

INFORME DGA-069-2019

AUDITORÍA SOBRE EL SISTEMA ESPECÍFICO DE VALORACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL (SEVRI) EN EL MINISTERIO DE SALUD

Tabla de Contenido

| | |
|--|-----------|
| RESUMEN EJECUTIVO | 2 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 3 |
| 1.1 Origen de la Auditoría | 3 |
| 1.2 Objetivo General..... | 3 |
| 1.3 Alcance | 3 |
| 1.4 Normativa técnica de la auditoría | 4 |
| 1.5 Ley de Control Interno | 4 |
| 1.6 Comunicación de resultados | 5 |
| 2. RESULTADOS | 6 |
| 2.1 Componentes para el Establecimiento del SEVRI | 6 |
| 2.1.1 Sobre el componente Marco Orientador | 6 |
| 2.1.2 Sobre el componente Ambiente de apoyo:..... | 10 |
| 2.1.3 Sobre el componente Recursos: | 11 |
| 2.1.4 Sobre el componente Sujetos interesados:..... | 11 |
| 2.1.5 Sobre el componente Herramienta para la administración de información: | 12 |
| 2.2 Identificación de riesgos y estructura de riesgos | 14 |
| 3. CONCLUSIONES..... | 19 |
| 4. RECOMENDACIONES | 22 |
| AL DESPACHO MINISTERIAL..... | 22 |

INFORME DGA-069-2019

RESUMEN EJECUTIVO

La presente auditoría se orienta a revisar el Sistema de Valoración del Riesgo Institucional, específicamente en el establecimiento de sus componentes para operar en el Ministerio de Salud y en la identificación de los riesgos en el Ministerio de Salud, ambos aspectos normados en la Resolución R-CO-64-2005, publicada en la Gaceta 134 del 12 de julio del 2005, de la Contraloría General de la República, cuyo ámbito de aplicación define que toda institución pública deberá establecer y mantener en funcionamiento un Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI) por áreas, sectores, actividades o tareas.

De acuerdo con los objetivos del estudio referidos al establecimiento de los componentes del SEVRI y a la forma como la institución identifica sus riesgos, se conoció que el establecimiento de los componentes que se requieren para el funcionamiento del SEVRI, aún no está ajustado según lo establece la normativa que regula el SEVRI, por lo cual es necesario revisar, determinar y documentar los enunciados, acciones y elementos que establece la normativa, a efecto de que el establecimiento de sus componentes sea claro, concreto, completo y con acciones que permitan su evaluación; esto es fundamental para que el SEVRI pueda funcionar de forma óptima y brindar los productos que facilite a la institución el logro de sus objetivos. Otro de los aspectos encontrados es que las unidades organizativas no realizan una identificación de los riesgos ajustada a su realidad; sobre este tema es elemental la estructura de riesgos institucional que se tiene y en este sentido, el portafolio de riesgos que posee el Marco Orientador presenta inconsistencias que son importantes de revisar para una correcta orientación en el tema de riesgos. Aunado a esto, el Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración del Riesgo y la estructura de riesgos que contiene es revisado y ajustado cada dos años por la Dirección de Planificación con los aportes que brindan las unidades organizativas, sin embargo se requiere de un proceso de construcción que permita identificar una estructura de riesgos ajustada a las necesidades de nuestro quehacer institucional y por ende ajustado a cada unidad organizativa; la institución debe ir determinando la estructura de riesgos alineada a los riesgos a que realmente están expuestas las funciones y actividades propias del quehacer institucional

Lo expuesto sobre el establecimiento de los componentes del SEVRI y la forma como la institución identifica sus riesgos, tiene como efecto el hecho de que no se esté logrando el objetivo del SEVRI cual es *“producir información que apoye la toma de decisiones orientada a ubicar a la institución en un nivel de riesgo aceptable y así promover, de manera razonable, el logro de los objetivos institucionales”*; ahora bien el Ministerio de Salud define que su misión es *“Garantizar la protección y el mejoramiento del estado de salud de la población, mediante el ejercicio efectivo de la rectoría y el liderazgo institucional...”*, por lo cual si la institución no produce información para facilitar el logro de los objetivos en cada una de las funciones y actividades que realiza y que por su naturaleza están orientadas principalmente a la protección y mejoramiento del estado de salud de la población, se corre el riesgo de que no se pueda cumplir la misión encomendada, esto es un aspecto de trascendencia país donde la institución debe valorar que el SEVRI tiene alcance en la misión que debe cumplir el Ministerio de Salud en los tres niveles de gestión.

INFORME DGA-069-2019

AUDITORÍA SOBRE EL SISTEMA ESPECÍFICO DE VALORACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL (SEVRI) EN EL MINISTERIO DE SALUD

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Origen de la Auditoría

La presente auditoría corresponde al Plan Anual de Trabajo para el año 2018, y está orientada al Sistema de Valoración del Riesgo Institucional y la identificación de los riesgos en el Ministerio de Salud.

1.2 Objetivo General

El objetivo de la esta auditoría es evaluar el Sistema de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI) y la identificación de los riesgos, a fin de determinar si se está cumpliendo con la normativa que regula esa materia.

1.3 Alcance

La auditoría se desarrolla en los Niveles Central, Regional y Local, precisamente porque la normativa establece los deberes del jerarca y los titulares subordinados sobre el Sistema de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI). La muestra aplicada se obtuvo utilizando el método aleatorio simple en la selección de las unidades, y en las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud, tomando además como criterio, las que se ubican en una zona que presentan además de los riesgos de las funciones que deben desempeñar, riesgos relacionados a factores climáticos propios de la zona donde se encuentran.

Se recopiló información mediante cuestionarios aplicados a las siguientes unidades organizativas:

- Unidad de Planificación de la Dirección de Planificación Institucional;
- Direcciones de la Rectoría de la Salud del Nivel Central: Salud Ambiental, Productos de Consumo Humano;
- Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud: Unidad de Desarrollo Estratégico Institucional de la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Pacífico Central y Unidad de Desarrollo Estratégico Institucional de la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Este;
- Direcciones de Área Rectoras de Salud de Parrita y Siquirres.

1.4 Normativa técnica de la auditoría

La auditoría se efectuó de conformidad con la normativa aplicable al ejercicio de la Auditoría Interna, las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público y los procedimientos internos de esta Dirección.

1.5 Ley de Control Interno

Este informe queda sujeto a lo estipulado en la Ley N° 8292, denominada LEY GENERAL DE CONTROL INTERNO, específicamente en los artículos 37 y 38, que dicen:

“Artículo 37.-Informes dirigidos al jerarca. Cuando el informe de auditoría esté dirigido al jerarca, este deberá ordenar al titular subordinado que corresponda, en un plazo improrrogable de treinta días hábiles contados a partir de la fecha de recibido el informe, la implantación de las recomendaciones. Si discrepa de tales recomendaciones, dentro del plazo indicado deberá ordenar las soluciones alternas que motivadamente disponga; todo ello tendrá que comunicarlo debidamente a la auditoría interna y al titular subordinado correspondiente.”

“Artículo 38. —Planteamiento de conflictos ante la Contraloría General de la República. Firme la resolución del jerarca que ordene soluciones distintas de las recomendadas por la auditoría interna, esta tendrá un plazo de quince días hábiles, contados a partir de su comunicación, para exponerle por escrito los motivos de su inconformidad con lo resuelto y para indicarle que el asunto en conflicto debe remitirse a la Contraloría General de la República, dentro de los ocho días hábiles siguientes, salvo que el jerarca se allane a las razones de inconformidad indicadas.

La Contraloría General de la República dirimirá el conflicto en última instancia, a solicitud del jerarca, de la auditoría interna o de ambos, en un plazo de treinta días hábiles, una vez completado el expediente que se formará al efecto. El hecho de no ejecutar injustificadamente lo resuelto en firme por el órgano contralor, dará lugar a la aplicación de las sanciones previstas en el capítulo V de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República, N° 7428, de 7 de setiembre de 1994.”

Por último, se cita el párrafo primero del artículo 39 del capítulo sobre responsabilidades y sanciones:

*“Artículo 39— Causales de responsabilidad administrativa.
El jerarca y los titulares subordinados incurrirán en responsabilidad administrativa y civil, cuando corresponda, si incumplen injustificadamente los deberes asignados en esta Ley, sin perjuicio de otras causales previstas en el régimen aplicable a la respectiva relación de servicios.”*

1.6 Comunicación de resultados

El Manual de Normas Generales de Auditoría para el Sector Público aprobado mediante Resolución del Despacho de la Contralora General de la República, N° R-DC-64-2014 publicado en La Gaceta No. 184 del 25 de setiembre de 2014, establece en su norma 205.03 lo que a continuación se transcribe:

“Las instancias correspondientes de la administración auditada deben ser informadas, sobre los principales resultados, las conclusiones y las disposiciones o recomendaciones según corresponda, producto de la auditoría que se lleve a cabo, lo que constituirá la base para el mejoramiento de los asuntos examinados.”.

En cumplimiento de la supracitada norma, el día 03 de mayo del 2019, a las 8:00 a.m en el Despacho del Ministro de Salud, se procedió a realizar la exposición del presente informe, con la presencia de los siguientes funcionarios:

Dr. Daniel Salas Peraza, Ministro de Salud
Dr. Carlos Salguero M., Asesor Despacho Ministerial
Dra. Priscilla Herrera García, Directora General de Salud
Dra. Marcela Vives Blanco, Jefe Unidad de Planificación Institucional
Dra. Andrea Garita Castro, Directora Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud
Lic. Leslie Ríos Durán, Profesional Unidad de Planificación Institucional
MSc. Bernardita Irola Bonilla, Auditora Interna
Licda. Olga Alvarado Mora, Jefe Unidad Gestión de Rectoría de la Salud
Licda. María Isabel Espinoza Hernández, Profesional en Auditoría

Después de efectuada la comunicación verbal de los resultados, por medio del oficio MS-DGA-170-2019 del 24 de abril del 2019, se le remitió al Dr. Daniel Salas Peraza, Ministro de Salud, una copia impresa del informe y a los demás funcionarios que asistieron a la exposición, se les remitió una copia digital. Se les indicó que contaban con un plazo no mayor a cinco días hábiles para que formularan y remitieran a esta Dirección las observaciones que tuviesen sobre el particular. No se recibieron observaciones al borrador del informe.

2. RESULTADOS

2.1 Componentes para el Establecimiento del SEVRI

La Resolución R-CO-64-2005, publicada en la Gaceta 134 del 12 de julio del 2005, de la Contraloría General de la República, indica en su punto 3.1: Que se deberán establecer, previo al funcionamiento del SEVRI, los siguientes componentes:

- a) Marco orientador.
- b) Ambiente de apoyo.
- c) Recursos.
- d) Sujetos interesados.
- e) Herramienta para la administración de información.

De acuerdo con lo anterior, esta auditoría se basa en que el establecimiento de los componentes citados, implica que los mismos se encuentren creados institucionalmente y determinados en cuanto a que estén señalados de manera clara y precisa. Así las cosas, se conoció lo siguiente sobre el establecimiento de los componentes para el SEVRI:

2.1.1 Sobre el componente Marco Orientador

La Resolución R-CO-64-2005, en su punto 3.2 Marco orientador, indica que “*El marco orientador del SEVRI debe comprender la política de valoración del riesgo institucional, la estrategia del SEVRI y la normativa interna que regule el SEVRI*”. Asimismo, indica lo siguiente:

“La política de valoración del riesgo institucional deberá contener, al menos:

- a) el enunciado de los objetivos de valoración del riesgo el compromiso del jerarca para su cumplimiento,*
- b) lineamientos institucionales para el establecimiento de niveles de riesgo aceptables,*
- y*
- c) la definición de las prioridades de la institución en relación con la valoración del riesgo.”*

Al respecto se conoció lo siguiente:

A. Sobre el enunciado de los objetivos de valoración del riesgo el compromiso del jerarca para su cumplimiento, el Ministerio de Salud, tiene documentado el Marco Orientador Sistema Específico de Valoración del Riesgo 2016 (SEVRI), que es actualizado cada dos años por la Dirección de Planificación Institucional en conjunto con las demás unidades organizativas del Ministerio de Salud. Sin embargo, no se realizan acciones para el cumplimiento de los objetivos establecidos en dicho documento, por saber:

Objetivo a) Realizar la valoración del riesgo para ubicar a la institución en un nivel de riesgo aceptable, por medio del establecimiento de acciones o medidas que minimicen sus consecuencias en caso de que los riesgos se materialicen.

Al respecto, se conoció que en la herramienta POI las unidades organizativas realizan la valoración del riesgo, sin embargo las medidas minimizadoras que establecen no se asocian a una identificación de riesgos institucionales ajustada al quehacer de cada unidad organizativa, en virtud de que la estructura de riesgos que posee el portafolio de riesgos institucional tiene algunas inconsistencias en la información que presenta; es decir la identificación de riesgos se realiza apegada a la clasificación de riesgos que presenta el portafolio, no a los riesgos reales del quehacer de las unidades organizativas; por lo cual no hay una seguridad de que las medidas minimizadoras que se establecen estén igualmente ajustadas a la necesidades que tienen las unidades organizativas en las actividades que programan.

Objetivo b) Coordinar los procesos de capacitación y asesoría dirigidos a los enlaces de Control Interno del Ministerio de Salud, para facilitar la aplicación del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional.

Lo anterior tiene fundamento en que la Resolución R-CO-64-2005 indica la necesidad de que se promueva una cultura favorable para el funcionamiento del SEVRI y señala algunos puntos que las instituciones deben promover para ello:

- *Conciencia en los funcionarios de la importancia de la valoración del riesgo para el cumplimiento de los objetivos institucionales.*
- *Uniformidad en el concepto de riesgo en los funcionarios de la institución.*
- *Actitud proactiva que permita establecer y tomar acciones anticipando las consecuencias que eventualmente puedan afectar el cumplimiento de los objetivos.*
- *Responsabilidades definidas claramente en relación con el SEVRI para los funcionarios de los diferentes niveles de la estructura organizacional.*
- *Mecanismos de coordinación y comunicación entre los funcionarios y las unidades internas para la debida operación del SEVRI.*

Referente a la capacitación en el tema SEVRI, se conoció que la Dirección de Planificación Institucional en los años anteriores al 2017 realizaba talleres con las unidades regionales de planificación y las direcciones de nivel central en los que se trataba la apertura de actividades por nivel de gestión, programación de actividades y refrescamiento del uso de la herramienta SEVRI. También se conoció que para la programación del POI del 2017 y 2018 y debido a directrices de austeridad en el gasto público, no se realizaron esos talleres y que, como medida mitigadora, se envió la herramienta que contiene el SEVRI para que fuera analizada y le hicieran las observaciones pertinentes; sin embargo, no se conocieron acciones de capacitación dirigidas a apoyar y promover una cultura favorable en el tema SEVRI. En relación con esto, se aplicaron algunos cuestionarios a titulares subordinados en los tres niveles de gestión; no obstante, no recuerdan la última vez que se recibió capacitación en el tema y otros indican que desde hace algún tiempo no se recibe. Es importante en este sentido lo estipulado en la normativa referente a los recursos del SEVRI que establece que *“En el diseño, operación, evaluación y seguimiento del SEVRI se deberán seleccionar y capacitar los recursos humanos que garanticen el cumplimiento del objetivo del Sistema”*.

Objetivo c) Evaluar la aplicación del Sistema Específico de Valoración de Riesgo para la detección de deficiencias y la aplicación de medidas correctivas.

Al respecto, el Marco Orientador también establece dentro de las obligaciones de los titulares subordinados el punto 2.5.2.5 que indica “*La Unidad de Planificación Institucional debe realizar evaluaciones de la metodología aplicada, recomendando los ajustes correspondientes al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional*”. Sobre el tema, se conoció por parte de la Dirección de Planificación Institucional que lo que se hace es una actualización del marco orientador cada dos años con la participación de los tres niveles de gestión y que se toma en consideración el criterio y la experiencia de las unidades organizativas en cuanto a riesgos, medidas minimizadoras y la efectividad de las mismas. Sin embargo, no se recibió información respecto a si esa Dirección tiene definidos los indicadores y criterios para evaluar la aplicación del SEVRI, que permitan determinar en qué medida se han alcanzado los objetivos previamente establecidos.

Objetivo d) Desarrollar el análisis histórico de riesgos como un medio que contribuya al logro del Marco Estratégico Institucional.

No se obtuvo archivo formal del análisis histórico de los riesgos institucionales y se conoció que dicha información no ha sido comunicada en los últimos dos años a los jefes, por motivo de que según indica la Dirección de Planificación Institucional, se ha solicitado espacio en el Consejo Institucional para presentar el análisis de riesgos y se puso en lista de asuntos en agenda, pero dicha presentación no se concretó durante la gestión de anteriores jefes institucionales. En razón de esto, se observa que no se está cumpliendo el objetivo que establece la normativa, cual es apoyar en la toma de decisiones orientada a ubicar a la institución en un nivel de riesgo aceptable y con ello promover el logro de objetivos institucionales. Esto por cuanto la información que se genera de un análisis histórico de riesgos debe ser insumo para la toma de decisiones de los jefes institucionales y en este sentido, se conoció que esa información no es de conocimiento de la cima estratégica.

B. Sobre el enunciado de los lineamientos institucionales para el establecimiento de niveles de riesgo aceptables, el Marco Orientador del Ministerio de Salud posee entre sus lineamientos el que se describe en el numeral N° 4 “*El seguimiento a los riesgos determinados y a las medidas minimizadoras del riesgo definidas, se debe realizar de forma permanente y se informará semestralmente los resultados a los niveles correspondientes para su control*”. En relación con este tema, el Marco Orientador también establece las obligaciones de los titulares subordinados y en su punto 2.5.2.4 indica que “*Una vez que los titulares subordinados comuniquen los resultados de la Valoración de Riesgo, la Unidad de Planificación Institucional debe elaborar un informe de resultados al Jefe con el fin que se giren las instrucciones pertinentes sobre eventos prioritarios*”. Al respecto, no se obtuvo por parte de la Dirección de Planificación Institucional la información que debe generar la institución sobre los riesgos institucionales y que debe remitirse al Jefe, se conoció que dicha unidad organizativa solicitó espacio en las reuniones del Consejo Institucional para realizar la presentación de éstos, así como del resultado de Autoevaluación de Control Interno 2016-2017, sin embargo, a la fecha y debido al cambio de autoridades, el tema no ha sido abordado. Esto tiene un efecto importante en cuanto a que el SEVRI no está cumpliendo el objetivo que establece la normativa, cual es apoyar en

la toma de decisiones orientada a ubicar a la institución en un nivel de riesgo aceptable; asimismo no hay acciones que demuestren que las actividades de SEVRI que realizan las unidades organizativas tengan resultados que apoyen el logro de objetivos institucionales.

C. Sobre el enunciado de la definición de las prioridades de la institución en relación con la valoración del riesgo, el Marco orientador del Ministerio de Salud define prioridades pero requiere la determinación de las acciones que orienten a la administración al logro del producto que se requiere, tal es el caso de la prioridad referida a *“Mejorar la herramienta utilizada para la valoración del riesgo institucional, con el fin de facilitar la administración de los riesgos y el análisis histórico de los mismos”*. En este sentido, de acuerdo con lo que establece la normativa, debe diseñarse una herramienta que contemple aspectos de relación costo beneficio, volumen de información que debe procesar, complejidad de los procesos organizacionales y presupuesto institucional; sin embargo, actualmente la herramienta que utiliza la Institución para la valoración de riesgos es la herramienta de programación POI y no cumple con las especificaciones requeridas.

De la misma forma se encuentra la prioridad definida como *“Fomentar la cultura de Control Interno entre los funcionarios para la consecución de los objetivos institucionales”*. En este caso, siendo que el SEVRI es responsabilidad del jerarca y de los titulares subordinados, se requiere que la institución conduzca en la capacitación de los titulares subordinados para que estos a su vez fomenten y fortalezcan la cultura de control interno en los tres niveles de gestión.

Referente a lo anterior, se consultó a algunos titulares subordinados sobre las acciones que se hacen en sus unidades organizativas para promover una cultura favorable; entre ellas indican que se realiza la programación participativamente y que cada uno de los funcionarios indica los riesgos de no cumplir con la programación, revisan periódicamente el cumplimiento del POI y lo socializan. Titulares de Nivel Local se refieren a actividades varias que realizan en la DARS con los funcionarios y promueven espacios para dar seguimiento a riesgos identificados. Los Jefes de Unidades de Planificación indican que hacen actividades de acompañamiento a los otros niveles y del trámite de comunicación de las medidas minimizadoras. Sobre este tema, el Marco Orientador del Ministerio de Salud establece las obligaciones de los titulares subordinados y en su punto 2.5.2.2 indica que *Los titulares subordinados del Ministerio de Salud son responsables de promover una cultura favorable y una actitud proactiva de ambiente de control a lo interno de las dependencias que lideran*; por esto es importante la capacitación de aspectos específicos que señala la normativa en el tema de SEVRI en los diferentes Niveles de Gestión, con el fin de procurar que los titulares subordinados tengan claridad en la aplicación del Marco Orientador y un efecto multiplicador sobre las acciones para promover una cultura favorable a lo interno de las unidades organizativas.

En términos generales sobre el tema de las prioridades, es imperativo la determinación de las acciones de ejecución y seguimiento que sean necesarias de realizar para que las prioridades definidas trasciendan de la identificación de las necesidades al logro de las metas o productos.

D. Sobre la estrategia del SEVRI, la Resolución R-CO-64-2005 indica que *La estrategia del SEVRI deberá especificar las acciones necesarias para establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el SEVRI y los responsables de su ejecución. También deberá contener los indicadores que permitan la evaluación del SEVRI tanto de su funcionamiento como de sus resultados.* En relación con esto, la estrategia actual establecida en el Marco Orientador del Ministerio de salud es la siguiente:

“El Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional se relacionará con los resultados esperados institucionales definidos por el jerarca, donde a cada resultado se le definirán riesgos y sus respectivas medidas minimizadoras, esto con el fin de mantener a la institución en un nivel de riesgo aceptable y por ende el logro de sus objetivos y metas planteadas”.

Se observa así que dicha estrategia no contempla las acciones que son necesarias en el Ministerio de Salud para establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el SEVRI y los responsables de su ejecución. Asimismo, no contempla los indicadores que permitirán evaluar el funcionamiento y resultados del SEVRI.

Sobre las causas relacionadas a los puntos antes indicados, se tiene el hecho de que el Ministerio de Salud tiene documentado el componente Marco Orientador que data del 2016, sin embargo, como antes se indicó, hay enunciados que no tienen acciones determinadas para que los mismos se cumplan en la forma como están indicados en el Marco Orientador, por lo que deben ser revisados para determinar las acciones que permiten su cumplimiento. En cuanto a la estrategia, la misma requiere que se determinen las acciones para establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el SEVRI, además de las metas, responsables y plazos para su efectividad.

2.1.2 Sobre el componente Ambiente de apoyo:

El punto 3.3 de la normativa indica que: *En cada institución deberá existir una estructura organizacional que apoye la operación del SEVRI, así como promoverse una cultura favorable al efecto.* Actualmente la estructura organizacional que apoya el SEVRI está conformada por la Dirección de Planificación Institucional que tiene a cargo las actividades relacionadas al SEVRI; dentro de la distribución de funciones que tiene la Unidad de Planificación, dos funcionarios son los encargados de atender lo correspondiente a las funciones de control interno, sin embargo parte del tiempo laboral lo dedican a otras tareas también importantes propias del quehacer de la Unidad de Planificación Institucional, lo que afecta el avance del SEVRI, ya que la función directora, coordinadora, asesora y ejecutora de la Unidad de Planificación Institucional es de enorme importancia para la operación del sistema. También como parte de ese componente de apoyo se encuentran los titulares subordinados de las unidades organizativas de los tres niveles de gestión, los enlaces de control interno en cada una de las Direcciones a nivel Central y los jefes de Unidades de Planificación de las Direcciones Regionales. En este sentido, el fortalecimiento del ambiente de apoyo es necesario con la finalidad de que apoye las actividades del SEVRI que ejecuta la Dirección de Planificación Institucional y que actualmente no se están alcanzando, un ejemplo de ello es la situación descrita por dicha Dirección en cuanto a que en diversas

oportunidades solicitó espacio en las reuniones del Consejo Institucional, para realizar la presentación de los riesgos instituciones y del resultado de Autoevaluación de Control Interno 2016-2017; sin embargo a la fecha el tema no ha sido abordado.

Así las cosas, parte de la necesidad de este componente es el fortalecimiento de una estructura organizacional que tenga como una de las funciones la asesoría al Ministro en el tema de SEVRI y además, la coordinación y articulación con las unidades organizativas, de las diferentes acciones que permitan promover el mejoramiento continuo y el fortalecimiento del sistema de control interno institucional.

2.1.3 Sobre el componente Recursos:

El punto 3.4 de la normativa indica que *El SEVRI deberá contar con los recursos financieros, humanos, técnicos, materiales y demás necesarios para su establecimiento, operación, perfeccionamiento y evaluación, según lo dispuesto en esta normativa.*

Los recursos que se asignen al SEVRI deberán obtenerse, de forma prioritaria, de los existentes en la institución en el momento de determinar su requerimiento. En caso de no contar con algún recurso particular, deberá adquirirse en tanto sus beneficios excedan los costos cumpliendo los procesos presupuestarios y contractuales respectivos.

De acuerdo con la Dirección de Planificación Institucional, los recursos con los que cuenta el SEVRI son los que le asignan a la Dirección de Planificación Institucional, no se cuenta con recursos específicos respecto al SEVRI y en el instrumento POI se incluye generalmente el monto necesario para ejecutar las actividades.

2.1.4 Sobre el componente Sujetos interesados:

El punto 3.5 de la Resolución R-CO-64-2005 señala entre otras cosas que:

Los sujetos interesados deberán ser contemplados en el diseño, ejecución, evaluación y seguimiento de las actividades del SEVRI.

Dentro de estas consideraciones, la institución deberá tomar en cuenta los objetivos y percepciones de estos sujetos en el diseño del SEVRI. También deberá valorar la participación de estos sujetos de forma directa en el establecimiento, funcionamiento, evaluación y perfeccionamiento del SEVRI.

Los sujetos interesados pueden ser internos o externos a la institución, y dentro de éstos, deberán incluirse al menos los siguientes grupos:

- a) población objetivo de la institución,*
- b) funcionarios de la institución, y*
- c) sujetos de derecho privado que sean custodios o administradores de fondos públicos otorgados por la institución,*
- d) fiduciarios encargados de administrar fideicomisos constituidos con fondos públicos.*

Los sujetos que forman parte de c) y d) deberán, al menos:

- a) *Brindar de forma periódica la información que requiera la institución que otorga los fondos o la que actúe como fideicomitente, para determinar los riesgos asociados a dichos recursos.*
- b) *Estar anuentes a establecer las medidas para la administración de riesgos en relación con los recursos que recibe, según lo defina la institución que otorga los fondos o la que actúe como fideicomitente.*

Al respecto, se conoció por parte de la Dirección de Planificación Institucional, que los sujetos interesados del SEVRI son internos al Ministerio de Salud y participan cada dos años en la revisión y ajuste del Marco Orientador del SEVRI, portafolio de riesgos, medidas minimizadoras, así como en los ítems de la autoevaluación de control interno. Además, anualmente utilizando la herramienta SEVRI administran los riesgos. Así las cosas, el SEVRI del Ministerio de Salud no contempla sujetos externos a la institución, y en este sentido la normativa indica que *“Los sujetos interesados pueden ser internos o externos a la institución...”*, por lo que se observa que el establecimiento de los sujetos interesados en el SEVRI queda abierta y es un asunto que define cada institución. No obstante, es elemental que la institución analice la inclusión de instituciones, actores sociales y clientes directos de la rectoría en virtud de la misión y visión que le compete cumplir al Ministerio de Salud, pues el ejercicio efectivo de la rectoría y el liderazgo institucional, es el medio que tiene la institución para alcanzar las acciones que hacen posible su misión, por saber:

- a.1) *Misión. Garantizar la protección y el mejoramiento del estado de salud de la población, mediante el ejercicio efectivo de la rectoría y el liderazgo institucional, con enfoque de promoción de la salud y participación social inteligente, bajo los principios de transparencia, equidad, solidaridad y universalidad.*
- a.2) *Visión. El Ministerio de Salud será una institución desconcentrada, articulada internamente, coherente en su capacidad resolutive, con una cultura caracterizada por la orientación a los resultados y a la rendición de cuentas, con funcionarios debidamente calificados, apropiados de su papel y proactivos. Por su estilo de liderazgo, su capacidad técnica y el mejoramiento logrado en el estado de salud de la población, será una institución con alta credibilidad a nivel nacional e internacional, la población lo percibirá como garante de su salud y los actores sociales sujetos y clientes directos de la rectoría lo sentirá como su aliado.*

De acuerdo con lo anterior, es necesario que el Ministerio de Salud valore los sujetos interesados tanto internos como externos y posteriormente los determine y documente para el establecimiento del SEVRI institucional.

2.1.5 Sobre el componente Herramienta para la administración de información:

El punto 3.6 de la normativa señala que:

“Se deberá establecer una herramienta para la gestión y documentación de la información que utilizará y generará el SEVRI, la cual podrá ser de tipo manual, computadorizada o una combinación de ambos.

Esta herramienta deberá contar con un sistema de registros de información que permita el análisis histórico de los riesgos institucionales y de los factores asociados a dichos riesgos.

El diseño de la herramienta, en términos de su naturaleza y complejidad, deberá contemplar, al menos los siguientes aspectos:

- a) relación costo beneficio,*
- b) volumen de información que debe procesar,*
- c) complejidad de los procesos organizacionales, y*
- d) presupuesto institucional.”*

Respecto a este componente se conoció que la institución utiliza para la gestión y documentación del SEVRI la herramienta conocida institucionalmente como POI, la cual no permite el análisis histórico de los riesgos institucionales ni reúne los aspectos técnicos que indica la normativa. Se obtuvo información por parte de la Dirección de Planificación Institucional respecto a que el Ministerio se encuentra tramitando un sistema que permita gestionar y documentar la información que utilizará y generará el SEVRI; no obstante, si bien es muy importante la obtención de este componente, la Institución debe considerar primero el establecimiento en su totalidad de los otros componentes, en razón de lo que se ha expuesto en este informe. Esto se encuentra normado en el punto 3.1 de la Resolución R-CO-64-2005, que establece:

Se deberá iniciar con el componente de marco orientador del SEVRI, específicamente con la política del riesgo institucional y la estrategia del SEVRI. El componente de herramienta para la administración de información deberá instituirse sólo cuando el resto de los componentes se hayan establecido.

En general, es importante indicar que los componentes ambiente de apoyo, recursos, sujetos interesados y herramienta de apoyo para la administración de información que establece la normativa de SEVRI, no se encuentran establecidos en su totalidad; es decir requiere revisarse la estructura actual de cada uno y determinar de manera clara y precisa los elementos que deben fortalecer la implementación de cada uno según lo establece la normativa y documentarse, a efecto de que la institución complete el establecimiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo SEVRI.

De acuerdo con la normativa, “una vez establecidos los componentes del SEVRI, se deberán ejecutar las actividades para la identificación, análisis, evaluación, administración, revisión, documentación y comunicación de riesgos institucionales”; esto para asegurar que la institución tiene las condiciones que le permiten operar el SEVRI con efectividad; por lo que si la institución no determina y documenta la forma como se constituye cada componente siguiendo los argumentos técnicos que indica la R-CO-64-2005, no puede asegurar razonablemente que se tienen los elementos suficientes y necesarios para hacer funcionar el SEVRI; tampoco permite que se definan las acciones que deben contener enunciados como la estrategia para el funcionamiento de SEVRI, las cuales requieren ser señaladas en forma clara y precisa para ser implementadas y resueltas por las diferentes unidades organizativas desde la responsabilidad que tienen las mismas en acciones concretas; asimismo, no permite orientar a la Institución en el avance y perfeccionamiento del SEVRI. Esta ausencia de la misma bajo los términos técnicos que indica la normativa, hace que no se tenga la forma cómo administrar los riesgos institucionales.

2.2 Identificación de riesgos y estructura de riesgos

Se conoció que en la herramienta POI donde se documenta la información sobre los riesgos, no se identifican los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos de las unidades organizativas, sino que se identifica la clasificación de riesgos que posee el portafolio de riesgos institucional. Es decir, las unidades organizativas no realizan una identificación de riesgos ajustada a su realidad, que considere los factores de riesgos y causas que pueden influir sobre todas las actividades que tienen bajo su responsabilidad y el logro de sus objetivos. Para ilustrar esto resulta importante presentar la identificación de riesgos contenida en la herramienta POI sobre la valoración de riesgos realizada por la Dirección de Servicios de Salud en el año 2017:

Valoración del riesgo del resultado esperado “Dirección y Conducción fortalecida” de la Dirección de Servicios de Salud

| Resultados esperados | Riesgo (s) | Causas de Riesgo | Consecuencias de Riesgo |
|---|---|---|---|
| Resultado esperado: RE.1 Dirección y Conducción Fortalecida | IV.E. Recurso humano insuficiente | No contar con la información oportuna de los actores sociales | Incumplimiento institucional |
| | III.B. Capital de conocimiento | Información deficiente | Incumplimiento de la Programación |
| | VII.B. Falta de infraestructura informática | No actualización del sistema de información. | Impresión de información para la toma de decisiones |

Fuente: Tomado de la herramienta POI Valoración del riesgo de la Dirección de Servicios de Salud en el año 2017

Se observa en el cuadro la información sobre los riesgos, causas de riesgos y consecuencias de riesgos para el resultado esperado “Dirección y Conducción Fortalecida”, donde la información de los riesgos es la clasificación misma del portafolio de riesgos, por lo que la unidad organizativa responsable de las actividades que conllevan al logro de ese resultado esperado, no identifica en forma adicional otros riesgos concretos de las actividades que está programando. En este sentido, la clasificación “IV.E. Recurso humano Insuficiente”, puede ser una causa, un factor de riesgo o una situación materializada según el contexto que se analice y respecto a esto se indica como causa de riesgo “No contar con la información oportuna de los actores sociales”, lo cual no parece tener concordancia con lo indicado como riesgo y en línea con esto se indica como consecuencia de riesgo “Incumplimiento institucional”; es decir, la información no da una idea de completitud respecto al riesgo. Aunado a esto la clasificación de riesgo “IV.E Recurso humano insuficiente” (pag.26) que indica el Portafolio de riesgos señala “La unidad organizativa no cuenta con la cantidad de recurso humano necesario para realizar las actividades y proyectos asignados”, esta descripción en la forma como se presenta orienta a ser la causa o factor de riesgo, no a un riesgo como tal.

Una de las causas que explican lo anterior es que las unidades organizativas hacen una transcripción de la clasificación que presenta el portafolio de riesgos institucional; pero no hacen la identificación de los riesgos reales que pueden tener consecuencias en el logro de los objetivos que requieren alcanzar. Asimismo, en relación con el portafolio de riesgos institucional, se observa que el documento presenta las siguientes inconsistencias:

➤ No presenta uniformidad en la información que describe, es decir no tiene un formato con un orden de ideas que facilite comprender y delimitar el tipo de información que presenta. Ejemplo de eso es el punto “II Riesgos de procesos” PAG 14); por cuanto muestra una serie de puntos que parecen ser situaciones ya materializadas, sin embargo en el documento no queda claro si la intención de las descripciones en cada punto es señalar riesgos o factores de riesgos:

“Son los riesgos relacionados con los procesos que afectan el éxito con que la institución los ejecuta para el cumplimiento de sus objetivos.

Por cuanto:

- 1) Ausencia de ajustes de los procesos actuales.*
- 2) Los procesos no se divulgan y socializan.*
- 3) Los procesos no están alineados con las estrategias institucionales.*
- 4) Los procesos no están operando eficaz y eficientemente.*
- 5) Los procesos no satisfacen las necesidades del cliente interno y externo.*
- 6) Los procesos no contienen los mecanismos de medición adecuados.*
- 7) La no aplicación de los procesos existentes.*
- 8) No se está evaluando la implementación de los procesos para crear oportunidades de mejora”.*

Sin embargo, es hasta el punto “II.A- Diseño de procesos” donde se presenta el primer tipo de riesgos de esa clasificación, por ello es importante la uniformidad en el formato.

➤ La clasificación de riesgos que presenta el portafolio de riesgos tiene descripciones que no hacen referencia a los riesgos como tal y como conceptualmente describe la normativa; es decir como la probabilidad de que pueda suceder un evento, sino que varias de las descripciones orientan al lector a conceptualizar como riesgos lo que podría corresponder a factores de riesgo, causas, o incluso en algunas de las descripciones se visualizan como riesgos materializados o debilidades de la administración.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, reguladas en la Resolución R-CO-2009 emitidas por la Contraloría General de la República el 26 de enero del 2009, conceptúa el término “Riesgo” como la “Probabilidad de que ocurran eventos de origen interno o externo, que tendrían consecuencias sobre el cumplimiento de los objetivos institucionales”. De acuerdo con el diccionario de la RAE “probabilidad” es la “Verosimilitud o fundada apariencia de verdad”. Y en cuanto al término “evento” indica que es una “Eventualidad, hecho imprevisto, o que puede acaecer”. Es decir que un riesgo debe interpretarse como la posibilidad de que suceda un hecho o acontecimiento; pero no es un hecho materializado.

En relación con lo anterior, se encuentran las siguientes descripciones en el portafolio de riesgos; donde no se percibe con claridad a qué se refiere la información que presenta:

- En el punto “II.B Cambio o adaptación de procesos”; (pag.15) indica “Procesos no van acompañados de la capacitación, seguimiento y motivación necesaria con el fin de que los funcionarios los apliquen de manera correcta y participen en la mejora continua”. En esta descripción no queda claro cuál es el riesgo ni queda claro a qué se refiere esa información, dado que en la información que sigue a dicha descripción lo que se muestran son las medidas minimizadoras.
- En el punto VII. Riesgos de Tecnología de Información (pag.34). Donde se visualiza que la descripción que hace es una situación materializada:

“El riesgo de que la tecnología de información usada en la institución:

- ✓ *No está operando según lo planeado.*
- ✓ *Está comprometiendo la integridad y confiabilidad de los datos e información.*
- ✓ *Está exponiendo activos importantes a pérdidas o mal empleo.*
- ✓ *No soporta apropiadamente los procesos críticos.*
- ✓ *No cuenta con las especificaciones técnicas para realizar apropiadamente las funciones”.*

- En el punto “VII. B Falta de infraestructura Informática”, donde a partir de la descripción que da no se visualiza el riesgo; sino que pareciera que es más una causa o factor de riesgo:

“El riesgo de que la Institución no tenga la infraestructura de tecnología de información (hardware, redes, software, procesos y personal) que necesita para soportar eficazmente los requerimientos de información actuales y futuros para la institución, de manera eficaz, costo efectivo y controlado”.

- En el punto “IV. F Falta de capacitación” (pag.27) indica “Escasos programas de capacitación que contribuyan con el desarrollo humano de los funcionarios”. En esa descripción no se visualiza el riesgo.
- En el punto IV.E Recurso humano insuficiente (pag.26) indica “La unidad organizativa no cuenta con la cantidad de recurso humano necesario para realizar las actividades y proyectos asignados”. En esa descripción no se visualiza el riesgo.

Sobre lo indicado es necesario aclarar que las Instituciones tienen la libertad de definir la estructura de riesgos que mejor se ajusta a los riesgos a que se exponen las unidades organizativas para lograr sus objetivos, por lo que se entiende que la estructura de riesgos de cada institución debe estar basada en su quehacer institucional; no obstante las descripciones señaladas del portafolio de riesgos pueden confundir la interpretación de la información que presenta y por otra parte, como ya se indicó, los titulares subordinados hacen identificación de las clasificaciones de la estructura de riesgos, no así del riesgo a que están expuestas las actividades que programan las unidades organizativas correspondientes.

Otro aspecto que influye en que las unidades organizativas no realicen una identificación de riesgos ajustada a su quehacer, es que el proceso “MS.UO.LI.06.04 Identificación, análisis, administración, documentación y comunicación de riesgos, indica en el procedimiento”, “actividad 8.1 sobre Identificar los riesgos”, que *“Para cada objetivo contenido en el instrumento Plan Operativo Institucional (POI) las unidades organizativas deben identificar al menos un riesgo inherente (ya sea interno o externo) que afecte la consecución de los objetivos estratégicos planteados, de acuerdo con el portafolio de riesgos definido en el Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración del Riesgo (SEVRI), para el Ministerio de Salud”*. Es decir, el procedimiento orienta la forma como se debe hacer la identificación de riesgos, y en este caso indica que las unidades organizativas deben identificar al menos un riesgo inherente, sin embargo la normativa que regula el SEVRI establece que las unidades organizativas deben identificar *“Los eventos que podrían afectar de forma significativa el cumplimiento de los objetivos institucionales”*.

Sobre el particular, la Ley de Control Interno 8292 en su artículo 14, sobre Valoración del riesgo, establece los deberes del jerarca y los titulares subordinados:

- “- Identificar y analizar los riesgos relevantes asociados al logro de los objetivos, de los planes anuales operativos y planes de mediano y de largo plazo.*
- Analizar el efecto posible de los riesgos identificados, su importancia y la probabilidad de que ocurran, y decidir las acciones que se tomarán para administrarlos.*
- Adoptar las medidas necesarias para el funcionamiento adecuado del sistema de valoración del riesgo y para ubicarse por lo menos en un nivel de riesgo organizacional aceptable.*
- Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar”*.

En relación con lo anterior se hace muy necesario que la institución tenga la claridad en el concepto de riesgo, y que eso se refleje en los documentos orientadores que se emiten; además de que se busque la capacitación necesaria para estandarizar en los tres niveles de gestión los aspectos que establece la normativa en el tema de SEVRI partiendo del mismo concepto de riesgo.

Otra causante en la identificación de riesgos es que el Marco Orientador institucional establece en uno de sus lineamientos que *“El Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración del Riesgo será revisado y ajustado cada dos años en el segundo semestre”* y en atención a eso la Institución a través de la Dirección de Planificación realiza acciones para la actualización del portafolio de riesgos a partir de los aportes que brindan las unidades organizativas, sin embargo el portafolio de riesgos no se ha obtenido de un proceso de construcción que permita identificar una estructura de riesgos ajustada a las necesidades de nuestro quehacer institucional y por ende ajustado a cada unidad organizativa, por lo cual es imperativo que la institución determine la estructura alineada a los riesgos que realmente están expuestas las actividades que ejecutan las unidades organizativas de los tres niveles de gestión.

Otra situación importante es que la identificación de riesgos institucional se hace por resultado esperado, es decir no se hace por funciones, procesos o actividades; según orienta la Resolución R-CO-2009. También, la Ley de Control Interno 8292 en su Artículo 18, sobre el Sistema Específico de Valoración del riesgo institucional, indica que *“Todo ente u órgano deberá contar con un sistema específico de valoración del riesgo institucional por*

áreas, sectores, actividades o tareas que, de conformidad con sus particularidades, permita identificar el nivel de riesgo institucional y adoptar los métodos de uso continuo y sistemático, a fin de analizar y administrar el nivel de dicho riesgo”.

Al consultarse a los titulares subordinados si la unidad organizativa identifica los riesgos por áreas, sectores, actividades, tareas u otro; se observan respuestas variadas, no obstante algunos indicaron que la identificación de riesgos se hace por medio de la programación y por actividades y tareas de la herramienta; en criterio de esta auditoría esto se explica por cuanto es en la herramienta de programación POI donde trimestralmente se programan las actividades, se anotan los productos, indicadores, metas, actividades, entre otros; sin embargo la valoración de riesgos no se hace sobre esos aspectos sino que se trabajan por resultado esperado en una hoja denominada “Valoración del riesgo” de esa misma herramienta. En observación de la herramienta POI programación 2017 de la Dirección de Servicios de Salud, se observa que para el resultado esperado “Regulación en salud, eficiente y eficaz”, y el producto “Servicios de Salud con calidad de acuerdo con las necesidades de la población”; se programaron cuarenta actividades; entre las cuales se denotan las siguientes sobre el tema de cáncer:

- Seguimiento y ejecución de los acuerdos tomados en el Consejo Nacional de Cáncer.
- Coordinación y seguimiento de las actividades contenidas en el "Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011- 2017".
- Coordinación del "Foro de Liderazgo para el Control del Cáncer en Centroamérica
- Elaborar borrador del "Plan Para la Prevención y control del Cáncer 2018- 2022".

No obstante lo anterior, como la valoración del riesgo se realiza a partir de resultados esperados y no sobre las actividades asociadas, se observa que dicha Dirección identificó para el resultado esperado “Regulación en salud, eficiente y eficaz”, los siguientes riesgos:

Valoración del riesgo del resultado esperado “Regulación en salud, eficiente y eficaz” de la Dirección de Servicios de Salud, año 2017

| Resultados esperados | Riesgo (s) | Causas de Riesgo | Consecuencias de Riesgo |
|---|---|---|--|
| Resultado esperado RE 2: Regulación en salud, eficiente y eficaz | IV.E. Recurso humano insuficiente | No contar con información oportuna de los actores sociales. | III.D. Incumplimiento institucional |
| | III.B. Capital de conocimiento | Desactualización del sistema de información. | Impresión de información para la toma de decisiones. |
| | III.I. Transporte | Ausencia de transporte para realizar visitas | No se realizarían inspecciones o autorizaciones. |
| | I.A. Soberano político / cambios políticos | Nueva generación de directrices políticas que cambien los planificado en el POI | No ejecución de actividades |
| | VII.B. Falta de infraestructura informática | Desactualización del sistema de información | Impresión de información para la toma de decisiones |

Fuente: Tomado de la herramienta POI IV trimestre en el año 2017.

La información del cuatro anterior no da certeza si la unidad organizativa está identificando los riesgos a que pueden estar sujetas las actividades programadas, considerando tanto los factores de riesgos y causas administrativas, como las sustantivas, algunas de las cuales se ejecutan y dependen de la coordinación con otras instituciones y diferentes actores sociales.

También se conoció que no se están identificando los riesgos inherentes a algunas actividades institucionales. Por ejemplo, en la programación de la Dirección de Planificación Institucional no se visualizan los riesgos de las actividades propias de SEVRI; la valoración del riesgo que se observa es a nivel de la actividad de programación. Asimismo, indican algunos titulares subordinados del Nivel Local que no se identifican los riesgos de las actividades concernientes al control integrado de vectores, dado que las mismas no se programan.

Las situaciones expuestas sobre el tema de identificación de los riesgos tienen como efecto el hecho de que no se esté logrando el objetivo del SEVRI cual es *“producir información que apoye la toma de decisiones orientada a ubicar a la institución en un nivel de riesgo aceptable y así promover, de manera razonable, el logro de los objetivos institucionales”*; pero inclusive además de eso, nuestra misión establece que la institución debe *“Garantizar la protección y el mejoramiento del estado de salud de la población, mediante el ejercicio efectivo de la rectoría y el liderazgo institucional...”*, por lo cual si la institución no produce información para apoyar la toma de decisiones en cada una de las funciones y actividades que tiene a cargo, se tiene el riesgo de que no se pueda cumplir los objetivos en las diferentes funciones sustantivas y por ende no se pueda cumplir la misión de garantizar la protección y el mejoramiento del estado de salud de la población; esto es un aspecto de trascendencia por cuanto parte de las características del SEVRI es que esté enfocado a resultados, de manera que los componentes y actividades del sistema se establecen y desarrollan para coadyuvar a que las instituciones cumplan sus objetivos.

3. CONCLUSIONES

- 3.1 El Ministerio de Salud posee un Marco Orientador, cuya última modificación se realizó en el año 2016, conteniendo los enunciados indicados por la normativa vigente que regula el SEVRI. Sin embargo, de acuerdo con lo que establece la normativa para este componente y con el documento que se encuentra elaborado, es necesario que se revisen y determinen las acciones que permiten el cumplimiento de los enunciados indicados en el Marco Orientador institucional, por cuanto actualmente no se están cumpliendo en la forma en que están definidos. En este sentido, es importante la determinación de acciones tendientes al logro de los objetivos definidos en el Marco Orientador; que se refieren al fortalecimiento de los procesos de capacitación, la determinación de indicadores y acciones que permitan evaluar el SEVRI y determinar en qué medida se han alcanzado sus objetivos y garantizar su efectividad. También es fundamental la determinación de la estrategia, dado que permite que la institución establezca los requerimientos del momento en materia de SEVRI e ir ajustándola a nivel del avance y madurez del sistema en la Institución, por ello la institución debe incluir indicadores que puedan ser medibles como parte fundamental de este producto, por cuanto sin los mismos no es posible

realizar las evaluaciones y mediciones del avance y madurez del sistema. En esta misma línea, se deben determinar las acciones que permiten cumplir las prioridades establecidas en el Marco Orientador institucional, a fin de que pasen a ser acciones ejecutadas y productos logrados para el avance del SEVRI. La ausencia de acciones tendientes a implementar los enunciados y la falta de determinación de acciones para el establecimiento de los mismos hace que los esfuerzos sean aislados y no se cumpla con la característica de enfocado a resultados del SEVRI, de manera que los componentes y actividades del sistema se establecen y desarrollan para coadyuvar a que las instituciones cumplan sus objetivos.

El SEVRI institucional no cuenta con un sistema de información que facilite y apoye la gestión e información del SEVRI, de tal forma que el sistema cumpla con sus objetivos y se pueda generar productos como el análisis histórico de los riesgos institucionales y de los factores asociados a dichos riesgos. No obstante, resulta imperativo que la administración tome en cuenta lo establecido en la normativa en cuanto a que debe avanzar en el establecimiento del SEVRI, considerando que la normativa establece que *El componente de herramienta para la administración de información deberá instituirse sólo cuando el resto de los componentes se hayan establecido.*

Los procesos de capacitación deben orientarse principalmente en que los titulares subordinados y enlaces de control interno comprendan la normativa y su rol en el funcionamiento del SEVRI, lo que facilita la operación de este sistema; de acuerdo con el estudio realizado, actualmente la administración no realiza actividades para este fin.

Para que la administración pueda avanzar en el SEVRI es importante revisar, determinar y documentar los componentes bajo la secuencia y orientación que establece la normativa de la Contraloría General de la República, a efecto que eso permita tener la claridad en el establecimiento de SEVRI para funcionar, y además la determinación de las acciones y responsables de su ejecución, lo cual conlleva a establecer también el compromiso de las partes involucradas. Actualmente el Ministerio de salud tiene documentado el componente Marco Orientador, que requiere ser revisado y ajustado; los componentes ambiente de apoyo, recursos, sujetos interesados y herramienta de apoyo para la administración de información, no se encuentran establecidos en su totalidad; por lo que es necesario revisar la estructura actual de cada uno y determinar de manera clara y precisa los elementos que deben fortalecer la implementación de cada uno y documentarlos según la normativa, a efecto de que la institución complete el establecimiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo.

- 3.2 Otro de los aspectos que se requiere revisar es la actual estructura de riesgos que contiene el Marco Orientador y la forma como la institución está identificando sus riesgos, ambos aspectos elementales en la implementación del procedimiento para el funcionamiento de SEVRI, donde precisamente la primera actividad del proceso es la identificación de los riesgos institucionales y como ya se expuso, las unidades organizativas de los tres niveles de gestión no están identificando los riesgos que pueden afectar su quehacer; esto significa que no se realiza una identificación de

los riesgos apegada a su realidad, sino más bien la transcripción de la clasificación que presenta el portafolio de riesgos. Una de las razones es que el portafolio de riesgos institucional presenta algunas inconsistencias, por lo que es importante su revisión y determinación para una correcta orientación del jerarca y titulares subordinados; en este tema el Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración del Riesgo y la estructura de riesgos que contiene es revisado y ajustado cada dos años por la Dirección de Planificación con los aportes que brindan las unidades organizativas; sin embargo se requiere de un proceso de construcción que permita identificar una estructura de riesgos ajustada a las necesidades de nuestro quehacer institucional y por ende ajustado a cada unidad organizativa; la institución debe ir determinando la estructura de riesgos alineada a los riesgos a que realmente están expuestas las actividades propias del quehacer institucional.

También el procedimiento MS.UO.LI.06.04 “Identificación, análisis, administración, documentación y comunicación de riesgos”, que en su actividad 8.1 sobre “Identificar los riesgos”, orienta a que no se identifiquen todos los riesgos a que podría estar expuestas las diferentes actividades de la institución y en este sentido la normativa que regula el SEVRI es muy clara en cuanto a *“Los eventos que podrían afectar de forma significativa el cumplimiento de los objetivos institucionales”*; por lo cual es fundamental que la Institución avance hacia una identificación consiente de la totalidad de riesgos que podrían afectar el logro de objetivos institucionales; incluso se debe considerar que el Ministerio en sus diferentes direcciones sustantivas deben ejecutar una serie de funciones, procesos y actividades en cuya ejecución se podrían identificar tanto los riesgos asociados a actividades administrativas como los que se asocian actividades sustantivas, que incluso su cumplimiento está sujeto a la coordinación con otras instituciones y diferentes actores sociales. Fundamentalmente la Institución debe prestar atención a estos aspectos, considerando que todas las situaciones expuestas sobre el tema de identificación de los riesgos tienen como efecto el hecho de que no se esté logrando el objetivo del SEVRI, esto retoma aún más valor cuando analizamos que nuestra institución tiene como misión garantizar la protección y el mejoramiento del estado de salud de la población, por lo cual el SEVRI establecido tal y como está normado, facilitaría encausar con mayor exactitud los esfuerzos que realiza la institución para lograr sus objetivos.

En virtud del alcance de este estudio y de que la valoración de riesgos institucional se realiza a partir de las actividades que se programan en la herramienta POI, no fue posible conocer si la institución identifica y administra los riesgos de las actividades que por alguna razón no se programan y en función de eso conocer cómo administra los riesgos asociados tanto a los objetivos de esas actividades como a la sub-ejecución presupuestaria.

4. RECOMENDACIONES

AL DESPACHO MINISTERIAL

4.1 Ordenar a la Dirección de Planificación Institucional revisar el Marco Orientador de la Institución, con el fin de determinar y documentar las acciones y elementos que permiten el establecimiento de este componente del SEVRI en el Ministerio de Salud; según lo detalla la Resolución R-CO-64-2005 de la Contraloría General de la República, por saber:

4.1.1 La política de valoración del riesgo conteniendo al menos:

El enunciado de los objetivos de valoración del riesgo, el compromiso del jerarca para su cumplimiento.

Lineamientos institucionales para el establecimiento de niveles de riesgo aceptables.

La definición de las prioridades de la institución en relación con la valoración del riesgo.

4.1.2 La estrategia de SEVRI especificando las acciones necesarias para establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el SEVRI y los responsables de su ejecución. Además de los indicadores que permitan la evaluación del SEVRI tanto de su funcionamiento como de sus resultados.

4.1.3 La normativa interna que regula el SEVRI, conteniendo al menos: los procedimientos del Sistema, los criterios que se requieren para el funcionamiento del SEVRI, la estructura de riesgos institucional y los parámetros de aceptabilidad de riesgo. (obtenidos según indica la recomendación 4.2)

Aparte 2.1

La Dirección de Planificación Institucional deberá remitir a esta Dirección General de Auditoría, a más tardar el **01 de julio del 2019** un cronograma con las acciones, metas, responsables y plazos que se requieren para obtener los productos citados, y el **02 de marzo del 2020** copia digital del documento elaborado.

4.2 Ordenar a la Dirección de Planificación Institucional elaborar e implementar un cronograma con las acciones, responsables y plazos que se requiere para obtener lo siguiente:

4.2.1 Determinar la forma más estratégica para que la institución identifique los riesgos que tipifican el quehacer de cada una de las unidades organizativas y actividades del Ministerio de Salud en sus tres niveles de gestión (Por funciones, procesos, actividades u otro que, de conformidad con las particularidades de la institución, permita identificar los riesgos institucionales). **Producto a obtener:** Determinación de la forma más estratégica para que la institución identifique los riesgos que tipifican el quehacer de cada una de las unidades organizativas y actividades del Ministerio de Salud en sus tres niveles de gestión.

4.2.2 Determinar e implementar un proceso de construcción participativo que permita definir una estructura de riesgos ajustada a las necesidades institucionales de los tres niveles de gestión. **Producto a obtener:** Estructura de riesgos ajustada a las necesidades institucionales de las unidades organizativas en los tres niveles de gestión.

4.2.3 Revisar y ajustar el procedimiento MS.UO.LI.06.04 “Identificación, análisis, administración, documentación y comunicación de riesgos”. Asimismo, la inclusión de la información del procedimiento en el enunciado de “Normativa interna que regula el SEVRI” del marco orientador y la periodicidad para actualizar la estructura de riesgos. **Producto a obtener:** Procedimiento MS.UO.LI.06.04 “Identificación, análisis, administración, documentación y comunicación de riesgos” ajustado.

La Dirección de Planificación Institucional deberá remitir a esta Dirección General de Auditoría, a más tardar el **01 de julio del 2019** el cronograma y para el **02 de marzo de 2020**, copia digital del documento elaborado.

4.3 Ordenar a la Dirección de Planificación Institucional revisar, determinar, y documentar los componentes: recursos y sujetos interesados, que requiere la institución para el establecimiento del SEVRI, según detalla la Resolución R-CO-64-2005 de la Contraloría General de la República, a efecto de procurar que su establecimiento y cumplimiento permitan orientar a la Institución en el avance de SEVRI y en el logro de los objetivos institucionales. **Aparte 2.1**

La Dirección de Planificación Institucional deberá remitir a esta Dirección General de Auditoría, el **1 de junio del 2020**, copia digital del documento elaborado.

4.4 Determinar y documentar una estructura organizacional que apoye la operación de SEVRI en la institución, promueva una cultura favorable y establezca los mecanismos de coordinación y comunicación entre los funcionarios y las unidades internas para la debida operación de SEVRI; según lo detalla el componente de ambiente de apoyo de la Resolución R-CO-64-2005 de la Contraloría General de la República. Al determinar dicha estructura organizacional, valorar la opción de establecer una comisión interna de asesoría al Ministro de Salud en el tema de SEVRI y con funciones específicas en este tema, a efecto de fortalecer el componente de ambiente de apoyo. Elaborar un documento que permita evidenciar la conformación del componente ambiente de apoyo. **Aparte 2.1**

Remitir a esta Dirección General de Auditoría, a más tardar el **01 de junio del 2020**, copia digital del documento elaborado.

4.5 Ordenar a la Dirección de Planificación Institucional que, una vez revisados, determinadas y documentadas las acciones y elementos que señalan los componentes marco orientador, ambiente de apoyo, recursos y sujetos interesados, se proceda con la implementación de acciones dirigidas al establecimiento de una herramienta para la gestión y documentación de la información que utilizará y generará el SEVRI y que cumpla las siguientes condiciones que indica la normativa:

- a. Contar con un sistema de registros de información que permita el análisis histórico de los riesgos institucionales y de los factores asociados a dichos riesgos.
- b. El diseño de la herramienta, en términos de su naturaleza y complejidad, deberá contemplar, al menos los siguientes aspectos:
 - i) relación costo beneficio,
 - ii) volumen de información que debe procesar,
 - iii) complejidad de los procesos organizacionales, y
 - iv) presupuesto institucional. **Aparte 2.1**

La Dirección de Planificación Institucional deberá remitir a esta Dirección General de Auditoría, a más tardar **01 de junio de 2020**, oficio indicando sobre las acciones que se han realizado y sobre la obtención de la herramienta.

- 4.6** Aprobar el documento que contiene los componentes determinados para el establecimiento del SEVRI del Ministerio de Salud y ordenar a la Dirección de Planificación Institucional determinar e implementar un proceso de socialización institucional que permita capacitar a los titulares subordinados sobre cada componente para su correcta aplicación en el funcionamiento de SEVRI. **Todo el informe.**

Remitir a esta Dirección General de Auditoría, a más tardar **el 30 de julio del 2020**, copia digital de la aprobación.

DIRECCIÓN AUDITORÍA INTERNA

Licda. María Isabel Espinoza Hernández
Profesional auditora

Licda. Olga Alvarado Mora
Jefe Unidad Gestión de Rectoría de la Salud

Msc. Bernardita Irola Bonilla
Auditora Interna
Aprobado por: