



Ministerio de Salud  
Planificación y Desarrollo Institucional  
Unidad de Planificación Institucional

# **Informe Institucional de Autoevaluación de Control Interno**

**Periodo: octubre 2018 – Setiembre 2019**

## PRESENTACIÓN

Los resultados del proceso de autoevaluación del Sistema de Control Interno del Ministerio de Salud, que se presentan en el siguiente informe se obtuvieron del análisis realizado por cada una de las unidades organizativas de acuerdo con los hallazgos obtenidos mediante la aplicación de la herramienta denominada “Cuestionario de Autoevaluación de Control Interno”, para el periodo 2018-2019.

La Unidad de Planificación Institucional, en cumplimiento con lo establecido en la Ley número 8292 “Ley General de Control Interno” y directrices institucionales, procedió a conducir la autoevaluación para el periodo en cuestión, con el fin de analizar el funcionamiento del Sistema de Control Interno a nivel institucional, como parte del mejoramiento de la gestión, estableciendo medidas de mejora para que las unidades organizativas del Ministerio de Salud, logren sus objetivos y metas propuestas.

## ALCANCE

La autoevaluación se aplica en los tres niveles de gestión.

## METODOLOGÍA DE AUTOEVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO

Para elaborar el presente informe, se recopiló información de las respuestas obtenidas de la aplicación del cuestionario de autoevaluación del periodo 2018-2019, de cada una de las unidades organizativas que componen la Institución, las cuales se apoyaron en el Manual de Procedimientos e instructivo correspondiente; en la Ley General de Control Interno y Manual de Normas Generales de Control Interno.

A continuación, se exponen los resultados obtenidos en la autoevaluación de control interno, entendiendo cada uno de sus componentes como:

- **Deberes y responsabilidades generales:** Es la información de carácter legal y técnica referida a toda la materia que atañe a la competencia de cada unidad organizativa, así como los procedimientos internos de las labores que realizan, dicha información debe manejarse en forma física ó digital y debe ser de fácil acceso al personal.

- **Ambiente de control:** conjunto de factores del ambiente organizacional que debe establecer y mantener el jerarca, los titulares subordinados y demás funcionarios, que permiten el desarrollo de una actitud positiva y de apoyo para el Proceso de Control Interno y para una administración escrupulosa.
- **Valoración del riesgo:** identificación y análisis de los riesgos que enfrenta la institución, tanto de fuentes internas como externas relevantes para la consecución de los objetivos; debe ser realizado por el jerarca y los titulares subordinados, con el fin de determinar cómo se deben administrar dichos riesgos.
- **Actividades de control:** políticas y procedimientos que permiten obtener la seguridad de que se lleven a cabo las disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República, por los jefes y los titulares subordinados para la consecución de los objetivos del Sistema de Control Interno.
- **Sistemas de información:** que permitan a la administración activa tener una gestión documental institucional, con el fin de controlar, almacenar y, posteriormente, recuperar de modo adecuado la información producida o recibida en la organización, en el desarrollo de sus actividades, para prevenir cualquier desviación en los objetivos trazados. Dicha gestión documental deberá estar estrechamente relacionada con la gestión de la información, en la que deberán contemplarse las bases de datos corporativos y las demás aplicaciones informáticas, las cuales se constituyen en importantes fuentes de la información registrada.
- **Criterios de seguimiento:** entiéndase por seguimiento del Sistema de Control Interno, las actividades que se realizan para valorar la calidad del funcionamiento del Sistema de Control Interno, a lo largo del tiempo; asimismo, para asegurar que los hallazgos de la auditoría y los resultados de otras revisiones se atiendan con prontitud.

## RESULTADOS

### DIRECCIÓN DE ASUNTOS JURIDICOS

De acuerdo con la información del cuadro N°.1, Asuntos Jurídicos tiene un promedio de cumplimiento de 100%.

Cuadro N°. 1 cumplimiento Asuntos Jurídicos.

Componente/Cumplimiento	Cumplimiento
Deberes Generales	100%
Ambiente de Control	100%
Valoración del Riesgo	100%
Actividades de Control	100%
Sistemas de Información	100%
Criterios de Seguimiento	100%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Cuadro N°. 2. Resultados comparativos de ACI, Asuntos Jurídicos

Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno Unidad Organizativa: Asuntos Jurídicos Números porcentuales					
Componente	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019
Deberes Generales	100%	100%	100%	100%	100%
Ambiente de Control	100%	100%	100%	100%	100%
Valoración del Riesgo	92%	100%	100%	100%	100%
Actividades de Control	92%	100%	100%	100%	100%
Sistemas de Información	100%	100%	100%	100%	100%
Criterios de Seguimiento	100%	57%	100%	100%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>97%</b>	<b>93%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

En relación con el cuadro anterior, ha mantenido su nivel de cumplimiento de 100%, es importante mencionar que durante los últimos cinco periodos se han presentado niveles de cumplimiento superiores al 95%.

### DIRECCIÓN GENERAL DE AUDITORÍA

De acuerdo con la información suministrada por esta Dirección (cuadro N°.3), todos los componentes de dicha unidad organizativa reportan cumplimiento de 100%, a

excepción de ambiente de control y valoración del riesgo, los cuales reportan cumplimiento de 85% y 86%, respectivamente.

Cuadro N°. 3 cumplimiento Dirección General de Auditoría.

<b>Números Porcentuales</b>	
<b>Componente/Cumplimiento</b>	<b>Cumplimiento</b>
Deberes Generales	100%
Ambiente de Control	85%
Valoración del Riesgo	86%
Actividades de Control	100%
Sistemas de Información	100%
Criterios de Seguimiento	100%
<b>TOTAL</b>	<b>95%</b>

Las principales debilidades de dicha unidad se muestran a continuación:

- No todos los funcionarios de la unidad organizativa participan en la elaboración el Plan Operativo Institucional (POI).
- No todos los funcionarios participan en la definición de los riesgos y su administración (consecuencias, medidas minimizadoras y seguimiento de los riesgos).

Esta Dirección mantuvo su promedio de cumplimiento con relación al periodo anterior, siendo que tienen un cumplimiento de 95%, vale mencionar que dicha dirección reporta promedios de cumplimiento superiores al 90% durante los últimos cinco periodos.

Cuadro N°. 4. Resultados comparativos de ACI, Dirección General de Auditoría

<b>Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno</b>					
<b>Unidad Organizativa: DIRECCIÓN GENERAL DE AUDITORÍA</b>					
<b>Números porcentuales</b>					
<b>Componente</b>	<b>Cumplimiento 2014-2015</b>	<b>Cumplimiento 2015-2016</b>	<b>Cumplimiento 2016-2017</b>	<b>Cumplimiento 2017-2018</b>	<b>Cumplimiento 2018-2019</b>
Deberes Generales	100%	100%	100%	100%	100%
Ambiente de Control	100%	83%	100%	100%	85%
Valoración del Riesgo	100%	92%	43%	71%	86%
Actividades de Control	100%	100%	100%	100%	100%
Sistemas de Información	100%	100%	100%	100%	100%
Criterios de Seguimiento	100%	100%	100%	100%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>96%</b>	<b>91%</b>	<b>95%</b>	<b>95%</b>

Con relación al plan de mejora 2019, plantean las siguientes actividades:

- Realizar una reunión para participar a los funcionarios el POI.
- Comunicar el resultado de las actividades de autoevaluación de control interno del año anterior.

## **UNIDAD DE RELACIONES INTERNACIONALES**

De acuerdo con los resultados finales de la Autoevaluación, esta unidad presenta niveles de cumplimiento de 100% en cada uno de sus componentes (cuadro N°. 5), excepto en los componentes ambiente de control y valoración del riesgo los cuales reportan cumplimientos de 92 y 83, respectivamente%.

Cuadro N°5. Cumplimiento Unidad de Asuntos Internacionales

<b>Números Porcentuales</b>	
<b>Componente/Cumplimiento</b>	<b>Cumplimiento</b>
Deberes Generales	100%
Ambiente de Control	92%
Valoración del Riesgo	83%
Actividades de Control	100%
Sistemas de Información	100%
Criterios de Seguimiento	100%
<b>TOTAL</b>	<b>96%</b>

Dentro de sus debilidades están:

- No se han implementado por parte de los funcionarios de la unidad organizativa las directrices institucionales sobre la confiabilidad de la información.
- No se da seguimiento por parte de la unidad organizativa a las medidas minimizadoras identificadas para cada riesgo en cuanto a su ejecución.

De acuerdo con el cuadro N°.6 esta unidad organizativa ha reportado niveles de cumplimiento superiores al 95% durante los últimos cinco periodos.

Cuadro N°. 6. Resultados comparativos de ACI, Unidad de Asuntos Internacionales

<b>Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno</b>					
<b>Unidad Organizativa: Unidad de Asuntos Internacionales en Salud</b>					
<b>Números porcentuales</b>					
<b>Componente</b>	<b>Cumplimiento 2014-2015</b>	<b>Cumplimiento 2015-2016</b>	<b>Cumplimiento 2016-2017</b>	<b>Cumplimiento 2017-2018</b>	<b>Cumplimiento 2018-2019</b>
Deberes Generales	100%	100%	100%	100%	100%
Ambiente de Control	100%	100%	100%	100%	92%
Valoración del Riesgo	100%	100%	100%	100%	83%
Actividades de Control	100%	100%	100%	100%	100%
Sistemas de Información	100%	100%	100%	89%	100%
Criterios de Seguimiento	100%	100%	100%	100%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>98%</b>	<b>96%</b>

No se incluyeron actividades en el plan de mejora 2019, para ser implementado en el 2020.

## **PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL**

En esta Dirección el componente que refleja el nivel más bajo de cumplimiento es criterios de seguimiento con 50%, y el de mayor cumplimiento deberes generales con 100% de cumplimiento.

Cuadro N°. 7. Cumplimiento Planificación y Desarrollo Institucional

<b>Números Porcentuales</b>	
<b>Componente/Cumplimiento</b>	<b>Cumplimiento</b>
Deberes Generales	100%
Ambiente de Control	85%
Valoración del Riesgo	86%
Actividades de Control	64%
Sistemas de Información	91%
Criterios de Seguimiento	50%
<b>TOTAL</b>	<b>79%</b>

Estas debilidades por componente se reflejan en los siguientes enunciados:

### **Ambiente de Control**

- No se han implementado por parte de los funcionarios de la unidad organizativa las directrices institucionales sobre la confiabilidad de la información.

- De forma parcial el titular subordinado promueve acciones para mantener y fortalecer un clima laboral favorable.

### Actividades de Control

- No todos los procesos cuentan con manuales de procedimientos físicos o digitales.
- No se verifica en la unidad organizativa el cumplimiento de las actividades y tareas indicadas en el manual de procedimientos y protocolos institucional.
- No se contempla el desarrollo de actividades de evaluación y mejoramiento continuo de los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa.
- No se promueve por parte del titular subordinado de la unidad organizativa la implementación y el seguimiento de los controles existentes.

### Sistemas de información

- Los sistemas de información implementados en la unidad organizativa no permiten controlar recursos, riesgos y limitaciones.

### Criterios de Seguimiento

- Los resultados del control gerencial y del Plan de mejora que realiza la unidad organizativa no se utilizan para realizar mejoras a la gestión de la unidad.
- Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan de forma parcial para retroalimentar al personal

Cuadro N°. 8. Resultados comparativos de ACI, Planificación y Desarrollo Institucional

<b>Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno Unidad Organizativa: Planificación y Desarrollo Institucional Números porcentuales</b>					
<b>Componente</b>	<b>Cumplimiento 2014-2015</b>	<b>Cumplimiento 2015-2016</b>	<b>Cumplimiento 2016-2017</b>	<b>Cumplimiento 2017-2018</b>	<b>Cumplimiento 2018-2019</b>
Deberes Generales	86%	67%	83%	100%	100%
Ambiente de Control	83%	67%	83%	83%	85%
Valoración del Riesgo	64%	83%	43%	43%	86%
Actividades de Control	46%	62%	55%	64%	64%
Sistemas de Información	100%	64%	82%	82%	91%



Criterios de Seguimiento	57%	43%	33%	80%	50%
<b>TOTAL</b>	<b>73%</b>	<b>64%</b>	<b>63%</b>	<b>75%</b>	<b>79%</b>

De acuerdo con el cuadro número 8, con relación a la autoevaluación anterior aumento su nivel de cumplimiento pasando de 75% a 79%, siendo que el componente valoración del riesgo aumento considerablemente su nivel de cumplimiento, incidiendo en dicho aumento en el promedio de cumplimiento. Importante mencionar que criterios de seguimiento disminuyó en un 30% su nivel de cumplimiento.

Con relación al plan de mejora 2020, plantean las siguientes actividades:

- Solicitar al Departamento de Tecnología de la Información y Comunicación información sobre las directrices institucionales sobre la confiabilidad de la información.
- Implementar el plan de mejora elaborado respecto al clima laboral.
- Construcción de un instrumento que mida la eficacia, eficiencia y oportunidad (2020).
- Actualizar el manual de procedimientos y protocolos de la unidad organizativa.
- Implementación de la metodología de verificación del cumplimiento de las actividades y tareas en la Unidad Organizativa.
- Construcción de una herramienta para evaluar los controles aplicados en la unidad organizativa

## **DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**

En la División Administrativa, el componente ambiente de control (cuadro N° 9), presenta nivel de cumplimiento de 92%, todos los demás componentes tienen niveles de 100%, importante mencionar que ninguno de los componentes presenta respuestas "NO".

Cuadro N° 9, Cumplimiento División Administrativa

<b>Números Porcentuales</b>	
<b>Componente/Cumplimiento</b>	<b>Cumplimiento</b>
Deberes Generales	100%
Ambiente de Control	92%
Valoración del Riesgo	100%
Actividades de Control	100%
Sistemas de Información	100%
Criterios de Seguimiento	100%
<b>TOTAL</b>	<b>99%</b>

Dentro de sus principales debilidades se encuentran:

### **Ambiente de control**

- De forma parcial se han formalizado las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad

La División Administrativa emitió un cumplimiento general en cuanto a la Autoevaluación del Control Interno de 99%, aumentando los resultados que se obtuvieron en la autoevaluación anterior, la cual fue de 96%, siendo que el componente valoración del riesgo aumentó su cumplimiento de 86% a 100%. (Cuadro N°.10)

Cuadro N°. 10, Resultados comparativos de ACI, División Administrativa

<b>Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno</b>					
<b>Unidad Organizativa: División Administrativa</b>					
<b>Números porcentuales</b>					
<b>Componente</b>	<b>Cumplimiento 2014-2015</b>	<b>Cumplimiento 2015-2016</b>	<b>Cumplimiento 2016-2017</b>	<b>Cumplimiento 2017-2018</b>	<b>Cumplimiento 2018-2019</b>
Deberes Generales	86%	86%	71%	100%	100%
Ambiente de Control	67%	83%	83%	92%	92%
Valoración del Riesgo	92%	0%	100%	86%	100%
Actividades de Control	92%	92%	100%	100%	100%
Sistemas de Información	100%	100%	100%	100%	100%
Criterios de Seguimiento	86%	86%	100%	100%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>87%</b>	<b>75%</b>	<b>92%</b>	<b>96%</b>	<b>99%</b>

Con relación al plan de mejora 2020, plantean:

- Formalizar por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad.

## **DIRECCIÓN DE DESARROLLO HUMANO**

De acuerdo con el cuadro N°. 11, esta unidad organizativa presenta cumplimientos de 100% en los componentes, deberes generales, valoración del riesgo, actividades de control y criterios de seguimiento, siendo sistemas de información el componente con el nivel de cumplimiento más bajo con un 91%.

Cuadro N°. 11, Cumplimiento Dirección de Desarrollo Humano

<b>Números Porcentuales</b>	
<b>Componente/Cumplimiento</b>	<b>Cumplimiento</b>
Deberes Generales	100%
Ambiente de Control	100%
Valoración del Riesgo	100%
Actividades de Control	91%
Sistemas de Información	100%
Criterios de Seguimiento	100%
<b>TOTAL</b>	<b>98%</b>

### **Ambiente de control**

- No se han implementado parcialmente las directrices institucionales en la unidad organizativa sobre la política ambiental y el programa de gestión ambiental institucional.

### **Sistemas de información**

- No han sido divulgadas a todos los funcionarios las normas institucionales para el uso correcto del correo electrónico.

Con respecto al plan de mejora indican que no aplican acciones correctivas para el componente sistemas de información, por parte de la Dirección de Desarrollo Humano, ya que son atinentes al Departamento de Tecnologías de la Información y Comunicación, sin embargo, deben de realizar las acciones necesarias para subsanar las debilidades detectadas.

Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno Unidad Organizativa: Dirección de Desarrollo Humano Números porcentuales					
Componente	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019
Deberes Generales	86%	83%	100%	83%	100%
Ambiente de Control	90%	83%	83%	82%	92%
Valoración del Riesgo	100%	92%	92%	86%	100%
Actividades de Control	93%	92%	92%	91%	100%
Sistemas de Información	77%	100%	92%	82%	91%
Criterios de Seguimiento	100%	100%	100%	33%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>91%</b>	<b>92%</b>	<b>93%</b>	<b>76%</b>	<b>97%</b>

## DIRECCIÓN DESARROLLO CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO EN SALUD

Esta Dirección reporta que todos los componentes se cumplen en un 100%, excepto actividades de control con 91% de cumplimiento. (Cuadro N°.13)

Cuadro N°. 13 cumplimiento Dirección Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud

Números Porcentuales	
Componente/Cumplimiento	Cumplimiento
Deberes Generales	100%
Ambiente de Control	100%
Valoración del Riesgo	100%
Actividades de Control	91%
Sistemas de Información	100%
Criterios de Seguimiento	100%
<b>TOTAL</b>	<b>98%</b>

Las debilidades de esta Unidad Organizativa se reflejan a continuación:

### Actividades de control

- Se aplican parcialmente en la unidad organizativa procedimientos para la custodia de los documentos.
- Se ha regulado en la unidad organizativa de forma parcial lo relativo al acceso, consulta, traslado o préstamo de los documentos.

### Sistemas de información:

- No se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos.

Cuadro N°. 14, Resultados comparativos de ACI, Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud.

<b>Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno Unidad Organizativa: Dirección Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud Números porcentuales</b>					
<b>Componente</b>	<b>Cumplimiento 2014-2015</b>	<b>Cumplimiento 2015-2016</b>	<b>Cumplimiento 2016-2017</b>	<b>Cumplimiento 2017-2018</b>	<b>Cumplimiento 2018-2019</b>
Deberes Generales	100%	100%	100%	100%	100%
Ambiente de Control	100%	100%	100%	100%	100%
Valoración del Riesgo	100%	100%	100%	100%	100%
Actividades de Control	100%	100%	100%	100%	82%
Sistemas de Información	94%	92%	91%	82%	91%
Criterios de Seguimiento	100%	100%	100%	100%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>99%</b>	<b>99%</b>	<b>99%</b>	<b>97%</b>	<b>96%</b>

Esta unidad organizativa reporta un cumplimiento general de 96%, para los últimos 5 periodos los cumplimientos han sido superiores al 95% (cuadro N°. 14).

Con relación al plan de mejora 2019, plantean las siguientes actividades

- Gestionar y participar en la actualización del manual de procedimientos existente

### **DIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE PRODUCTOS DE INTERÉS SANITARIO**

En esta Dirección el componente de más bajo cumplimiento es criterios de seguimiento con 67%, y los componentes de mayor cumplimiento son deberes generales, sistemas de información, actividades de control con 100%.

<b>Números Porcentuales</b>	
<b>Componente/Cumplimiento</b>	<b>Cumplimiento</b>
Deberes Generales	100%
Ambiente de Control	77%
Valoración del Riesgo	86%
Actividades de Control	100%
Sistemas de Información	100%
Criterios de Seguimiento	67%
<b>TOTAL</b>	<b>88%</b>

Para esta unidad se determinaron los siguientes hallazgos.

### **Ambiente de Control**

- El director de la unidad organizativa no participa a sus colaboradores para realizar el Plan Operativo Institucional (POI).
- No se han implementado las directrices institucionales en la unidad organizativa sobre la política ambiental y el programa de gestión ambiental institucional.
- Los funcionarios no conocen el Plan Estratégico Institucional (PEI).

### **Valoración del Riesgo**

- No todos los funcionarios de la unidad organizativa participan en la definición de los riesgos y su administración (consecuencias, medidas minimizadoras y seguimiento de los riesgos).

### **Criterios de seguimiento**

- La unidad organizativa no realiza una revisión trimestral del Plan de mejora.
- Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa no se utilizan para retroalimentar al personal.

Esta unidad organizativa tiene un cumplimiento del 88%, manteniendo prácticamente su promedio de cumplimiento igual con relación a la autoevaluación anterior, situación que se refleja en el cuadro N°. 16. Es importante mencionar que en los últimos

periodos los promedios de cumplimiento han ido aumentando su promedio de cumplimiento.

Cuadro N°. 16, Resultados comparativos de ACI, Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario

<b>Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno</b>					
<b>Unidad Organizativa: Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario</b>					
<b>Números porcentuales</b>					
<b>Componente</b>	<b>Cumplimiento 2014-2015</b>	<b>Cumplimiento 2015-2016</b>	<b>Cumplimiento 2016-2017</b>	<b>Cumplimiento 2017-2018</b>	<b>Cumplimiento 2018-2019</b>
Deberes Generales	67%	83%	83%	100%	100%
Ambiente de Control	14%	67%	67%	75%	75%
Valoración del Riesgo	91%	42%	83%	86%	86%
Actividades de Control	50%	62%	85%	91%	100%
Sistemas de Información	41%	58%	67%	100%	100%
Criterios de Seguimiento	75%	29%	57%	67%	67%
<b>TOTAL</b>	<b>56%</b>	<b>57%</b>	<b>74%</b>	<b>87%</b>	<b>88%</b>

Con relación al plan de mejora 2019, plantean las siguientes actividades

- Realizar charlas de reforzamiento sobre la ley de control interno y el SEVRI.
- Divulgar e Implementar la política ambiental el programa de gestión ambiental institucional.
- Divulgar el PEI a los funcionarios en pequeñas reuniones por jefatura.
- Participar a los funcionarios de la unidad organizativa en la definición de riesgos y su administración en las funciones que desarrolla.
- Realizar al menos una vez al año una actividad informativa a los funcionarios de la unidad organizativa sobre el seguimiento a las acciones realizadas en la misma.

## DIRECCIÓN SERVICIOS DE SALUD

Esta Dirección refleja un cumplimiento de 64% de cumplimiento en del Riesgo, 67% en criterios de seguimiento y 73% en Actividades de Control., según cuadro N° 17

Cuadro N°. 17, Cumplimiento Dirección Garantía al Acceso a los Servicios de Salud

Números Porcentuales	
Componente/Cumplimiento	Cumplimiento
Deberes Generales	100%
Ambiente de Control	100%
Valoración del Riesgo	64%
Actividades de Control	73%
Sistemas de Información	100%
Criterios de Seguimiento	67%
<b>TOTAL</b>	<b>84%</b>

Como se observa en el cuadro N° 18, esta Dirección presentó un cumplimiento de 84%, mostrando una disminución con relación a la autoevaluación anterior, la cual mostraba un cumplimiento de 100%.

Cuadro N°. 9, Resultados comparativos de ACI, Dirección Garantía al Acceso a los Servicios de Salud

Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno Unidad Organizativa: Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud Números porcentuales					
Componente	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019
Deberes Generales	71%	0,857142857	100%	100%	100%
Ambiente de Control	60%	100%	50%	100%	100%
Valoración del Riesgo	60%	100%	17%	100%	64%
Actividades de Control	53%	85%	33%	100%	73%
Sistemas de Información	31%	100%	83%	100%	100%
Criterios de Seguimiento	0%	71%	71%	100%	67%
<b>TOTAL</b>	<b>46%</b>	<b>90%</b>	<b>59%</b>	<b>100%</b>	<b>84%</b>

Dentro de su plan de mejora programan realizar



## Ambiente de Control

- Envío vía correos del Manual de Ética a funcionarios de la DGASS
- Cada una de las jefaturas desarrollará una charla referente a la implementación del Manual de Ética Institucional
- Elaboración por parte de las jefaturas de las tareas requeridas para cada funcionario, acorde al cumplimiento de metas y objetivos.

## Valoración del Riesgo

- Identificar y actualizar los riesgos establecidos acorde al cumplimiento de objetivos y metas de la DGASS.
- Fortalecer los criterios viables que permitan el control de seguimiento de medidas para minimizar los riesgos.
- Retomar la metodología SEVRI vigente mediante una sesión de refrescamiento con los funcionarios e implementarla en la valoración y administración del riesgo en cada uno de los resultados esperados .

## **DIRECCION DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LAS ACCIONES EN SALUD**

De acuerdo con lo que muestra el cuadro N° 19, el componente criterios de seguimiento es el que reporta el nivel de cumplimiento más bajos con 60%, caso contrario deberes generales y sistemas de información los cuales son cumplidos al 100%.

Cuadro N°. 19, Cumplimiento Planificación Estratégica y Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud.

<b>Números Porcentuales</b>	
<b>Componente/Cumplimiento</b>	<b>Cumplimiento</b>
Deberes Generales	100%
Ambiente de Control	100%
Valoración del Riesgo	71%
Actividades de Control	100%
Sistemas de Información	100%
Criterios de Seguimiento	60%
<b>TOTAL</b>	<b>89%</b>

Las debilidades encontradas en esta Unidad se indican a continuación:

#### **Ambiente de control**

- El titular subordinado facilita parcialmente espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional.

#### **Valoración del riesgo**

- No todos los funcionarios participan en la definición de los riesgos y su administración (consecuencias, medidas minimizadoras y seguimiento de los riesgos).
- La unidad organizativa da seguimiento de forma parcial a las medidas minimizadoras identificadas para cada riesgo en cuanto a su eficacia.

#### **Actividades de Control**

- No se contempla el desarrollo de actividades de evaluación y mejoramiento continuo de los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa.
- Se verifica de forma parcial el cumplimiento de las actividades y tareas indicadas en el manual de procedimientos y protocolos institucional.

#### **Criterios de seguimiento**

- La unidad organizativa no realiza una revisión trimestral del Plan de mejora.
- La unidad organizativa no realiza retroalimentación trimestral a las unidades organizativas posterior a la revisión del cumplimiento de metas.

Con relación al cuadro N°20, para este año el promedio disminuyó en 6%, en relación con la autoevaluación anterior.

Cuadro N°. 20, Resultados comparativos de ACI, Planificación Estratégica y Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud.

<b>Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno</b> <b>Unidad Organizativa: Planificación Estratégica y Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud</b> <b>Números porcentuales</b>					
<b>Componente</b>	<b>Cumplimiento 2014-2015</b>	<b>Cumplimiento 2015-2016</b>	<b>Cumplimiento 2016-2017</b>	<b>Cumplimiento 2017-2018</b>	<b>Cumplimiento 2018-2019</b>
Deberes Generales	50%	86%	80%	100%	100%
Ambiente de Control	89%	83%	60%	100%	100
Valoración del Riesgo	90%	75%	73%	86%	71%
Actividades de Control	86%	77%	90%	82%	100%
Sistemas de Información	70%	92%	100%	100%	100%
Criterios de Seguimiento	71%	83%	100%	100%	60%
<b>TOTAL</b>	<b>76%</b>	<b>83%</b>	<b>84%</b>	<b>95%</b>	<b>89%</b>

En cuanto al Plan de Mejora a implementar en el 2018 están:

- Elaborar documento sobre criterios para dar seguimiento al cumplimiento de las medidas para minimizar los riesgos.
- Definir actividades de evaluación y mejoramiento continuo de los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa.
- La unidad organizativa realizará una revisión trimestral del Plan de mejora, así como el respectivo control gerencial del Plan de mejora y retroalimentación trimestral a las unidades organizativas posterior a la revisión del cumplimiento de metas.

## **DIRECCIÓN VIGILANCIA DE LA SALUD**

Para esta dirección los componentes deberes generales y ambiente de control, son los que presentan cumplimiento más bajo con valores de 60 y 77%, respectivamente, caso contrario todos los demás componentes reportan 100% de cumplimiento.

Cuadro N° 21, Cumplimiento Vigilancia de la Salud.

Números Porcentuales	
Componente/Cumplimiento	Cumplimiento
Deberes Generales	60%
Ambiente de Control	77%
Valoración del Riesgo	100%
Actividades de Control	100%
Sistemas de Información	100%
Criterios de Seguimiento	100%
<b>TOTAL</b>	<b>89%</b>

Entre sus principales debilidades destacan:

#### Deberes generales

- Se ha divulgado parcialmente a los funcionarios de la unidad organizativa la reglamentación, directrices y lineamientos emitidos por el jerarca y el titular subordinado, así como las actualizaciones.
- No se ha divulgado a los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno

#### Ambiente de Control:

- El titular subordinado facilita de forma parcial espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentar sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa.
- Parcialmente se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad.
- De forma parcial el titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional.

Esta unidad organizativa, refleja un cumplimiento de 89% disminuyendo su promedio de cumplimiento con relación a la autoevaluación anterior la cual había sido de 93%, siendo que deberes generales y ambiente de control sufrieron una disminución sustancial en su cumplimiento, (cuadro N°.22)

<b>Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno</b> <b>Unidad Organizativa: Vigilancia de la Salud</b> <b>Números porcentuales</b>					
<b>Componente</b>	<b>Cumplimiento 2014-2015</b>	<b>Cumplimiento 2015-2016</b>	<b>Cumplimiento 2016-2017</b>	<b>Cumplimiento 2017-2018</b>	<b>Cumplimiento 2018-2019</b>
Deberes Generales	100%	100%	100%	100%	60%
Ambiente de Control	100%	33%	92%	92%	77%
Valoración del Riesgo	92%	25%	57%	100%	100%
Actividades de Control	85%	62%	73%	82%	100%
Sistemas de Información	100%	100%	100%	82%	100%
Criterios de Seguimiento	100%	86%	50%	100%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>96%</b>	<b>68%</b>	<b>79%</b>	<b>93%</b>	<b>89%</b>

Dentro del plan de mejora para el 2019, contemplan realizar:

- Creación de grupo de DVS control interno en la plataforma virtual de Microsoft 365 con la alimentación de los documentos digitales y sus actualizaciones.
- Se incluirá el tema de control interno para ser socializado en las reuniones de las unidades de la Dirección y la ley estará disponible en los archivos de la nube institucional.
- Se conformará un grupo de seguimiento con representación de las unidades para dar cumplimiento a esta responsabilidad.
- Se elaborará un levantamiento de los temas y su seguimiento, indicadores, incluyendo grupos y comisiones y se asignaran responsables. También se hará un formato de informe por tema.
- Se promoverá que en los espacios de reunión se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional.

## **DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL CLIENTE**

En esta Dirección según el cuadro N°. 23, el componente ambiente de control es el que presenta el nivel de cumplimiento más bajo con 77%, mientras que los

componentes deberes generales, valoración del riesgo y sistemas de información presentan cumplimientos de 100%.

Cuadro N°. 23, Cumplimiento Dirección de Atención al Cliente

<b>Números Porcentuales</b>	
<b>Componente/Cumplimiento</b>	<b>Cumplimiento</b>
Deberes Generales	100%
Ambiente de Control	77%
Valoración del Riesgo	100%
Actividades de Control	82%
Sistemas de Información	100%
Criterios de Seguimiento	83%
<b>TOTAL</b>	<b>90%</b>

A continuación, se destacan las principales debilidades en dicha unidad organizativa:

#### Ambiente de control

- De forma parcial se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad.
- De forma parcial se cumple en la unidad organizativa los lineamientos de gestión del recurso humano en cuanto a acciones disciplinarias y su correspondiente reglamentación.
- El titular subordinado no facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional.

#### Actividades de control

- No todos los procesos cuentan con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados.
- De forma parcial se realizan actividades de evaluación o mejora continua de los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa.

#### Criterios de Seguimiento

- De forma parcial se realiza en la unidad organizativa retroalimentación trimestral posterior a la revisión del cumplimiento de metas.

Como se puede observar en el cuadro N°. 24, la Dirección de Atención al Cliente tuvo un promedio de cumplimiento de 90%, aumentando su nivel de cumplimiento con relación al periodo anterior, el cual fue de 56%. Siendo valoración del riesgo el componente que varió sustancialmente, pasando de 0 a 100% de cumplimiento.

Cuadro N°. 24, Resultados comparativos de ACI, Dirección de Atención al Cliente

<b>Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno Unidad Organizativa: Dirección de Atención al Cliente Números porcentuales</b>					
<b>Componente</b>	<b>Cumplimiento 2014-2015</b>	<b>Cumplimiento 2015-2016</b>	<b>Cumplimiento 2016-2017</b>	<b>Cumplimiento 2017-2018</b>	<b>Cumplimiento 2018-2019</b>
Deberes Generales	100%	100%	67%	50%	100%
Ambiente de Control	67%	83%	83%	67%	77%
Valoración del Riesgo	0%	17%	86%	0%	100%
Actividades de Control	100%	92%	73%	82%	82%
Sistemas de Información	92%	100%	64%	73%	100%
Criterios de Seguimiento	14%	0%	83%	67%	83%
<b>TOTAL</b>	<b>62%</b>	<b>65%</b>	<b>76%</b>	<b>56%</b>	<b>90%</b>

Con relación al Plan de Mejora para el 2019, se destacan las siguientes actividades:

- Facilitar al menos una reunión trimestral para implementar el Manual de Ética.
- Solicitar a la DGS se nos instruya anualmente las principales estrategias para guiar la gestión institucional en materia de Atención al Cliente.
- Realizar una revisión de los procesos de la Dirección de Atención al Cliente que requieren manuales o procedimientos actualizados.

## CONTRALORÍA DE SERVICIOS

De acuerdo con el cuadro N°. 25, la Contraloría de Servicios presenta un nivel de cumplimiento de 100% para cada uno de los componentes.

Cuadro N°. 25, Cumplimiento Contraloría de Servicios

<b>Números Porcentuales</b>	
<b>Componente/Cumplimiento</b>	<b>Cumplimiento</b>
Deberes Generales	100%
Ambiente de Control	100%
Valoración del Riesgo	100%
Actividades de Control	100%
Sistemas de Información	100%
Criterios de Seguimiento	100%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Como se observa en el siguiente cuadro N° 26, la Contraloría de Servicios presenta un nivel promedio de cumplimiento de 100%, aumentando en un 14% con relación al periodo anterior.

Cuadro N°. 26, Resultados comparativos de ACI, Contraloría de Servicios

<b>Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno</b>					
<b>Unidad Organizativa: Contraloría de Servicios</b>					
<b>Números porcentuales</b>					
<b>Componente</b>	<b>Cumplimiento 2014-2015</b>	<b>Cumplimiento 2015-2016</b>	<b>Cumplimiento 2016-2017</b>	<b>Cumplimiento 2017-2018</b>	<b>Cumplimiento 2018-2019</b>
Deberes Generales	100%	33%	100%	100%	100%
Ambiente de Control	100%	50%	92%	67%	100%
Valoración del Riesgo	92%	0%	14%	86%	100%
Actividades de Control	62%	69%	100%	64%	100%
Sistemas de Información	92%	100%	100%	100%	100%
Criterios de Seguimiento	100%	29%	100%	100%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>91%</b>	<b>47%</b>	<b>84%</b>	<b>86%</b>	<b>100%</b>



## DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN AL AMBIENTE HUMANO

De acuerdo con el cuadro N° 27, esta Dirección presenta un 100% de cumplimiento en los componentes deberes generales, valoración del riesgo y criterios de seguimiento, mientras que el componente actividades de control es el que presenta el nivel de cumplimiento más bajo con 55%.

Cuadro N°. 27, cumplimiento Dirección Protección Ambiente Humano

Números Porcentuales	
Componente/Cumplimiento	Cumplimiento
Deberes Generales	100%
Ambiente de Control	69%
Valoración del Riesgo	100%
Actividades de Control	55%
Sistemas de Información	78%
Criterios de Seguimiento	100%
<b>TOTAL</b>	<b>84%</b>

Dentro de sus principales debilidades se destacan:

### Ambiente de control

El titular subordinado no facilita espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y para retroalimentar sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa.

- No se han implementado por parte de los funcionarios de la unidad organizativa las directrices institucionales sobre la confiabilidad de la información (Manual de políticas sobre gestión de la información y Manual de normas sobre gestión de la información).
- No se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad.
- El titular subordinado no facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional

### Actividades de control

- No todos los procesos cuentan con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados.

- Se verifica parcialmente en la unidad organizativa el cumplimiento de las actividades y tareas indicadas en el manual de procedimientos y protocolos institucional.
- No se aplican los procedimientos para custodia y protección de los activos contra pérdida, despilfarro, uso indebido, irregular o acto ilegal.
- Se aplican de forma parcial en la unidad organizativa procedimientos para la custodia y protección de los documentos.
- No se cumple en la unidad organizativa con los lineamientos institucionales en lo relativo al acceso, consulta, traslado o préstamo de los documentos.

#### Sistemas de información

- Los funcionarios no implementan los mecanismos establecidos en el procedimiento de gestión de la información.
- Existen parcialmente sistemas de información que faciliten el control de asuntos administrativos clave de la unidad (por ejemplo, control ingreso y recepción de correspondencia, control de consecutivos de oficios, asuntos en trámite dentro de la unidad organizativa y monitoreo y control de los trabajos realizados por los funcionarios)

Dentro del plan de mejora para el 2019 se destaca:

- Se planificará una reunión anual con los funcionarios de la unidad organizativa con el fin de promover el marco estratégico institucional.
- Se planificará una reunión anual con los funcionarios de la unidad organizativa con el fin de dar a conocer el manual de ética.
- Se realizará un inventario de los requerimientos de procedimientos para procesos.

De acuerdo con el cuadro N°28, esta dirección presenta un promedio de cumplimiento de 84%, disminuyendo su promedio de cumplimiento en relación con la autoevaluación anterior el cual fue de 91%.

Cuadro N°. 28, Resultados comparativos de ACI, Dirección Protección Ambiente Humano

<b>Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno Unidad Organizativa: Dirección Protección Ambiente Humano Números porcentuales</b>					
<b>Componente</b>	<b>Cumplimiento 2014-2015</b>	<b>Cumplimiento 2015-2016</b>	<b>Cumplimiento 2016-2017</b>	<b>Cumplimiento 2017-2018</b>	<b>Cumplimiento 2018-2019</b>
Deberes Generales	83%	83%	86%	100%	100%
Ambiente de Control	67%	67%	75%	92%	69%
Valoración del Riesgo	100%	17%	86%	100%	100%
Actividades de Control	77%	69%	82%	73%	55%
Sistemas de Información	100%	58%	73%	82%	78%
Criterios de Seguimiento	100%	100%	100%	100%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>88%</b>	<b>66%</b>	<b>83%</b>	<b>91%</b>	<b>84%</b>

## DEPARTAMENTO TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

De acuerdo con el cuadro N° 29, este Departamento presenta un 100% de cumplimiento en los componentes sistemas de información y criterios de seguimiento, mientras que el componente valoración del riesgo es el que presenta el nivel de cumplimiento más bajo con 57%.

Cuadro N° 29, cumplimiento Departamento Tecnologías de Información y Comunicación

<b>Números Porcentuales</b>	
<b>Componente/Cumplimiento</b>	<b>Cumplimiento</b>
Deberes Generales	83%
Ambiente de Control	85%
Valoración del Riesgo	57%
Actividades de Control	91%
Sistemas de Información	100%
Criterios de Seguimiento	100%
<b>TOTAL</b>	<b>86%</b>

Las principales debilidades que presenta esta unidad organizativa son:

#### Deberes generales

- Se ha divulgado de forma parcial a los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno.

#### Ambiente de control

- Se han formalizado parcialmente por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad.
- Se cumple de forma parcial los lineamientos de gestión del recurso humano en cuanto a acciones disciplinarias y su correspondiente reglamentación.

#### Valoración del riesgo:

- La unidad organizativa da seguimiento parcial a las medidas minimizadoras identificadas para cada riesgo en cuanto a su ejecución y eficacia.
- La administración de los riesgos brinda de forma parcial la información para la toma de decisiones pertinentes para mantener la unidad organizativa en un nivel de riesgo aceptable.

#### Actividades de control

Se realizan actividades de evaluación o mejora continua de los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa.

#### Criterios de seguimiento

- Los resultados del control gerencial y del plan de mejora que realiza la unidad organizativa no se utilizan para realizar mejoras a la gestión de la unidad.

Con respecto al plan de mejora a desarrollar para el 2019, se destacan las siguientes actividades:

- Utilizar herramienta yamer para la promoción de valores.
- Actualizar responsabilidades y tareas y entregarlas formalmente a los colaboradores, (entrega formal por escrito y recibido por parte de funcionarios)

- Revisar herramienta de asistencia. Establecer un registro para los funcionarios que tienen más de 20 años de laborar. Elaborar y enviar correo sobre este ítem a todos los funcionarios del Departamento TIC.

Cuadro N°. 30, Resultados comparativos de ACI, Tecnologías de Información y Comunicación

<b>Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno</b>				
<b>Unidad Organizativa: Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación</b>				
<b>Números porcentuales</b>				
<b>Componente</b>	<b>Cumplimiento 2015-2016</b>	<b>Cumplimiento 2016-2017</b>	<b>Cumplimiento 2017-2018</b>	<b>Cumplimiento 2018-2019</b>
Deberes Generales	100%	100%	100%	83%
Ambiente de Control	100%	100%	100%	85%
Valoración del Riesgo	58%	57%	43%	57%
Actividades de Control	69%	64%	82%	91%
Sistemas de Información	100%	100%	100%	100%
Criterios de Seguimiento	57%	67%	83%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>81%</b>	<b>81%</b>	<b>85%</b>	<b>86%</b>

De acuerdo con el cuadro anterior este Departamento tiene un 86% de cumplimiento, importante mencionar que durante los últimos cuatro años el promedio de cumplimiento ha ido en aumento.

## **SECRETARÍA TÉCNICA DE SALUD MENTAL**

De acuerdo con el Cuadro N°. 31, Salud Mental presenta un nivel de cumplimiento de 100% para cada uno de los componentes.

Cuadro N° 31, cumplimiento Secretaría Técnica de Salud Mental

<b>Números Porcentuales</b>	
<b>Componente/Cumplimiento</b>	<b>Cumplimiento</b>
Deberes Generales	100%
Ambiente de Control	100%
Valoración del Riesgo	100%
Actividades de Control	100%
Sistemas de Información	100%
Criterios de Seguimiento	100%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Como se observa en el siguiente cuadro N° 32, la Secretaría Técnica de Salud Mental presenta un nivel promedio de cumplimiento de 100%, aumentando en un 1% con relación al periodo anterior.

Cuadro N°. 32, Resultados comparativos de ACI, Secretaría Técnica de Salud Mental

<b>Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno Unidad Organizativa: Secretaría Técnica de Salud Mental Números porcentuales</b>		
<b>Componente</b>	<b>Cumplimiento 2017-2018</b>	<b>Cumplimiento 2018-2019</b>
Deberes Generales	100%	100%
Ambiente de Control	92%	100%
Valoración del Riesgo	100%	100%
Actividades de Control	100%	100%
Sistemas de Información	100%	100%
Criterios de Seguimiento	100%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>99%</b>	<b>100%</b>

## **REGION CENTRAL DE OCCIDENTE**

### **Sede Regional:**

En la Sede Regional el componente de Control Interno que emite el nivel de cumplimiento más bajo es sistemas de información con 64%, seguido de ambiente de control con un promedio de 85%, los demás componentes tienen niveles de cumplimiento de 100%. (cuadro 33). Ningún componente emite respuestas negativas.

Cuadro N°. 33, cumplimiento Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente

<b>Números Porcentuales</b>	
<b>Componente/Cumplimiento</b>	<b>Cumplimiento</b>
Deberes Generales	100%
Ambiente de Control	85%
Valoración del Riesgo	100%
Actividades de Control	100%
Sistemas de Información	64%
Criterios de Seguimiento	100%
<b>TOTAL</b>	<b>91%</b>

Esta dirección presenta debilidades en:

## Ambiente de control

- De forma parcial, se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad.
- Se han implementado de forma parcial las directrices institucionales en la unidad organizativa sobre la política ambiental y el programa de gestión ambiental institucional.

## Sistemas de información

- Los canales de comunicación de la unidad organizativa no permiten el traslado oportuno de la información.
- No todos los funcionarios tienen acceso a la información requerida para la ejecución de los procesos.

Esta Sede Regional, disminuyó el nivel de cumplimiento de acuerdo con la autoevaluación anterior, pasando de un 97% a 91% de cumplimiento, situación que se da debido a que el componente sistemas de información pasó de 100% a 64% de cumplimiento.

Cuadro N°. 34, Resultados comparativos de ACI, Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente.

<b>Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno</b>					
<b>Unidad Organizativa: DRRSCO</b>					
<b>Números porcentuales</b>					
<b>Componente</b>	<b>Cumplimiento 2014-2015</b>	<b>Cumplimiento 2015-2016</b>	<b>Cumplimiento 2016-2017</b>	<b>Cumplimiento 2017-2018</b>	<b>Cumplimiento 2018-2019</b>
Deberes Generales	100%	100%	100%	100%	100%
Ambiente de Control	67%	67%	82%	82%	85%
Valoración del Riesgo	92%	92%	86%	100%	100%
Actividades de Control	85%	100%	55%	100%	100%
Sistemas de Información	55%	78%	64%	100%	64%
Criterios de Seguimiento	57%	71%	83%	100%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>76%</b>	<b>85%</b>	<b>78%</b>	<b>97%</b>	<b>91%</b>

Dentro de las principales actividades del plan de mejora 2019 de esta Sede Regional, se destacan:

- Elevar una nota al nivel central indicando que se considere la cantidad de papel que se gasta en el proceso de recursos humanos.
- Elevar al nivel central una nota indicando que los Sistemas de Información no tienen toda la información requerida, por ejemplo, no se tiene acceso a información del INEC.
- Elevar una nota al nivel central, evidenciando las necesidades del nivel regional. No existen las condiciones físicas y de recurso humano necesarias.

### **ANALISIS AREAS RECTORAS DE SALUD REGION CENTRAL DE OCCIDENTE:**

Del análisis realizado a las Áreas Rectoras de Salud, el componente actividades de control es el que presenta el nivel más bajo de cumplimiento con 68%, caso contrario, criterios de seguimiento que emiten un cumplimiento del 100%.

De acuerdo con el cuadro N°. 35 se puede observar que el Área Rectora de Salud de San Ramón es la que presenta el promedio más elevado de cumplimiento con 92%. Caso contrario, el Área Rectora de Salud de Zarcerro, refleja el promedio de cumplimiento más bajo con 85%. Asimismo, las Áreas Rectoras de Salud presentan un promedio general de cumplimiento de 87%.

Cuadro N°35: Cumplimiento Áreas Rectoras, Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente

<b>Áreas Rectoras de Salud</b>	<b>Deberes generales</b>	<b>Ambiente de control</b>	<b>Valoración del riesgo</b>	<b>Actividades de control</b>	<b>Sistemas de información</b>	<b>Criterios de seguimiento</b>	<b>Promedio ARS</b>
Área Rectora de San Ramón	100%	85%	100%	73%	91%	100%	<b>92%</b>
Área Rectora de Valverde Vega	100%	92%	89%	45%	91%	100%	<b>86%</b>
Área Rectora de Naranjo	86%	92%	89%	82%	82%	100%	<b>89%</b>
Área Rectora de Palmares	100%	92%	100%	67%	55%	100%	<b>86%</b>
Área Rectora de Zarcerro	86%	100%	78%	73%	73%	100%	<b>85%</b>
Promedio componentes	<b>94%</b>	<b>92%</b>	<b>91%</b>	<b>68%</b>	<b>78%</b>	<b>100%</b>	<b>87%</b>



A continuación, se presentan las debilidades más relevantes de las Áreas Rectoras de Salud de la Región Central de Occidente:

Ambiente de Control:

- No se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad.

Sistemas de información

- En algunas áreas rectoras no se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos

## REGION CENTRAL ESTE

Sede Regional:

De acuerdo con la información suministrada, para esta Sede Regional el componente que tiene el cumplimiento más bajo es deberes generales con un 86, caso contrario valoración del riesgo, sistemas de información y criterios de seguimiento, los cuales reportan un cumplimiento de 100%. (cuadro N° 36).

Cuadro N°. 36, Cumplimiento Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Este

Números Porcentuales	
Componente/Cumplimiento	Cumplimiento
Deberes Generales	86%
Ambiente de Control	92%
Valoración del Riesgo	100%
Actividades de Control	91%
Sistemas de Información	100%
Criterios de Seguimiento	100%
<b>TOTAL</b>	<b>95%</b>

Dentro de sus principales debilidades se encuentran:

Deberes generales

- No se ha divulgado a los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno.

#### Ambiente de control

- Los funcionarios conocen de forma parcial el Plan Estratégico Institucional. (PEI)

#### Actividades de control

- No todos los procesos cuentan con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados.

En el siguiente cuadro se puede observar que la Región Central Este, aumentó su cumplimiento pasando de 88% en el periodo anterior a 95% en el periodo actual.

Cuadro N°. 37, Resultados comparativos de ACI, Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Este

<b>Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno</b> <b>Unidad Organizativa: Sede Regional Central Este</b> <b>Números porcentuales</b>					
<b>Componente</b>	<b>Cumplimiento 2014-2015</b>	<b>Cumplimiento 2015-2016</b>	<b>Cumplimiento 2016-2017</b>	<b>Cumplimiento 2017-2018</b>	<b>Cumplimiento 2018-2019</b>
Deberes Generales	100%	71%	100%	71%	86%
Ambiente de Control	83%	100%	83%	75%	92%
Valoración del Riesgo	100%	100%	100%	100%	100%
Actividades de Control	100%	100%	91%	91%	91%
Sistemas de Información	58%	100%	73%	91%	100%
Criterios de Seguimiento	100%	100%	100%	100%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>90%</b>	<b>95%</b>	<b>91%</b>	<b>88%</b>	<b>95%</b>

Dentro del plan de mejora se destaca:

- Se realizará divulgación del citado artículo 41 de la ley de control interno y posteriormente una pequeña sesión para ampliar al respecto.

#### **ANALISIS AREAS RECTORAS DE SALUD REGION CENTRAL ESTE:**

A nivel de las áreas rectoras de salud de la Región Central Este, el componente deberes generales es el que presenta el nivel más bajo de cumplimiento con 90%, caso contrario ambiente de control, valoración del riesgo y criterios de seguimiento con 98% de cumplimiento.

De acuerdo con el cuadro N°.38, el Área Rectora de Salud de Cartago, es la que refleja el cumplimiento más bajo a nivel regional con 90%, por el contrario, el Área Rectoras de Salud de El Guarco, emite el cumplimiento más alto con 100%, el promedio de cumplimiento de las Áreas Rectoras de Salud es de 96%.

Cuadro 38: Cumplimiento Áreas Rectoras de Salud, Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Este.

Áreas Rectoras de Salud	Deberes Generales	Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Criterios de Seguimiento	Promedio ARS
Área Rectora de Salud Cartago	57%	100%	89%	91%	100%	100%	<b>90%</b>
Área Rectora de Salud La Unión	86%	100%	100%	100%	91%	100%	<b>96%</b>
Área Rectora de Salud El Guarco	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
Área Rectora de Salud Paraíso	86%	92%	100%	100%	100%	100%	<b>96%</b>
Área Rectora de Salud Turrialba	100%	92%	100%	100%	100%	83%	<b>96%</b>
Área Rectora de Salud Oreamuno	100%	100%	100%	91%	91%	100%	<b>97%</b>
Área Rectora de Salud Los Santos	100%	100%	100%	91%	100%	100%	<b>99%</b>
Promedio por componente	<b>90%</b>	<b>98%</b>	<b>98%</b>	<b>96%</b>	<b>97%</b>	<b>98%</b>	<b>96%</b>

A continuación, se presentan las debilidades más relevantes de las Áreas Rectoras Región Central Este:

Ambiente de control

- Los funcionarios no conocen el Plan Estratégico Institucional (PEI), situación que se mantiene con respecto al periodo anterior.

Actividades de control

- No todos los procesos cuentan con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados.

## REGIÓN CHOROTEGA

Sede Regional:

Esta Sede Regional, reporta al componente actividades de control como el que presenta el nivel más bajo de cumplimiento con 82%, seguido de deberes generales

que tiene un 86% de cumplimiento, asimismo, los demás componentes reportan cumplimiento de 100%.

Cuadro N°. 39, Cumplimiento Dirección Regional de Rectoría de la Salud Chorotega

Números Porcentuales	
Componente/Cumplimiento	Cumplimiento
Deberes Generales	86%
Ambiente de Control	100%
Valoración del Riesgo	100%
Actividades de Control	82%
Sistemas de Información	100%
Criterios de Seguimiento	100%
<b>TOTAL</b>	<b>95%</b>

Entre sus debilidades sobresalen:

#### Deberes generales

- Se ha divulgado a los funcionarios de forma parcial las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno.

#### Actividades de control

- Los procesos cuentan de forma parcial con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados.
- Los manuales de procedimientos existentes no son congruentes con las funciones que realiza el proceso.

En el cuadro N°. 40, se observa que la Sede Regional cumple un 95% de los ítems planteados en la Autoevaluación de Control Interno disminuyendo su nivel de cumplimiento con relación a la autoevaluación anterior, el cual fue de 98%, es importante mencionar que esta unidad organizativa en los últimos cinco años reporta niveles de cumplimiento superiores al 95%.

<b>Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno</b> <b>Unidad Organizativa: DRRS CHO</b> <b>Números porcentuales</b>					
<b>Componente</b>	<b>Cumplimiento 2014-2015</b>	<b>Cumplimiento 2015-2016</b>	<b>Cumplimiento 2016-2017</b>	<b>Cumplimiento 2017-2018</b>	<b>Cumplimiento 20178-2019</b>
Deberes Generales	100%	100%	86%	86%	86%
Ambiente de Control	100%	100%	100%	100%	100%
Valoración del Riesgo	100%	100%	100%	100%	100%
Actividades de Control	92%	100%	100%	100%	82%
Sistemas de Información	100%	67%	91%	100%	100%
Criterios de Seguimiento	100%	100%	100%	100%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>99%</b>	<b>95%</b>	<b>96%</b>	<b>98%</b>	<b>95%</b>

Dentro del plan de mejora indican:

- Divulgar la ley general de control interno a los funcionarios de la sede regional.
- Realizar inventario de procesos que cuentan con manuales.
- Realizar inventario de procedimientos que requieren ser actualizados.

#### **ANÁLISIS ÁREAS RECTORAS DE SALUD – REGION CHOROTEGA**

A nivel de Áreas Rectoras de Salud, los componentes que presentaron los niveles de cumplimiento más bajos fueron actividades de control y criterios de seguimiento con 87%, caso contrario el componente sistemas de información con 96%, como el de mayor cumplimiento.

El promedio de cumplimiento de las Áreas Rectoras de Salud es de 91%, el Área Rectora de Salud de Cañas es la que emite el promedio de cumplimiento más bajo con 64%, las Áreas Rectoras de Salud de Carrillo y Liberia presentan el mayor cumplimiento con 99%. (ver cuadro N°.41)

Cuadro N°. 41: Cumplimiento Áreas Rectoras de Salud, Dirección Regional de Rectoría de la Salud Chorotega

Área Rectora de Salud	Deberes Generales	Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Criterios de Seguimiento	Promedio ARS
Área Rectora Abangares	100%	54%	100%	73%	82%	33%	<b>74%</b>
Área Rectora Cañas	86%	69%	43%	73%	82%	33%	<b>64%</b>
Área Rectora Tilarán	100%	100%	57%	100%	91%	100%	<b>91%</b>
Área Rectora Upala	100%	100%	71%	91%	100%	100%	<b>94%</b>
Área Rectora Bagaces	100%	100%	100%	82%	100%	100%	<b>97%</b>
Área Rectora Liberia	100%	100%	100%	100%	91%	100%	<b>99%</b>
Área Rectora La Cruz	100%	100%	100%	82%	100%	100%	<b>97%</b>
Área Rectora Carrillo	100%	92%	100%	100%	100%	100%	<b>99%</b>
Área Rectora Santa Cruz	71%	69%	100%	82%	100%	100%	<b>87%</b>
Área Rectora Nicoya	100%	100%	100%	91%	100%	83%	<b>96%</b>
Área Rectora Nandayure	86%	100%	100%	82%	100%	100%	<b>95%</b>
Área Rectora Hojancha	100%	92%	100%	91%	100%	100%	<b>97%</b>
Promedio componentes	<b>95%</b>	<b>90%</b>	<b>89%</b>	<b>87%</b>	<b>96%</b>	<b>87%</b>	<b>91%</b>

## PRINCIPALES DEBILIDADES DE LAS AREAS RECTORAS DE SALUD REGION CHOROTEGA

### Ambiente de control

- Parcialmente el titular subordinado promueve acciones para mantener y fortalecer un clima laboral favorable,

### Valoración del riesgo

- Se han establecido de forma parcial criterios para dar seguimiento al cumplimiento de las medidas para minimizar los riesgos
-

#### Actividades de control

- Los manuales de procedimientos existentes no son congruentes con las funciones que realiza el proceso.

#### Sistemas de información

- No se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos.

#### Criterios de seguimiento

- La unidad organizativa no realiza retroalimentación trimestral posterior a la revisión del cumplimiento de metas.

### REGIÓN CENTRAL NORTE

#### Sede Regional:

De acuerdo con el cuadro N° 42, el componente ambiente de control es el que presenta el nivel de cumplimiento más elevado con 92%, actividades de control y sistemas de información, son lo que reflejan el porcentaje de cumplimiento más bajo con 36%.

Cuadro N°. 42, Cumplimiento Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Norte

Números Porcentuales	
Componente/Cumplimiento	Cumplimiento
Deberes Generales	86%
Ambiente de Control	92%
Valoración del Riesgo	43%
Actividades de Control	36%
Sistemas de Información	36%
Criterios de Seguimiento	80%
<b>TOTAL</b>	<b>62%</b>

Entre sus principales debilidades están:

### Deberes generales

- De forma parcial, los funcionarios tienen acceso físico o digital al compendio de normativa dispuesto en la unidad organizativa, así como a la reglamentación, directrices y lineamientos emitidos por el Jearca y el titular subordinado para realizar sus funciones (técnicas o administrativas).

### Ambiente de control

- Algunos funcionarios no conocen el Plan Estratégico Institucional (PEI).

### Valoración del riesgo

- Se han establecido de forma parcial criterios para dar seguimiento al cumplimiento de las medidas para minimizar los riesgos.
- La unidad organizativa da seguimiento de forma parcial a las medidas minimizadoras identificadas para cada riesgo en cuanto a su eficacia.
- De forma parcial la administración de los riesgos brinda información para la toma de decisiones pertinentes para mantener la unidad organizativa en un nivel de riesgo aceptable.

### Actividades de control

- No todos los procesos cuentan con manuales de procedimientos físicos o digitales.
- Los manuales de procedimiento existentes no son congruentes con las funciones que realiza el proceso.
- De forma parcial se verifica el cumplimiento de las actividades y tareas indicadas en el manual de procedimientos y protocolos institucional.
- No se realizan actividades de evaluación o mejora continua de los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa.
- Los procedimientos que se han implementado en la unidad organizativa no están alineados con el marco legal y técnico.



- Se aplican en la unidad organizativa de forma parcial los procedimientos para la custodia y protección de los documentos.
- Se cumple de forma parcial en la unidad organizativa con los lineamientos institucionales en lo relativo al acceso, consulta, traslado o préstamo de los documentos.

#### Sistemas de información

- Los sistemas de información implementados en la unidad organizativa no permiten controlar recursos, riesgos y limitaciones.
- Se han establecido en la Unidad Organizativa de forma parcial quiénes están autorizados y capacitados para acceder a la información de los sistemas.
- Se aplica de forma parcial los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos.

#### Criterios de seguimiento

- Los resultados del control gerencial y del Plan de mejora que realiza la unidad organizativa no se utilizan para realizar mejoras a la gestión de la unidad.

De acuerdo con el cuadro N°.43, la Sede Regional presenta un promedio de cumplimiento de 62%, disminuyendo su promedio de cumplimiento en relación con la autoevaluación del año pasado, la cual fue de 67%.

Cuadro N°. 43, Resultados comparativos de ACI, Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Norte

<b>Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno Unidad Organizativa: Dirección Regional de Rectoría Central Norte Números porcentuales</b>					
<b>Componente</b>	<b>Cumplimiento 2014-2015</b>	<b>Cumplimiento 2015-2016</b>	<b>Cumplimiento 2016-2017</b>	<b>Cumplimiento 2017-2018</b>	<b>Cumplimiento 2018-2019</b>
Deberes Generales	100%	100%	100%	86%	86%
Ambiente de Control	90%	100%	92%	92%	92%

Valoración del Riesgo	90%	50%	86%	57%	43%
Actividades de Control	80%	69%	73%	45%	36%
Sistemas de Información	85%	67%	80%	55%	36%
Criterios de Seguimiento	72%	100%	83%	67%	80%
<b>TOTAL</b>	<b>86%</b>	<b>81%</b>	<b>86%</b>	<b>67%</b>	<b>62%</b>

Dentro del plan de mejora para el 2019 destaca:

- Realizar y construir una carpeta de uso compartido en Office 365 One Drive que sea de acceso de los funcionarios de la unidad, situación que se mantiene respecto a la autoevaluación anterior.
- Se procederá con la gestión mediante oficio para solicitar al Nivel Normativo la definición de la Metodología Institucional.
- Se procederá con la selección de una muestra de procedimientos y protocolos a revisarse en por lo menos el 20% de las Unidades Organizativas.

#### **ANALISIS AREAS RECTORAS DE SALUD – REGION CENTRAL NORTE**

Para las Áreas Rectoras de esta Región, el componente actividades de control, emite el cumplimiento más bajo con 84%. Por el contrario, valoración del riesgo es el que emite el promedio de cumplimiento más alto con 97%.

Las Áreas Rectoras de la Región Central Norte emiten un promedio de cumplimiento de 91%, siendo el Área Rectora de San Pablo – San Isidro la que presentó el menor porcentaje de cumplimiento con 66%, y las de más alto cumplimiento son las Áreas Rectoras de Salud San Rafael – Barva y Heredia, con 100%.

Cuadro N° 44: Cumplimiento Áreas Rectoras de Salud, Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Norte

Áreas Rectoras de Salud	Deberes Generales	Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Criterios de Seguimiento	Promedio Áreas Rectoras
Área Rectora de la Salud Alajuela 1	83%	92%	100%	82%	100%	100%	<b>93%</b>
Área Rectora de la Salud Alajuela 2	100%	92%	100%	91%	100%	100%	<b>97%</b>
Área Rectora de la Salud Atenas	86%	85%	100%	89%	91%	100%	<b>92%</b>

Área Rectora de la Salud Belén Flores	100%	85%	100%	82%	64%	50%	<b>80%</b>
Área Rectora de la Salud Grecia	100%	100%	100%	91%	100%	100%	<b>99%</b>
Área Rectora de la Salud Heredia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
Área Rectora de la Salud Poas	100%	100%	100%	91%	100%	100%	<b>99%</b>
Área Rectora de la Salud Sarapiquí	86%	85%	100%	82%	100%	67%	<b>87%</b>
Área Rectora de la Salud Sta. Bárbara	86%	100%	100%	91%	82%	83%	<b>90%</b>
Área Rectora de la Salud Sto. Domingo	100%	100%	100%	64%	55%	100%	<b>87%</b>
Área Rectora de la Salud San Pablo-Isidro	100%	58%	67%	45%	73%	50%	<b>66%</b>
Área Rectora de la Salud San Rafael-Barva	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
<b>Promedio componentes</b>	<b>95%</b>	<b>91%</b>	<b>97%</b>	<b>84%</b>	<b>89%</b>	<b>88%</b>	<b>91%</b>

## **PRINCIPALES DEBILIDADES DE LAS ÁREAS RECTORAS REGIÓN CENTRAL NORTE:**

### Ambiente de control

- Algunos funcionarios no conocen el Plan Estratégico Institucional (PEI).

### Actividades de control

- No todos los procesos cuentan con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados.
- Los manuales de procedimientos existentes no son congruentes con las funciones que realiza el proceso.
- No se realizan actividades de evaluación o mejora continua de los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa.

## REGION HUETAR CARIBE

Sede Regional:

De acuerdo con la información del cuadro N°45, la Región Huetar Caribe reporta cumplimientos de 100% en todos sus componentes.

Cuadro N°. 45, Cumplimiento Dirección Regional de Rectoría de la Salud Huetar Caribe

Números Porcentuales	
Componente/Cumplimiento	Cumplimiento
Deberes Generales	100%
Ambiente de Control	100%
Valoración del Riesgo	100%
Actividades de Control	100%
Sistemas de Información	100%
Criterios de Seguimiento	100%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Esta región al presentar un cumplimiento del 100% en todos los componentes, no establece un plan de mejora para el año 2019.

Como se observa en el cuadro N° 46, la Sede Regional muestra un promedio de cumplimiento de 100%, en todos sus componentes, mostrando un aumento de 5% respecto a la Autoevaluación del año anterior.

Cuadro N°.46. Resultados comparativos de ACI, Dirección Regional de Rectoría de la Salud Huetar Caribe

Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno Unidad Organizativa: Dirección Regional de Rectoría de la Salud Huetar Caribe Números porcentuales					
Componente	Cumplimiento 2013-2014	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018
Deberes Generales	57%	86%	100%	100%	100%
Ambiente de Control	100%	83%	75%	100%	100%
Valoración del Riesgo	92%	92%	86%	86%	100%
Actividades de Control	77%	92%	60%	82%	100%
Sistemas de Información	100%	100%	100%	100%	100%
Criterios de Seguimiento	100%	100%	33%	100%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>88%</b>	<b>92%</b>	<b>76%</b>	<b>95%</b>	<b>100%</b>

## ANÁLISIS ÁREAS RECTORAS DE SALUD – REGION HUETAR CARIBE

El componente que presentan el nivel más bajo de cumplimiento es actividades de control con 96%, caso contrario valoración del riesgo y sistemas de información, los cuales muestran un cumplimiento perfecto de 100%.

De acuerdo con el cuadro número N° 47 las áreas rectoras emiten un cumplimiento promedio total de 98%, aumentando su cumplimiento con relación al periodo anterior el cual fue de 97%.

Las áreas de menor cumplimiento son la región son Matina y Siquirres con 96%, mientras que la de mayor cumplimiento es Limón con 100%, todas las Áreas Rectoras presentan niveles de cumplimiento superiores al 90%. Es importante mencionar que el Área Rectora de Salud de Pococí no envió información referente a la autoevaluación de Control Interno.

Cuadro N° 47: Cumplimiento Áreas Rectoras de Salud, Dirección Regional de Rectoría de la Salud Huetar Caribe

Áreas Rectoras de Salud	Deberes generales	Ambiente de control	Valoración del riesgo	Actividades de control	Sistemas de información	Criterios de seguimiento	Promedio ARS
Área Rectora Salud de Pococí							
Área Rectora Salud de Guácimo	100%	100%	100%	91%	100%	100%	<b>99%</b>
Área Rectora Salud de Siquirres	100%	92%	100%	100%	100%	83%	<b>96%</b>
Área Rectora Salud de Matina	86%	92%	100%	100%	100%	100%	<b>96%</b>
Área Rectora Salud de Limón	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
Área Rectora Salud de Talamanca	100%	100%	100%	91%	100%	100%	<b>99%</b>
Promedio por componente	<b>97%</b>	<b>97%</b>	<b>100%</b>	<b>96%</b>	<b>100%</b>	<b>97%</b>	<b>98%</b>

### PRINCIPALES DEBILIDADES EN LA REGION HUETAR CARIBE:

- Los manuales de procedimientos existentes no son congruentes con las funciones que realiza el proceso.

- No se ha divulgado a los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno

## REGION BRUNCA

### Sede Regional

Esta Sede Regional muestra niveles de cumplimiento de 100%, en todos los componentes de autoevaluación de control interno.

Cuadro N°.48. Cumplimiento Dirección Regional de Rectoría de la Salud Brunca

Números Porcentuales	
Componente/Cumplimiento	Cumplimiento
Deberes Generales	100%
Ambiente de Control	100%
Valoración del Riesgo	100%
Actividades de Control	100%
Sistemas de Información	100%
Criterios de Seguimiento	100%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Es importante mencionar que la Sede Regional Brunca, emitió un cumplimiento total de 100%, aumentando en 1% su promedio con relación al periodo anterior (Cuadro N°.49).

Cuadro N°.49, Resultados comparativos de ACI, Dirección Regional de Rectoría de la Salud Brunca

Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno Unidad Organizativa: Sede Regional Brunca Números porcentuales					
Componente	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019
Deberes Generales	100%	86%	100%	100%	100%
Ambiente de Control	100%	100%	100%	92%	100%
Valoración del Riesgo	100%	100%	100%	100%	100%
Actividades de Control	92%	92%	100%	100%	100%

Sistemas de Información	82%	92%	91%	100%	100%
Criterios de Seguimiento	100%	100%	100%	100%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>96%</b>	<b>95%</b>	<b>98%</b>	<b>99%</b>	<b>100%</b>

### **ANÁLISIS ÁREAS RECTORAS REGION BRUNCA:**

En las Áreas Rectoras de Salud, de la Región Brunca, el componente valoración del riesgo, ocupa la posición más baja con 86%, mientras que sistemas de información tiene un 99% de cumplimiento como el más elevado de dicha región.

Las Áreas Rectoras de Salud, emiten un promedio total de cumplimiento de 92%, donde el Área Rectora de Buenos Aires tiene el cumplimiento más bajo con 85%, caso contrario Pérez Zeledón con 100%.

Cuadro 50: Cumplimiento Áreas Rectoras de Salud, Dirección Regional de Rectoría de la Salud Brunca

Áreas Rectoras de Salud	Deberes Generales	Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Criterios de Seguimiento	Promedio ARS
Área Rectora Pérez Zeledón	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
Área Rectora Buenos Aires	86%	100%	43%	100%	100%	83%	<b>85%</b>
Área Rectora Osa	86%	92%	100%	100%	100%	100%	<b>96%</b>
Área Rectora Coto Brus	86%	77%	100%	100%	100%	83%	<b>91%</b>
Área Rectora Golfito	100%	92%	86%	90%	91%	83%	<b>90%</b>
Área Rectora Corredores	100%	62%	86%	100%	100%	100%	<b>91%</b>
<b>Promedio componentes</b>	<b>93%</b>	<b>87%</b>	<b>86%</b>	<b>98%</b>	<b>99%</b>	<b>92%</b>	<b>92%</b>

## PRINCIPALES DEBILIDADES DE LAS AREAS RECTORAS REGION BRUNCA

### Deberes generales

- No se ha divulgado a los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno.

### Ambiente de control

- El titular subordinado no facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional.

## REGIÓN CENTRAL SUR

### Sede Regional:

En esta unidad organizativa, el componente criterios de seguimiento es el que presenta el cumplimiento más bajo con 33%, mientras que el componente con los resultados más alto es actividades de control con 91% de cumplimiento.

Cuadro N°.51, Cumplimiento Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Sur

Números Porcentuales	
Componente/Cumplimiento	Cumplimiento
Deberes Generales	57%
Ambiente de Control	77%
Valoración del Riesgo	44%
Actividades de Control	91%
Sistemas de Información	82%
Criterios de Seguimiento	33%
<b>TOTAL</b>	<b>64%</b>



A continuación, se presentan los principales hallazgos:

#### Deberes generales

- No todos los funcionarios de la unidad organizativa tienen acceso a la reglamentación, directrices y lineamientos emitidos por el Jerarca y el titular subordinado, así como de sus actualizaciones.
- No todos los funcionarios tienen acceso físico o digital al compendio de normativa dispuesto en la unidad organizativa, así como a la reglamentación, directrices y lineamientos emitidos por el Jerarca y el titular subordinado para realizar sus funciones (técnicas o administrativas).
- No se ha divulgado a los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno.

#### Ambiente de control

- No se han implementado por parte de los funcionarios de la unidad organizativa las directrices institucionales sobre la confiabilidad de la información (Manual de políticas sobre gestión de la información y Manual de normas sobre gestión de la información).
- No se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad.
- No todos los funcionarios conocen el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente.

#### Valoración del riesgo

- No todos los funcionarios de la unidad organizativa participan en la definición de los riesgos y su administración (consecuencias, medidas minimizadoras y seguimiento de los riesgos).
- No se han establecido criterios para dar seguimiento al cumplimiento de las medidas para minimizar los riesgos.

- La unidad organizativa no da seguimiento a las medidas minimizadoras identificadas para cada riesgo en cuanto a su ejecución y eficacia.
- La administración de los riesgos no brinda información para la toma de decisiones pertinentes para mantener la unidad organizativa en un nivel de riesgo aceptable.

#### Actividades de control

- No todos procesos cuentan con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados.

#### Sistemas de información

- Los funcionarios de la unidad organizativa no implementan los mecanismos establecidos en el procedimiento acerca de la gestión de la información.
- No se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos.

#### Criterios de seguimiento

- La unidad organizativa realiza parcialmente una revisión trimestral del Plan de mejora.
- Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan parcialmente para retroalimentar al personal.
- Los resultados del control gerencial y del Plan de mejora que realiza la unidad organizativa no se utilizan para realizar mejoras a la gestión de la unidad.
- De forma parcial se realiza en la unidad organizativa retroalimentación trimestral posterior a la revisión del cumplimiento de metas

De acuerdo con el cuadro N°52, es importante mencionar que la Sede Regional Central Sur, disminuyó su nivel de cumplimiento de 94% a 64%, presentando el

componente criterios de seguimiento una disminución en su nivel de cumplimiento de 100% a 33%.

Cuadro N°. 52, Resultados comparativos de ACI, Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Sur

<b>Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno Unidad Organizativa: Región Central Sur Números porcentuales</b>					
<b>Componente</b>	<b>Cumplimiento 2014-2015</b>	<b>Cumplimiento 2015-2016</b>	<b>Cumplimiento 2016-2017</b>	<b>Cumplimiento 2017-2018</b>	<b>Cumplimiento o 2018-2019</b>
Deberes Generales	71%	100%	100%	100%	57%
Ambiente de Control	67%	100%	83%	92%	77%
Valoración del Riesgo	75%	83%	86%	100%	44%
Actividades de Control	85%	85%	73%	73%	91%
Sistemas de Información	67%	75%	82%	100%	82%
Criterios de Seguimiento	100%	100%	83%	100%	33%
<b>TOTAL</b>	<b>78%</b>	<b>91%</b>	<b>85%</b>	<b>94%</b>	<b>64%</b>

Dentro de las principales actividades para el plan de mejora 2019 se destaca:

- Se realizará por cada unidad organizativa, carpetas compartidas con los colaboradores, donde se incluya la normativa técnica o administrativa aplicable a los procesos que se coordinan. Se concede acceso a la Dirección Regional de las carpetas compartidas, las cuales deberán estar actualizadas.
- Se realizará carpeta compartida con la normativa general interna y externa aplicable que debe ser de conocimiento de todos los funcionarios.
- Se realizará la divulgación de la información contenida en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno, por medio de oficio.
- Establecer los criterios de seguimiento para el cumplimiento de las medidas para minimizar los riesgos y que serán presentados al Director Regional de manera semestral.

- Se informará de manera escrita al personal sobre el cumplimiento de metas y será incluido como parte de los temas de agenda de las reuniones de cada unidad organizativa, al cierre mensual del control gerencial que corresponda.

## ANALISIS AREAS RECTORAS REGION CENTRAL SUR

Con relación a las Áreas Rectoras de Salud, el componente actividades de control es el que presenta el nivel más bajo de cumplimiento con 85%, caso contrario deberes generales y criterios de seguimiento, que obtienen promedio de cumplimiento más elevado, 92%.

De acuerdo con el cuadro N°. 53, el Área Rectora de Salud de Sureste - Metropolitana, es la que emite el promedio de cumplimiento más bajo con 60%, mientras que el Área Rectora de Salud de Goicoechea, emite un promedio de 100%. El promedio de cumplimiento para las Áreas Rectoras de Salud es de 89%.

Cuadro N°. 53: Cumplimiento Áreas Rectoras de Salud, Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Sur

Componentes	ARS Ac	ARS AL	ARS As	ARS CMU	ARS Cor	ARS Cu	ARS Desamp	ARS Esc	ARS Goi	ARS Hat	ARS HM	ARS MO	ARS Mora	ARS Moravia	ARS Pav	ARS Pu	ARS SA	ARS SM	ARS T	Promedio ARS
Deberes Generales	100%	43%	100%	83%	100%	100%	86%	71%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	57%	100%	92%
Ambiente de Control	85%	85%	85%	92%	92%	69%	77%	54%	100%	100%	100%	100%	92%	92%	100%	100%	85%	69%	92%	88%
Valoración del Riesgo	89%	100%	89%	78%	89%	100%	100%	89%	100%	100%	100%	100%	100%	56%	89%	89%	100%	44%	100%	90%
Actividades de Control	82%	100%	91%	55%	100%	73%	100%	82%	100%	91%	100%	91%	82%	73%	90%	100%	100%	33%	73%	85%
Sistemas de Información	91%	91%	91%	64%	91%	100%	100%	82%	100%	100%	64%	91%	91%	73%	100%	91%	100%	73%	55%	87%
Criterios de Seguimiento	100%	100%	100%	67%	100%	67%	100%	83%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	100%	100%	100%	83%	100%	92%
	91%	86%	93%	73%	95%	85%	94%	77%	100%	98%	94%	97%	94%	74%	96%	97%	97%	60%	87%	89%

Principales hallazgos a nivel de las Áreas Rectoras de Salud:

Ambiente de control

- No se han implementado por parte de los funcionarios de la unidad organizativa las directrices institucionales sobre la confiabilidad de la información. (Manual

de políticas sobre gestión de la información y Manual de normas sobre gestión de la información).

- No se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad.

#### Actividades de control

- No todos los procesos cuentan con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados.

#### Sistemas de información

- Se aplican de forma parcial los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos.

## REGIÓN HUETAR NORTE

### Sede Regional

Para esta Sede Regional, el componente actividades de control es el de más bajo cumplimiento con 82%, mientras que los componentes sistemas de información y criterios de seguimiento muestran promedio de cumplimiento del 100%.

Cuadro N°. 54, Cumplimiento Dirección Regional de Rectoría de la Salud Huetar Norte

Números Porcentuales	
Componente/Cumplimiento	Cumplimiento
Deberes Generales	86%
Ambiente de Control	100%
Valoración del Riesgo	89%
Actividades de Control	82%
Sistemas de Información	100%
Criterios de Seguimiento	100%
<b>TOTAL</b>	<b>93%</b>

Dentro de las principales debilidades están:

#### Deberes generales

- Los funcionarios no conocen sobre la existencia en la unidad organizativa de un colaborador responsable del proceso de control interno.

#### Valoración del riesgo

- La unidad organizativa no da seguimiento a las medidas minimizadoras identificadas para cada riesgo en cuanto a su eficacia.

#### Actividades de control

- No todos los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso.
- Se verifica en la unidad organizativa de forma parcial el cumplimiento de las actividades y tareas indicadas en el manual de procedimientos y protocolos institucional.

El cumplimiento general de la Sede Regional es de 93% aumentando su cumplimiento con relación a la autoevaluación anterior que fue de 90%.

Cuadro N°. 55, Resultados comparativos de ACI, Dirección Regional de Rectoría de la Salud Huetar Norte.

<b>Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno</b> <b>Unidad Organizativa: REGION HUETAR NORTE</b> <b>Números porcentuales</b>					
<b>Componente</b>	<b>Cumplimiento 2014-2015</b>	<b>Cumplimiento 2015-2016</b>	<b>Cumplimiento 2016-2017</b>	<b>Cumplimiento 2017-2018</b>	<b>Cumplimiento 2018-2019</b>
Deberes Generales	86%	100%	71%	100%	86%
Ambiente de Control	67%	100%	100%	92%	100%
Valoración del Riesgo	83%	83%	86%	86%	89%
Actividades de Control	69%	92%	64%	82%	82%
Sistemas de Información	83%	92%	100%	82%	100%
Criterios de Seguimiento	100%	100%	100%	100%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>81%</b>	<b>95%</b>	<b>87%</b>	<b>90%</b>	<b>93%</b>

En cuanto al plan de mejora para el año 2019 insertan dos actividades que dependen más de la gestión institucional que de acciones que la sede regional pueda ejecutar para mejorar sus niveles de cumplimiento en cuanto a la Autoevaluación de Control Interno.

## **ANÁLISIS ÁREAS RECTORAS REGION HUETAR NORTE**

A nivel de las Áreas Rectoras de Salud el componente actividades de control es el que muestra el nivel más bajo de cumplimiento con 94%, caso contrario deberes generales, que muestra un promedio de cumplimiento de 100%.

De la información brindada en el siguiente cuadro se destaca, el Área Rectora de Salud de Florencia es la que muestra el promedio de cumplimiento más bajo con un 93%, caso contrario el Área Rectora de Salud de Santa Rosa y Guatuso, las cuales presentan el nivel más alto de cumplimiento con 100%, en promedio las Áreas Rectoras de Salud de dicha Región cumplen un 97%, manteniendo su nivel respecto al año anterior.

Cuadro N°. 56, Cumplimiento Áreas Rectoras de Salud, Dirección Regional de Rectoría de la Salud Huetar Norte

<b>Áreas Rectoras de Salud</b>	<b>Deberes generales</b>	<b>Ambiente de control</b>	<b>Valoración del riesgo</b>	<b>Actividades de control</b>	<b>Sistemas de información</b>	<b>Criterios de seguimiento</b>	<b>Promedio ARS</b>
Área Rectora Salud de Aguas Zarcas	100%	92%	100%	100%	100%	100%	<b>99%</b>
Área Rectora Salud de Ciudad Quesada	100%	100%	100%	91%	82%	100%	<b>96%</b>
Área Rectora Salud de Florencia	100%	85%	100%	73%	100%	100%	<b>93%</b>
Área Rectora Salud de Guatuso	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
Área Rectora Salud de Los Chiles	100%	100%	89%	100%	100%	83%	<b>95%</b>
Área Rectora Salud de Santa Rosa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
Promedio por componente	<b>100%</b>	<b>96%</b>	<b>98%</b>	<b>94%</b>	<b>97%</b>	<b>97%</b>	<b>97%</b>

Principales hallazgos a nivel de las Áreas Rectoras de Salud:

### Deberes generales

- No todos los funcionarios conocen si existe en la unidad organizativa un colaborador responsable del proceso de control interno.

#### Ambiente de control

- No todos los funcionarios conocen el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente.

#### Actividades de control

- Los manuales de procedimientos existentes no son congruentes con las funciones que realiza el proceso.

### REGIÓN PACIFICO CENTRAL

#### Sede Regional:

Para esta sede regional, todos los componentes presentan niveles de cumplimiento de 100% excepto actividades de control que presenta un nivel de cumplimiento de 55%.

Cuadro N°. 57, Cumplimiento Dirección Regional de Rectoría de la Salud Pacífico Central

Números Porcentuales	
Componente/Cumplimiento	Cumplimiento
Deberes Generales	100%
Ambiente de Control	100%
Valoración del Riesgo	100%
Actividades de Control	55%
Sistemas de Información	100%
Criterios de Seguimiento	100%
<b>TOTAL</b>	<b>61%</b>

Dentro de sus principales debilidades destacan:

#### Actividades de control

- No todos los procesos cuentan con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados.
- Los manuales de procedimientos existentes no son congruentes con las funciones que realiza el proceso.



- No se verifica en la unidad organizativa el cumplimiento de las actividades y tareas indicadas en el manual de procedimientos y protocolos institucional.
- No se realizan actividades de evaluación o mejora continua de los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa.
- No se aplican en la unidad organizativa procedimientos para la custodia y protección de los documentos

En el cuadro siguiente se observa la variación porcentual en el cumplimiento de cada uno de los componentes desde el año 2014 hasta el presente, además se observa que el nivel general de cumplimiento es de 92%, aumentando su promedio de cumplimiento en 1% con relación al periodo anterior.

Cuadro N°. 58, Resultados comparativos de ACI, Dirección Regional de Rectoría de la Salud Pacífico Central

<b>Comparación de resultados Autoevaluación de Control Interno Unidad Organizativa: REGION PACIFICO CENTRAL Números porcentuales</b>					
<b>Componente</b>	<b>Cumplimiento 2014-2015</b>	<b>Cumplimiento 2015-2016</b>	<b>Cumplimiento 2016-2017</b>	<b>Cumplimiento 2017-2018</b>	<b>Cumplimiento 2018-2019</b>
Deberes Generales	100%	100%	100%	100%	100%
Ambiente de Control	83%	100%	92%	100%	100%
Valoración del Riesgo	100%	100%	100%	100%	100%
Actividades de Control	92%	92%	100%	73%	55%
Sistemas de Información	100%	100%	91%	73%	100%
Criterios de Seguimiento	100%	100%	100%	100%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>96%</b>	<b>99%</b>	<b>97%</b>	<b>91%</b>	<b>92%</b>

## **ANALISIS AREAS RECTORAS REGION PACIFICO CENTRAL**

En cuanto a las Áreas Rectoras de Salud, es importante mencionar que el componente actividades de control es el que presenta el nivel de cumplimiento más bajo con 94%, mientras que el componente deberes generales tiene un cumplimiento de 100%, como el más alto.

El promedio total de cumplimiento para las Áreas Rectoras es de 97%. El Área de Esparza, presenta el promedio de cumplimiento más bajo con 93%, situación contraria

presentan las Áreas Rectoras de Salud Peninsular, Orotina - San Mateo y Puntarenas con 100% de cumplimiento.

Cuadro N°.59: Cumplimiento Áreas Rectoras de Salud, Dirección Regional de Rectoría de la Salud Pacífico Central

Áreas Rectoras de Salud	Deberes generales	Ambiente de control	Valoración del riesgo	Actividades de control	Sistemas de información	Criterios de seguimiento	Promedio Áreas
Área Rectora de Salud Aguirre	100%	92%	100%	100%	82%	100%	<b>96%</b>
Área Rectora Barranca	100%	92%	100%	100%	100%	100%	<b>99%</b>
Área Rectora Esparza	100%	92%	100%	73%	91%	100%	<b>93%</b>
Área Rectora de Salud Garabito	100%	92%	100%	100%	100%	83%	<b>96%</b>
Área Rectora Montes de Oro	100%	100%	100%	82%	100%	100%	<b>97%</b>
Área Rectora de Salud Orotina-San Mateo	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
Área Rectora Parrita	100%	100%	86%	91%	100%	100%	<b>96%</b>
Área Rectora de Salud Peninsular	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
Área Rectora Puntarenas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
Promedio componentes	<b>100%</b>	<b>96%</b>	<b>98%</b>	<b>94%</b>	<b>97%</b>	<b>98%</b>	<b>97%</b>

Principales hallazgos a nivel de las Áreas Rectoras de Salud:

Actividades de control

- Se verifica parcialmente en la unidad organizativa el cumplimiento de las actividades y tareas indicadas en el manual de procedimientos y protocolos institucional.

## ANÁLISIS INSTITUCIONAL

### Nivel Central

A Nivel Central, se determina que Asuntos Jurídicos, Contraloría de Servicios y Salud Mental, son los de mayor cumplimiento con 100%, para el nivel central el promedio

total de cumplimiento es de un 90%, aumentando en 3% con respecto a la autoevaluación anterior, donde el cumplimiento fue de 87%.

Es importante mencionar que la Dirección Financiera, Bienes y Servicios, no envió la autoevaluación de control interno, situación que se repite por segundo año consecutivo.

Cuadro N°.60, Cumplimiento Nivel Central por unidad organizativa

Promedio por componentes	ASIUR	DGA	UAIS	PDI	DA	DDH	CS	DDCTS	DRPIS	DGASS	DPEEAS	DVS	DAC	DPAH	DTIC	SM	Promedio
Deberes Generales	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	60%	100%	100%	83%	100%	96%
Ambiente de Control	100%	85%	92%	85%	92%	100%	100%	100%	77%	69%	100%	77%	77%	69%	85%	100%	88%
Valoración del Riesgo	100%	86%	83%	86%	100%	100%	100%	100%	86%	14%	71%	100%	100%	100%	57%	100%	86%
Actividades de Control	100%	100%	100%	64%	100%	91%	100%	91%	100%	64%	100%	100%	82%	55%	91%	100%	90%
Sistemas de Información	100%	100%	100%	91%	100%	100%	100%	100%	100%	27%	100%	100%	100%	78%	100%	100%	93%
Criterios de Seguimiento	100%	100%	100%	50%	100%	100%	100%	100%	67%	83%	60%	100%	83%	100%	100%	100%	90%
<b>TOTAL</b>	100%	95%	96%	79%	99%	98%	100%	99%	88%	60%	89%	89%	90%	84%	86%	100%	90%

En el nivel central el componente valoración del riesgo es el que presenta el menor promedio de cumplimiento con 86%, mientras que deberes generales es el que tiene el nivel más alto de cumplimiento con 96% de promedio, siendo que este último componente disminuyó su nivel de cumplimiento, el cual fue de 97% durante el periodo anterior.

### Nivel Regional

A Nivel Regional, se determina un promedio de cumplimiento general de 88%, donde la Región Brunca y la Huetar Caribe, son las que tienen el promedio de cumplimiento más alto con 100%, y la Región Central Norte con 62% es la más baja (cuadro N° 61).

Cuadro N°.61, Cumplimiento Nivel Regional

<b>Nivel Regional</b>										
REGIONES	RCO	RCE	RCH	RCN	RHC	RB	RHN	RPC	RCS	Promedio NR
Deberes Generales	100%	86%	86%	86%	100%	100%	86%	100%	57%	89%
Ambiente de Control	85%	92%	100%	92%	100%	100%	100%	100%	77%	94%
Valoración del Riesgo	100%	100%	100%	43%	100%	100%	89%	100%	44%	86%

Actividades de Control	100%	91%	82%	36%	100%	100%	82%	55%	91%	82%
Sistemas de Información	64%	100%	100%	36%	100%	100%	100%	100%	82%	87%
Criterios de Seguimiento	100%	100%	100%	80%	100%	100%	100%	100%	33%	90%
<b>TOTAL</b>	<b>92%</b>	<b>95%</b>	<b>95%</b>	<b>62%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>93%</b>	<b>92%</b>	<b>64%</b>	<b>88%</b>

A nivel regional el componente actividades de control sigue siendo el que presenta el nivel de cumplimiento más bajo con 82%, caso contrario Ambiente de Control con 94% como los de mayor cumplimiento.

## NIVEL LOCAL

A Nivel Local, se determina un promedio de cumplimiento general de 93%, se destacan las Áreas Rectoras de Salud de la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Huetar Caribe, como las de mayor cumplimiento con 98%, y las de la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Occidente con 87%, como las más bajas.

Cuadro N°.62, Cumplimiento Áreas Rectoras de Salud

<b>NIVEL LOCAL</b>										
<b>Componentes</b>	<b>ARS RCO</b>	<b>ARS RCE</b>	<b>ARS RCH</b>	<b>ARS RCN</b>	<b>ARS RHC</b>	<b>ARS RB</b>	<b>ARS RHN</b>	<b>ARS RPC</b>	<b>ARS RCS</b>	<b>Cumplimiento</b>
Deberes Generales	94%	90%	95%	95%	98%	93%	100%	100%	92%	95%
Ambiente de Control	92%	98%	90%	91%	97%	87%	96%	96%	88%	89%
Valoración del Riesgo	91%	98%	89%	97%	100%	86%	98%	98%	90%	95%
Actividades de Control	68%	96%	87%	84%	97%	98%	94%	94%	85%	90%
Sistemas de Información	78%	97%	96%	89%	100%	99%	97%	97%	87%	94%
Criterios de Seguimiento	100%	98%	87%	88%	94%	92%	97%	98%	92%	94%
<b>Cumplimiento ARS</b>	<b>87%</b>	<b>96%</b>	<b>91%</b>	<b>91%</b>	<b>98%</b>	<b>93%</b>	<b>97%</b>	<b>97%</b>	<b>89%</b>	<b>93%</b>

A nivel local se destaca el componente ambiente de control como el de más bajo nivel de cumplimiento con 89%, caso contrario deberes generales con 95% como el de mayor cumplimiento.

## **CONCLUSIONES RESPONSABILIDAD DE UNIDADES ORGANIZATIVAS**

Una vez realizado el análisis de las Autoevaluaciones de cada una de las unidades organizativas de la Institución sobresale lo siguiente:

1. De acuerdo con los resultados obtenidos a nivel del Ministerio de Salud, se determina que no se han formalizado por escrito las responsabilidades y funciones de los funcionarios en los distintos procesos de la unidad. Situación que ha permanecido los últimos años.
2. No todos los procesos cuentan con manuales de procedimientos, además algunos de los existentes no son congruentes con las funciones que realiza el proceso, aspecto que debe ser solucionado, debido a que este aspecto se ha reiterado en las últimas autoevaluaciones de control interno.
3. No se contempla el desarrollo de actividades de evaluación y mejoramiento continuo de los controles aplicados.
4. Existen unidades organizativas que no han dispuesto un compendio actualizado sobre la normativa promulgada por la Contraloría General de la República, otros órganos de control y normativa legal que regule el Proceso de Gestión de Control Interno.
5. No se han divulgado a los funcionarios de algunas unidades organizativas las responsabilidades y sanciones contempladas en la Ley General de Control Interno.
6. Los funcionarios de la unidad organizativa no implementan los mecanismos establecidos en el procedimiento sobre la gestión integral de la información.
7. No se han formalizado procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos.

8. Las unidades organizativas no dan seguimiento a las medidas minimizadoras identificadas para cada riesgo en cuanto a su eficacia.
9. Los funcionarios desconocen el Plan Estratégico Institucional.
10. Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones no se utilizan para realizar mejoras a los controles.
11. El promedio de cumplimiento a nivel institucional de los componentes del sistema de control interno es de 89%, como se muestra en el cuadro (Nº. 37), el nivel de cumplimiento se ha mantenido estable a nivel de la Institución durante los últimos cinco periodos.

## **CONCLUSIONES DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL**

1. Los sistemas de información no permiten obtener, procesar, almacenar y recuperar información relevante sobre la gestión institucional. Debilidad en la institución manifestada en las autoevaluaciones de control interno.
2. Los procedimientos y protocolos no son actualizados (considerando las observaciones generadas por las distintas unidades organizativas y las revisiones de la unidad organizativa responsable de normalizar la función)
3. Se desconoce la existencia de un Plan Estratégico de Gestión Integral de la Información.
4. No se han diseñado instrumentos para la medición de la eficacia de las medidas minimizadoras del riesgo.
5. Los resultados de la autoevaluación no se formalizan a nivel institucional en un informe ejecutivo y en un plan de mejora anual.
6. De conformidad con los recursos disponibles. Las actividades señaladas en el plan de mejora en algunas ocasiones se incorporan al Plan Operativo Institucional, sin embargo, no son ejecutadas.

## RECOMENDACIONES

A continuación, se anotan las recomendaciones que se consideran pertinentes para mejorar el funcionamiento del Proceso de Gestión del Control Interno a Nivel Institucional:

1. Que Tecnologías de la Información y Comunicación mejore los sistemas de información (digitales y físicos) para que permitan obtener, procesar, almacenar y recuperar información relevante sobre la gestión institucional.
2. Que las unidades organizativas formalicen por escrito las responsabilidades y funciones que corresponden a cada uno de los colaboradores.
3. Que se dé el seguimiento para que las unidades organizativas cuenten con procedimientos físicos y digitales actualizados e implementados de acuerdo con las funciones que realizan.
4. Que las unidades organizativas cuenten con los manuales de procedimientos, además que los existentes estén actualizados para que sean congruentes con las funciones que realizan las unidades organizativas.
5. Que se controle que las actividades incluidas en el Plan de Mejora que se incorporan al Plan Operativo Institucional efectivamente se realicen.
6. Que se divulgue a los funcionarios el Plan Estratégico Institucional.
7. Que los enlaces de control interno divulguen los criterios para realizar la identificación, administración y valoración del riesgo.
8. Que las unidades organizativas del nivel central promuevan la realización de verificaciones de calidad técnica.
9. Que la cima estratégica analice las conclusiones de responsabilidad institucional y asigne a quien corresponda la solución a dichas debilidades.