría Interna 17](#_Toc472316322)

[Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAASZ) 19](#_Toc472316323)

[Centro de Aparato Locomotor (CAL) 21](#_Toc472316324)

[Centro de Audición y Lenguaje (CALE) 24](#_Toc472316325)

[Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas" 25](#_Toc472316326)

[Unidad de Comunicaciones 26](#_Toc472316327)

[Unidad de Consulta Externa 27](#_Toc472316328)

[Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA) 28](#_Toc472316329)

[Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO) 39](#_Toc472316330)

[Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) 39](#_Toc472316331)

[Centro de Rehabilitación Profesional (CRP) 40](#_Toc472316332)

[Unidad de Asesoría Jurídica 41](#_Toc472316333)

[Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional 42](#_Toc472316334)

[Unidad de Regulación 43](#_Toc472316335)

[Departamento de Recursos Humanos 45](#_Toc472316336)

[Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) 46](#_Toc472316337)

[Unidad Financiera Institucional (UFI) 47](#_Toc472316338)

[Unidad de Acceso a la Información Pública (UAIP) 49](#_Toc472316339)

[Conclusiones 50](#_Toc472316340)

# Resumen

Todas las unidades organizativas del ISRI que, en enero 2016, identificaron riesgos en su área de competencia, informaron el seguimiento de éstos a la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional, tal como lo establece el Art. 9 de las *Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISRI*.

En enero, las diferentes unidades organizativas identificaron 64 riesgos; sin embargo, en junio, el Centro de Atención a Ancianos “Sara Zaldívar” (CAASZ) eliminó 15 riesgos, sustituyéndolos por tres nuevos, y la Unidad de Acceso a la Información Pública (UAIP) identificó dos que no habían sido informados; por lo que, el total de riesgos identificados quedó en 54.

Al comparar la situación de los riesgos controlados en mayo con los de diciembre se observó una mejoría significativa, dado que para mayo se reportaron 13 riesgos controlados, en cambio este número ascendió a 25 en diciembre, lo que representó un incremento de 92 % en relación a mayo, y 46 % en relación al total de riesgos identificados (54). Entre las razones de no lograr controlar o dar seguimiento a los riesgos estuvieron: obsolescencia de equipo; no adquisición de equipo nuevo según las necesidades identificadas; escasez de recursos financieros en el ámbito gubernamental; demanda superior a la capacidad instalada en las áreas de producción; personal con incapacidades médicas prolongadas; inasistencia de usuarios de los servicios de rehabilitación.

# 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 pueden ser reales o potenciales, internos o externos, por lo que es importante su identificación y valoración, así como, la definición de las actividades para su control y seguimiento. Las* Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISRI *establecen, en el artículo 16 del capítulo II, que los funcionarios del ISRI, determinarán los factores de riesgo; y en el artículo 18, 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 conceptos:*

*Definición de riesgos: circunstancias que pueden impedir que las actividades se desarrollen según estaban programadas, afectando adversamente el logro de los objetivos institucionales. Pueden deberse a factores externos (no están bajo el control del funcionario o empleados de la unidad organizativa; por ejemplo, el presupuesto o los factores medioambientales) o internos (están bajo el control del funcionario o empleados de la unidad organizativa; por ejemplo, el personal o los insumos).*

*Riesgos a identificar: aquellos que sean más importantes, es decir los que están presentes en los procesos críticos de la unidad organizativa. Por lo que es importante primero identificar los procesos críticos para luego identificar los riesgos en cada uno de ellos, así como la probabilidad de ocurrencia e impacto de los riesgos identificados, lo que permitirá establecer la exposición o severidad del riesgo.*

*Definición de probabilidad: frecuencia con la que se estima (cualitativa o cuantitativamente) se podría presentar el riesgo identificado durante el año; puede ser: alta (su frecuencia es trimestral o entre el 70 - 100 % de los casos), media (su frecuencia es semestral o entre el 30 - 60 % de los casos) o baja (ocurre una vez al año o menos del 20 % de los casos).*

*Valoración del riesgo según probabilidad: puede calificarse como alta (3), media (2) o baja (1).*

*Definición de impacto: estimación del daño producido por el riesgo; puede ser: alto (influye en forma negativa para el logro de los objetivos institucionales), medio (dificulta o retrasa el cumplimiento de los objetivos institucionales) o bajo (tiene un efecto pequeño o nulo para el cumplimiento de los objetivos institucionales).*

*Valoración del riesgo según impacto: puede calificarse como: alto (3), medio (2) o bajo (1).*

*Definición de exposición al riesgo o severidad del riesgo: es el resultado de multiplicar el valor asignado a la probabilidad por el valor asignado al impacto; puede calificarse como: intolerable (vigilancia urgente), importante (vigilancia prioritaria), moderado (vigilancia cuidadosa), tolerable (vigilancia mínima) o trivial (vigilancia leve).*

*Valoración de la exposición al riesgo o evaluación del riesgo: se puede establecer como: intolerable (9), importante (6), moderado (4 o 3), tolerable (2) o trivial (1).*

*Definición de actividad de control: solución adoptada para aminorar o evitar los riesgos, considerando que se dispone de los recursos y apoyos necesarios.*

*Grado de control del riesgo: estado logrado mediante la actividad de control; puede ser: controlado (la actividad de control ha sido efectiva), en proceso (la actividad de control no se ha concluido), no controlado (la actividad de control no ha sido efectiva y el riesgo persiste) o sin seguimiento (no se ha realizado la actividad de control).*

*Involucrados en las actividades de control: todos los servidores públicos del ISRI.*

*Responsable del seguimiento de las actividades de control de riesgos: funcionario responsable de la unidad organizativa (Art. 9 y 18 NTCI específicas del ISRI). Debe identificarse un solo responsable para evitar dificultad en la toma de decisiones.*

*Responsabilidad de la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional: definir la herramienta a utilizar y coordinar el proceso de identificar los riesgos institucionales (Art. 16 NTCI específicas del ISRI).*

*A continuación se presenta el* Informe seguimiento de los riesgos del ISRI, enero-diciembre 2016*, conteniendo: la misión, la visión, los valores y los objetivos institucionales; la metodología empleada para la identificación y valoración de los riesgos, y para el seguimiento de éstos mediante actividades de control; los riesgos según unidad organizativa; un cuadro con la situación de los riesgos a mayo 2016 y otro con la situación a diciembre 2016; un gráfico con el grado de control de los riesgos; y cuadros con los riesgos identificados, las actividades programadas y las realizadas para controlarlos, así como, la situación del riesgo y el por qué no se lograron controlar o dar seguimiento; 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 de mayor experiencia a nivel nacional en la provisión de servicios especializados de rehabilitación integral a personas con discapacidad, brindándolos con calidad y calidez, en coordinación con el usuario, la familia, la comunidad, organizaciones, empresa privada e instituciones del Estado, con la finalidad de contribuir a la inclusión social y laboral de las personas con discapacidad.

# Visión del ISRI

Ser una Institución de rehabilitación integral que posibilita la independencia funcional, la inclusión social y laboral de la personas con discapacidad.

# Valores institucionales

1. COMPETENCIA. Contamos con personal idóneo con conocimiento, habilidades, destrezas y experiencias para dar respuesta a las necesidades de nuestros usuarios.
2. COMPROMISO. Estamos plenamente convencidos e identificados con el que hacer institucional con el fin de contribuir a la inclusión social y laboral de nuestros usuarios o su familia.
3. EQUIDAD. Atendemos a nuestros usuarios con enfoque humano y de derechos.

# Objetivos institucionales

1. Brindar servicios de rehabilitación integral a la población con discapacidad en las áreas física, intelectual, sensorial, psicológica y mixta.
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. Contribuir en la prevención, detección e intervención temprana de las discapacidades.
5. Promover la equiparación de oportunidades para la plena inclusión social y laboral de las personas con discapacidad.
6. Promover todas las acciones necesarias o pertinentes y demás proyectos orientados a la consecución de los fines institucionales.

# Metodología empleada para la identificación y valoración de los riesgos, y para el seguimiento mediante actividades de control

La unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional solicitó, en su oportunidad, a los responsables de las diferentes unidades organizativas del ISRI, la identificación y valoración de sus riesgos para el 2016, así como la definición de las actividades de control, para lo cual se les envió la siguiente matriz a ser completada.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral** | | | | | | | | |
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | | | | | | | |
| **Matriz para la identificación, valoración de riesgos 2016 y actividades para su control** | | | | | | | |
|  | **Nombre de la unidad organizativa:** |  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Fecha del llenado de la matriz:** |  | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **No** (1) | **Riesgo identificado** (2) | **Probabilidad o frecuencia con que se presenta el riesgo en el año** (3) | **Impacto o daño producido por el riesgo** (4) | **Valoración de la exposición o severidad del riego** (5) | **Definición de la exposición o severidad del riego** (6) | **Actividad de control programada** (7) | **Responsable del seguimiento de la actividad de control programada** (8) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nombre y firma del responsable del llenado de la matriz | | |  |  |  |  |

***Instructivo para el llenado de la Matriz para la identificación, valoración de riesgos 2016 y actividades para su control***

***No*** *(1). Anotar el número correlativo del riesgo identificado.*

***Riesgo identificado*** *(2). Anotar el riesgo identificado.*

***Probabilidad o frecuencia con que se presenta el riesgo en el año*** *(3): si es alta anotar 3; si es media anotar 2; si es baja anotar 1.*

***Impacto o daño producido por el riesgo*** *(4): si es alto anotar 3; si es medio anotar 2; si es bajo anotar 1.*

***Valoración de la exposición o severidad del riego*** *(5): anotar el resultado de multiplicar el valor asignado a la probabilidad por el valor asignado al impacto.*

***Definición de la exposición o severidad del riego*** *(6): si la valoración de la exposición o severidad del riego es 9 anotar intolerable; si es 6 anotar importante; si es 4 o 3 anotar moderado; si es 2 anotar tolerable; si es 1 anotar trivial.*

***Actividad de control programada*** *(7): anotar la solución adoptada para aminorar o evitar los riesgos, considerando que se dispone de los recursos y apoyos necesarios.*

***Responsable del seguimiento de la actividad de control programada*** *(8): anotar el cargo del funcionario responsable de la unidad organizativa.*

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 Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI)
12. Unidad de Asesoría Jurídica
13. Unidad de Auditoría Interna
14. Unidad de Comunicaciones
15. Unidad de Consulta Externa
16. Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional
17. Unidad de Regulación
18. Unidad Financiera Institucional (UFI)
19. Unidad de Acceso a la Información Pública (UAIP)

En diciembre 2016 y con el objeto de dar cumplimiento al Art. 9 de las NTCI específicas del ISRI, se solicitó a cada una de las anteriores unidades organizativas, completar la matriz a utilizar para el seguimiento de los riesgos institucionales durante el período de enero a diciembre 2016, y remitirla, una vez completada, a la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional al correo electrónico sec1.planificacion@isri.gob.sv a más tardar el 16 de diciembre de 2016. La matriz contenía seis columnas; las tres primeras ya estaban completadas con la información que en su oportunidad se recibió en la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional, por parte de cada una de las unidades organizativas (Número correlativo; Riesgo identificado; y Actividad de control programada). Por lo tanto, se solicitó completar las tres últimas columnas: “**Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2016**”, “**Situación del riesgo” y “¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?”**. Las 19 unidades respondieron oportunamente con lo solicitado.

# Riesgos identificados según unidad organizativa

Para enero 2016, el total de riesgos identificados fue 64, correspondiendo el número mayor al CAASZ con 15 riesgos, el número menor correspondió al CRIO y a la unidad de Regulación, con un riesgo cada uno.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Unidad organizativa** | **Número de riesgos identificados** | **Porcentaje acumulado** |
| 1 | Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAASZ) | 15 | 23 |
| 2 | Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA) | 6 | 33 |
| 3 | Centro de Audición y Lenguaje (CALE) | 4 | 39 |
| 4 | Centro del Aparato Locomotor (CAL) | 4 | 45 |
| 5 | Comunicaciones | 4 | 52 |
| 6 | Auditoría Interna | 4 | 58 |
| 7 | Almacén Central | 3 | 63 |
| 8 | Recursos Humanos | 3 | 67 |
| 9 | Consulta Externa | 3 | 72 |
| 10 | Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) | 3 | 77 |
| 11 | Asesoría Jurídica | 3 | 81 |
| 12 | Centro de Rehabilitación Profesional (CRP) | 2 | 84 |
| 13 | Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas" | 2 | 88 |
| 14 | Financiera Institucional (UFI) | 2 | 91 |
| 15 | Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | 2 | 94 |
| 16 | Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) | 2 | 97 |
| 17 | Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO) | 1 | 98 |
| 18 | Regulación | 1 | 100 |
| **Total** | | **64** | **--** |

En enero 2016, el promedio de riesgos identificados por unidad organizativa fue cuatro, estando por arriba el CAASZ con 15 y el CRINA con seis, lo que representó el 33 % del total (21/64). En junio, el CAASZ eliminó los 15 riesgos, sustituyéndolos por tres nuevos, y la UAIP identificó dos; por lo que, el total de riesgos identificados, pasó de 64 a **54**, siendo a este número al que se le da seguimiento en este informe.

# Situación de los riesgos entre enero y mayo 2016, según unidad organizativa

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad organizativa** | **Total de riesgos identificados** | **Riesgo controlado** | **Riesgo en proceso** | **Riesgo no controlado** | **Riesgo sin seguimiento** | **Riesgo eliminado** |
| Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA) | 6 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| Centro de Audición y Lenguaje (CALE) | 4 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Centro de Aparato Locomotor (CAL) | 4 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Unidad de Comunicaciones | 4 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 |
| Unidad de Auditoría Interna | 4 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 |
| Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAASZ) | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 | 15 |
| Almacén Central | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Departamento de Recursos Humanos | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Unidad de Consulta Externa | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Unidad de Asesoría Jurídica | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Centro de Rehabilitación Profesional (CRP) | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas" | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Unidad Financiera Institucional (UFI) | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Unidad de Acceso a la Información Pública (UAIP) | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO) | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Unidad de Regulación | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| **Total** | **54** | **13** | **34** | **5** | **2** | **15** |

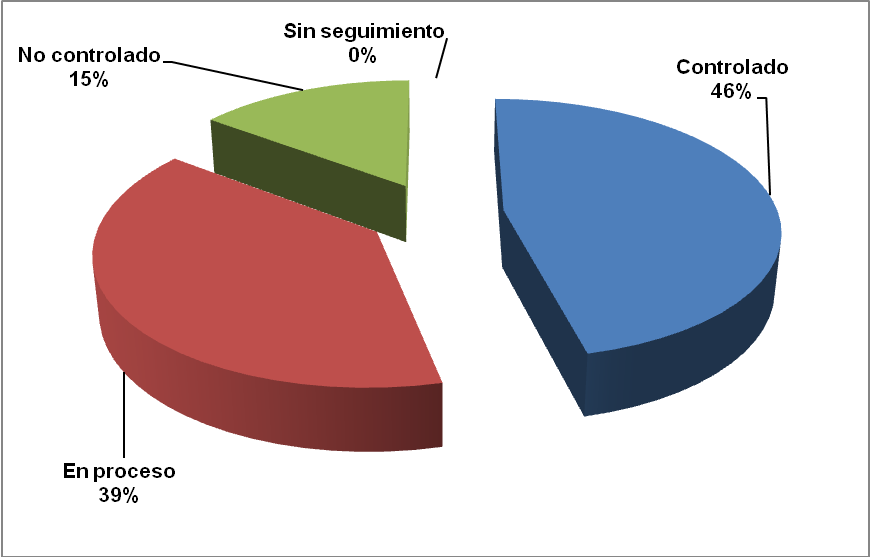
En los totales de riesgos identificados, no se incluyen los eliminados.

# Situación de los riesgos entre enero y diciembre 2016, según unidad organizativa

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad organizativa** | **Total de riesgos identificados** | **Riesgo controlado** | **Riesgo en proceso** | **Riesgo no controlado** | **Riesgo sin seguimiento** | **Riesgo eliminado** |
| Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA) | 6 | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Centro de Audición y Lenguaje (CALE) | 4 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Centro de Aparato Locomotor (CAL) | 4 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| Unidad de Comunicaciones | 4 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| Unidad de Auditoría Interna | 4 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAASZ) | 3 | 1 | 2 | 0 | 0 | 15 |
| Almacén Central | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Departamento de Recursos Humanos | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Unidad de Consulta Externa | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Unidad de Asesoría Jurídica | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Centro de Rehabilitación Profesional (CRP) | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas" | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Unidad Financiera Institucional (UFI) | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Unidad de Acceso a la Información Pública (UAIP) | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO) | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Unidad de Regulación | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Total** | **54** | **25** | **21** | **8** | **0** | **15** |

En los totales de riesgos identificados, no se incluyen los eliminados.

# Grado de control de los riesgos entre enero y diciembre 2016, según unidad organizativa



Al comparar la situación de los riesgos controlados en mayo con los de diciembre se observó una mejoría significativa, dado que para mayo se reportaron 13 riesgos controlados, en cambio este número ascendió a 25 en diciembre, lo que representó un incremento de 92 % en relación a mayo, y 46 % en relación al total de riesgos identificados (54). Quedando 21 riesgos (39 %) en proceso, es decir, que la actividad de control no se logró concluir durante el año 2016. Entre las razones de no lograr controlar o dar seguimiento a los riesgos estuvieron: obsolescencia de equipo; no adquisición de equipo nuevo según las necesidades identificadas; escasez de recursos financieros en el ámbito gubernamental; demanda superior a la capacidad instalada en las áreas de producción; personal con incapacidades médicas prolongadas; inasistencia de usuarios de los servicios de rehabilitación.

# Actividades de control y situación a diciembre 2016, según unidad organizativa

## Almacén Central

| **No** | **Riesgo identificado por Almacén Central** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2016** | **Situación del riesgo a diciembre 2016 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Ausencia de información de soporte que sea confiable, oportuna, suficiente y pertinente de procedencia externa e interna para la realización de registros. | La información de soporte que remita la UACI y la UFI al Almacén Central debe ser confiable, oportuna, suficiente y pertinente. | Se han hecho observaciones para que la información de soporte procedente de la UACI y la UFI, al Almacén Central sea confiable, oportuna, suficiente y pertinente. Ha mejorado considerablemente la coherencia de la información remitida y la atención a las observaciones que hace el Almacén Central. | Controlado |  |
| 2 | Resultados inadecuados del inventario. | Metodología documentada e informada a la Gerencia para la realización periódica del inventario físico, los resultados son comparados contra los saldos registrados en el sistema. | Se programó la realización de inventario físico para junio y diciembre del presente año, en el que se efectuarán todas las actividades de control programadas para este riesgo identificado. | Controlado |  |
| 3 | Ausencia de sistema para registro de movimientos del inventario. | Respaldo de la información oportunamente, mantenimiento periódico al sistema, actualización del sistema. | 1. Se ha respaldado la información oportunamente, a cada hora y diariamente, en la estación de trabajo donde la base de datos; y en el espacio habilitado en el servidor institucional diariamente  2. Se han realizado mantenimientos periódicos al sistema durante los meses de enero a diciembre. | Controlado |  |

## Unidad de Auditoría Interna

| **No** | **Riesgo identificado por Auditoría Interna** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2016** | **Situación del riesgo a diciembre 2016 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Falta de conciencia de control por parte de los auditados. | 1. Solicitar gestiones a las autoridades institucionales para pedir capacitaciones a Corte de Cuentas.  2. Realizar gestiones ante otras instituciones públicas para pedir apoyo en brindar capacitaciones sobre el Control Interno. | 1. Se realizó capacitación sobre riesgos institucionales con apoyo de FOSAFFI.  2. Se invitaron a jefaturas a asistir a capacitación en Corte de Cuentas sobre Auditoría para no Auditores. | En proceso | 1. Para la capacitación sobre riesgos se necesitan más jornadas.  2. La capacitación impartida por Corte de Cuentas no se tuvo interés en asistir por la mayoría de jefaturas. |
| 2 | Presupuesto nulo para educación continuada. | 1. Solicitar a Junta Directiva presupuesto para capacitaciones de los miembros de Auditoría Interna.  2. Solicitar a Junta Directiva que en economías y/o refuerzos presupuestarios se nos asignen fondos para adquirir capacitaciones.  3. Realizar gestiones ante otras instituciones públicas para participar en capacitaciones gratuitas. | 1. El 01/02/2016 se solicitó capacitación a la Dirección General de Contabilidad Gubernamental.  2. El 02/05/2016 mediante email se solicitó apoyo en capacitaciones al departamento de Capacitaciones de la Corte de Cuentas de la Republica.  3. Se cumplió con el plan gracias a capacitaciones gratuitas. | Controlado |  |
| 3 | Retraso en la ejecución del Plan Anual de Trabajo. | 1. Considerar en el Plan Anual de Trabajo la solicitud de prórroga por parte de los auditados.  2. Considerar en el Plan Anual de Trabajo la solicitud de auditorías no programadas por parte de la Máxima Autoridad.  3. Segregación de funciones en la unidad de Auditoría Interna  4. Gestionar capacitaciones en planificación efectiva de programas de trabajo o temas similares. | En la elaboración del Plan Anual de Trabajo del 2017 se tomaron en consideración las primeras dos actividades de control programadas. | En proceso | No se logró ejecutar en un 100 % el Plan Anual de Trabajo.  Para el año 2017, con las acciones correctivas tomadas, se espera corregir esta situación. |
| 4 | Recurso tecnológico desactualizado e insuficiente. | 1. Solicitar a la Junta Directiva del ISRI que en economías y/o refuerzos presupuestarios sean tomadas en consideración nuestras necesidades tecnológicas.  2. Solicitar a la unidad de Control de Bienes Institucionales sean tomadas en consideración nuestras necesidades tecnológicas en posibles equipos que sean puestos a disposiciones por otras instituciones públicas. | Para el año 2016 nos fue adquirida una computadora de escritorio, nos queda pendiente de adquirir un equipo multifuncional de impresora, fotocopiadora y escáner.  Para el presupuesto 2017 ya se plantearon las necesidades de recursos tecnológicos. | En proceso | Por la poca asignación presupuestaria institucional únicamente nos fue adquirido uno de los dos equipos tecnológicos requeridos. |

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

| **No** | **Riesgo identificado por el CAASZ** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2016** | **Situación del riesgo a diciembre 2016 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Falla de equipos esenciales por antigüedad o deterioro en áreas específicas (cocina, lavandería, biomédica). | 1. Gestionar el mantenimiento preventivo y correctivo oportunamente de maquinaria y equipos esenciales.  2. Gestionar mediante donativos o transferencias inter institucionales la sustitución de equipos dañados. | 1. Se gestionó y ejecutó mantenimiento preventivo y correctivo de equipos de esenciales industriales tales como lavadoras y secadoras industriales (dos mantenimientos preventivos en el año), cuartos fríos (mantenimientos preventivo y correctivo); también de equipos biomédicos a través de la unidad de Biomédica se le dio mantenimiento preventivo y correctivo a todo el equipo biomédico esencial de Terapia Física, Laboratorio Clínico y de uso en el área de enfermería.  2. Se gestionó el donativo de una licuadora de inmersión con COMEDICA para sustituir equipo esencial dañado en el departamento de Alimentación y Dietas ($ 950.00). | En proceso | A pesar de haber realizado mantenimiento preventivo en los equipos esenciales siempre ocurren daños imprevistos por la antigüedad de los mismos. |
| 2 | Pérdida de capacidad instalada por daños en infraestructura. | 1. Aislar zonas dañadas y potencialmente peligrosas.  2. Dar continuidad a la gestión para obtener el permiso de intervención de zonas dañadas de parte de SECULTURA y gestionar con la aseguradora la intervención respectiva. | 1. Se continuó con el aislamiento de zonas potencialmente peligrosas.  2. Se recibió la autorización de SECULTURA para reparación de los daños en infraestructura, se realizó la gestión con aseguradora lamentablemente dichas reparaciones no se pudieron ejecutar. El próximo año se realizara la elaboración de proyecto para ser presentado en unidad de Planificación. | En proceso | La aseguradora no se hizo responsable ya que el costo de la reparación era menor a deducible de la póliza de seguro contratado. |
| 3 | Asignación presupuestaria insuficiente para cubrir necesidades de adultos mayores. | 1. Gestionar apoyo financiero con las autoridades del ISRI para cubrir el déficit existente.  2. Gestionar donativos de bienes esenciales.  3. Darle seguimiento oportuno a la ejecución presupuestaria. | 1. Se gestionó refuerzo presupuestario para cubrir las necesidades alimenticias desfinanciadas del último trimestre del año lográndose un refuerzo de $49,002.33 para compra de insumos alimenticios y de $ $3,081.75 para la adquisición de insumos médico quirúrgicos.  2. Además se gestionó el donativo de colchas, frazadas y pañales desechables para adulto con la Secretaria de Inclusión Social por un monto de $10,634.14.  3. Se le dio seguimiento oportuno a la ejecución presupuestaria, informando de ello a Gerencia Administrativa. Además, con el fin de maximizar el uso de los recursos asignados se gestionó la autorización de ocho reprogramaciones de fondos. | Controlado |  |

## Centro de Aparato Locomotor (CAL)

| **No** | **Riesgo identificado por el CAL** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2016** | **Situación del riesgo a diciembre 2016 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Retraso en la producción orto-protésica por problemas en la capacidad instalada de la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT). | Gestión para mejora de la capacidad instalada de la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT). | Convenio con universidad Don Bosco, participación en pasantía de los alumnos en proceso de graduación con los que se logró hacer en agosto 22 ayudas ortesicas, logrando que de 137 ayudas programadas realizar 153 correspondiente a un 112 % y en septiembre, se realizaron, por parte de los alumnos, 77 ayudas ortesicas, logrando realizar 230 ayudas ortesicas de las 150 programadas que corresponde a un 153 %, se ha programado la fabricación 18 prótesis de las cuales son 12 transtíbiales y 6 transfemorales como parte de la Carta Compromiso con el CICR. | En proceso | No se ha logrado controlar y se encuentra en proceso porque la demanda supera la capacidad instalada de acuerdo a las horas estimadas por cada producto y las horas contratadas de personal. Este es un riesgo que no controla el ISRI ya que depende de la demanda de los servicios sobre todo por la gratuidad de los servicios, siendo estos productos de elevado costo si la población los compra en forma privada. |
| 2 | Asignación presupuestaria limitada para solventar necesidades relacionadas con desperfectos de equipos biomédicos e industriales. | Gestión para mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos. | Mediante convenio con universidad Don Bosco se realizó diagnóstico del estado actual de los equipos biomédicos, se ha adquirido un equipo de diatermia, un equipo laser y se han comprado cabezales para otro equipo de diatermia, con lo cual se ha solventado en parte las necesidades de equipo. En cuanto al equipo industrial ingresó producto de donación del CICR consistente en un horno para la UOT, se han gestionado otros equipos con el gobierno de Japón. Se ha brindado mantenimiento preventivo y correctivo por parte de la sección de Equipo Biomédico del ISRI. | En proceso | La asignación presupuestaria no depende del ISRI sino que depende de los techos presupuestarios y los lineamientos que presente el ministerio de Hacienda, sin embargo se han realizado gestiones que permitirán mejorar las condiciones de los equipos, teniéndose el riesgo en proceso, a pesar de no ser un riesgo controlable por el ISRI. |
| 3 | Suministro de agua escaso para su disponibilidad en los servicios y para los usuarios. | Gestión para mejora de la disponibilidad de agua potable. | Cambio del medidor del sistema de agua potable. | No controlado | El riesgo no depende del ISRI, ya que el suministro de agua deficiente es en toda la zona lo cual depende de otra Institución (ANDA). |
| 4 | Afluencia de usuarios reducida en las áreas de consulta médica que limitan el cumplimiento de las metas. | Gestión para captación de usuarios en los servicios médicos. | Promoción de los servicios que presta el CAL a los diferentes hospitales de la red del MINSAL, se ha enviado oficio al viceministro de Salud para socializar tanto con los hospitales como con los ECOS los diferentes servicios que presta el ISRI. | No controlado | El riesgo no depende del ISRI ya que se ve influenciado por las referencias de la red de establecimientos del MINSAL y la demanda de los usuarios. |

## Centro de Audición y Lenguaje (CALE)

| **No** | **Riesgo identificado por el CALE** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2016** | **Situación del riesgo a diciembre 2016 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Dificultad de no contar con recurso humano en las jefaturas de: terapias servicios médicos, enfermería, archivo, y servicios generales (limpieza y vigilancia). | Gestionar con autoridades del Instituto el apoyo en la contratación de los recursos. | 1. Se realizó el proceso de selección y contratación de jefe de Terapia.  2. Se realizó cambio en horarios del personal de enfermería para prolongar el servicio por 30 minutos.  3. Se contrataron dos recursos de prestación de servicios de operadores de limpieza y oficios varios.  1.4 Se contrató Servicio de vigilancia privada para cubrir turnos nocturnos. | En proceso | Pendiente el traslado del personal de enfermería del CAASZ al CALE, el cual debe ser asignado por la Gerencia en Salud. |
| 2 | El alto índice de inasistencia de los usuarios a sus terapias y exámenes de diagnóstico obstaculiza el avance en los procesos de rehabilitación. | Realizar reuniones con los padres o encargados por centro de interés (diagnostico) para concientizar de la importancia de asistir a las terapias, exámenes y los avances que se logran en la rehabilitación con la perseverancia. | 1. Se realizaron doce centros de interés con los padres o encargados.  2. Confirmación previa vía telefónica de la asistencia de los usuarios a sus exámenes de diagnóstico. | Controlado |  |
| 3 | Dificultad para establecer el proceso de tratamiento sin un diagnostico confirmado. | Implementar los tiempos de la prestación de servicios de pruebas de potenciales evocados, para confirmar diagnósticos. | Se está capacitando a un recurso para realizar los potenciales evocados y prolongar el servicio. | En proceso | No se pudo finalizar la capacitación por la incapacidad médica prolongada de la compañera asignada para realizar esta nueva función. |
| 4 | No contar con los bienes y servicios según el Plan Anual de Adquisiciones (PAA) los cuales son necesarios para el cumplimiento de los objetivos del Centro. | Realizar un seguimiento semanal y verificar las necesidades por áreas. | Se le dio seguimiento al PAA y se realizaron los ajusten pertinentes para dar cumplimiento a las prioridades del Centro. | Controlado |  |

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

| **No** | **Riesgo identificado por el Centro de Rehabilitación de Ciegos** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2016** | **Situación del riesgo a diciembre 2016 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Perdida de la información. | Guardar, en la carpeta "mis documentos", la información con valor administrativo y legal.  Evitar el uso indiscriminado en la carpeta "música e imágenes" que no contengan valor administrativo y legal.  Revisión semestral del uso y contenido de la información.  Revisión mensual de la información generada en los sistemas de gestión. | Los equipos han sido revisados por soporte técnico institucional, donde se verifica el uso correcto del resguardo de la información y del uso de carpetas compartidas.  Se revisa mensualmente la información generada por los programas, así como se revisa la información digitada por el responsable. | En proceso | Se da seguimiento continuo con el responsable de soporte técnico.  El seguimiento es continuo como la generación de la información. |
| 2 | Retardo en el inicio del Proceso de Rehabilitación. | Control de agenda médica.  Evaluación Funcional oportuna.  Asignación de Plan de Rehabilitación y horarios. | Revisión de agenda médica.  Equipo interdisciplinario monitorea que se hagan las evaluaciones en tiempo oportuno.  Se revisan expedientes de los ingresos del periodo. | En proceso | Pendiente la revisión de la agenda médica por renuncia de oftalmólogo.  Se da seguimiento continuo a las evaluaciones y expedientes. |

## Unidad de Comunicaciones

| **No** | **Riesgo identificado por Comunicaciones** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2016** | **Situación del riesgo a diciembre 2016 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Falta de equipo fotográfico. | Gestionar ante las autoridades la compra de equipo fotográfico. | Se gestiono vía presupuesto. | No controlado | De acuerdo a la política de austeridad no se puede comprar equipo. |
| 2 | Equipo obsoleto de computación. | Buscar financiamiento para la obtención de computadoras con programas actualizados de edición y diseño gráfico. | Se gestiono vía presupuesto. | No controlado | De acuerdo a la política de austeridad no se puede comprar equipo. |
| 3 | Falta de transporte propio de la unidad de Comunicaciones. | Solicitar asignación de un vehículo institucional para el trabajo de la unidad de Comunicaciones. | Se solicitó autorización de un vehículo y fue denegado. | No controlado | Por lineamientos de seguros que cubre solo a empleados con cargo de motoristas. |
| 4 | Falta de un presupuesto adecuado. | Coordinar reuniones con equipo financiero del Instituto para gestionar la aprobación de un presupuesto acorde a las necesidades de la Unidad. | No se concretaron las reuniones. | No controlado | No hubo reuniones para discutir el tema. |

## Unidad de Consulta Externa

| **No** | **Riesgo identificado por la Consulta Externa** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2016** | **Situación del riesgo a diciembre 2016 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Falta de recurso médico en Fisiatría. | 1. Gestionar la contratación del recurso médico en Fisiatría.  2. Seguimiento del proceso. | 1. Se ha gestionado ante Gerencia Medica la contratación de Médico Especialista en Fisiatría, para la atención de usuarios, el cual está pendiente de resolución.  2. Se ha realizado su seguimiento. | En proceso | Existen medidas de contención al gasto público con respecto a plazas. (07/11/2016). Depende de Gerencia Medica decisión. |
| 2 | Falta de ofertantes de insumos odontológicos. | Determinar estrategias para la provisión oportuna sin afectar el servicio. | 1. Seguimiento de los insumos odontológicos programados en PAA 2016 con UACI.  2. Los inconvenientes en las licitaciones se gestionan por órdenes de compra oportunamente.  3. Resultado se compraron más insumos que el periodo 2015. | Controlado |  |
| 3 | Inasistencia de usuarios. | 1. Coordinación con citas hospitalarias previas.  2. Plan de charlas de Trabajo Social.  3. Facilidad de recuperación de citas.  4. Programa de aviso previo. | 1. Se realiza diariamente verificación con los usuarios al momento de su cita.  2. Se dan facilidades en recuperación de citas médicas.  3. Se dan charlas a través de Trabajo Social mientras se espera el paso de consultas.  4. Se han realizado gestiones para actualización de los teléfonos de contacto. | Controlado |  |

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

| **No** | **Riesgo identificado por el CRINA** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2016** | **Situación del riesgo a diciembre 2016 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 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 a conocer al personal el impacto que causa las inasistencias de ellos en la atención de los usuarios.  3. Revisión y actualización de horarios y cupos de cada profesional.  4. Contar con planes contingenciales de atención de usuarios por ausentismo del personal.  5. Motivar y dar seguimiento a la participación activa y directa de los padres de familia en el proceso de rehabilitación de los usuarios.  6. Reuniones de dirección, jefaturas y áreas técnicas, apoyo y administrativas para dar a conocer rendimiento de las áreas y proponer estrategias para mejorarlo. | En cuanto al cumplimiento / rendimiento de las atenciones programadas (áreas técnicas y de apoyo) de enero a diciembre de 2016 fueron 184,366 de las cuales se realizaron 155,934 que corresponde al 84.58 % de lo programado. Es indispensable aclarar que las atenciones de diciembre/16 que a la fecha no ha finalizado, sean tomadas un estimado de atenciones a cumplir. Se da seguimiento y cumplimiento a las actividades de control programadas en la columna anterior. Se revisan con mayor frecuencia los horarios y/o cupos disponibles y las listas de espera de los usuarios para asignarles en forma más ágil el cupo. Se realizan charlas todo los días a través de Trabajo Social donde se les informa sobre la importancia de asistencia a las terapias y el efecto positivo de ello en el proceso de rehabilitación de cada usuario y cada profesional explica y motiva a los responsables sobre la importancia de la rehabilitación del usuario que tiene asignado. Cada terapista hace monitoreo diariamente de los usuarios que tiene en su horario y orienta al padres, para que cuando falten a las terapias avisen e informen el porqué de la inasistencia a la terapia. Sea innovado la modalidad de tratamiento de grupos denominados Campamentos para que los usuarios y sus responsables trabajen actividades en base a tareas logrando así su máxima funcionalidad. Cada área cuenta y cumple con un plan de contingencia en ausencia de terapista ya sea por enfermedad o permisos personales. | En proceso | Las causas del no cumplimiento de lo programado no son atribuibles al Centro ya que el 12 % de estas causas se deben a enfermedades recurrentes de los usuarios o padres de familia, problemas económicos, de trasporte y/o situaciones de violencia en el lugar donde residen. El 2 % restante se relaciona a incapacidades del personal y 1 % a permisos personales del personal aproximadamente. |
| 2 | Limitada asignación presupuestaria para cubrir necesidades de funcionamiento del Centro. | 1. Gestionar y justificar presupuesto del Centro ante autoridades institucionales.  2. Dar seguimiento a las diferentes solicitudes de apoyo financiero realizadas al Comité Técnico Financiero.  3. Velar por el cumplimiento de las Políticas de Ahorro y Austeridad en el Centro y el uso racional de los bienes.  4. Gestionar apoyo inter e intrainstitucional para solventar las necesidades que no cubre presupuesto asignado. | 1. Se presentó un presupuesto equilibrado en base a las necesidades reales de funcionamiento, por un monto de $ 36,185.00 de Fondo General y Recursos Propios, ejecutándose a diciembre/2016, un presupuesto de $50,428.02 lo que equivale al 139.36 %, aclarar que debido al desfinanciamiento con el cual iniciamos el año se realizaron múltiples gestiones las cuales dieron sus frutos es así que se obtuvo un apoyo del Comité Técnico Financiero y de la Administración Superior por un monto de $16,872.21, el cual forma parte del monto ejecutado mencionado anteriormente. Este apoyo se utilizó para Mantenimiento de equipo por $4,219.01, adquisición de equipo de rehabilitación por un monto de $7,223.13, adquisición de materiales para construcción de rampa de hipoterapia y adquisición de equipos industriales por un monto de $5,430.07.  2. Se ejecutó el Plan Anual de Adquisiciones 2016 de Fondo General y de Recursos Propios.  3. Se ha insistido con todo el personal sobre el uso racional de los bienes/recursos que se les proporcionan, haciendo énfasis en la óptima utilización de estos sin descuidar la calidad de los diferentes servicios que se brindan.  4. Dentro de las gestiones Interinstitucional se ha logrado el apoyo de técnicos hidráulicos del ministerio de Salud, estudiantes de la carrera de Ingeniería, eléctrica, mecánica e informática de la universidad Don Bosco y estudiantes de maestría de Ingeniería Eléctrica de la universidad Nacional obteniéndose resultados favorables, en cuanto a mejoras de la infraestructura eléctrica, infraestructura, mantenimiento de equipo informático, planta de voceo y la presentación de un proyecto de ampliación de sistema solar existente.  Es importante mencionar el pago realizado por la Administración Superior para los servicios básicos del CRINA (agua, energía eléctrica y servicio telefónico), por un monto de $13,052.83. Este monto es aparte de la ejecución realizada directamente por el Centro. | Controlado |  |
| 3 | Respuesta no oportuna del departamento de Servicios Generales (unidad de Mantenimiento, Biomédica) y de Unidad de Acceso a la Información Pública a través del departamento de Informática Institucional para brindar los mantenimientos preventivos y correctivos del sistema eléctrico, hidráulico, reparaciones en la infraestructura, equipos del Centro (informáticos, industrial y biomédico). | 1. Seguimiento a las solicitudes de trabajo realizadas a Servicios Generales autorizadas por Gerencia.  2. Adquisición oportuna de materiales e insumos necesarios para el mantenimiento preventivo y correctivo.  3. Gestionar con la unidad de Informática el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos. | 1. En cuanto a las solicitudes de mantenimiento de la infraestructura el departamento de Servicios Generales dio una respuesta aceptable, aunque persiste la tardanza en la respuesta de esta área, lo cual nos genera muchas dificultades en la prestación de servicios oportunos y de calidad a usuarios.  2. UACI, fue más diligente que el año recién pasado en la adquisición de los diferentes bienes e insumos para el mantenimiento preventivo, aclarar que muchos de estos bienes fueron adquiridos de fondos de caja chica del Centro, lo que contribuyó a que se realizaran con más rapidez y así contar con dichos materiales para las diferentes reparaciones realizadas en el 2016.  3. La atención brindada ante las solicitudes planteadas en la mesa de servicios del área de informática y biomédica han sido oportunas. | En proceso |  |
| 4 | Inasistencias del personal por permisos personales y por enfermedad que conlleva a acumulación y sobrecarga de trabajo de los demás empleados. | 1. Verificar causas de inasistencia por enfermedades y tomar decisiones oportunas: solicitando chequeos preventivos, charlas sobre cuidados de salud personal, higiene de columna, etc.  2. Análisis para otorgamiento de permisos personales. | 1. El ausentismo es leve; la mayor causa son los permisos por enfermedades y citas médicas de control de los empleados y permisos personales. En términos generales podemos decir que el ausentismo del personal por causas propias de éste es del 56 % del tiempo total contratado a trabajar, afectando en un 2 % a las atenciones programadas (personal técnico y de apoyo).  2. Cada permiso otorgado es analizado por la jefatura inmediata, quienes lo remiten a la Administración y Dirección para su otorgamiento, además de llevarse un control y análisis de todo tipo de permiso al cual tienen derecho los empleados por Ley. Se concientiza al personal para que gestione citas médicas o realice diligencias personales en los horarios que afecten lo menos posible la atención de los usuarios y que no generen carga laboral a sus compañeros de área. Cuando el personal se ve imposibilitado de realizar sus diligencias personales fuera del horario laboral asignado, se les solicita verificar los usuarios programados para que distribuya la atención de éstos entre los profesionales del área, previa anuencia de los compañeros que apoyaran en su ausencia. Se han brindado charlas preventivas para minimizar el ausentismo por enfermedad y/o accidentes laborales como: A) Presentación del Plan de seguridad y salud ocupacional 2016. B) Higiene de columna. C) Ergonomía Laboral. D) Marcha patológica. E) Cuido de tu cuerpo. F) Manejo del Stress G) Cáncer cérvico uterino. H) Simulacro de Protección y evacuación. I) Revisión de las responsabilidades de cada comité. J) Charla sobre relaciones interpersonales. K) Inteligencia Emocional. | En proceso | La mayoría del personal del Centro es mayor de 40 años y presentan problemas de salud los cuales demandan controles rutinarios (exámenes, medicamentos, etc.). |
| 5 | Disminución de la demanda de usuarios beneficiarios del ISBM. | 1. Supervisar que la identificación de usuarios que ingresan a los servicios de rehabilitación del CRINA que pertenecen a ISBM sea efectiva.  2. Supervisar que la planta de usuarios de ISBM cubra el ingreso máximo asignado al Centro, controlando asistencia de usuarios y sustitución oportuna de los egresados.  3. Envió oportuno del trámite de pago por los servicios prestados. | En cuanto a los servicios a usuarios de Bienestar Magisterial, se presentan los siguientes datos: en el año 2015 se atendieron un total de 26 usuarios y se tramitó un monto de $12.099. Para el año 2016 en el período de enero a diciembre se brindó atención a 28 usuarios beneficiarios de ISBM, tramitándose un monto de $16,340.00. Obteniéndose un incremento del 7 % en usuarios atendidos y un 35 % de incremento en el monto recibido. Este aumento se debe a las gestiones internas y externas realizadas al promover todos los servicios que se brindan en el Centro y sus beneficios para incluir más usuarios de ISBM. Es importante aclarar que la captación de usuarios bajo esta modalidad (convenio de servicios) depende de la libre demanda de usuarios que son referidos de ISBM al CRINA. En la Asamblea General de Padres de Familia se les instó a que se incorporaran a este convenio, siempre y cuando sus hijos apliquen, ya que esto genera ingresos que se invierten en realizar mejoras en la calidad de los servicios que todos los usuarios reciben. | Controlado |  |
| 6 | Que no se consideren los proyectos de mejoras del Centro como prioridad institucional. | 1. Elaborar justificaciones técnicas y perfiles de proyectos de mejora a la infraestructura y equipamiento a las autoridades del Instituto.  2. Coordinación con unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional, para el seguimiento a la aprobación y ejecución de los mismos.  3. Gestionar apoyo para la elaboración y/o ejecución de proyectos menores de mejora a la infraestructura con instituciones idóneas. | 1. En el año 2016, fue ejecutado el proyecto de mejora a la infraestructura del CRINA consistente en remodelación de piscina terapéutica y tanques de remolino, cambio de pisos en edificio “A”, y cambio de techo en ambiente de terapia Física 21”A”, así como también la construcción de cisterna de 110 metros cúbicos, proyectos que se han venido gestionando desde antes del año 2009.  2. En cuanto al proyecto Fotovoltaico del CRINA éste se encuentra en la unidad de Planificación quien al momento ha manifestado que no procederá por la opinión desfavorable de la SIGET, y por no estar dentro de las prioridades institucionales. No obstante como Centro seguiremos realizando gestiones a fin de superar las observaciones y demostrar los beneficios de contar con este tipo de energía renovable para que pueda ser considerado dentro de las prioridades número 1 de la unidad de Planificación y las autoridades del ISRI y así poder ejecutar dicho proyecto. Es importante destacar que internamente se realizó mejoras en el área del Salón Jardín del edificio A, consistentes en aseguramiento del techo, cambio de cornisas y cambio de perfilaría de aluminio y cielo falso de dicho ambiente.  3. Se ejecutaron con estudiantes de la universidad Don Bosco, dos proyectos de mantenimiento del sistema eléctrico y mantenimiento de equipo de aire acondicionado cuyos proyectos fueron valorados por los estudiantes en un monto de $2,320.00 y $1,845.00 respectivamente, contribuyendo con esto a la mejora y buena funcionabilidad de los equipos que requieren alimentación eléctrica. | En proceso | No considerar el proyecto Fotovoltaico como prioridad 1 a nivel institucional. |

## Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

| **No** | **Riesgo identificado por el CRIO** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2016** | **Situación del riesgo a diciembre 2016 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Demanda de atención en Terapia de Lenguaje mayor a la capacidad de respuesta por el número de recursos disponibles para la atención. | 1. Solicitud a Gerencia Médica del ISRI para el acompañamiento de equipo del CALE en el control del riesgo.  2. Diagnóstico conjunto de CRIO-CALE de la demanda insatisfecha y las posibles estrategias a implementar.  3. Definición de estrategias adoptadas.  4. Aplicación y monitoreo de las estrategias implementadas.  5. Informe bimensual. | Se trasladó recurso del Centro de Rehabilitación de Ciegos, de terapia de Lenguaje. Con ello se ha disminuido la demanda insatisfecha. | Controlado |  |

## Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR)

| **No** | **Riesgo identificado por el CRIOR** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2016** | **Situación del riesgo a diciembre 2016 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Bajo rendimiento en las metas de atenciones programadas. | Revisión de cupos y horarios, revisión de inasistencias de usuarios. | 1. Monitoreo de asistencia de usuarios y como resultado se ha obtenido un incremento, del 79.98 % del año 2015 al 81.88 % periodo actual en el rendimiento de las metas de atención programada.  2. Contratación para cubrir plaza vacante de terapista y médico especialista. | Controlado |  |
| 2 | Pobre ejecución del Plan Anual de Adquisiciones (PAA) de acuerdo a lo programado. | Monitoreo mensual o de acuerdo al plazo del periodo programado.  Pedir informes a Almacén. | En este punto y de acuerdo al plazo programado de las compras, se ha ejecutado de enero a diciembre/2016, en Fondo General el 42 % y de Recursos Propios el 78 %. | Controlado |  |
| 3 | Falta de interés en el cumplimiento de las normativas por parte del personal (política de ahorro, reglamento interno, lineamientos girados por autoridades superiores). | Reforzamiento a través de charlas de las normativas existentes y actualizadas.  Aplicar el reglamento interno por negligencia presentada. | 1. Política de Ahorro: celebración de Feria Energética, (para sensibilizar el ahorro y buen uso de la energía).  2. Cumplimiento y aplicación de lo establecido por el Reglamento Interno. | Controlado |  |

## Centro de Rehabilitación Profesional (CRP)

| **No** | **Riesgo identificado por el CRP** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2016** | **Situación del riesgo a diciembre 2016 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Falta de demanda de los servicios de atención. | Promoción de los servicios a nivel de escuelas, iglesias, alcaldías, ferias, otras instituciones relacionadas. | Promoción de los servicios en diferentes instituciones, festivales del Buen Vivir. | No controlado | A pesar de los esfuerzos la demanda de los servicios no llegó a la meta esperada. |
| 2 | No contar con el personal técnico para el cumplimiento de la demanda de los servicios. | Actividades de Salud Mental, concientización. | Se logró contar con las plazas necesarias para brindar el servicio. | Controlado |  |

## Unidad de Asesoría Jurídica

| **No** | **Riesgo identificado por Asesoría Jurídica** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2016** | **Situación del riesgo a diciembre 2016 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Vacios en las normativas, normativas obsoletas y normativas nuevas con contradicciones. | Nos pronunciamos ante tal circunstancia para eliminar el vacío o contradicción. | La unidad de Regulación es la competente de esta actividad. | Controlado |  |
| 2 | Actualmente se ha detectado que las unidades que deben brindar opinión sobre un tema que les compete por ley, evaden fundamentar su propio criterio, asumiendo que todo es opinión de la unidad Jurídica o de presidencia, recargando el trabajo de la unidad Jurídica y de presidencia. | Pronunciamiento para delimitar competencia jurídica. | Nos hemos pronunciado en varias oportunidades, advirtiendo a las unidades, que se requiere su opinión técnica y no una opinión jurídica. | Controlado |  |
| 3 | Ausencia de información escrita, clara y pertinente con relación a las consultas jurídicas que hacen las diferentes áreas. | Realizar entrevistas directas con el consultante apoyando en que se tome una decisión más acorde a la ley y normativa interna o detectar si es por ignorancia inexcusable o malicia en no dar una opinión escrita. | Hemos realizado entrevistas directas con los consultantes, sugiriendo la fundamentación legal más pertinente en sus requerimientos. | Controlado |  |

## Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional

| **No** | **Riesgo identificado por Planificación** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2016** | **Situación del riesgo a diciembre 2016 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Falta de recursos financieros para cumplir con los nuevos objetivos del ISRI. | Gestión ad hoc ante organismos internacionales y otras agencias de cooperación. | Se han realizado gestiones ante diferentes organismos internacionales, agencias de cooperación y el Ministerio de Hacienda. | En proceso | Escasez de recursos financieros en el ámbito gubernamental. |
| 2 | Falta de suficiente recurso humano dado que se han incorporado obligaciones extraordinarios. | Gestión ante el Ministerio de Hacienda la asignación de dos plazas nuevas de técnico en Planificación. | Se gestionó, ante las autoridades del ISRI, la incorporación en el proyecto de presupuesto del ISRI para el 2017, la asignación de plazas. | En proceso | Escasez de recursos financieros en el ámbito gubernamental. |

## Unidad de Regulación

| **No** | **Riesgo identificado por Regulación** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2016** | **Situación del riesgo a diciembre 2016 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | No contar con las normativas institucionales aprobadas. | Apoyo de las autoridades.  Reuniones con jefes de unidades, directores y asesorías. | Reuniones de apoyo con Presidencia para el seguimiento de las normas institucionales.  Reunión con Gerencia Médica y de Servicios de Rehabilitación, así como con Gerencia Administrativa, donde se hace entrega de lista de normativas que competen a cada área con fechas de trabajo y posibles comisiones para la elaboración y revisión de normativas.  Elaboración de propuesta de Lineamientos para la Elaboración de Documentos Normativos del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral.  Presentación a Presidencia ISRI, de propuesta de Normas Técnicas de Control Interno del ISRI.  Revisión de documentos: Lineamientos para la Segregación y Disposición de los Desechos Bioinfecciosos del ISRI; Lineamiento para la Elaboración del Plan Mensual de Distribución de Turnos del Centro de Atención de Ancianos "Sara Zaldívar"; y Lineamientos para la Supervisión del Área Operativa del Personal de Enfermería del Centro del Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar".  Revisión y propuesta de Formulario de Evaluación, Ajuste y Prescripción de Sillas de Ruedas de la Unidad de Proyectos de Extensión del ISRI.  Revisión y aprobación de Cuadro de Entrevista Estructurada y aprobación del Manual de Bienvenida del ISRI, ambos del departamento de Recursos Humanos del ISRI.  Revisión y propuesta a los Perfiles de Puesto de Terapista I y Terapista II, Plaza de Archivo Institucional del ISRI.  Asesorías a las diferentes unidades organizativas del ISRI, así como Gerencias y Presidencia del ISRI.  Revisión y aprobación de Lineamientos para el Control de los Vehículos Institucionales y Suministro de Combustible del ISRI.  Se sostuvieron reuniones de trabajo con personal de jefaturas y centros de atención del ISRI.  Además, se han realizado a lo largo del año asesorías, sugerencias y observaciones puntuales a documentos, formularios de trabajo de las diferentes unidades organizativas y centros de atención del ISRI. | Controlado |  |

## Departamento de Recursos Humanos

| **No** | **Riesgo identificado por Recursos Humanos** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2016** | **Situación del riesgo a diciembre 2016 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | No poder ingresar al sistema SIRHI, para elaborar planillas. | Solicitar requerimiento al Ministerio de Hacienda. | Se realizó consulta en mesa de servicio del Ministerio de Hacienda. | Controlado |  |
| 2 | No poder imprimir las planillas. | Solicitar apoyo a Informática o unidades de la Administración Superior. | Se mantuvieron dos impresores en buen estado y con tóner cada uno. | Controlado |  |
| 3 | No contar con un sistema y equipo informático para la digitalización de expedientes de los empleados. | Gestionar en Gerencia la dotación del equipo requerido. | Se realizó la solicitud del proyecto a presidencia. | En proceso | Falta de recursos económicos. |

## Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI)

| **No** | **Riesgo identificado por la UACI** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2016** | **Situación del riesgo a diciembre 2016 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Seguimiento oportuno a órdenes de compra y contratos generados de los diferentes procesos de compra. | Contratación de personal para fortalecer los procesos de ejecución de las órdenes de compra y contratos, devolución de garantías, contacto con los administradores de contrato y órdenes de compra, realizar procesos de imposición de multas por incumplimientos, así como el ingreso de contratos y elaboración de solicitudes de pedido en COMPRASAL. | Se contrató a Técnica UACI a partir del 15 de febrero de 2016 al 20 de diciembre de 2016, tiempo durante el cual se brindó prioridad a la devolución de garantías que estaban vencidas desde los años 2011 a 2014; necesitando para ello estar en contacto con administradores de contrato, contratistas y emisores de garantías.  Esperando contar con el recurso humano para mantener al día todo lo referente a los seguimientos de los contratos y órdenes de compra y así evitar atrasos que nos hace incumplir la LACAP y RELACAP. | Controlado |  |
| 2 | Insuficiente espacio físico para el resguardo de documentos generados en los procesos de compra. | Resguardo de los documentos existentes, aplicando lo establecido en LACAP.  Atender instrucciones del Oficial de Información, para la depuración de documentos. | Se ha enviado memorándums UACI 0133/2016 de fecha 10 de febrero de 2016, 0261/2016 de fecha 09 de marzo de 2016, 0406/2016 de fecha 20 de mayo de 2016 y 553-2016 de fecha 28 de julio a Oficial de Información solicitando brindar las indicaciones respectivas para proceder a depurar los documentos existentes en la UACI de los años comprendidos del 2000 al 2003.  A la fecha solamente se ha tenido visita de Sra. Marilú Segovia, (personal de la UAIP), quien posteriormente se presentó con un técnico del Archivo General de la Nación a quienes se le demostró los documentos a depurar, a la fecha no ha habido respuesta a la petición realizada. | No controlado | No se logró controlar por falta de indicaciones del procedimiento a seguir para depurar los documentos generados que están desfasados en la UACI. |

## Unidad Financiera Institucional (UFI)

| **No** | **Riesgo identificado por la UFI** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2016** | **Situación del riesgo a diciembre 2016 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Incremento del margen de "error humano" por obsolescencia de aplicativos. | 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. | Se le remitieron notas de recordatorio a Presidencia sobre la no atención de marginación que hizo al Oficial de Información que tiene a cargo el área Informática. Se dio seguimiento con el área Informática pero solo se quedó a nivel de remisión de un borrador que le entregaron los estudiantes. | En proceso | Presidencia marginó a la unidad de Acceso a la Información; quienes, a través del Coordinador de Informática, notificaron que están gestionando un programa a través de los alumnos de una universidad, al final del año no se concretó o por lo menos no se notificó a la UFI. |
| 2 | Insuficiencia en la 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. | La actividad ha comenzado a tener movimiento porque ya se nos ha convocado a capacitaciones, solo se está coordinando que se valore no realizarlas en la última semana del mes a fin que asista todo el personal de la UFI, aunque aún está pendiente recibir capacitaciones especificas del área Financiera, así como dedicar tiempo a la parte humana y psicológica de las personas, más cuando los puestos como los de la UFI son de constante estrés. | En proceso | En lo que corresponde a capacitación se ha asistido a algunas que ha desarrollado Recursos Humanos, pero igual algunas son programadas en fechas que para la UFI son imposibles de asistir (cierre de mes). Con lo que corresponde a las charlas de Salud Mental aún continuamos pendiente de recibir el correspondiente apoyo. |

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

| **No** | **Riesgo identificado por la UAIP** | **Actividad de control programada** | **Actividad de control realizada entre enero y diciembre 2016** | **Situación del riesgo a diciembre 2016 (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)** | **¿Por qué no se logró controlar o dar seguimiento al riesgo?** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Retraso en entrega de información solicitada por las personas (naturales o jurídicas). | Las solicitudes de información son tabuladas en un sistema informático que mide los tiempos para cumplir con el plazo de entrega.  Asimismo, internamente se maneja un plazo menor al de ley para contar con un margen de error. | Como UAIP nos amparamos a un sistema informático que nos avisa automáticamente sobre los plazos administrativos que están por fenecer. | Controlado |  |
| 2 | Pérdida de información indispensable para el desarrollo de las actividades de los usuarios que accedan a la red institucional. | Establecer procedimientos para la protección de la información local de las computadoras que ingresan a la red institucional. | El acceso al sistema es restringido. Únicamente se accede por clave. | Controlado |  |

# Conclusiones

1. La matriz utilizada para el seguimiento de los riesgos facilitó que las unidades organizativas completaran lo solicitado en concordancia con lo programado.
2. Las 19 unidades organizativas que identificaron riesgos dieron seguimiento mediante actividades de control.
3. De los 54 riesgos identificados, 26 (48 %) correspondieron a la Administración Superior y 28 (52 %) a los centros de atención. Siendo el CRINA la unidad organizativa que más riesgos identificó.
4. Al final de mayo 2016, de los 54 riesgos identificados, 34 (63 %) estaban en proceso, 13 (24 %) controlados, cinco no controlados (9 %) y dos sin seguimiento (4 %). Esta situación cambió para diciembre del mismo año, observándose 25 (46 %) riesgos controlados, 21 (39%) en proceso y solamente ocho (15 %) riesgos no controlados.
5. Para mayo se reportaron 13 riesgos controlados, en cambio este número ascendió a 25 en diciembre, lo que representó un incremento de 92 % en relación a mayo, y 46 % con relación al total de riesgos identificados (54).
6. Entre las razones de no lograr controlar o dar seguimiento a los riesgos estuvieron: obsolescencia de equipo; no adquisición de equipo nuevo según las necesidades identificadas; escasez de recursos financieros en el ámbito gubernamental; demanda superior a la capacidad instalada en las áreas de producción; personal con incapacidades médicas prolongadas; inasistencia de usuarios de los servicios de rehabilitación.
7. 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.
8. Se observó que las actividades realizadas, no siempre tuvieron relación con las actividades de control programadas.