INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES | GOBIERNO DE COSTA RICA

COMPONENTES DEL SEVRI

Lineamiento Institucional para la Gestión de Riesgos

Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional SEVRI-INAMU

Aprobado mediante Acuerdo de Junta Directiva ----------

Unidad de Planificación Institucional y Comisión Ejecutiva de Control Interno.

Año 2025

Aprobaciones

Elaborado por:	Actualizado por:	Revisado por:	Validado por:	Aprobado por:
Maripaz Jiménez Torres Profesional Especialista Diana Solano Arias Estudiante de Licenciatura Planificación Económica y Social Universidad Nacional	Xinia María Herrera Aguilar Profesional Ejecutiva- Riesgos Unidad de Planificación Institucional	Ninotchka Benavides Badilla Jefatura a.i. Unidad de Planificación Institucional	Comisión Ejecutiva CECI-SEVRI	Junta Directiva
Fecha: 12/12/2023	Firma XINIA MARIA HERRERA AGUILAR (FIRMA) Firmado digitalmente por XINIA MARIA HERRERA AGUILAR (FIRMA) Fecha: 2025.11.05 12:20:44 -06'00'	Firma de Jefatura NINOTCHKA MARIA BENAVIDES BADILLA (FIRMA) Firmado digitalmente por NINOTCHKA MARIA BENAVIDES BADILLA (FIRMA) Fecha: 2025.11.05 14:30:30 -06'00'	Firma de Presidenta NINOTCHKA MARIA BENAVIDES BADILLA (FIRMA) Firmado digitalmente por NINOTCHKA MARIA BENAVIDES BADILLA (FIRMA) Fecha: 2025.11.05 14:30:57 -06'00'	Firma de Presidenta Ejecutiva

Control de Cambios

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES GOBIERNO DE COSTA RICA	**INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES**	**CÓDIGO:**	**LI-MO-02**
	PROCESO ANÁLISIS MEDICIÓN Y MEJORA	**VERSIÓN:**	**03**
	LINEAMIENTO INSTITUCIONAL	**FECHA CREACIÓN:**	**2013**
	GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL (P-AMM-LI-GR-01)	**FECHA PRIMERA ACTUALIZACIÓN:**	**2023**
		FECHA SEGUNDA ACTUALIZACIÓN	**2024**
		FECHA TERCERA ACTUALIZACIÓN:	**2025**
		FECHA APROBACIÓN:	

Junta Directiva

Sra. Yerlin Zúñiga Céspedes- Presidenta Ejecutiva INAMU

Sra. Diana Vindas Corrales- Vicepresidenta

Sra. Beatriz Castro Zúñiga- Secretaria

Sra. Yamileth Jiménez Cubillo- Directiva

Sra. María Fernanda Chacón García- Directiva

Sra. Alejandra María López Castrillo- Directiva

Sra. Kryssia López Vallejos- Directiva

Presentación

El Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) en cumplimiento de su labor como institución rectora en la promoción efectiva de los derechos de las mujeres en su diversidad, así como su autonomía, inclusión, empoderamiento y la no violencia de género elaboró por primera vez el Lineamiento institucional para la gestión de riesgos denominado "Marco Orientador de Valoración del Riesgo Institucional SEVRI-INAMU" en el año 2013.

Es de nuestro conocimiento que el tema de riesgos es cambiante y los contextos también, por tanto se presenta en esta ocasión la tercera actualización a este lineamiento.

El INAMU, así como la mayoría de las instituciones, se encuentra vulnerable a los riesgos emergentes de su gestión, lo que podría afectar el cumplimiento de sus objetivos o comprometer su valor público, orientado a promover el cambio cultural hacia la igualdad de género y la protección de los derechos humanos de las mujeres en su diversidad.

Por lo anterior, para que la institución a través del SEVRI pueda realizar una oportuna y adecuada identificación de sus posibles fuentes de amenazas, limitantes y oportunidades, así como una valoración de sus riesgos, monitoreo de los eventos y seguimiento a las acciones de mitigación; pone a disposición de las personas funcionarias el presente lineamiento, en procura de gestionar una correcta administración del riesgo institucional.

El lineamiento institucional para la gestión de riesgos **"Marco Orientador de Valoración del Riesgo Institucional SEVRI-INAMU"** es de acatamiento obligatorio para cada una de las Procesos de la institución, por lo que se les invita a apropiarse de este valioso instrumento y llevarlo a la práctica cada vez que realicemos este proceso en el Sistema Institucional de Riesgos.

Yerlin Zúñiga Céspedes
Presidenta Ejecutiva

Tabla de Contenido

Tabla de contenido

Siglas

CECI-SEVRI	Comisión Ejecutiva de Seguimiento al Sistema de Control Interno y al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional
CGR	Contraloría General de la República de Costa Rica
INAMU	Instituto Nacional de las Mujeres
JD	Junta Directiva
PE	Presidencia Ejecutiva
PEI	Plan Estratégico Institucional
POI	Plan Operativo Institucional
SCI	Sistema de Control Interno
SEVRI	Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional
UPI	Unidad de Planificación Institucional

Glosario

Aceptación o tolerancia del riesgo: Acción de no tomar ninguna decisión que afecte la probabilidad o la consecuencia del riesgo. La tolerancia al riesgo se puede complementar con la planificación de contingencia para manejar los impactos que se presentarán si se manifiesta el riesgo.
Afectación de objetivos: Aumento de costos para el cumplimiento de planes o incumplimiento de estos. Pueden generar ineficiencia de los procesos.
Afectación de la imagen institucional: Se genera cuando se da un efecto negativo en la imagen a lo externo e interno de la Institución o ente adscrito.
Administración de riesgos: Actividad del proceso de valoración del riesgo que consiste en la identificación, evaluación, selección y ejecución de medidas ante cualquier eventualidad o riesgo.
Actividades de control o Controles: Es la ejecución de políticas, estándares y procedimientos para eliminar o mitigar los riesgos. Se refiere a la gestión, valoración realizada para determinar si los controles existentes implementados por la dependencia, proceso y/o subproceso permiten gestionar la probabilidad y el impacto detectada mediante la evaluación del riesgo inherente.
Los controles pueden ser preventivos que responden directamente a las causas o pueden ser correctivos que responden directamente a las consecuencias.
Actividades de la institución: Permite vincular las actividades que ejecuta la Institución con posibles eventos, y así analizar cuales pueden verse afectadas por la presencia de estos y requieren control.
Ambiente de control: Políticas, procedimientos y mecanismos para asegurar que se cumplan las disposiciones para el logro de los objetivos, desarrollando una práctica de registro y documentación de los actos de la gestión en forma periódica, sistemática y oportuna, que garantice confiabilidad y acceso a la información pública.
Análisis de riesgos: Consiste en la determinación del nivel de riesgo a partir de la probabilidad y la consecuencia de los eventos identificados.
Apetito de riesgo: Es el nivel de riesgo que una organización está dispuesta a aceptar.
Causa de riesgo: Corresponden a los factores o eventos que pueden provocar un riesgo, es decir, lo que puede desencadenar una situación de peligro o incertidumbre. Las causas pueden ser internas o externas a la organización.
Categorías de riesgos: Calificador para los riesgos, a través del cual sea posible agrupar éstos en diferentes familias o grupos según sean los daños que puede provocar su materialización.
Consecuencia: Conjunto de efectos derivados de la ocurrencia de un evento expresado cualitativa o cuantitativamente, sean pérdidas, perjuicios, desventajas o ganancias.
Comunicación de riesgos: Actividad permanente del proceso de valoración del riesgo que consiste en la preparación, la distribución y la actualización de información oportuna sobre los riesgos a los sujetos interesados
COSO: (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission): Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway es una iniciativa conjunta de cinco organizaciones profesionales de Estados Unidos, creada para proporcionar marcos de referencia sobre: Control interno, Gestión del riesgo empresarial (ERM) Prevención del fraude financiero.
Control Interno: Es el conjunto de acciones, actividades, planes, políticas, normas, registros, procedimientos y métodos, incluido el entorno y actitudes que desarrolla la alta dirección y su personal a cargo, con el objetivo de prevenir posibles riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos.
Corrupción: Es el uso de funciones y atribuciones para obtener o conceder beneficios particulares, en contravención de las disposiciones legales y la normativa existente en un momento histórico dado. De manera más general, es el uso indebido del poder y de los recursos para el beneficio personal, el beneficio político, particular o el de terceros.

Criterio de pertinencia de la evidencia: La pertinencia significa que la evidencia se ajusta al propósito de los asuntos sujetos a revisión e informados.
Criterio de suficiencia de la evidencia: Es el principio que establece que la evidencia recopilada debe ser adecuada en cantidad (suficiente) y pertinente en calidad (apropiada) para respaldar de manera razonable los hallazgos, conclusiones o recomendaciones
Generadores de riesgos: Son los eventos que se asocian con la posible aparición de un riesgo u oportunidad.
Designados de control interno: Persona funcionaria designada por las personas Titulares Subordinados de la administración estructural o funcional, para brindar apoyo en el mantenimiento y perfeccionamiento del SEVRI de la dependencia para la cual labora.
Documentación de riegos: Consiste en el registro en la herramienta oficial para la administración de riesgos o en forma escrita de la sistematización de la información asociada con estos.
Documentos oficiales: Son los documentos sustantivos de la institución como el Plan Estratégico (PEI), Plan Operativo Institucional (POI), Plan Anual de Trabajo (PAT), así como a la normativa interna (reglamentos, acuerdos, resoluciones, directrices, lineamientos, entre otros) procesos institucionales o cualquier plan de trabajo formalizado y/o oficializado a lo interno de la institución.
Eficacia de las operaciones: Es la capacidad de una entidad para alcanzar sus metas operativas de forma eficiente, productiva y conforme a los estándares establecidos, utilizando adecuadamente los recursos disponibles.
Efectividad de controles sobre el riesgo: Nivel de efectividad global de los controles asociados a un riesgo, permite minimizar el riesgo inherente.
Ética: Es la transparencia en apego a una conducta responsable con que deben de tomarse las decisiones de la persona jurídica, así como el conjunto de principios básicos de actuación y prácticas de conducta de todas las personas de la organización.
Estructura de riesgos: Agrupación de riesgos por consecuencia, probabilidad, categorías, causas de riesgos, áreas de impacto u otras variables, para valoración integral como apoyo a la toma de decisiones.
Evaluación de riesgos: Actividad del proceso de valoración del riesgo que consiste en la determinación, a través de mecanismos de análisis, de las prioridades para la administración de riesgos.
Evento: Se refiere a un incidente o situación que tiene una probabilidad de ocurrir en un espacio de tiempo y lugar específico e impacta el logro del objetivo.
Evitar el riesgo: Es la no ejecución de acciones que involucran la materialización del riesgo, esta **decisión** se debe analizar con mucho cuidado, ya que de no definirse adecuadamente puede aumentar la exposición de otros riesgos.
Fuente de riesgo Externos: Hace referencia a los eventos que se generan en el entorno de la institución que pueden impactar de manera negativa en el quehacer del INAMU. Aunque no se tiene control sobre estos, es necesario poner atención a su comportamiento, de manera tal que los esfuerzos se concentren en establecer acciones que permitan mitigar el impacto negativo en caso de que estos se hagan realidad.
Fuente de Riesgo Internos: Son los Eventos que pueden producirse a lo interno de la institución y que deben gestionarse mediante el Sistema Especifico de Valoración del Riesgo Institucional. Las acciones para mitigar el riesgo deben de estar orientadas a la prevención de que el riesgo se materialice a través de una serie de medidas de control, sin embargo, si con estas medidas el riesgo se materializa deben de existir acciones que minimicen el impacto de los daños.
Identificación de riesgos: Consiste en la determinación y la descripción de los eventos de índole interno y externo que pueden afectar de manera significativa el cumplimiento de los objetivos de la Institución
Jerarca o Junta Directiva: Superior Jerárquico con la mayor autoridad para tomar decisiones.
Impacto o severidad: Es una variable en la matriz de riesgos o mapa de calor que se utiliza para medir el impacto que ocasiona la materialización de un riesgo en una escala determinada.

Indicadores Clave de Riesgo (KRI, por sus siglas en inglés): Son "Métricas utilizadas por las organizaciones para proporcionar una señal temprana de exposiciones al riesgo, cada vez mayores en diversas áreas de la organización."

Ley de Control Interno: Ley No.8292 del 31 de julio del 2002. Publicada en la Gaceta No. 169 del 4 de setiembre del 2002.

Matriz de Riesgos o Mapa de Calor: Es un instrumento de evaluación de la probabilidad y el Impacto, s donde se obtiene el nivel de riesgo, este nivel de riesgo.

.

Medida o tratamiento de mitigación para la administración de riesgos: Disposición razonada definida por la Institución previo a la ocurrencia de un evento para reducir, transferir, evitar, aceptar o tolerar el riesgo.

Nivel de riesgo o exposición del riesgo: Grado del riesgo que se determina a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del evento y de la magnitud de su consecuencia potencial sobre el cumplimiento de los objetivos fijados, permite establecer la importancia relativa del riesgo.

Nivel de tolerancia o de riesgo aceptable: Grado de riesgo que la Institución está dispuesta en capacidad de retener para cumplir con sus objetivos, sin incurrir en costos ni efectos adversos excesivos en relación con sus beneficios esperados o ser incompatible con las expectativas de los sujetos interesados.

Parámetros de aceptabilidad de riesgos: Criterios que permiten determinar si un riesgo específico se ubica o no dentro de la categoría de nivel de riesgo aceptable.

Perfil de riesgo: Proceso que describe un riesgo y su contexto, para apoyar la toma de decisiones, establecer prioridades y establecer medidas de administración.

Personas Sujetas Interesadas: Personas físicas o jurídicas, internas y externas a la Institución, que pueden afectar o ser afectadas directamente por las decisiones y acciones institucionales.

Personas Titulares Subordinadas: Personas funcionarias de la administración activa, con autoridad para ordenar o tomar decisiones.

Política de valoración de riesgos: Declaración emitida por el Jerarca, que orienta el accionar institucional en relación con la valoración de riesgos.

Plan de acción: Es un "Instrumento para operativizar los lineamientos y alcanzar los objetivos…es un proceso que complementan la política pública y orienta el accionar hacia los resultados esperados, en el cual se consideran los temas prioritarios, no como sumatoria, sino como prioridad y énfasis."

Probabilidad: Medida o descripción de la posibilidad de ocurrencia de un evento.

Proporcionalidad de gestión de controles que mitiga la probabilidad: Proporción del riesgo controlado que está orientada a minimizar la probabilidad inherente.

Reducir consecuencia: Ejecución de acciones para minimizar la consecuencia ante la materialización de un evento.

Reducir probabilidad: Ejecución de acciones para minimizar la posibilidad materialización de un evento.

Riesgo: Posibilidad de que ocurran eventos que tendrían consecuencias sobre el cumplimiento de los objetivos de la Institución. Su medición se da en términos de consecuencia y probabilidad.

Riesgo controlado: Es aquel riesgo cuya exposición ha sido mitigada mediante acciones, políticas o controles internos, y que se encuentra dentro del nivel de tolerancia definido por la entidad.

Riesgo inherente o absoluto: Es el riesgo en ausencia de acciones directas o enfocadas a minimizar su efecto. Es el riesgo presente antes de realizar algún control o aplicar alguna medida para su tratamiento/administración. Surge de la exposición natural propia a la actividad, del trabajo o proceso.

Riesgo residual: Nivel de riesgo existente posterior a la implementación y evaluación de los controles vinculados. Se refiere al evento final posterior a la implementación y evaluación de los controles de mitigación al riesgo inherente.

Seguimiento al sistema de control interno: Actividades, vigencia y calidad del Sistema de Control Interno mediante la observación y evaluación del funcionamiento de diversos controles que aseguren la atención de los hallazgos.
Sistemas de información: Permiten la generación, captura, procesamiento y transmisión de información relevante, mediante la documentación y el registro en el lapso adecuado y conveniente, garantizando confiabilidad, oportunidad y utilidad.
Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI): conjunto organizado de elementos que interaccionan para la identificación, análisis, evaluación, administración, revisión, documentación y comunicación de los riesgos institucionales.
Tolerancia: Es el margen que permite gestionar el riesgo, es decir, la capacidad para asumir el riesgo.
Transferir riesgo: Trasladar a un tercero la acción de ejecutar medidas en las cuales un tercero asume parte o totalidad de los efectos provocados por la materialización del riesgo.
Valor Público: Grado de beneficio que la institución pública genera, en concordancia con su mandato legal, a sus personas usuarias y/o a la ciudadanía en general, mediante la prestación de bienes y servicios de calidad que satisfagan sus necesidades y expectativas y les permita alcanzar el mayor bienestar humano.

Antecedentes

La institución en el año 2013 puso a disposición de las personas funcionarias del INAMU el "Marco Orientador del Sistema Especifico de Valoración del Riesgo Institucional", sin embargo, tras 10 años de su implementación y a favor de la mejora continua de los procesos, se realizó una revisión y actualización de este marco, tomando en consideración las mejores prácticas internacionales y nacionales

El INAMU se complace en presentar la tercera versión actualizada del lineamiento institucional para la gestión de riesgos denominado **"Lineamiento Marco Orientador de Valoración del Riesgo Institucional SEVRI-INAMU" año 2025.**

1.Componente Marco Orientador del SEVRI para el Instituto Nacional de las Mujeres- INAMU

Introducción

El presente documento tiene como objetivo establecer el marco normativo, que contiene los criterios necesarios para el establecimiento de la gestión de riesgos institucional, en concordancia con lo que indica la Ley 8292 en sus artículos No. 14, 18 y 19, los cuales indican lo siguiente:

Artículo 14. —Valoración del riesgo. En relación con la valoración del riesgo, serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, los siguientes:
a) Identificar y analizar los riesgos relevantes asociados al logro de los objetivos y las metas institucionales, definidos tanto en los planes anuales operativos como en los planes de mediano y de largo plazos.
b) Analizar el efecto posible de los riesgos identificados, su importancia y la probabilidad de que ocurran, y decidir las acciones que se tomarán para administrarlos.
c) Adoptar las medidas necesarias para el funcionamiento adecuado del sistema de valoración del riesgo y para ubicarse por lo menos en un nivel de riesgo organizacional aceptable.
d) Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar.

Artículo 18. —Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional. Todo ente u órgano deberá contar con un sistema específico de valoración del riesgo institucional por áreas, sectores, actividades o tarea que, de conformidad con sus particularidades, permita identificar el nivel de riesgo institucional y adoptar los métodos de uso continuo y sistemático, a fin de analizar y administrar el nivel de dicho riesgo. La Contraloría General de la República establecerá los criterios y las directrices generales que servirán de base para el establecimiento y funcionamiento del sistema en los entes y órganos seleccionados, criterios y directrices que serán obligatorios y prevalecerán sobre los que se les

opongan, sin menoscabo de la obligación del jerarca y titulares subordinados referida en el artículo 14 de esta Ley.

Artículo 19. —Responsabilidad por el funcionamiento del sistema. El jerarca y los respectivos titulares subordinados de los entes y órganos sujetos a esta Ley, en los que la Contraloría General de la República disponga que debe implantarse el Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional, adoptarán las medidas necesarias para el adecuado funcionamiento del Sistema y para ubicarse al menos en un nivel de riesgo institucional aceptable… estableciendo una respuesta oportuna y adecuada frente a los riesgos potenciales, para asegurar la gestión de seguridad de la información, continuidad de los procesos y operaciones que respaldan el cumplimiento de la misión y visión institucional.

El Instituto Nacional de las Mujeres-INAMU se regirá bajo el artículo 7 de la Ley de Control Interno, por ende, el Sistema de Control Interno se regirá con las siguientes características:

1. Aplicable: Para alcanzar los objetivos del sistema.
2. Completo: Contemple los procesos y componentes.
3. Razonable: Satisfaga la calidad requerida, necesidades de la organización.
4. Integrado: Interrelación entre los componentes funcionales y orgánicos-procesos.
5. Congruente: Enlazado con el marco jurídico y técnico.

Esta normativa, por mandato legal, es regulada por la Contraloría General de la República mediante las Directrices Generales para el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional, D-3-2005-CO-DFOE, que definen a dicho sistema como el instrumento primordial en la gestión institucional del riesgo, al generar la información pertinente en relación al riesgo asociado al cumplimiento de objetivos y metas institucionales, facilitando la administración del mismo y evaluando el impacto de las medidas adoptadas por la Institución en la administración del riesgo.

Esta versión tiene en su haber una serie de cambios con relación a la versión del Marco Orientador del año 2023 tales como:

Implementación de la Normativa COSO (ERM)
Incorpora terminología actualizada según estándares internacionales.
Se vincula con esta nueva versión la Misión, la Visión y los Valores Institucionales
Se fortalece la Política de Valoración de Riesgo
Se actualiza mapa de calor o matriz de riesgos con terminología actualizada
Se actualiza los tipos de riesgos y causas según COSO
Se introduce el tema ampliado de los controles para los riesgos
Se mejora el tema de Apetito de Riesgo
Se define la implementación del SEVRI Institucional desde los procesos institucionales
Se ajusta el rol de aprobación para las Jefaturas en el Sistema de Riesgos
Se robustece el trabajo de equipo ya que cada dependencia deberá de proponer sus propios riesgos según procesos, identificar, analizar, tratar y dar seguimiento.
Incorpora por ende una actualización del Sistema de Riesgos Institucional como parte de esta modernización en materia de riesgos.
Se amplia el alcance de la Política SEVRI del INAMU

Misión

El Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) tiene como misión promover el ejercicio efectivo de los derechos humanos de las mujeres en su diversidad, así como su autonomía, inclusión, empoderamiento y la no violencia de género. Esto se realiza en coordinación con el estado costarricense y la sociedad civil.

Visión

La visión del INAMU es ser reconocido por su liderazgo, compromiso y excelencia en la gestión político-técnica, buscando transformar la sociedad hacia una más justa e igualitaria en el marco de los derechos humanos de las mujeres.

Valores Institucionales

Forman parte de un compromiso compartido para alcanzar metas comunes que implica un trabajo colectivo de todas las personas que conforman la comunidad INAMU, en procura de la realización de los objetivos institucionales. Estos valores compartidos fueron identificados, seleccionados, consensuados y definidos de forma participativa por el funcionariado de la Institución y avalados por su Junta Directiva.

Valor Respeto: Implica la toma de conciencia de las diferencias y particularidades de las personas para comunicarnos asertivamente, desde el enfoque de los Derechos Humanos.
Valor Equidad: Acciones para favorecer la igualdad a partir de las necesidades diversas de las personas actuando con justicia y fomentando relaciones de no discriminación.
Valor Compromiso: Mostrar un interés genuino por la labor que se realiza, uniendo lo mejor de nuestras voluntades y esfuerzos con entusiasmo, pasión, proactividad y excelencia.
Valor Igualdad: Exige el reconocimiento del valor y la dignidad de todas las personas y el disfrute pleno de sus derechos.
Valor Sororidad: Asimismo, el valor de la sororidad conlleva a una actitud de alianza y cooperación entre mujeres, generando cohesión e integración basada en metas y objetivos comunes.

2.Política de Valoración de Riesgo Institucional

2.1Compromisos de la persona jerarca para la implementación del SEVRI

El primer apartado formaliza la voluntad del máximo nivel de jerarquía, titulares subordinados y la administración activa en cuanto al establecimiento de un Sistema de Valoración de Riesgos para el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), por lo que se compromete a realizar una eficiente gestión de riesgos institucionales, aplicando el sistema de gestión de riesgos integral. Este sistema busca

favorecer la toma de decisiones, la rendición de cuentas, el logro de sus objetivos y el cumplimiento de la normativa vigente en materia de riesgos.

El compromiso para el funcionamiento del Sistema de Valoración de Riesgo representa el detalle de una serie de enunciados generales, que tanto la persona jerarca como las personas titulares subordinadas tendrán disponibles para establecer, mantener y perfeccionar continuamente, tal como señala la Ley 8292: Ley General de Control Interno, las Normas Técnicas de Control Interno para el Sector Público" (N-2-2009-CO-DFOE) y las Directrices Generales para el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI) D-3-2005-CO-DFOE, con el fin de asegurar sistemáticamente los objetivos institucionales con la prevención de los eventos.

La persona jerarca y las personas titulares deben garantizar una serie de condiciones para un adecuado desarrollo de la valoración del riesgo en el INAMU, las cuales se describen a continuación:

- Compromiso permanente, explícito y formal para la implementación y desarrollo del proceso de mejoramiento continuo del sistema de riesgos.
- Definición, establecimiento y promulgación de las políticas de gestión de los riesgos para la Institución, así como, su revisión cada dos años, que permita a la institución atender las necesidades o cambios en el panorama institucional de manera constante, pertinente y oportuna.
- Asegurar la permanencia e idoneidad de un grupo de trabajo, responsable de guiar los procesos institucionales referentes a los temas de Control Interno y Valoración de Riesgos, según las necesidades institucionales.
- Cumplir con los procesos de capacitación y solicitar el asesoramiento correspondiente en Destinar los recursos físicos, humanos, técnicos, materiales, presupuestarios y cualquier otro requerido en forma prioritaria para la operación del sistema.

2.2. Política de Valoración de Riesgos SEVRI-INAMU

1.Las Jefaturas del INAMU, sin excepción deberán identificar, analizar y evaluar sus riesgos únicamente mediante el Sistema de Valoración de Riesgo Institucional según sus procesos.
2.La valoración del riesgo institucional será considerada un elemento fundamental en la gestión institucional y se orientará a producir información que apoye la toma de decisiones con el propósito de ubicar a la institución en un nivel de riesgo aceptable y así promover, de manera razonable, el logro de los objetivos institucionales.
3.La valoración del riesgo se realizará considerando los procesos de la Institución y las metas incluidas en el Plan Anual Operativo de cada año.
4.Los únicos riesgos que serán considerados institucionales son aquellos que se han aceptado y se encuentren incluidos en el Sistema de Riesgos Institucional aprobados por las Jefaturas.
5.Además, se desarrollarán propuestas de administración, mitigación y tratamiento e implementación de controles de manera eficaz y oportunamente **solamente** para aquellos eventos que puedan poner en peligro el logro de los objetivos institucionales y que requieren de atención inmediata como lo son los riesgos catastróficos (Color Rojo) y los riesgos mayores (Color Naranja) respectivamente.
6.Complemento a lo anterior, se ha de priorizar la identificación y valoración de los riesgos a nivel de los procesos y en especial; aquellos que dependan directamente de los programas sustantivos.

7.La Comisión Ejecutiva de Control Interno, del INAMU en el marco de la competencia otorgada por su Reglamento y los Lineamientos Generales para el Funcionamiento, podrá establecer disposiciones particulares como complemento a estas políticas específicas y en general a los Lineamientos Institucionales de la Gestión del Riesgo con el fin de adecuar el sistema a las necesidades institucionales.
8. En la definición de respuestas al riesgo participarán, las jefaturas de procesos.
9. La elaboración de procedimientos, guías, etc, será responsabilidad de cada encargado de los procesos cumpliendo con lo siguiente:

- Documentado.
- Actualizado.
- De fácil acceso.
- Normativa vigente.

10. La unidad de Planificación Institucional (UPI), será la encargada de coordinar y brindar asesoría técnica en la operación del SEVRI, así como de preparar los informes del estado de riesgo institucional, preparar el diseño de instrumentos para realizar la autoevaluación.
11: La CECI-SEVRI coadyuvará con las Procesos institucionales para propiciar el funcionamiento eficaz del SEVRI, sin embargo, cada jefatura será responsable de la vigilancia del cumplimiento de acciones propuestas, comunicación constante y el seguimiento de los asuntos asignados, debe realizar las acciones pertinentes para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional, esto con base en artículo 39 de la Ley de control Interno.

2.3. Lineamiento Marco Orientador del SEVRI-INAMU

Representa la guía base que orienta al Instituto Nacional de las Mujeres en los temas relativos al Sistema específico de valoración de riesgo, y que según lo establece la D-3-2005-CO-DFOE, consta de tres elementos fundamentales, que son: la política, la estrategia del SEVRI y la normativa interna que regule el SEVRI y defina el procedimiento para una correcta valoración de riesgo que sea aplicable a todas las Procesos y procesos del INAMU, así como los criterios para su funcionamiento, estructura de riesgos y los parámetros de aceptabilidad. Además, este marco contiene lineamientos institucionales, niveles de tolerancia, apetito y capacidad de riesgo, la estrategia y la normativa interna que regula el SEVRI.

2.4 Ambiente de apoyo

Representa el nivel de compromiso de la persona jerarca y personas titulares subordinadas en la definición de responsabilidades, a lo interno de cada dependencia, departamento o unidad de la institución, así como, el establecimiento de acciones orientadas a prevenir la materialización de posibles riesgos. Además, incluye el compromiso para promover la participación de las personas funcionarias del INAMU, mediante la coordinación y colaboración entre los distintos grupos de trabajo.

Para lo anterior, se deben establecer mecanismos que permitan implementar los procesos de valoración de riesgo, según las medidas brindadas por la Unidad de Planificación Institucional (UPI), a través del

Subproceso de Control Interno, las cuales deben de ser acatadas por las personas titulares subordinadas y las personas funcionarias de la institución.

Otro mecanismo para promover la cultura para la implementación del SEVRI y aumentar el compromiso de las personas funcionarias, es mediante el desarrollo de actividades educativas y de sensibilización sobre las ventajas del SEVRI y la importancia de su correcta aplicación.

2.5 Recursos

Señala la relevancia de disponer de los recursos financieros, humanos, materiales, técnicos o cualquier otro recurso que sea necesario para el establecimiento, operación, perfeccionamiento y evaluación del SEVRI.
La asignación de recursos al SEVRI deberá obtenerse prioritariamente, para prevenir riesgos. Además, los recursos humanos deberán de capacitarse para asegurar el cumplimiento de los objetivos del Sistema.
Sobre el recurso financiero, este será cubierto con el presupuesto regular de cada unidad de trabajo y deberá ser planificado y presupuestado en los Planes Operativos Institucionales (POI), de ser necesarios recursos adicionales, las unidades de trabajo deberán realizar una valoración del costo-beneficio, apegándose a la normativa presupuestaria y jurídica.
Posteriormente, el Departamento de Planificación Institucional (UPI) juntamente con la Comisión Ejecutiva de Seguimiento al Sistema de Control Interno y al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (CECI-SEVRI) y Dirección Administrativa Financiera (DAF) realizarán una valoración tomando como referencia los criterios técnicos para emitir una recomendación a las autoridades superiores sobre los riesgos que deben ser atendidos de forma prioritaria y sea requerida la asignación de recurso presupuestario.

2.6 Personas Sujetas Interesadas

En relación con las personas sujetas interesadas, éstas pueden ser: interesadas internas, o, interesadas externas, definidos como las personas físicas o jurídicas con injerencia en las acciones institucionales o susceptibles de impactar positiva o negativamente en la gestión del INAMU, por lo que es de importancia directa la información generada desde el sistema SEVRI para lograr los objetivos según su ámbito de acción.

a. Personas Sujetas Interesadas Internas: Se refiere a las personas funcionarias del INAMU que aportan en la gestión del riesgo mediante el diseño, evaluación y seguimiento de las medidas requeridas para realizar los objetivos del SEVRI.

Estas personas resultan indispensables para alcanzar los resultados del SEVRI se detallan a continuación:

Personas Sujetas Interesadas Internas (INAMU)	Papel o rol
Junta Directiva	Aprobar el Sistema Específico de Valoración de Riesgos Institucionales.

Personas Sujetas Interesadas Internas (INAMU)	Papel o rol
	Tomar decisiones en materia de valoración del riesgo. Promover, en las distintas instancias de la institución, el correcto funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional. Definir el apetito y tolerancia al riesgo de la institución. Revisar y aprobar los informes emitidos por el Proceso de Planificación Institucional y Auditoría Interna en materia de valoración de riesgos. Conocer y aprobar los planes de mitigación elaborados por las distintas Procesos de la institución.
Presidencia Ejecutiva	Corroborar que las distintas Procesos del INAMU utilicen adecuadamente el Sistema de Valoración del Riesgo. Participar activamente en la administración de los riesgos institucionales. Aplicar las medidas de mitigación en caso de la materialización de algún riesgo. Analizar e implementar las recomendaciones y disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República, Auditoría Interna y/o alguna otra entidad fiscalizadora. Revisar y aprobar los informes emitidos por el Proceso de Planificación Institucional y Auditoría Interna sobre valoración de riesgos. Conocer y aprobar los planes de mitigación elaborados por las distintas Procesos de la institución.
Auditoría Interna	Informar a las instancias superiores ante cualquier desvío, evento y/o riesgo que se haya materializado. Corroborar el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional. Emitir recomendaciones a la administración activa y titulares subordinados sobre la identificación, análisis, evaluación y administración del riesgo. Realizar fiscalizaciones al Sistema Específico de Control Interno y al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional.
Unidad de Planificación Institucional	Liderar el proceso de gestión de riesgo de la institución. Velar por el correcto funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional. Asesorar a las distintas Procesos de la institución en materia de riesgos. Mantener actualizada la evaluación de los riesgos institucionales. Revisar y actualizar, con la periodicidad establecida en este lineamiento, el Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional. Realizar los informes de seguimiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional. Emitir recomendaciones a la Junta Directiva que faciliten la toma de decisiones en el INAMU. Emitir recomendaciones a las distintas Procesos del INAMU sobre oportunidades de mejora que puedan fortalecer el SEVRI.
Comisión Ejecutiva de Control Interno y al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional	Velar porque que las personas titulares subordinadas y la administración activa orienten sus esfuerzos al fortalecimiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional. Colaborar con la administración en la mitigación del riesgo por medio del fortalecimiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional. Promover la cultura y prácticas favorables en materia de administración del riesgo institucional. Dar seguimiento y evaluar la adecuada implementación del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional, así como, los planes de mejora.
Personas titulares subordinadas	Identificar y analizar los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos y metas del INAMU definidos a través de los distintos planes institucionales que están asociados a la gestión de su dependencia. Analizar el posible efecto de los riesgos identificados definiendo la probabilidad de que estos ocurran, el impacto y nivel de riesgo. Elaborar planes de mitigación para aquellos riesgos que se encuentran en un nivel de riesgo tolerable y alto. Analizar e incorporar recomendaciones emitidas por el Proceso de Análisis Medición y Mejora y/o la Auditoría Interna. Fomentar e impulsar un ambiente favorable para la implementación de las distintas fases del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional.

Personas Sujetas Interesadas Internas (INAMU)	Papel o rol
Personas funcionarias	Participar activamente en el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional. Comunicar a las personas titulares subordinadas cualquier evento que pueda ocasionar daño e incumplimiento a los objetivos institucionales. Interiorizar la cultura institucional de riesgo. Proceder acorde con las normas éticas y de probidad establecidas y definidas para las personas servidoras públicas.

b. Personas Sujetas Interesadas Externas: Se refiere a las personas y entidades externas al INAMU relevantes en la gestión de riesgos, ya que de materializarse alguno de estos se podrían afectar directa e indirectamente sus intereses.

Personas Sujetas Interesadas Externas	Papel o rol
Contraloría General de la República	Fiscalizar el uso de los fondos públicos asignados al INAMU. Contribuir al control político y ciudadano. Fiscalizar el Sistema de Valoración del Riesgo Institucional del INAMU.
Ciudadanía en General	Velar por el cumplimiento del valor público de la institución.

2.7 Objetivos a gestionar

El Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) a través de las actividades del SEVRI, producirá información sobre los riesgos relevantes asociados a las labores de los procesos estratégicos, sustantivos y de apoyo para establecer normativa y medidas necesarias para el funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional, de manera que proporcione información oportuna y confiable que apoye la toma de decisiones orientadas a ubicar a la institución en un nivel de riesgo aceptable y que permita alcanzar los objetivos que el INAMU se propone.

Las metas reflejadas en el Plan Anual Operativo (PAO) deberán contemplar la gestión de riesgo de cada año, detectadas por el coordinador responsable.

- Mejorar en forma gradual y por etapas, el Sistema Específico de Valoración del Riesgo en el INAMU.
- Promover una cultura interna de valoración de riesgos a nivel institucional, de manera que sea incorporada en el trabajo cotidiano.
- Establecer un sistema de seguimiento al plan de administración de riesgos (plan de mitigación), por parte de cada una de las y los Titulares Subordinados y por parte de todas las personas colaboradoras.
- Implementar las estrategias aprobadas por la Jerarca para el perfeccionamiento y mantenimiento del sistema de valoración del riesgo Institucional, como apoyo a la toma de decisiones.
- Identificar, analizar y valorar los riesgos altos y extremos que afectan la continuidad de los procesos asociados a las Procesos y aplicarles las medidas necesarias para ubicarlos y estabilizarlos en niveles de riesgos aceptables.

2.8. Alcance de la Política

Las personas funcionarias en general, como ejecutoras de acciones participarán activamente en el mantenimiento y perfeccionamiento del SEVRI, observando el cumplimiento de las regulaciones aplicables.

Será responsabilidad de cada persona titular subordinada vigilar permanentemente los riesgos propios de su gestión, para incorporar con sus equipos de trabajo las acciones pertinentes en los planes de mitigación, y comunicará por escrito al Subproceso de Control Interno las variaciones detectadas, realizar los ajustes en el sistema y las gestiones necesarias para evitar la exposición y/o materialización de riesgos

Por lo que esta política aplica a todos los macroprocesos y procesos institucionales, de gestión de continuidad de negocio y gestión de seguridad de la información asociados a la estructura organizativa del INAMU.

Es deber de todas las personas funcionarias cumplir con los controles establecidos para la gestión eficaz de los riesgos.

El ámbito de acción de la gestión integral de riesgos debe permitir la validación de aquellos eventos que pudieran impedir a la Institución, alcanzar la misión, visión y valores Institucionales de acuerdo con lo señalado en su Plan Estratégico Institucional vigente.

Las Personas Titulares Subordinadas en su condición de responsable de un proceso, con autoridad para ordenar y tomar decisiones, gestionarán las acciones necesarias de mantener y perfeccionar la gestión de riesgo, así como, asegurar la vinculación con la planificación estratégica como operativa; los cuales serán identificados en el Sistema Institucional.

El Subproceso de Control Interno, deberá capacitar y actualizar de forma paulatina a las personas funcionarias del INAMU, sobre el funcionamiento del sistema informático para la gestión del riesgo institucional, así como, en la operación, evaluación y seguimiento del SEVRI.

2.9. Marco Normativo

Normativa Externa

Leyes
Ley Constitutiva del Instituto Nacional de las Mujeres
Ley General de Control Interno (No. 8292).
Ley de Planificación Nacional, (No. 5525)
Ley de la Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos y su Reglamento (No. 8131)
Ley contra la corrupción y el enriquecimiento ilícito en la función Pública (No. 8422)
Ley sobre Responsabilidad de las Personas Jurídicas sobre cohechos domésticos, soborno transnacional y otros delitos. (No. 9699)

Ley Nacional de Emergencias y Prevención de Riesgo (No. 8488)
Otras Leyes relacionadas

Decretos
Decreto Ejecutivo No.37735, Reglamento general del Sistema Nacional de Planificación.

Decreto Ejecutivo Nro. 43251-PLAN, Reglamento para el funcionamiento del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP) y sus lineamientos y directrices.
Decreto Ejecutivo No. 42465 del 15/06/2020 Lineamientos generales para la incorporación de las medidas de resiliencia en infraestructura pública Descriptores
Otros decretos relacionados.

Normativa Interna

Política Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia contra las Mujeres de Todas las Edades.
Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres 2018-2030
Ley N° 02, Código Trabajo de Costa Rica
Ley N° 63, Código Civil
Ley N° 2166, Ley de Salarios de la Administración Pública
Ley N° 4573, Código Penal
Ley N° 5525, Ley de Planificación Nacional
Ley N° 6227, Ley General de Administración Pública
Ley N° 7130, Código Procesal Civil
Ley N° 7135, Ley de Jurisdicción Constitucional
Ley N° 7202, Sistema Nacional de Archivos
Ley N° 7476, Ley Contra Hostigamiento o Acoso Sexual en el Empleo y la Docencia.
Ley N° 7494, Ley de Contratación Administrativa
Ley N° 7600, Ley de Igualdad de Oportunidades para las personas con Discapacidad
Ley N° 7600, Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.
Ley N° 7739, Código de la Niñez y la Adolescencia
Ley N° 7801, Ley Creación del Instituto Nacional de la Mujer
Ley N° 7983, Ley de Protección al Trabajador
Ley N° 8131, Ley y reglamento de la Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos y su Reglamento
Ley N° 8292, Ley General de Control Interno
Ley N° 8422, Ley Contra la Corrupción y el Enriquecimiento Ilícito en la Función Pública
Ley N° 8488, Nacional de Emergencias y Prevención de Riesgo
Ley N° 8687, Ley de Notificaciones Judiciales
Ley N° 9635, Ley de Fortalecimiento a las Finanzas Públicas
Ley N° 10158, Consolidación del Centro Operativo de atención a la Violencia Intrafamiliar y la Violencia contra las Mujeres (COAVIFMU)
Ley N° 10263, Ley de Reparación Integral a las Personas Sobrevivientes de Feminicidio.
Ley N°8688, Creación del Sistema Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Intrafamiliar.
Ley N°7769, Atención a mujeres en condición de pobreza.
Ley N° 8220, Protección al ciudadano del exceso de requisitos y trámites administrativos

Decretos
Decreto Ejecutivo N° 30720-H, Reglamento para el Registro y Control de Bienes de la Administración Central
Decreto Ejecutivo N°33048, Normas para la aplicación de la Carrera Profesional para las Entidades Públicas cubiertas por el ámbito de la Autoridad Presupuestaria Ley N° 63, Código Civil
Decreto Ejecutivo N°33411, Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa
Decreto Ejecutivo N° 37045-mp-meic, Reglamento a la Ley de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos

Decreto Ejecutivo N° 37735, Reglamento general del Sistema Nacional de Planificación
Decreto Ejecutivo 34729 Coordinación y Ejecución de la Política de Igualdad y Equidad de Género (PIEG (Política de Igualdad y Equidad de Género)) en las Instituciones Públicas.

Otra normativa

Plan Nacional de Desarrollo.
Plan Estratégico vigente.
Plan Operativos Institucional
Presupuesto institucional.
Portafolio Institucional de Inversión Pública del INAMU
Normas de Control Interno para el Sector Público.
Metodología para el análisis de riesgos con enfoque multi amenaza y criterios probabilísticos en los proyectos de inversión pública.
Metodología de análisis de amenazas naturales para proyectos de inversión pública en etapa de perfil.
Directrices generales para el establecimiento y funcionamiento del sistema específico de valoración del riesgo institucional (SEVRI) D-3-2005-CO-DFOE.
Guía metodológica para la planificación de la etapa de ejecución de proyectos de inversión pública en las entidades del Sistema Nacional de Inversión Pública
Guía metodológica general para la identificación, formulación y evaluación de proyectos de inversión pública de Costa Rica.
Normas técnicas para la gestión y el control de las Tecnologías de Información (MICITT)
Directriz No 099-MP, Revisión de las funciones de órganos de dirección y fortalecimiento de su rol estratégico en las empresas propiedad del estado e instituciones autónomas.
Directrices generales para el establecimiento y funcionamiento del sistema específico de valoración del riesgo institucional (SEVRI) D-3-2005-CO-DFOE.
Reglamento Autónomo de Servicios del INAMU
Reglamento de Organización de la Auditoría Interna
Reglamento para el Funcionamiento de la Comisión Ejecutiva de Seguimiento al Sistema de Control de Interno y al Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional - CECI-SEVRI-
Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y licencias de la Caja
Manual de Ética y Valores Institucionales del INAMU
Atender normativas, reglamentos y guías sobre los siguientes temas:
Guías y lineamientos generales de inversión pública
Guías y lineamientos generales de presupuestación,
Guías y lineamientos generales de inversión
Guía de la Autoevaluación de Control Interno -INAMU
Procedimiento de Gestión del Sistema de Control Interno-INAMU
Toda aquella normativa que sea vinculante al quehacer institucional.

2.10. Lineamientos Institucionales

Las siguientes pautas generales dirigen y orientan el funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo del INAMU, para que las Procesos institucionales conozcan los límites del ámbito de acción al que acceden cuando entran en interacción con este sistema.

El desarrollo de este apartado agrupa la estructura y el funcionamiento del sistema en general y se centra en la caracterización de los niveles de tolerancia al riesgo en la Institución para guiar a los

Procesos, individual y colectivamente, hacia un nivel de riesgo aceptable y consecuentemente, indicando la eficacia del sistema. Seguidamente se muestra el detalle del lineamiento.

2.11. Prioridades de Valoración

Las prioridades de valoración van a estar determinadas por el perfil y apetito de riesgo que la institución está dispuesta a aceptar, a partir ello, determinar las opciones para los tratamientos que favorecerán la gestión de riesgos vs el impacto ante una materialización.
La definición y cuantificación del apetito de riesgo será revisada periódicamente por el mecanismo que defina la persona jerarca y aprobado por la Junta Directiva del INAMU.
Para la definición de prioridades se deberá considerar los objetivos de la Ley General de Control Interno No.8292 que indican:

- Proteger y conservar el patrimonio público contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.
- Exigir confiabilidad y oportunidad de la información.
- Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones.
- Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico. (estos objetivos se deben vincular con el apetito de riesgo)

3.Estrategía del SEVRI

Para tal efecto y en cumplimiento con la Directriz D-3-2005-CO-DFOE, se dispone de la siguiente estrategia:

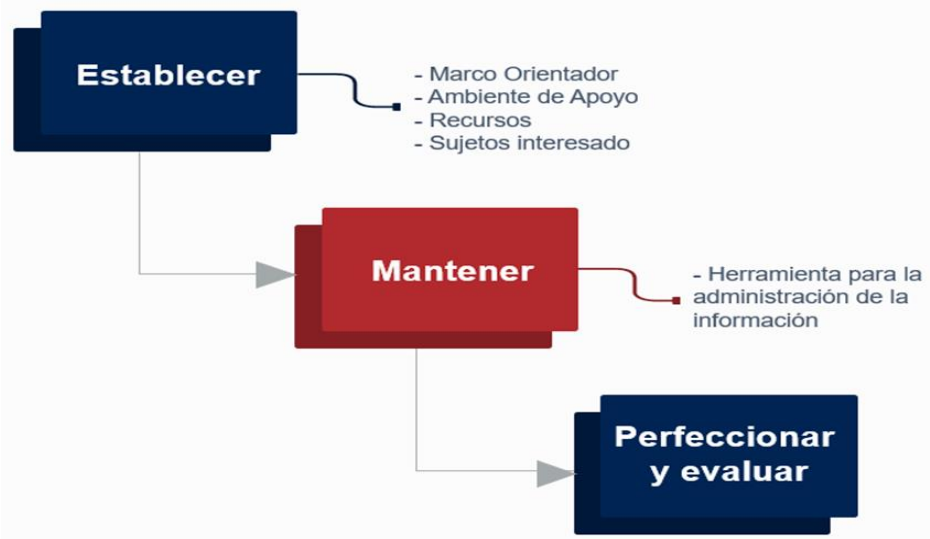
3.1 Ámbito de aplicación. El INAMU deberá establecer y mantener el funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI) por procesos, dependencias, actividades o tareas, de acuerdo, a su estructura organizacional.

3.2 Características del SEVRI

El SEVRI que se establezca en el INAMU deberá reunir características como las siguientes:

3.2.1. Continuidad: Los componentes y actividades del SEVRI se establecen de forma permanente y sus actividades se ejecutan de manera constante.
3.2.2. Enfocado a resultados: Los componentes y actividades del sistema se establecen y desarrollan para coadyuvar a que la institución cumpla sus objetivos.
3.2.3. Economía: Los componentes y actividades del Sistema se establecen y ejecutan, de forma prioritaria, vinculando las herramientas y procesos existentes en la institución y aprovechando al máximo los recursos con que se cuenta.
3.2.4. Flexibilidad: El Sistema se deberá diseñar, implementar y ajustar periódicamente a los cambios externos e internos de acuerdo con las posibilidades y características de cada institución.
3.2.5. Integración: El Sistema se articula con el resto de los sistemas institucionales y apoya la toma de decisiones cotidiana en todos los niveles organizacionales.
3.2.6. Capacidad: El Sistema Institucional deberá procesar de forma ordenada, consistente y confiable todos los datos, internos y externos, requeridos para cumplir el objetivo de la Institución de contar con un nivel de seguridad razonable.

Esquema de Composición de la estrategia



3.3 Para el establecimiento y mantenimiento del SEVRI

El INAMU debe consolidar una serie de acciones y actividades que permitirán el perfeccionamiento y operación efectiva del SEVRI. Las personas encargadas de los procesos y las personas titulares subordinadas deben participar en el proceso de revisión y autoevaluación, cumplir cabalmente con cada uno de sus roles, documentar el proceso en el Sistema Institucional, evaluar, promover la mejora continua y cumplir con los cronogramas establecidos.

Dentro de los aspectos que deben ser considerados, se encuentran los siguientes:

- Revisión y actualización de los modelos de riesgos, considerando el análisis del entorno institucional, organizacional, los procesos, la gestión de continuidad de negocio y de seguridad de la información que se vinculan a las Procesos para la identificación de los eventos o causas que puedan estar afectando los objetivos del INAMU.
- Actualización de los componentes del SEVRI: marco orientador, ambiente de Apoyo, recursos, sujetos interesados y herramienta de apoyo para la administración de la información considerando los cambios del entorno.
- Vinculación de la gestión integral de riesgos con la planificación estratégica y operativa, dando prioridad a los que se encuentren en niveles de severidad extrema, alta y moderado, con el objetivo de ubicarlos en un nivel de riesgo aceptable.
- Relación de la gestión integral de riesgos con la gestión de seguridad de la información y gestión de la continuidad de negocio, entendiendo a la primera como proveedora de insumos clave para el desarrollo de las siguientes cuando se desarrollen iniciativas institucionales dirigidas a la gestión de ambos temas.
- Seguimiento al comportamiento de los riesgos de manera trimestral o cuando la dinámica del entorno lo requiera.
- Seguimiento al cumplimiento de los tratamientos y planes de acción definidos.
- Definición de los cierres de ciclos de los riesgos asociados a planes de acción de manera anual y determinación de tratamientos de riesgos.
- Con relación a los proyectos de inversión, el seguimiento se realizará de conformidad con la estrategia institucional y la metodología establecida.

- Promoción de una cultura de comunicación y monitoreo de los riesgos.
- Establecimiento de procesos de capacitación continua en torno a los diversos tópicos relacionados con la valoración del riesgo estratégico y operativo.
- Mantenimiento, revisión y actualización de los protocolos de atención de emergencia o riesgos materializados.
- Mejoramiento de los canales de comunicación a través de mecanismos abiertos, apropiados y constantes con los Sujetos Interesados.

3.4 Para el perfeccionamiento del SEVRI

El seguimiento, monitoreo y cierre de ciclos proporcionarán información para ajustar la estructura de riesgos o actualizar los lineamientos establecidos en el Marco Orientador, así como definir los elementos que se deberán atender con la estrategia para perfeccionar el SEVRI.

Como parte de estos elementos se debe considerar como mínimo, lo siguiente:

- Desarrollo o actualización de los planes estratégicos institucionales.
- Planes operativos que reflejan la situación del corto y mediano plazo.
- Portafolio institucional de proyectos.
- Cambios en el ambiente interno y externo.
- Cambios en el marco legal o regulatorio a nivel interno y externo.
- Cambios en la estructura organizacional.
- Relaciones de coordinación y vinculación en los procesos institucionales.
- Revisión y actualización del componente de las personas sujetas interesadas o grupos de interés.
- Revisión y actualización de la metodología de autoevaluación del sistema de control interno.
- Innovación en las estrategias para el monitoreo de las medidas de administración de riesgos, procesos de mitigación y/o de emergencias y tratamiento de los riesgos considerados como críticos.

3.5 Para la evaluación del SEVRI

Para la evaluación del SEVRI se definen como mecanismos de evaluación los siguientes:

De cumplimiento: Verifica la ejecución de las actividades establecidas en las estrategias para el mantenimiento y mejora del SEVRI.
De resultados: Evalúa el cumplimiento de metas por parte de las Personas Titulares Subordinados en función de la planificación estratégica, presupuestaria y operativa.
De información: Analiza la calidad y utilidad de la información generada por el SEVRI para apoyar la toma de decisiones institucionales.

De forma anual se generará la estrategia de apoyo al SEVRI, la cual define las líneas de acción para la mejora, mantenimiento y perfeccionamiento al sistema específico de valoración del riesgo (SEVRI), considerando a su vez la rendición de cuentas a nivel de Control Interno presentado por cada dependencia organizacional con miras a cumplir con la planificación institucional, alineada al cumplimiento de metas y objetivos estratégicos e indicadores.

3.5.1. Indicadores del SEVRI

Cada dependencia del INAMU deberá definir y diseñar los indicadores de riesgos con mayor impacto en el cumplimiento de sus objetivos y de sus metas individuales según proceso.

El proceso de definición de los indicadores para el SEVRI es una actividad inherente a la formalización de la estructura de riesgos de cada dependencia, debido a que cada indicador de riesgo se deriva de sus procesos y de las actividades que son desarrolladas.

Para la definición de los indicadores se deberá considerar, al menos:

a. Los riesgos con mayor impacto **(mayores y catastróficos)** en el proceso de cada dependencia
b. Listado de causas o consecuencias generadoras de los riesgos
c. Niveles de tolerancia de acuerdo con el apetito de riesgo, ciclos de revisión y reportes
d. Fuentes de información con las cuales se construye el indicador.

3.5.2. Enunciados Generales sobre el funcionamiento general del SEVRI- INAMU

A continuación, se declaran una serie de enunciados que marcan los aspectos a considerar en la operación del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional, asimismo, se establecen responsabilidades sobre la gestión de riesgos que deberán ser atendidas por la administración activa, personas titulares subordinadas, y todas las personas funcionarias del INAMU.

1.Será responsabilidad de la Junta Directiva, la administración activa y las personas titulares subordinadas, garantizar las competencias adecuadas para la gestión de riesgos del INAMU, tomando en cuenta la implementación y el mantenimiento del proceso de gestión del riesgo, de manera tal que promueva y garantice la adecuación, eficacia y eficiencia de los controles.
2.Será responsabilidad de cada persona funcionaria conocer el contenido de este documento y atender los procedimientos que serán parte integral de los lineamientos planteados en el mismo y de uso obligatorio por parte de la administración activa.
3.La implementación de la valoración de riesgos en el Instituto Nacional de las Mujeres es responsabilidad de la Junta Directiva, la administración activa y las personas titulares subordinadas.
4.La Junta Directiva del INAMU designa a la Unidad de Planificación Institucional, Proceso Análisis Medición y Mejora, Subproceso de Control Interno, como responsable de guiar las iniciativas en el funcionamiento del Sistema de Riesgos; de acuerdo con lo establecido en el presente Lineamiento de Marco Orientador del SEVRI. Las actividades que en materia de control interno desarrolle dicho subproceso, no sustituyen las responsabilidades de la persona jerarca y las personas titulares subordinadas de la institución.
5.La Valoración de Riesgos se realizará, según el ordenamiento y la metodología definida en este **Lineamiento**, así como, en los procedimientos definidos, normativa COSO y Ley de Control Interno No.9282.
6.La Comisión CECI-SEVRI y la persona funcionaria a cargo del Proceso de Mejora Continua brindarán el acompañamiento y guía a la persona titulares subordinadas para realizar con éxito todas las actividades que se deriven del Sistema de Control Interno y del SEVRI, a su vez, tendrán dentro de sus principales funciones aportar el criterio técnico para “filtrar” los riesgos por procesos identificados según orden de prioridad y probabilidad para la Institución, esto según análisis históricos y análisis de eventos futuros.

7. La actividad de identificación y valoración de riesgos por **procesos** se deberá realizar en el tercer trimestre de cada año con el fin de incorporar esos riesgos al Sistema de Riesgos del año siguiente. Se debe tener presente, los objetivos estratégicos, operativos, de procesos de las instancias y la normativa vigente (acuerdos, directrices, lineamientos, resoluciones, entre otros) definidos por la Institución.
8.Las etapas subsiguientes a la valoración de los riesgos institucionales como la propuesta de planes de acción, cumplimiento de las tareas de esos planes, el aporte de las evidencias, el monitoreo y el seguimiento se realizarán siguiendo la metodología y procedimientos establecidos por la Unidad de Planificación Institucional, Proceso Análisis Medición y Mejora, Subproceso de Control Interno, mismo que deberá velar por su acatamiento, con el propósito de fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional y el SEVRI.
9.La valoración del riesgo es un insumo para la planificación estratégica y operativa y debe reflejarse en las acciones, planes y proyectos institucionales, por lo que la gestión de riesgos debe integrarse en todas las prácticas y procesos del INAMU.
10.Cada dependencia institucional, será responsable de coadyuvar para que se establezca, con sus respectivos equipos de trabajo, una cultura y práctica de planificación con enfoque en una gestión de riesgos eficiente y oportuna.
11. Será responsabilidad de cada persona titular subordinada, así como del equipo de trabajo a cargo, atender los planes de mitigación derivados de la valoración de riesgos, en el plazo que fueron propuestos.
12. La Unidad de Planificación Institucional deberá asegurar que en el presupuesto anual se contemplen los recursos financieros necesarios para la implementación de la estrategia del SEVRI, así como, la provisión y reservas para la ejecución de las medidas orientadas en la gestión del riesgo que sea requerido y acorde con las prioridades institucionales.
13.Será responsabilidad de cada dependencia institucional, incorporar en el Plan Operativo Institucional (POI) las actividades que requieran presupuestos para la atención del plan de mitigación del SEVRI, cuando así sea requerido.
14. La Comisión CECI-SEVRI deberá, en su plan anual de trabajo, incorporar acciones que lleven a concientizar a las personas funcionarias del INAMU en la importancia que reviste para la institución la gestión de los riesgos, como acciones de apoyo al Subproceso de Control Interno.
15.Será responsabilidad de las personas titulares subordinadas y sus respectivos equipos de trabajo realizar los seguimientos a los planes de acción en el Sistema Institucional de manera permanente y continua, **10 días hábiles** posterior al cierre de cada trimestre.
16. El Subproceso de Control Interno presentará dos informes a la Junta Directiva, previa aprobación de la Comisión CECI-SEVRI, uno con corte al **30 de junio** que contempla el seguimiento semestral acumulado del I semestre y cuyo plazo de presentación será a finales del mes de julio y otro, con corte al **31 de diciembre** de cada año que contempla el comportamiento acumulado de todo el año, el plazo de presentación de dicho informe es a finales de enero del siguiente año. Dichos informes apoyarán la toma de decisión de la Junta Directiva en materia de valoración del riesgo institucional.
17. La Junta Directiva del INAMU será responsable de conocer y aprobar la información derivada del Subproceso de Control Interno, para tomar u ordenar las acciones necesarias para gestionar la correcta administración de los fondos públicos.
18. Será responsabilidad de toda persona funcionaria del INAMU, colaborar en las actividades para el establecimiento, mantenimiento y perfeccionamiento del SEVRI.
19. Será responsabilidad de la persona titular subordinada utilizar el sistema informático automatizado para la gestión y administración del riesgo institucional.
20. La actualización del presente Lineamiento para la gestión de riesgo llamado “Lineamiento sobre el Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional” SEVRI-INAMU, debe ser, obligatoriamente, revisado y actualizado, cada 2 años como mínimo y como máximo cada 4 años, esto con el fin de incorporar mejoras y/o buenas prácticas nacionales e internacionales que surjan en torno a esta temática.

21.La Unidad de Planificación Institucional, Proceso Análisis Medición y Mejora, Subproceso de Control Interno coordinará con la Presidencia Ejecutiva y el Departamento de Comunicación Institucional lo referente a la comunicación interna y externa, así como, los mecanismos de información que apoyen y fomenten la rendición de cuentas por parte de las personas titulares subordinadas.
22. Cada dependencia de la institución deberá definir y diseñar aquellos posibles riesgos con mayor impacto, causas o eventos generadas de los riesgos, niveles de tolerancia de acuerdo con el apetito de riesgos, en el cumplimiento a sus objetivos según macroproceso y proceso. El proceso de definición de los indicadores para el SEVRI es una actividad inherente a la formalización de la estructura de riesgos de cada dirección, dependencia, coordinaciones, debido a que cada indicador de riesgo se deriva de las actividades que son desarrolladas.

3.5.3. Roles de aprobación mediante el Sistema Institucional

Para el correcto funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo del INAMU se identificarán los roles de aprobación mediante el Sistema Institucional, cabe recalcar que el rol de aprobador estará designado única y exclusivamente a la Jefatura del proceso.

4.Procedimiento para la implementación del Sistema (SEVRI) en el Sistema Institucional

La implementación del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI) requiere considerar los siguientes elementos clave:

- Análisis del entorno institucional y estratégico
- Análisis organizacional utilizando el mapa de procesos
- Definición de criterios para la valoración de riesgos

4.1. Análisis del entorno institucional y estratégico

Este análisis debe abordar las relaciones de la Institución con su entorno, conforme al plan estratégico institucional y a la misión, visión, objetivos institucionales y los procesos.

Se deben considerar:

- Necesidades y percepciones de las personas usuarias y partes interesadas.
- Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA).
- Aspectos legales, políticos, culturales y sociales relevantes.
- Actuaciones irregulares de personas jurídicas que puedan representar riesgos.

4.2. Análisis organizacional y mapa de procesos

Partiendo de los objetivos definidos en la planificación estratégica, se deben identificar y documentar los riesgos institucionales, considerando:

- Manual de Funciones de la Institución
- Mapa de Procesos
- Plan Estratégico Institucional - PEI
- Plan Operativo Institucional - POI
- Relaciones de coordinación entre los procesos
- Marco Legal Aplicable
- Información adicional que permita detectar situaciones de riesgo.
- Procedimiento de Gestión del SEVRI
- Marco Orientador

5. Criterios para la valoración de Riesgos

La valoración de riesgos debe basarse en criterios técnicos uniformes y a una reflexión técnica de cada proceso institucional que permitan clasificar, analizar y reportar los riesgos de forma sistemática según su grado de importancia en caso de materializarse.

Estos criterios deben considerar:

- Consecuencias e impacto potencial.
- Probabilidad de ocurrencia.
- Incidencia sobre procesos y actividades críticas.
- Uso de herramientas como cubos de análisis en el sistema institucional para generar reportes específicos.

5.1. Factores- Causas de riesgo

Los factores de riesgo identifican aquellos eventos o causas provenientes del entorno en que se desenvuelve la Institución o de situaciones internas que son generadas por el desempeño de las actividades institucionales y que pueden ser considerados como originadores o disparadores de riesgos.

Su análisis y clasificación por tipos o familias de riesgo permite:

- Agrupar medidas de administración de riesgos.
- Facilitar el monitoreo y seguimiento.
- Identificar causas comunes entre procesos y Procesos
- Trabajar en equipos internos para mitigar aquellos riesgos o bien fomentar las buenas prácticas

A continuación, se presentan las posibles referencias de las familias de factores / Causas definidas para el SEVRI institucional:

Tabla #1 Posibles referencias de los factores /causas de Riesgos según familias.	
FACTORES (CAUSAS) DE RIESGO/ según familias	**DESCRIPCIÓN**
Riesgo Estratégico- Político y Reputacional: **<u>Factores de Riesgo</u>** Cambios en políticas públicas o prioridades gubernamentales. Desalineación entre estrategia institucional y entorno externo. Falta de adaptación a cambios sociales, tecnológicos o económicos. Decisiones estratégicas mal fundamentadas o sin análisis de riesgo. Falta de visión prospectiva o planificación estratégica integral. Competencia institucional o duplicidad de funciones con otras entidades. Cambios en gobiernos o autoridades que afectan el marco legal o presupuestario. Inestabilidad política que impacta la operación institucional. Presiones o interferencias políticas en decisiones técnicas o administrativas. Conflictos entre actores políticos que afectan la imagen o funcionamiento de la institución. Riesgo de instrumentalización política de la institución. Escándalos éticos, legales o financieros. Mala gestión de crisis o comunicación institucional. Desinformación o campañas negativas en medios o redes sociales. Falta de transparencia o rendición de cuentas.	Eventos relacionados entre la institución, las personas usuarias o relaciones con otras instancias institucionales- organizaciones-etc. Cambios en políticas públicas o prioridades gubernamentales. Falta de alineación entre los objetivos institucionales y las necesidades sociales. Escasa participación de actores clave en la planificación estratégica. Desactualización del marco normativo institucional. Cambios en políticas públicas o prioridades gubernamentales. Falta de alineación entre los objetivos institucionales y las necesidades sociales. Escasa participación de actores clave en la planificación estratégica. Desactualización del marco normativo institucional. Ausencia de políticas claras sobre ética y conducta. Desinformación o campañas de desprestigio. Manejo inadecuado de la comunicación institucional. Casos de corrupción o conflictos de interés. Falta de transparencia en la gestión.
Riesgo Operativo: **<u>Factores de Riesgo</u>** Procesos internos ineficientes o mal diseñados Fallas Humanas Fallas en sistemas tecnológicos Eventos externos Dependencia de terceros Protección de activos Comunicación y coordinación Deficiente	Eventos relacionados con las actividades administrativas para el desarrollo de los procesos institucionales. Cambios en el contexto sociopolítico o económico del país. Conflictos sociales que afecten la operación institucional. Falta de articulación con otras instituciones del Estado.
Riesgo Financiero: **<u>Factores de Riesgo</u>** Volatilidad económica Falta de liquidez Errores en registros contables Clasificación incorrecta de cuentas Acceso no autorizado a sistemas contables de la Institución Falta de capacitación al personal Cierres contables tardíos o incompletos Fraude financiero Riesgo regulatorio- Cambios normativos no gestionados.	Eventos relacionados con las condiciones económicas- financieras, presupuestarias- a nivel de Institución, país o nivel mundial. Reducción del presupuesto asignado por el Estado. Mala planificación o ejecución presupuestaria. Errores en la gestión de contrataciones o compras públicas. Dependencia de fuentes de financiamiento externas inestables.
Riesgo de Cumplimiento / Legal: **<u>Factores de Riesgo</u>** Cambios regulatorios Violaciones legales o contractuales Deficiencias en el programa de cumplimiento Conflictos de interés y corrupción Sanciones y consecuencias legales	Eventos relacionados con los cambios en la reglamentación interna y externa en los cuales se desarrolla la Institución- denuncias. Incumplimiento de leyes, reglamentos o normativas internas. Falta de actualización en temas legales relevantes (por ejemplo, derechos humanos, igualdad de género). Incumplimiento de leyes, reglamentos o normativas internas. Procesos disciplinarios mal gestionados. Falta de actualización en temas legales relevantes (por ejemplo, derechos humanos, igualdad de género). Procesos disciplinarios mal gestionados. Eventos relacionados con los factores formales e informales de la ética institucional. Incumplimiento a las leyes: Ley No. 8422, Ley contra la Corrupción y el Enriquecimiento Ilícito en la Función Pública, Ley No. 4573, Código Penal, Ley No. 9699, Responsabilidad de las Personas Jurídicas sobre cohechos domésticos, soborno transnacional y otros delitos y otra normativa de similar naturaleza.

Tabla #1 Posibles referencias de los factores /causas de Riesgos según familias.	
FACTORES (CAUSAS) DE RIESGO/ según familias	**DESCRIPCIÓN**
Riesgo Tecnología, Seguridad e Información: **Factores de Riesgo** Tecnología- data y Seguridad de la Información Ciberseguridad y amenazas digitales Capacitación insuficiente del personal Falta de controles internos tecnológicos Dependencia excesiva de la tecnología Obsolescencia tecnológica Gestión de la información Privacidad y cumplimiento normativo	Eventos relacionados con los instrumentos, herramientas tecnológicas, ciberseguridad de la data institucional. Ciberataques o vulnerabilidades en los sistemas informáticos. Falta de respaldo de la información institucional. Inadecuado mantenimiento de equipos y software. Escasa inversión en innovación tecnológica.
Riesgo: Comportamiento Humano y Evaluación del Desempeño: **Factores de Riesgo** Comportamiento humano Cultura organizacional y ética Estilo de liderazgo Evaluación del desempeño y presión por resultados Gestión del talento humano Resistencia al cambio Fraude y conflictos de interés Ambiente de control débil	Eventos relacionados con las competencias, actitudes y desempeño del capital humano institucional, así como conflictos de interés. Procesos internos ineficientes o no documentados. Falta de capacitación del personal. Uso inadecuado de tecnologías o sistemas obsoletos. Sobrecarga de trabajo o mala distribución de tareas.
Riesgo Ambiental: **Factores de Riesgo** Cambio climático Contaminación y degradación ambiental Regulación ambiental Escasez de recursos naturales Desastres naturales Innovación tecnológica ambiental	Eventos relacionados con el medio ambiente que pueden causar un impacto negativo en una entidad, como el cambio climático, la pérdida de biodiversidad, la escasez de recursos naturales, la contaminación, y los desastres naturales.

5.2. Áreas de impacto

Las áreas de impacto representan actividades institucionales **susceptibles** a la materialización de riesgos. Estas deben estar alineadas con el análisis del entorno y el inventario de causas.

Las principales áreas incluyen:

Tabla #2 Áreas susceptibles a la materialización de riesgos			
Planificación-Presupuestaria y Financiera Actividades que afectan los objetivos estratégicos, los procesos estratégicos, sustantivos, de apoyo y medición, análisis y mejora, y de las actividades derivadas de los subprocesos institucionales, así como las finanzas de la Institución. El área de Planificación-Presupuestaria y Financiera es	**Estrategia Institucional y Tecnología** Actividades que afectan la estrategia definida en los diferentes planes de la Institución, protección y seguridad de la data. La Estrategia Institucional y la Tecnología se considera susceptible a riesgos debido a su rol transversal en la planificación,	**Cumplimiento Legal** El área de Cumplimiento Legal es fundamental para garantizar que todas las actuaciones del INAMU se desarrollen conforme a la normativa interna y externa vigente. Su vulnerabilidad ante riesgos puede comprometer no solo la legalidad de los procesos institucionales, sino también la reputación y credibilidad del Instituto ante la ciudadanía y los entes fiscalizadores.	**Evaluación del desempeño institucional** Actividades asociadas a la eficiencia, eficacia y calidad en la prestación de los servicios que brinda el INAMU. La Evaluación del Desempeño Institucional es un componente esencial para garantizar la mejora continua, la rendición de cuentas y la toma de decisiones basada en evidencia dentro del INAMU. Esta área permite valorar el grado

Tabla #2 Áreas susceptibles a la materialización de riesgos			
crítica para el cumplimiento de los objetivos estratégicos del INAMU, ya que articula los recursos disponibles con las metas institucionales definidas en los distintos planes (PEI, POA, Planes de Mejora, entre otros). Su vulnerabilidad ante riesgos puede comprometer la ejecución eficiente y eficaz de los procesos estratégicos, sustantivos, de apoyo, de medición, análisis y mejora, así como la sostenibilidad financiera de la Institución. **Ejemplo de Riesgo:** Retrasos en la asignación de recursos: La tardanza en la aprobación o transferencia de fondos puede impactar negativamente en la ejecución de proyectos clave.	implementación y seguimiento de los objetivos estratégicos del INAMU. Las actividades desarrolladas en estas áreas impactan directamente en la ejecución de los planes institucionales, tales como el Plan Estratégico Institucional (PEI), el Plan Operativo Institucional (POI), y otros instrumentos de planificación. **Ejemplo de Riesgo:** Desalineación estratégica: La falta de articulación entre las acciones operativas y los objetivos estratégicos puede generar desviaciones en el cumplimiento de metas institucionales.	**Ejemplos de Riesgos:** Incumplimiento normativo: La omisión o interpretación incorrecta de leyes, reglamentos, directrices o procedimientos internos puede derivar en sanciones administrativas, legales o financieras. Riesgos de corrupción: La falta de controles adecuados en procesos críticos puede facilitar prácticas indebidas, afectando la transparencia y la ética institucional.	de cumplimiento de los objetivos institucionales, así como la calidad, eficiencia y eficacia de los servicios brindados a la ciudadanía. **Ejemplo de Riesgo:** Falta de articulación entre áreas: La escasa coordinación entre unidades puede generar duplicidad de esfuerzos o vacíos en la evaluación de procesos clave.

5.3 Tipos de Riesgos

La categoría de riesgo es un calificador de riesgos, a través del cual es posible agrupar éstas en diferentes familias, según sean la actividad institucional relacionada a cada dependencia o proceso con respecto a los riesgos que se están gestionando. Este calificador permite identificar que tipos de riesgos son los que mayormente están afectando

Tabla #3 Tipos de Riesgos y su respectiva descripción INAMU			
Tipo de riesgo	**Definición según COSO**	**Ejemplos de Riesgos**	**Ejemplos de acciones de mejora que reducen o evitan las causas**
Riesgo Estratégico- Político - Reputacional	Riesgos que afectan la capacidad de cumplir los objetivos estratégicos de la organización. Riesgos que afectan la percepción de la institución ante la ciudadanía.	-Cambios en las políticas públicas nacionales o presupuestarias. -Inestabilidad política o social. -Cambios en las prioridades de gobierno o en los marcos de cooperación. -Crisis económicas o emergencias nacionales que afecten la gestión institucional. -Críticas públicas por falta de transparencia. -Eventos adversos, decisiones inadecuadas, fallas en el cumplimiento o comportamientos no éticos. - Mala atención a usuarias - Comunicación institucional deficiente	-Fortalecer la planificación estratégica y su alineación con políticas nacionales de igualdad de género. - Implementar análisis de entorno político y social de forma periódica. - Desarrollar estrategias de contingencia ante reducciones presupuestarias. - Promover alianzas con actores públicos y privados para sostenibilidad de programas. - Activar canales de denuncia seguros -Establecer protocolos de crisis -Capacitar vocerías institucionales - Monitorear redes sociales y medios -Rendir cuentas periódicamente - Promover la participación ciudadana

Tabla #3 Tipos de Riesgos y su respectiva descripción INAMU			
Tipo de riesgo	**Definición según COSO**	**Ejemplos de Riesgos**	**Ejemplos de acciones de mejora que reducen o evitan las causas**
Riesgo Operativo	Riesgos derivados de procesos internos, recursos humanos, tecnología o eventos externos que afectan la operación diaria.	-Fallos en la cadena de suministros o servicios contratados -Limitaciones en la planificación o ejecución de proyectos. -Falta de estandarización de los procesos. -Incumplimiento de cronogramas o metas institucionales	- Elaborar y actualizar manuales de procedimientos y procesos críticos. - Implementar controles de seguimiento y evaluación de contratos y servicios. - Fortalecer la planificación operativa con cronogramas realistas. - Capacitar al personal en gestión de proyectos y control interno.
Riesgo Financiero	Riesgos relacionados con la gestión de recursos y el cumplimiento de obligaciones financieras.	-Mal uso, desvío, o subejecución de fondos públicos. -Conflictos de interés -Fraude -Errores en la contabilidad institucional.	- Aplicar políticas claras sobre conflicto de interés - Capacitar en normas de ejecución presupuestaria y control financiero.
Riesgo de Cumplimiento / Legal	Riesgos de no cumplir con leyes, normas, regulaciones o políticas internas.	-Incumplimiento de normativas de contratación pública. -Violación de regulaciones de protección de datos. -Incumplimiento de contratos o convenios. -Cambios en la normativa nacional o en disposiciones presupuestarias.	- Capacitar al personal en normativa vigente (Ley de Contratación Administrativa, protección de datos, control interno, etc.)
Riesgo Tecnología, Seguridad e Información	Riesgos relacionados con la seguridad, disponibilidad y confiabilidad de la información y sistemas tecnológicos.	-Fallas en infraestructura tecnológica o sistemas informáticos. -Vulnerabilidades en la seguridad de la información. -Falta de respaldo, mantenimiento o actualización tecnológica. -Limitaciones en licenciamiento o conectividad. -Acceso no autorizado o pérdida de datos institucionales.	- Mantener políticas de seguridad de la información y acceso restringido. - Realizar copias de respaldo periódicas y planes de recuperación ante desastres. - Actualizar software, licencias y equipos conforme a estándares de ciberseguridad. - Capacitar al personal en uso seguro de sistemas y datos
Riesgo de Comportamiento Humano y Evaluación del Desempeño	El comportamiento humano es un factor inherente al sistema de control interno. COSO reconoce que las personas pueden cometer errores, actuar por intereses personales o resistirse al cambio, lo que puede afectar negativamente la eficacia del control interno y la gestión de riesgos. La evaluación del desempeño se vincula con el componente de supervisión y monitoreo del sistema de control interno. COSO establece que una organización debe monitorear sus actividades y evaluar el desempeño para asegurar que los controles estén funcionando y que los	Falta de compromiso con los valores institucionales (como la sororidad o la equidad). Resistencia al cambio en procesos o políticas. Conflictos interpersonales que afectan el clima laboral. Falta de ética o integridad en la toma de decisiones. Evaluaciones subjetivas o poco transparentes. Falta de alineación entre metas individuales e institucionales. Desmotivación del personal por falta de reconocimiento. Ausencia de seguimiento a planes de mejora. Conductas no éticas o negligentes. Resistencia al cambio organizacional. Baja moral o motivación del personal.	Implementar programas de formación en ética institucional y valores. Establecer códigos de conducta claros y difundidos. Fomentar la comunicación interna y la resolución de conflictos. Realizar evaluaciones de clima organizacional periódicas. Promover el liderazgo positivo y participativo. Diseñar un sistema de evaluación del desempeño con criterios objetivos y participativos. Alinear los indicadores de desempeño con los objetivos estratégicos del INAMU. Establecer planes de desarrollo individual y seguimiento. Reconocer y premiar el buen desempeño y la innovación. Capacitar a jefaturas en evaluación justa y retroalimentación constructiva. Canales de denuncia confidenciales Evaluaciones de clima organizacional. Alinear metas individuales con objetivos estratégicos

Tabla #3 Tipos de Riesgos y su respectiva descripción INAMU			
Tipo de riesgo	**Definición según COSO**	**Ejemplos de Riesgos**	**Ejemplos de acciones de mejora que reducen o evitan las causas**
	objetivos se estén cumpliendo.		
Riesgos Ambientales	Riesgos que afectan todas aquellas condiciones relacionadas con el medio ambiente que pueden causar un impacto negativo en una entidad, como el cambio climático, la pérdida de biodiversidad, la escasez de recursos naturales, la contaminación, y los desastres naturales.	Aumento de temperaturas extremas. Incremento en la frecuencia de fenómenos meteorológicos severos (huracanes, inundaciones, sequías, incendios forestales). Emisión de gases de efecto invernadero. Generación excesiva de residuos sólidos sin tratamiento adecuado. Disminución de biodiversidad por prácticas no sostenibles. Terremotos, tsunamis, erupciones volcánicas. Deslizamientos de tierra y avalanchas. Incendios forestales provocados o naturales. Uso de tecnologías contaminantes sin mitigación.	Incorporar los riesgos ambientales en la planificación estratégica y operativa. Evaluar cómo el cambio climático, la escasez de recursos o la contaminación pueden afectar los objetivos institucionales. Promover una cultura de sostenibilidad y responsabilidad ambiental. Capacitar al personal en prácticas sostenibles y gestión de riesgos ambientales. Realizar diagnósticos periódicos de aspectos e impactos ambientales. Mejorar procesos para reducir emisiones, residuos y consumo de recursos. Aplicar tecnologías limpias Establecer planes de respuesta ante inundaciones, incendios o eventos climáticos extremos. Establecer indicadores de desempeño ambiental y metas de mejora. Publicar informes de sostenibilidad alineados con estándares internacionales

COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission)

5.4. Mitigación de los Riesgos a través de la implementación de controles

La mitigación de los riesgos institucionales se realiza mediante la implementación de controles diseñados para reducir la probabilidad, el impacto, o ambos, de que un riesgo se materialice. Estos controles pueden ser preventivos, detectivos o correctivos, y deben estar alineados con la naturaleza del riesgo identificado.
La tabla con la cual se definirá este criterio se presenta a continuación

Tabla #4 Tipos de Mitigación de los Riesgos empleando controles	
Impacto	El diseño y efectividad del control están orientadas en gestionar las consecuencias de riesgo asociado.
Probabilidad	El diseño y efectividad del control están orientadas en gestiones la frecuencia del riesgo asociado.
Impacto/Probabilidad	El diseño y efectividad del control están orientadas en gestionar la frecuencia y consecuencia del riesgo asociado.

Este enfoque permite priorizar la implementación de controles según el nivel de exposición al riesgo y su posible afectación a los objetivos institucionales. Además, facilita la evaluación de la eficacia de los controles existentes y la identificación de oportunidades de mejora en la gestión del riesgo.

5.5. Criterios que deben tener presente las personas titulares subordinadas para seleccionar las medidas de administración de los riesgos

- **Relación costo-beneficio:** Se evalúa que el costo de las medidas que se deben ejecutar no sea mayor al beneficio que se obtendría. Para determinar la relación costo beneficio se puede realizar basándose en el criterio experto de las personas funcionarias, o bien, utilizando metodología cualitativa que respalde el criterio de la relación.
- **Capacidad e idoneidad de ejecución:** Para prevenir fallos en la ejecución de las medidas es necesario asegurarse de que estas puedan ser cumplidas por las Procesos de la institución, así como, que las actividades que se planifican y programen dispongan con el tiempo requerido para su cumplimiento.
- **Cumplimiento del interés público y protección al patrimonio de la Institución:** Se analiza si las medidas generan un beneficio colectivo y/o están acordes a los objetivos de la institución. Lo anterior, tomando en consideración la defensa del patrimonio público y que estén en concordancia con las decisiones tomadas por la Junta Directiva, Presidencia Ejecutiva, las personas titulares subordinadas y la administración activa en general.
- **Viabilidad jurídica, técnica y operativa:** cada dependencia debe analizar la viabilidad de la medida en cuanto a la normativa jurídica, técnica y operativa que debe estar presente en la administración pública. Los recursos asignados a cada dependencia de la institución deben considerarlo anteriormente.

5.6. Mantener los ciclos de valoración en el SEVRI

El sistema funcionará en ciclos anuales mediante metodologías para orientar las acciones de valoración de riesgos, que establecerá la Unidad de Planificación Institucional (UPI), mediante el Subproceso de Control Interno.
La revisión y seguimiento de los riesgos y medidas podrán realizarse durante el ciclo anual trimestral, para determinar el grado de avance de las acciones de mitigación y administración de los eventos planteados, además, el sistema (SIPGAF) tiene un módulo específico que permite registrar el nivel de avance y generar reportes para los informes que deberán presentarse ante la Junta Directiva según lo establecido en este documento (lineamiento 3.2.18).

5.7. Custodia de las Evidencias

En cuanto a la custodia de las evidencias sobre el cumplimiento de los planes de mitigación y/o remediales, y la generación de informes de seguimiento, la Unidad de Planificación Institucional, mediante el Subproceso de Control Interno, deberá realizar las gestiones pertinentes para resguardar y almacenar las evidencias e informes en las herramientas tecnológicas instituciones con las que se cuente coordinando con la Unidad de Informática-UIN y según corresponda con la Gestión Documental Institucional.

6. Estructura de Riesgos según SEVRI

I Actividad del SEVRI: Identificación de Riesgos

Para la identificación de los riesgos, se analizarán las relaciones de coordinación y vinculación que cada dependencia tiene con sus procesos y subprocesos, con el objetivo de recolectar la información necesaria para la identificación de los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos de la Institución. Así mismo debe considerar la participación de los grupos de interés o personas sujetas interesadas en relación con la influencia que se ejerce, el efecto que causa y responsabilidad sobre estos.

Debemos tener presente:

- Las actividades que se desarrollan en cada proceso para lograr los objetivos que tiene cada Dependencia en cumplimiento de la misión.
- Las actividades que desarrolla la dependencia para el logro de su objetivo y meta incluida en el POI de cada año.
- Las posibles causas, internas y externas de los riesgos identificados.
- Las posibles consecuencias de los riesgos.
- Las formas de ocurrencia del riesgo en estudio, el momento y lugar en el que podrían ocurrir.
- El aporte del proceso con relación al cumplimiento de las necesidades y expectativas de los grupos de interés.
- Los activos de información relativos al proceso, considerando el propietario y fuente del activo de información, la disponibilidad de respaldos, la integridad de los activos de información, relevancia y/o trascendencia de los activos de información para el desarrollo del proceso.
- La identificación y clasificación de activos de información institucionales
- Las vulnerabilidades en procesos y recursos institucionales que se identifiquen como parte de la ejecución del sistema de gestión de seguridad de la información.
- Las personas sujetas interesadas o grupos de interés del sistema de gestión de seguridad de la Información.
- El marco de legalidad y normativo relacionado con la continuidad de negocio, gestión de emergencias y gestión de desastres
- La disposición de recursos para la ejecución del sistema de gestión de Riesgos y de Control Interno.

II Actividad del SEVRI: Análisis de Riesgos

Para el análisis de riesgos se considerará los tres estados de riesgos: el riesgo inherente o absoluto, el riesgo controlado y el riesgo residual.

- El riesgo inherente o absoluto, es el riesgo en ausencia de acciones directas o enfocadas para minimizar la severidad.

- El riesgo controlado, es la cantidad de riesgo que una entidad decide asumir para cumplir con la estrategia y objetivos, considerando la implementación de controles o acciones directas para modificar la severidad inherente del riesgo. Para el establecimiento de controles es necesario que se considere: La efectividad de los controles identificados que dispone el proceso, el apoyo de herramientas tecnológicas para el desarrollo del proceso y los recursos necesarios, así como disposición de estos para la ejecución del proceso.
- El riesgo residual es el riesgo que queda después de que se le ha aplicado controles o acciones para alterar su severidad. Es el nivel de riesgo que la institución está dispuesta a aceptar.

Estos tres estados se analizarán considerando la posibilidad de ocurrencia y la magnitud de su eventual consecuencia para determinar el nivel de riesgos.
A continuación, se describen los criterios para calificar la probabilidad de ocurrencia de las causas, ver Tabla 5.

Tabla #5. Determinación de los criterios de probabilidad durante la Valoración de los riesgos en el INAMU

Probabilidad	Valor	Descripción	PERIODICIDAD
Casi certeza	5	Se espera que el evento se manifieste en casi la totalidad de los casos. La expectativa de ocurrencia se da con una certeza de casi el 100% de las circunstancias.	Al menos una vez al mes
Probable	4	Se espera que el evento pueda ocurrir en la mayoría de los casos. La probabilidad de ocurrencia se da en la mayoría de las circunstancias.	Mas de una vez por semestre
Posible	3	Se espera que el evento ocurra en algunas ocasiones. La probabilidad de ocurrencia se da en la mitad de los casos.	Una vez por semestre
Poco Probable	2	Se espera que el evento ocurra en escasas ocasiones. Puede ocurrir algunas veces.	Una vez al año
Raro	1	Sería excepcionalmente raro que ocurriera. Puede ocurrir solo bajo circunstancias excepcionales.	Superior a un año

Los criterios para calificar la consecuencia o impacto de un riesgo con relación a la naturaleza se muestran en la siguiente Tabla #6:

Tabla #6 Determinación de los criterios de Impacto durante la Valoración de los riesgos en el INAMU		
Nivel de Riesgo	**Descripción**	**Definición**
Catastrófico	El criterio de impacto **"catastrófico"** indica que las consecuencias son graves y pueden afectar severamente la institución. Son considerados "no aceptables", por tanto, los eventos deben ser atendidos de manera inmediata, con las opciones de administración señaladas para los riesgos denominados "mayor".	1. **Indicadores:** El impacto será **catastrófico** cuando se produzca una disminución del porcentaje de cumplimiento del indicador, mayor al 20 % de lo establecido como indicador para dicha meta en el POI 2. **Ingresos:** El impacto será **catastrófico** cuando se produzca una disminución de los ingresos o la ejecución presupuestaria asociada a la meta, mayor al 12%, de los ingresos totales. 3. **Ejecución Presupuestaria:** El impacto será **catastrófico** cuando se produzca una disminución mayor a 25% del monto presupuestado de egresos asignado a la meta. 4**. Imagen:** El impacto será **catastrófico** cuando la imagen se vea afectada de forma extrema y el tema de afectación llegue a conocimiento de los medios de comunicación masiva internacionales.
Mayor	El criterio de impacto **"mayor"** indica que las consecuencias son mayores y pueden afectar la consecución de los objetivos de la institución. Estos riesgos se consideran "no aceptables", por tanto, se deben establecer medidas para su atención con cualquiera de las siguientes medidas (atención, modificación, prevención o transferencia).	1. **Indicadores:** El impacto será **mayor** cuando se produzca una disminución del porcentaje de cumplimiento del indicador, mayor a 15% y menor o igual a 20% de lo establecido como indicador para dicha meta en el POI. 2. **Ingresos:** El impacto será **mayor** cuando se produzca una disminución de los ingresos o la ejecución presupuestaria asociada a la meta, mayor al 8% y menor o igual al 12% de los ingresos totales. 3**. Ejecución Presupuestaria:** El impacto será **mayor** cuando se produzca una disminución mayor a 20% o menor o igual al 25% del monto presupuestado de egresos asignado a la meta. 4**. Imagen:** El impacto será **mayor** cuando la imagen se vea afectada de forma importante y el tema de afectación llegue al conocimiento de los medios de comunicación masiva a nivel nacional.
Moderado	El criterio de impacto **"Moderado"** indica que las consecuencias son considerables y pueden afectar de manera parcial a la institución. Estos riesgos se analizan y partir de un criterio experto de la persona administradora, se debe determinar si los costos relacionados con la atención sobrepasan los beneficios y valorar la modificación de su criterio de impacto. Asimismo, se debe dimensionar la importancia del proceso, subproceso o actividad que se vería afectada, así como, la posibilidad de que no se pueda aplicar un tratamiento. Para estos riesgos, corresponde realizar un monitoreo constante de sus factores de riesgo por parte del titular subordinado.	1. **Indicadores:** El impacto será **moderado** cuando se produzca una disminución del porcentaje de cumplimiento del indicador, mayor a 10% y menor o igual a 15% de lo establecido como indicador para dicha meta en el POI. 2. **Ingresos:** El impacto será **moderado** cuando se produzca una disminución de los ingresos o la ejecución presupuestaria asociada a la meta, mayor al 4% y menor o igual al 8%, de los ingresos totales. 3. **Ejecución Presupuestaria:** El impacto será **moderado** cuando se produzca una disminución mayor a 15% o menor o igual al 20% del monto presupuestado de egresos asignado a la meta. 4. **Imagen:** El impacto será **moderado** cuando el tema de afectación llegue al conocimiento de la Junta Directiva y Despacho.
Menor	El criterio de impacto **"menor"** indica que las consecuencias son menores y hay una leve afectación en la institución. Estos riesgos., también, se consideran como "aceptables" por tanto, no requiere de la aplicación de nuevas medidas de mitigación para su tratamiento. Por ejemplo, no contar con transporte institucional para que se trasladen las personas funcionarias a impartir una charla	1. **Indicadores:** El impacto será **menor** cuando se produzca una disminución del porcentaje de cumplimiento del indicador, mayor a 5% y menor o igual a 10% de lo establecido como indicador para dicha meta en el POI. 2. **Ingresos:** El impacto será **menor** cuando se produzca una disminución de los ingresos o la ejecución presupuestaria asociada a la meta, mayor al 1% y menor o igual al 4%, de los ingresos totales. 3. **Ejecución Presupuestaria:** El impacto será **menor** cuando se produzca una disminución mayor a 10% o menor o igual al 15% del monto presupuestado de egresos asignado a la meta. 4. **Imagen:** El impacto será **menor** cuando el tema de la afectación llegue a conocimiento de la Junta Directiva o Despacho.

Insignificante	El criterio de impacto **"insignificante"** indica que las consecuencias son mínimas y no hay afectación en la institución. Estos riesgos se consideran como "aceptables" por tanto, no requiere de la aplicación de nuevas medidas de mitigación para su tratamiento	1. **Indicadores:** El impacto será **insignificante** cuando se produzca una disminución del porcentaje de cumplimiento del indicador, menor o igual al 5% de lo establecido como indicador para dicha meta en el POI. 2. **Ingresos:** El impacto será **insignificante** cuando se produzca una disminución de los ingresos o la ejecución presupuestaria asociada a la meta, menor o igual al 1% de los ingresos totales. 3. **Ejecución Presupuestaria:** El impacto será **insignificante** cuando se produzca una disminución menor o igual al 10% del monto presupuestado de egresos asignado a la meta. 4. **Imagen:** El impacto será **insignificante** cuando la imagen es afectada en forma leve y el tema de afectación podría provocar que llegue a conocimiento de los mandos medios

Los niveles anteriores se aplicarán a los riesgos que se desprenden en los objetivos estratégicos, de los procesos estratégicos, sustantivos, de apoyo y medición, análisis y mejora, y de las actividades derivadas de los subprocesos institucionales.

III Actividad del SEVRI: Evaluación de riesgos en el INAMU

Al efectuar la evaluación de los riesgos se deben considerar los escenarios inherentes y controlados para obtener un nivel de riesgo residual para poder priorizar las medidas de administración que se van a aplicar
Dentro de la evaluación de riesgos se debe considerar como mínimo:

- ✓ Nivel de riesgo inherente
- ✓ La efectividad de controles sobre el riesgo.
- ✓ Nivel riesgo Residual.
- ✓ Proporcionalidad de gestión de controles para mitigar la probabilidad.
- ✓ Proporcionalidad de gestión de controles para mitigar el impacto.

La generación de cada uno de estos valores responde a fórmulas matemáticas en las cuales se involucran los resultados de la calificación de riesgo inherente (absoluto) y efectividad de controles asociados a cada riesgo, realizado por cada Persona Titular o dependencia del INAMU.

a. Evaluación de Riesgo Inherente o Absoluto

Esta valoración permite determinar el nivel de riesgo inherente al que podría estar expuesta la Institución ante la materialización del riesgo identificado.
Se asocia con la evaluación del riesgo sin controles o riesgo inherente al que se ve expuesto el cumplimiento de los objetivos del INAMU.

En este caso se procede a realizar un análisis de la probabilidad y la consecuencia (impacto) de aquellos aspectos que se han considerado como causas que puedan afectar la buena ejecución de los procesos institucionales.

La evaluación del riesgo inherente o absoluto se estará llevando a cabo mediante un proceso de autoevaluación, utilizando criterios cualitativos. La evaluación del riesgo absoluto o inherente es el producto de la probabilidad por consecuencia (impacto), como se muestra en el siguiente esquema:

Fórmula:
Riesgo Inherente = Probabilidad × Impacto

En la determinación de la consecuencia (impacto), se deberán tomar en cuenta todos los posibles efectos negativos y positivos que están relacionados con los riesgos.

En la determinación de la probabilidad se deberán considerar todos aquellos datos históricos, estadísticos y de experiencia, que permitan definir la frecuencia con que el riesgo analizado se puede materializar.

Por la naturaleza y análisis que implica la evaluación del riesgo absoluto, es de esperarse que éstos, se ubiquen en niveles extremos o altos. Como resultado de este ejercicio, se utilizará los siguientes parámetros para clasificar el nivel de riesgo:

En este criterio se considera que el proceso, subproceso o dependencia valore que tan vital o fundamental es la actividad o proceso que podría verse afectado.

Tabla #7 Nivel de Riesgo y Rango empleado en el INAMU

Rango	Niveles de Riesgo
16 a 25	Catastrófico
10 a 15	Mayor
5 a 9	Moderado
1 a 4	Insignificante

La prioridad se define de la siguiente manera, los que tienen mayor prioridad son los que tienen categoría catastrófica (color rojo), seguidos de los mayores (color naranja) y los moderados (color amarillo). Los riesgos insignificantes (verdes) no son prioridad. Según los rangos definidos en el cuadro anterior, se presenta un ejemplo que permite visualizar la ubicación de los riesgos en un mapa de calor**:**

Probabilidad		Mapa de Calor o Matriz de Riesgos-INAMU				
Casi	5	5	10	15	20	25
Certeza Probable	4	4	8	12	16	20
Posible	3	3	6	9	12	15
Poco Probable	2	2	4	6	8	10
Raro	1	1	2	3	4	5
Impacto		1	2	3	4	5
		Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico

b. Metodología para evaluar la efectividad de los controles

Los controles se aplican para mitigar riesgos en una organización.
Esta evaluación se basa en tres parámetros principales (**tipo de control, periodicidad y operatividad)**, cada uno con un valor numérico, y la suma de estos valores determina el nivel de efectividad del control con un máximo de 90%. Ver información en las tablas #8-#9 y #10.

c. Evaluación de Controles

La evaluación de controles está orientada en analizar si el ambiente de control con que cuenta actualmente la Institución y que permite minimizar la consecuencia (impacto) y/o la probabilidad detectada a partir de la evaluación del riesgo absoluto (inherente).
La evaluación de los controles debe estar integrada con los procesos de mejoramiento y perfeccionamiento del sistema de control interno de la Institución.
Esta evaluación se efectuará con la aplicación del método de autoevaluación y deberá calificar cada control, utilizando los parámetros que se describen en las siguientes tablas:

- ✓ **Tipo de Control:**

La calificación de este parámetro busca evaluar la forma en la cual se aplica el control.
Los valores para asignar son:

Tabla #8 Parámetro Tipo de Control a utilizar. Máximo 30 puntos		
Tipo de Control	**Valor**	**Descripción**
Preventivo	**30**	Evita que el riesgo ocurra
Detectivo	**20**	Detecta si el riesgo ya ocurrió.
Correctivo	**10**	Actúa después de que el riesgo se materializó.

Los controles preventivos son más valorados porque evitan el riesgo desde el inicio**.**

- ✓ **Frecuencia o periodicidad en que se aplica el Control:**

La calificación de este parámetro busca evaluar la periodicidad (cada cuánto se aplica el control) con la cual se ejecuta el control, cuanto más frecuente y constante sea el control, mayor su capacidad de mitigar los riesgos.
Los valores para asignar son**:**

Tabla #9 Parámetro a utilizar Periodicidad del Control Máximo 20 puntos		
Periodicidad	**Valor**	**Descripción**
Permanente	**20**	Controles que se aplican rutinariamente, durante toda la actividad y en forma constante.
Periódico	**10**	Controles que tienen un ciclo de aplicación programado. Su aplicación solo responde a un momento específico.
Ocasional	**5**	Controles eventuales, no programados, que se aplican bajo el concepto de causa efecto.

- ✓ **Operatividad del Control:**

La calificación de este parámetro busca evaluar cómo opera el control según los resultados que se obtienen.

Para la evaluación de este criterio se debe considerar integralmente la efectividad que está teniendo el control, en relación con las metas propuestas, la participación de las personas sujetas interesadas y el impacto que estos ejercen.

Evalúa cómo funciona el control en la práctica, considerando su efectividad, sistematicidad, formalización y control del impacto. Los supuestos que se deben cumplir en su totalidad para definir su efectividad son:

Tabla #10 Parámetro a utilizar Operatividad del Control. Máximo 40 puntos		
Operatividad	**Valor**	**Descripción de supuestos de valoración**
Medida de Control Hermética	**40**	Muy efectiva, formalizada, sistemática y con control total del impacto.
Medida de Control Fuerte	**30**	Efectiva, formalizada, sistemática, pero con control parcial del impacto.
Medida de Control Adecuada	**20**	Medianamente efectiva, sistemática, pero sin control del impacto.
Medida de Control Débil	**10**	Poco efectiva, esporádica, sin control del impacto.
Medida de Control sin ejecución o tiene efectividad nula	**1**	No se aplica.

Se valora más un control que esté bien diseñado, documentado, probado y que funcione de forma sistemática.

d. Efectividad total del Control

La suma de los valores de cada control no puede ser mayor a 90, es decir, **un control puede como máximo mitigar el riesgo en un 90%.** Al asignar los criterios anteriores a un control, se generará una sumatoria que permitirá establecer la efectividad del control, la cual se asignará según lo establece la tabla #11:

Tabla #11 Evaluación Final: Efectividad Total del Control	
Rango	**Efectividad del control**
61-90	**Alto**
31-90	**Medio**
16-30	**Bajo**

Ejemplo de uso de los controles:

Supongamos que un control es:
Preventivo (30 puntos)
Periódico (10 puntos)
Fuerte (30 puntos)
Total = 30 + 10 + 30 = 70 puntos → Efectividad Alta

e. Valoración del riesgo residual

Corresponde como riesgos residuales, al riesgo existente posterior a la implementación y evaluación de los controles vinculados. Como resultado de este ejercicio de la valoración inherente y controles, se utilizará los siguientes parámetros para clasificar el nivel de riesgo residual:

$$\text{Riesgo Residual} = \text{Riesgo Inherente} \times (1 - \text{Efectividad de los Controles})$$

Fórmula explícita:
o también puede representarse como una matriz de impacto y probabilidad, ajustada por los controles.

Esta actividad involucra acciones de priorización y aceptabilidad.

f. Priorización y aceptabilidad de los riesgos

Para establecer los niveles de aceptabilidad, es necesario que la gestión de riesgos este integrada al Plan Estratégico Institucional, los objetivos instituciones y las diferentes iniciativas que conforman la estrategia, para el cumplimiento de la misión y de la visión.

Para ello se requiere del análisis del entorno, donde se identifican los posibles causas o eventos que puedan afectar de manera significativa la continuidad de las operaciones de la institución, las relaciones de coordinación y vinculación con cada uno de los procesos, la participación de las personas sujetas interesadas, asegurando que dentro de la estrategia se orienten acciones que permitan que los

riesgos se ubiquen en un nivel de riesgo aceptable de conformidad con los parámetros establecidos en la presente normativa.

Para establecer los niveles de aceptabilidad se debe considerar:

- El entorno interno de la institución.
- El entorno externo a la institución.
- Las relaciones de coordinación y vinculación con los procesos institucionales.
- Los objetivos, necesidades y percepciones de la Institución.
- La afectación del evento de riesgo en el desarrollo normal de las operaciones.

En la tabla #12 se definen los niveles de aceptabilidad para administrar los niveles de severidad o gravedad de riesgo:

Tabla 12. Determinación de los criterios de aceptabilidad del riesgo

Niveles de severidad	Valoración del cuadrante
SE ACEPTA / o SE GESTIONA Nivel bajo De 1 a 4	**Cuadrantes Color Verdes:** Los riesgos evaluados y que se encuentran en estos cuadrantes se consideraran como riesgos aceptados. Son aquellos que presentan consecuencias y probabilidades bajas de materializarse, algunos impactarán de forma mínima el logro de objetivos de la Institución **Descripción:** Los riesgos ubicados en estos cuadrantes son a los cuales no requieren o se les asigna una menor inversión de recursos, debido al bajo impacto que representa su exposición, sin embargo, se debe velar porque no se eleven sus niveles, lo que conllevaría al desplazamiento de estos a cuadrantes de mayor exposición, se deben utilizar planes de monitoreo y seguimiento efectivo sobre los mismos.
SE TOLERA Nivel moderado De 5-9	**Cuadrantes Color Amarillos:** Los riesgos evaluados y que se ubican en estos cuadrantes se consideran con posibilidades de mejorar su administración. Son aquellos que presentan consecuencias y probabilidades moderadas, la materialización de algunos de estos riesgos representará un impacto medio en el logro de los objetivos de la Institución. **Descripción:** Los riesgos ubicados en estos cuadrantes deben ser analizados con el objetivo de determinar las medidas de monitoreo y seguimiento que se le dará, ya que éstos en caso de materialización, el impacto no se considera altamente negativo en el logro de los objetivos, sin embargo, será necesario su monitoreo para evitar que lleguen a niveles altos o extremos de exposición.
CAUTELA Nivel Mayor De 10 a 15	**Cuadrantes Color Naranja:** Los riesgos evaluados y que se ubican en estos cuadrantes cuentan con altas probabilidades y consecuencias moderadas o viceversa; su exposición conlleva niveles altos de perjuicio en el logro de los objetivos de la Institución. **Descripción:** Los riesgos ubicados en estos cuadrantes tienen el segundo nivel de prioridad, en cuanto a su administración de riesgos se refiere, ya que tienen la característica especial, que de no ser administrados adecuadamente su exposición puede aumentar y pasar a formar parte del grupo de riesgos de cuadrantes rojos (Extremos); con lo que esto representa para los objetivos de la Institución. Estos tipos de riesgos deben ser mitigados.
NO SE ACEPTA/ RECHAZAR Nivel Catastrófico De 16 -25	**Cuadrantes Color Rojo:** Los riesgos evaluados y que se ubican en estos cuadrantes cuentan con altas probabilidades de ocurrencia y con consecuencias elevadas para la Institución, en caso de que se llegasen a materializar; cualquier manifestación provocaría perjuicios extremos en el logro de los objetivos de la Institución. **Descripción:** Son los primeros por los cuales hay que iniciar el proceso de administración de riesgos, con el objetivo de minimizar sus efectos, ya que cualquier manifestación de éstos provocaría perjuicios mayores en el logro de los objetivos de la Institución, por lo general se debe seleccionar una buena estrategia de gestión, ya sea por medio de medidas que reduzcan las consecuencias o medidas que reduzcan las probabilidades de ocurrencia. Estos riesgos requieren ser elevados a la Junta Directiva y se deben de mitigar de manera urgente.

Los riesgos cuyo nivel de riesgo residual se ubique dentro del criterio **"SE ACEPTA",** deberán formar parte del universo de riesgos del área de negocio, éstos deberán ser analizados, monitoreados y comunicados, siguiendo las prácticas establecidas en este documento.

Los riesgos cuyo nivel de riesgo residual se ubique dentro del criterio **"NO SE ACEPTA"**, deberán gestionarse mediante los lineamientos definidos dentro de la actividad "Administración de Riesgo", descrita a continuación.

IV Actividad del SEVRI: Administración de Riesgos

Una vez identificados los riesgos que no cumplen con los criterios de aceptabilidad, la Comisión CECI-SEVRI con el equipo de la Unidad de Planificación Institucional a través del Proceso de Mejora Continua, iniciará un análisis técnico precisando la prioridad de los riesgos para así definir las posibles alternativas y se determinará su viabilidad y se propondrán los tratamientos y planes a ejecutar contemplando en cada etapa:

- a. Identificación del responsable en la administración de los riesgos.
- b. Identificación de las medidas para el tratamiento de riesgos.
- c.Evaluación de la viabilidad de las medidas de tratamiento de riesgos.
- d.Definición de los planes para los tratamientos de los respectivos riesgos.
- e. Implementación de los planes para la administración de riesgos.
- f. Manejo de riesgos materializados / Revisión de riesgos.

Seguidamente se detalla cada una de estas acciones:

a. Identificación del responsable de la administración de los riesgos

Existe la posibilidad, de que una dependencia, tenga riesgos que son necesarios de administrar, sin embargo, no se cuenta con la capacidad e idoneidad para administrarlos, por lo que será necesario que cada dependencia analice su entorno a administrar, y para cada elemento se formule los siguientes cuestionamientos:

1. ¿Conforme a las competencias asignadas a la Dependencia se han realizado todas las acciones viables para gestionar el riesgo?
2. ¿La Dependencia cuenta con los recursos y competencias necesarias para administrar las medidas de administración asociadas a este riesgo?

Si las respuestas a estas interrogantes indican que la instancia ha gestionado totalmente el riesgo dentro de sus competencias y que las siguientes medidas de administración le competen a otra dependencia; se deberá informar formalmente de la situación y presentar la propuesta de estos riesgos ante la Comisión CECI-SEVRI, para que se realice un proceso de análisis y toma de decisión por parte de la instancia estratégica que se defina para los efectos, considerando las partes interesadas.

b. identificación de las medidas para el tratamiento de Riesgos

Se definirán, según el orden de priorización dado durante el proceso de evaluación del riesgo, las diferentes medidas para administrar el riesgo. Esta definición abarcará al menos una de las siguientes medidas:

Tabla#13 Medidas para el Tratamiento de los Riesgos en el INAMU	
NIVEL DE SEVERIDAD	**Medidas a aplicar**
Cuadrantes colores verdes	**Mantener: o retener:** consiste en no realizar las medidas de atender, modificar o prevenir riesgos, y estar en disposición de enfrentar las eventuales consecuencias en caso de materialización Significa también estar dispuesto a aceptar las consecuencias y no aplicar ningún tipo de medida.
Cuadrantes colores amarillos	**Mantener:** consiste en no realizar las medidas de atender, modificar o prevenir riesgos, y estar en disposición de enfrentar las eventuales consecuencias en caso de materialización. **Atender riesgos:** consiste en actuar ante las consecuencias provocadas por la materialización de uno o varios de los factores de riesgo **Prevenir** Consiste en no llevar a cabo la acción, actividad o tarea, o bien, modificarlas para lograr el objetivo sin que sea afectado por el riesgo.
Cuadrantes color naranja	**Mitigar riesgos:** consiste en actuar ante las consecuencias provocadas por la materialización de uno o varios de los factores de riesgo mediante la implementación de acciones de control, mitigar el efecto causado principalmente a nivel de la probabilidad y/o la consecuencia de un evento, previo a que éste ocurra. **Transferir o compartir riesgos:** que consiste en que un tercero soporte o comparta, parcial o totalmente, la responsabilidad y/o las consecuencias potenciales de un evento.
Cuadrantes colores rojos	**Atender riesgos**: consiste en actuar ante las consecuencias provocadas por la materialización de uno o varios de los factores de riesgo. **Mitigar con urgencia estos riesgos:** consiste en afectar los factores de riesgo asociados a la probabilidad y/o la consecuencia de un evento, previo a que éste ocurra. **Transferir o compartir riesgos:** que consiste en que un tercero soporte o comparta, parcial o totalmente, la responsabilidad y/o las consecuencias potenciales de un evento.

Descriptor del Apetito de Riesgo	Nivel de Riesgo Residual	Apetito de Riesgo	Descripción del Nivel de Riesgo Residual	Acciones recomendadas	Valor de (B)
Aceptar	**1–4**	**Color Verde = Bajo**	No requiere acciones adicionales. Mantener control y monitoreo.	Mantener	**1**
Tolerancia/ Moderación	**5–9**	**Color Amarillo = Medio**	Se monitorea periódicamente y se aplican acciones preventivas.	Mantener o asumir más riesgo	**4**
Cautela	**10–15**	**Color Naranja = Mayor**	Requiere plan de mitigación seguimiento de la dirección respectiva y conocimiento de Junta Directiva.	Mitigar	**3**
No Aceptable / Rechazar	**16–25**	**Color Rojo = catastrófico**	No se tolera. Requiere atención inmediata y decisión de la Junta Directiva sobre continuidad de la acción en PEI, POI o PAT.	Mitigar con Urgencia	**2**

c.Evaluación de la viabilidad de las medidas alternativas de tratamiento de los riesgos

Finalizada la etapa de la identificación de las medidas, se procederá a analizar la viabilidad de cada una de éstas con el fin de seleccionar y priorizar las óptimas. En este análisis se contemplarán al menos los siguientes criterios de evaluación:

- La relación costo-beneficio de llevar a cabo cada opción
- La capacidad e idoneidad de los entes participantes internos y externos a la Institución en cada opción
- El cumplimiento del interés público
- La viabilidad jurídica, técnica y operacional de las opciones.

En los casos en donde se estime imposible poder llevar a cabo la ejecución de las medidas identificadas, se ejecutará un proceso que determinará el mecanismo a seguir para ejecutar la retención y monitoreo del riesgo en cuestión.

d. Definición de los planes para los tratamientos de los respectivos riesgos

Para cada una de las alternativas, cuya viabilidad haya sido apropiada, se realizará un proceso de preparación de tratamientos y planes de acción mediante el Sistema de Riesgos Institucional , el cual contempla, como mínimo, los siguientes puntos:

- Detalle del tratamiento o Plan (nombre, descripción, objetivo, alcance y las tareas).
- Personas responsables en la ejecución del tratamiento.
- Plazos de ejecución.
- Planes de acción para su ejecución.
- Evidencias de cumplimiento

e. Implementación de los planes para la administración de riesgos

La implementación contempla planes de seguimiento y puntos de revisión a través de los cuales se logre determinar el grado de avance que se han alcanzado y cómo se ha visto reducido el riesgo con el proceso de implementación. La ejecución de estos tratamientos debe integrarse a los planes institucionales operativos y planes de mediano y largo plazos, según corresponda y según los lineamientos establecidos por la Unidad de Planificación Institucional.

f. Manejo de riesgos materializados / Revisión de riesgos

Cuando se presente un evento que materializa los impactos de un riesgo u oportunidad, las personas titulares subordinadas y personas encargadas de procesos deben mantener actualizado un registro de riesgos materializados en el Sistema Institucional además deben conformar una carpeta digital como expediente con el objetivo de documentar y reportar la afectación a la institución, sus consecuencias y las acciones que se deben tomar para tratar la situación y para gestionar preventivamente posteriores probabilidades de ocurrencias

V Actividad del SEVRI: Revisión de los riesgos

En esta etapa las personas titulares subordinadas deberán revisar y actualizar la información referente a los riesgos que enfrenta la gestión a su cargo, se deberá determinar si los controles propuestos fueron capaces de reducir los factores de impacto y probabilidad. Así mismo los reportes en la ejecución de las acciones de mitigación deberán realizar como mínimo de forma trimestral o cuando la dinámica del entorno lo requiera y se dará seguimiento a los siguientes puntos:

- ✓ **Cambios en el entorno**, validando detalladamente el ambiente interno y externo, ajustando los riesgos a las variaciones detectadas, (definiendo los riesgos por procesos y realizando la valoración respectiva) que pueden alterar las prioridades de administrar y mitigación de los riesgos que se han identificado como prioritarios.
- ✓ **Control, revisión y seguimiento de las medidas implementadas**, permitiendo detectar y solucionar cualquier posible desviación en el cumplimiento de los resultados esperados.
- ✓ **Monitoreo del comportamiento de los riesgos**, para determinar el grado en el cual la implementación de las medidas de control, han colaborado en la minimización de este.
- ✓ **Cualquier alerta que se desprenda de este seguimiento** deberá ser analizada para determinar su impacto e iniciar o ajustar el proceso de administración idóneo y debe ser comunicada a la Comisión CECI-SEVRI y a la Jefatura de la Unidad de Planificación Institucional mediante correo electrónico.
- ✓ **Cuando haya algún cambio en el entorno externo o interno,** se deberá revisar el riesgo y adecuarlo a los cambios identificados. Lo anterior, puede repercutir en la preponderancia de la administración y/o mitigación de los riesgos que han sido identificados como prioritarios.
- ✓ **Para identificar y solucionar cualquier desviación en el logro de los resultados** esperados se debe controlar, revisar y dar seguimiento a la ejecución de las medidas implementadas.
- ✓ **Para definir el nivel de eficacia y eficiencia de las medidas de control implementadas** se debe seguir el comportamiento de los riesgos, para determinar si ha aportado al mitigar el evento.
- ✓ **Si a partir del seguimiento se identifica alguna alerta**, esta debe ser analizada a detalle para determinar su impacto para iniciar y/o ajustar el proceso de administración que sea el adecuado.

Todo proceso de revisión sobre la gestión de riesgos deberá generar los siguientes resultados:

- **Información actualizada** sobre los riesgos relevantes (Riesgos Extremos y Riesgos Altos) asociados al logro de los objetivos y procesos definidos en los planes operativos de corto mediado y largo plazo.

- **Informes de seguimiento** en los cuales se detalle el proceso de revisión efectuado, así como los resultados obtenidos para identificar posibles desviaciones que permitan una atención oportuna de los riesgos por medio de un adecuado análisis que permita determinar el impacto e iniciar el proceso de administración idóneo se deben establecer alertas.
- **Alertas** que permitan identificar posibles desviaciones, para su oportuna atención a través del adecuado análisis, determinar el impacto e iniciar el proceso de administración idóneo.

VI Actividad del SEVRI: Documentación de riesgos

Se establece como herramienta oficial para el proceso de documentación de la gestión de riesgos, los mecanismos instaurados por la Comisión CECI-SEVRI y por la Unidad de Planificación Institucional a través del Proceso de Mejora Continua (Riesgos) y se deberá documentar como mínimo empleando el Sistema Institucional la siguiente información:

- Informes de rendición de cuentas
- Riesgos asociados a los procesos considerando las relaciones de coordinación y vinculación entre Procesos organizacionales.
- Riesgo absoluto o inherente, controlado y residual.
- Inventario factores, áreas de impacto y categorías de riesgos
- Alternativas, tratamiento y planes de acción
- Expediente soporte de evidencias electrónico (Sistema Institucional)
- Registro de incidentes o riesgos materializados
- Otra documentación que por la madurez del proceso se genere y requiera.

Para la documentación como mínimo, se deberá utilizar los instrumentos ajustados en el sistema

VII Actividad del SEVRI: Comunicación de riesgos

Es necesario que se generen los planes de comunicación y divulgación, en relación con el proceso de administración de riesgo. Estos planes considerarán como mínimo los siguientes aspectos:

- ✓ Definición de mecanismos y canales de divulgación formales y oficiales para los grupos de interés o sujetos interesados.
- ✓ Nivel de información que se divulga a las personas sujetas interesadas.
- ✓ Dinámicas de divulgación.
- ✓ Estructura y generación de reportes de seguimiento.
- ✓ Rendición de cuentas, vinculada al cumplimiento de resultados y metas.
- ✓ Paralelo a la implementación de estos mecanismos, se deberán abrir espacios, dentro de los cuales, las personas sujetas interesadas podrán evacuar consultas específicas en materia del proceso de gestión de riesgo.

La información relacionada a los resultados y productos finales asociados del SEVRI, es dada a conocer de manera oportuna a todo el personal, mediante los canales de comunicación institucional

disponibles (oficios, correos electrónicos, cápsulas informativas, entre otros) y oficializada con el aval de la persona Jerarca institucional en la página web del INAMU.

Será responsabilidad de la Unidad de Planificación Institucional en coordinación con la Comisión CECI-SEVRI, realizar acciones para la sensibilización y divulgación del Lineamiento del Marco Orientador.
Diseñar e implementar asesorías sobre el SEVRI dirigido a las personas titulares subordinadas y a la administración activa según su rol y responsabilidades en el Sistema.
Promover procedimiento y acciones de control interno y específicamente para el SEVRI

La comunicación deberá darse en ambas direcciones, mediante informes de seguimiento y de resultados del SEVRI que se elaboran periódicamente y mediante la operación de mecanismos de consulta a disposición de los sujetos interesados.
La información que se comunique deberá ajustarse a los requerimientos de los grupos a los cuales va dirigida y servir de base para el proceso de rendición de cuentas institucionales.
Es necesario que se generen los planes de comunicación y divulgación, en relación con el proceso de administración de riesgo. Estos planes considerarán como mínimo los siguientes aspectos:
• Definición de mecanismos y canales de divulgación formales y oficiales para los grupos de interés o sujetos interesados.
• Nivel de información que se divulga a los sujetos interesados.
• Dinámicas de divulgación.
• Estructura y generación de reportes de seguimiento.
• Rendición de cuentas, vinculada al cumplimiento de resultados y metas.

a. Herramientas para la administración de la información

El INAMU posee un mecanismo institucional con el cual se administra la información del SEVRI lo constituye una herramienta informática, denominada Sistema Integrado de Planificación y Gestión Administrativa Financiera (SIPGAF), que permite la recolección permanente de la información digital, registra las etapas del SEVRI de las instancias del INAMU con relación a los riesgos estratégicos, operacionales y tecnológicos.

El Departamento de Planificación Institucional, Proceso Análisis Medición y Mejora, Subproceso de Control Interno, tendrá a cargo la administración del Sistema Específico de Riesgo Institucional.

En referencia a la etapa de establecimiento del sistema, se requiere el involucramiento de las Jefaturas-Direcciones- Coordinadoras (es) en la generación de ciclos periódicos en la gestión de riesgos, en el seguimiento de las acciones que contribuyen a mejorar constantemente el sistema mediante su consolidación en el mediano plazo siguiendo las siguientes actividades:

a) Incorporar en los planes estratégicos y operativos, los procesos de la valoración de riesgos.
b) Incorporar la gestión de riesgos desde el momento de formulación de la planificación del presupuesto institucional
c) Alertar a la Comisión CECI-SEVRI en el momento que ocurra un evento mediante el Sistema Institucional.

b. Documentación de riesgos

Esta etapa del proceso de valoración de riesgos consiste en preservar la información sobre los riesgos, las medidas de administración y las evidencias de ejecución, las cuales se deberán documentar para cada etapa que se genere en cada actividad de la valoración del riesgo (identificación, análisis, evaluación, administración y revisión).

Las instancias superiores del INAMU y el Departamento de Planificación Institucional, por medio del Sistema de Informático establecerán los registros electrónicos de la información para constatar que se efectuaron las etapas de identificación de riesgos y medidas, además, pueden reportar continuamente el seguimiento e incorporar las evidencias cargándose en el sistema, para respaldar y presentar los documentos que fundamentan el cumplimiento, según la normativa aplicable.

7.Apetito de Riesgo

Los sistemas valoración del riesgo están estrechamente vinculados al control interno, por cuanto sus resultados se vuelven insumo para el diseño e implementación de las actividades de control. Las instituciones conocen su universo de riesgo y valoran el apetito del riesgo que estable la institución, o que permite dirigir las actividades de control hacia riegos identificados con mayor posibilidad de ocurrencia o impacto, que pueden llegar a materializarse. Así, que contar con un Sistema de Valoración de Riesgos permite a las instituciones ajustar las actividades según las características y necesidades particulares para lograr los objetivos y la mitigación de materialización de riesgos.

De acuerdo con el marco COSO ERM, el apetito de riesgo se define como el nivel de riesgo que la Institución está dispuesta a aceptar en la búsqueda de sus objetivos. Este concepto guía la toma de decisiones estratégicas y operativas, y se expresa mediante límites claros que permiten determinar qué riesgos son aceptables, cuáles requieren mitigación y cuáles deben evitarse.

Permite a la Institución estar preparada para asumir, retener, aceptar o gestionar, en función de su misión, visión, objetivos estratégicos y capacidad operativa.

En el INAMU, el apetito de riesgo se establece considerando:

Contexto estratégico: Alineación con la misión, visión, valores y objetivos institucionales.
Capacidad de gestión: Recursos, procesos, controles y cultura organizacional disponibles para enfrentar los riesgos.
Naturaleza del riesgo: Tipología (financiero, operativo, reputacional, legal, tecnológico, etc.) y su impacto potencial.
Tolerancia al riesgo: Umbral de variación aceptable respecto a los objetivos, antes de que se requieran acciones correctivas.

Componentes claves del Apetito de Riesgo en el INAMU

a. Tipo de riesgo: Se identifican los siguientes tipos de riesgo relevantes para la Institución, tales como:

1.Riesgo Estratégico-Político: y Reputacional Riesgos que afectan la capacidad de cumplir los objetivos estratégicos de la organización. El riesgo reputacional afecta la percepción de la institución ante la ciudadanía.
2.Riesgos Operativos: Riesgos derivados de procesos internos, recursos humanos, tecnología o eventos externos que afectan la operación diaria.
3.Riesgos Financieros: Riesgos relacionados con la gestión de recursos y el cumplimiento de obligaciones financieras.
4.Riesgo de Cumplimiento/ Legal: Riesgos de no cumplir con leyes, normas, regulaciones o políticas internas.
5. Riesgos Tecnología, Seguridad e Información: Riesgos relacionados con la seguridad, disponibilidad y confiabilidad de la información y sistemas tecnológicos.
6. Riesgo de Comportamiento Humano y Evaluación del Desempeño: Riesgo que reconoce que las personas pueden cometer errores, actuar por intereses personales o resistirse al cambio, lo que puede afectar negativamente la eficacia del control interno y la gestión de riesgos. Falta de personal para cubrir sustituciones que provoca un impacto directo en la población usuaria de los servicios.
7. Riesgos Ambientales: Riesgos que afectan todas aquellas condiciones relacionadas con el medio ambiente que pueden causar un impacto negativo en una entidad, como el cambio climático, la pérdida de biodiversidad, la escasez de recursos naturales, la contaminación, y los desastres naturales.

Tipo de riesgo	Definición según COSO	Ejemplos de acciones de mejora que reducen o evitan las causas
Riesgo Estratégico-Político - Reputacional	Riesgos que afectan la capacidad de cumplir los objetivos estratégicos de la organización. Riesgos que afectan la percepción de la institución ante la ciudadanía.	-Fortalecer la planificación estratégica y su alineación con políticas nacionales de igualdad de género. - Implementar análisis de entorno político y social de forma periódica. - Desarrollar estrategias de contingencia ante reducciones presupuestarias. - Promover alianzas con actores públicos y privados para sostenibilidad de programas. - Activar canales de denuncia seguros -Establecer protocolos de crisis -Capacitar vocerías institucionales - Monitorear redes sociales y medios -Rendir cuentas periódicamente - Promover la participación ciudadana
Riesgo Operativo	Riesgos derivados de procesos internos, recursos humanos, tecnología o eventos externos que afectan la operación diaria.	- Elaborar y actualizar manuales de procedimientos y procesos críticos. - Implementar controles de seguimiento y evaluación de contratos y servicios. - Fortalecer la planificación operativa con cronogramas realistas. - Capacitar al personal en gestión de proyectos y control interno.
Riesgo Financiero	Riesgos relacionados con la gestión de recursos y el cumplimiento de obligaciones financieras.	- Aplicar políticas claras sobre conflicto de interés - Capacitar en normas de ejecución presupuestaria y control financiero.
Riesgo de Cumplimiento / Legal	Riesgos de no cumplir con leyes, normas, regulaciones o políticas internas.	- Capacitar al personal en normativa vigente (Ley de Contratación Administrativa, protección de datos, control interno, etc.)
Riesgo Tecnología, Seguridad e Información	Riesgos relacionados con la seguridad, disponibilidad y confiabilidad de la información y sistemas tecnológicos.	- Mantener políticas de seguridad de la información y acceso restringido. - Realizar copias de respaldo periódicas y planes de recuperación ante desastres. - Actualizar software, licencias y equipos conforme a estándares de ciberseguridad. - Capacitar al personal en uso seguro de sistemas y datos

Tipo de riesgo	Definición según COSO	Ejemplos de acciones de mejora que reducen o evitan las causas
Riesgo de Comportamiento Humano y Evaluación del Desempeño	El comportamiento humano es un factor inherente al sistema de control interno. COSO reconoce que las personas pueden cometer errores, actuar por intereses personales o resistirse al cambio, lo que puede afectar negativamente la eficacia del control interno y la gestión de riesgos. La evaluación del desempeño se vincula con el componente de supervisión y monitoreo del sistema de control interno. COSO establece que una organización debe monitorear sus actividades y evaluar el desempeño para asegurar que los controles estén funcionando y que los objetivos se estén cumpliendo.	Implementar programas de formación en ética institucional y valores. Establecer códigos de conducta claros y difundidos. Fomentar la comunicación interna y la resolución de conflictos. Realizar evaluaciones de clima organizacional periódicas. Promover el liderazgo positivo y participativo. Diseñar un sistema de evaluación del desempeño con criterios objetivos y participativos. Alinear los indicadores de desempeño con los objetivos estratégicos del INAMU. Establecer planes de desarrollo individual y seguimiento. Reconocer y premiar el buen desempeño y la innovación. Capacitar a jefaturas en evaluación justa y retroalimentación constructiva. Canales de denuncia confidenciales Evaluaciones de clima organizacional. Alinear metas individuales con objetivos estratégicos
Riesgos Ambientales	Para COSO y el Word Business Council for Sustainable Development (WBCSD), se define como: “Riesgos o eventos y/o condiciones relacionadas con el medio ambiente que pueden causar un impacto negativo en una entidad, como el cambio climático, la pérdida de biodiversidad, la escasez de recursos naturales, la contaminación, y los desastres naturales”	Incorporar los riesgos ambientales en la planificación estratégica y operativa. Evaluar cómo el cambio climático, la escasez de recursos o la contaminación pueden afectar los objetivos institucionales. Promover una cultura de sostenibilidad y responsabilidad ambiental. Capacitar al personal en prácticas sostenibles y gestión de riesgos ambientales. Realizar diagnósticos periódicos de aspectos e impactos ambientales. Mejorar procesos para reducir emisiones, residuos y consumo de recursos. Aplicar tecnologías limpias Establecer planes de respuesta ante inundaciones, incendios o eventos climáticos extremos. Establecer indicadores de desempeño ambiental y metas de mejora. Publicar informes de sostenibilidad alineados con estándares internacionales

b. Priorización de Riesgos: La priorización se realiza mediante un análisis sistemático que realiza la dependencia y la persona encargada de la gestión de riesgos institucional y considera:

- Probabilidad de ocurrencia.
- Impacto potencial sobre los objetivos institucionales.
- Urgencia y capacidad de respuesta.
- Interdependencia entre procesos y áreas afectadas.
- Costos en caso de que se necesite contemplar.

Es importante indicar que a partir de la aprobación de este Marco Orientador, cada dependencia y su respectivo equipo de trabajo deberá de construir sus riesgos vinculados a los procesos de la Institución, esto significa que tendremos la tarea de **“pensar y construir”** a la hora de identificar los riesgos, cuales son realmente sus riesgos según cada proceso, a partir de ahí se van a proponer sus causas sus consecuencias, sus planes de mitigación y las respectivas tareas, todo lo anterior se hará empleando el Sistema de Riesgos Institucional existente.

c. Nivel de tolerancia: Define el grado de exposición aceptable antes de que se requieran acciones correctivas. Este nivel se establece en función de:

- Impacto potencial del riesgo.
- Probabilidad de ocurrencia.
- Capacidad institucional para responder

d. Contexto estratégico: El apetito de riesgo debe estar alineado con:

- La misión y visión institucional.
- Los valores organizacionales.
- Las prioridades definidas en la planificación estratégica

e. Capacidad de gestión: Considera los recursos disponibles (humanos, tecnológicos, financieros), los procesos establecidos y los controles implementados para gestionar los riesgos de manera efectiva.

f. Aceptabilidad de Riesgos: La aceptabilidad se determina en función del apetito de riesgo institucional y se formaliza mediante criterios que orientan la toma de decisiones. Estos criterios incluyen:

- Impacto en la continuidad operativa.
- Afectación a la imagen institucional.
- Cumplimiento legal y técnico.
- Contribución al logro de objetivos estratégicos

g. Lineamientos sobre los niveles de apetito al riesgo institucional

El sistema de valoración del riesgo institucional (SEVRI) está estrechamente vinculados al sistema de control interno, por cuanto sus resultados se vuelven insumo para el diseño e implementación de las actividades de control.

Las instituciones conocen su universo de riesgo y valoran el apetito, estableciendo actividades de control hacia los riegos identificados con mayor posibilidad de ocurrencia o impacto, que pueden llegar a materializarse, tenemos que priorizar los riesgos. Así, que contar con un Sistema de Valoración de Riesgos permite a las instituciones ajustar las actividades según las características y necesidades particulares para lograr los objetivos y la mitigación de materialización de riesgos.

A continuación, se presentan los lineamientos entorno al apetito de riesgo institucional.

1. Se comprende el apetito al riesgo como el total de riesgo que el INAMU está dispuesto a aceptar en la consecución de sus objetivos. Es decir, el apetito al riesgo establece si el riesgo está dentro de los límites aceptados por la institución.

2. Para establecer el apetito de riesgo se debe involucrar a todos los departamentos y unidades funcionales del INAMU. El apetito al riesgo es propuesto por la administración activa una vez

terminada la valoración de riesgos, según procesos. Esta propuesta es conocida, consolidada y definida por la Comisión CECI-SEVRI, quienes posteriormente la enviarán para su aprobación ante la Junta Directiva del INAMU.

3. La declaración de apetito por el riesgo se trata de una combinación de factores, por lo que se debe decidir para cada riesgo importante lo siguiente: el nivel máximo general de riesgo en el que la entidad esté dispuesta a operar considerando su apetito al riesgo global, su capacidad de riesgo y su perfil, debiendo establecer medidas cualitativas que expliquen los incentivos para aceptar o evitar ciertos tipos de riesgos estableciendo límites e indicadores para controlarlos y monitorearlos.

4. La declaración del apetito al riesgo debe de estar vinculada a la planificación estratégica y operativa del INAMU y abordar los tipos de riesgos de la institución. Dicha declaración será emitida por la Junta Directiva del INAMU, y deberá indicar los límites de riesgo que la institución va a asumir para alcanzar sus objetivos, esto en términos cuantitativos o cualitativos

5. Es responsabilidad de la Junta Directiva del INAMU y de la Comisión CECI-SEVRI comunicar el apetito al riesgo de la institución a las personas titulares subordinadas y demás personas funcionarias.

h. Lineamientos sobre niveles de capacidad de riesgo institucional

El INAMU debe determinar la capacidad de riesgo institucional que se estaría dispuesto a asumir, para esto se deben de contemplar los lineamientos que se detallan a continuación:

1. Se comprende como capacidad de riesgo institucional el máximo riesgo que puede asumir el INAMU, es decir, el límite de riesgo, que, si se sobrepasa, deja de ser viable asumirlo.

2. La capacidad del riesgo institucional debe ser definido por la administración activa y aprobado por la Junta Directiva del INAMU.

3. La capacidad de riesgo institucional depende de la tolerancia y el apetito al riesgo definido por la institución.

Descriptor del Apetito de Riesgo	Nivel de Riesgo Residual	Apetito de Riesgo	Descripción del Nivel de Riesgo Residual	Acciones recomendadas	Valor de (B)
Aceptar	**1–4**	**Color Verde= Bajo**	No requiere acciones adicionales. Mantener control y monitoreo.	Mantener	**1**
Tolerancia/ Moderación	**5–9**	**Color Amarillo= Medio**	Se monitorea periódicamente y se aplican acciones preventivas.	Mantener o asumir más riesgo	**4**

Cautela	**10–15**	**Color Naranja= Mayor**	Requiere plan de mitigación seguimiento de la dirección respectiva y conocimiento de Junta Directiva.	Mitigar	**3**
No Aceptable / Rechazar	**16–25**	**Color Rojo= Catastrófico**	No se tolera. Requiere atención inmediata y decisión de la Junta Directiva sobre continuidad de la acción en PEI, POI o PAT.	Mitigar con Urgencia	**2**

8.Ejemplo de una Declaratoria de Apetito de Riesgo Institucional

1. Marco conceptual

El apetito de riesgo es un componente esencial de la gestión institucional basada en riesgos, conforme al Marco COSO ERM (Enterprise Risk Management, 2017), el cual define este concepto como **"el nivel de riesgo que una organización está dispuesta a aceptar en la búsqueda de sus objetivos"**. El establecimiento de un apetito de riesgo permite al INAMU integrar la gestión de riesgos en la toma de decisiones estratégicas y operativas, fortaleciendo la transparencia, la planificación institucional y la rendición de cuentas.

Los sistemas de valoración del riesgo están estrechamente vinculados al control interno, dado que sus resultados constituyen un insumo para el diseño, implementación y fortalecimiento de las actividades de control. De esta forma, el INAMU identifica y valora sus riesgos, determinando los niveles de apetito y tolerancia que orientan la priorización de acciones preventivas, correctivas o de mitigación.

Contar con un Sistema de Valoración de Riesgos (SEVRI) eficaz permite a la Institución ajustar sus controles y actividades según las características y necesidades particulares de los procesos, logrando una gestión proactiva para prevenir la materialización de riesgos y asegurar el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

1.2. Marco Normativo

La Declaración de Apetito de Riesgo que se presenta en este documento se fundamenta en el Marco Integrado de Gestión de Riesgos Empresariales (COSO ERM), reconocido internacionalmente como una de las principales guías para la administración estratégica de riesgos. Este enfoque permite al Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) fortalecer su cultura institucional basada en la prevención, el control y la toma de decisiones informadas, garantizando que los niveles de riesgo asumidos se mantengan dentro de parámetros aceptables y coherentes con el cumplimiento de sus objetivos institucionales y el uso eficiente de los recursos públicos.

1.3. Definiciones.

Apetito de Riesgo: Describe el nivel agregado y los tipos de riesgo que se está dispuesto a asumir, dentro de la capacidad de riesgo, para lograr los objetivos estratégicos. Su definición permite optimizar la relación riesgo-rentabilidad, controlar y mantener los riesgos en los niveles deseados.

Dado que el apetito de riesgo se refiere a la cantidad de exposición a impactos adversos potenciales que se está dispuesto a aceptar para alcanzar sus objetivos, el importe total de los riesgos asumidos será la base inicial para el desarrollo de todos los procesos de gestión de riesgos y de sus límites.

Capacidad de Riesgo: Corresponde al límite máximo de riesgo aceptable, es decir el nivel máximo de riesgo que se es capaz de asumir en función de la gestión integral de riesgos, medidas de control, limitaciones regulatorias u otras variables, de acuerdo con las características de la institución.

Declaración de Apetito de Riesgo: La articulación por escrito del nivel y tipos de riesgo que una entidad o Vehículo de Administración de Recursos de Terceros acepta o evita, con el fin de alcanzar sus objetivos. En este documento se detallan los riesgos que se reconocen y sobre los cuales se asume el compromiso de su gestión, estableciendo los niveles de apetito, tolerancia y capacidad, que sirven de base en la aplicación del proceso de administración de riesgos. La declaración se puede expresar mediante medidas cuantitativas relacionadas con algún criterio de referencia, medidas semicuantitativas o medidas cualitativas.
Riesgo: Posibilidad de que un evento ocurra e impacte negativamente sobre los objetivos estratégicos de la institución.
Tolerancia de Riesgo: Se refiere a un estado temporal, a un nivel de flexibilidad en materia de aceptación de riesgos, que sobrepasa el apetito declarado pero que puede aceptarse sin grandes consecuencias. Sirve como alerta para evitar que se llegue al máximo establecido por la capacidad. Se debe justificar y tomar medidas o acciones para no permanecer en este nivel. Para determinar el nivel de riesgo de tolerancia (riesgo tolerable) se consideran tres elementos:
1. **El impacto del riesgo:** Se refiere a la magnitud de las consecuencias negativas que un riesgo podría causar si ocurre. Permite priorizar riesgos según su gravedad. Un impacto alto requiere atención inmediata, mientras que uno bajo podría manejarse con medidas menos estrictas, por ejemplo: Si un proyecto sufre retrasos por falta de recursos, el impacto podría ser financiero (pérdida de ingresos) o reputacional (daño a la imagen de la institución).
2. **La probabilidad de riesgo:** Es la posibilidad de que un riesgo ocurra dentro de un período determinado. Ayuda a evaluar cuán realista o frecuente es la ocurrencia de un riesgo, por ejemplo: la probabilidad de que un sistema informático falle puede ser baja si se tienen buenos respaldos, pero alta si no se mantiene correctamente.
3. **El umbral aceptable:** Es el límite máximo de exposición al riesgo que la organización está dispuesta a aceptar antes de que se requiera intervención. Sirve como referencia para tomar decisiones y establecer alertas tempranas; si el riesgo supera este umbral, se deben aplicar medidas correctivas, por ejemplo, El INAMU puede tolerar temporalmente retrasos menores en programas o servicios que no comprometan significativamente los recursos estatales ni los derechos de las mujeres; si se supera este umbral, se activan medidas de mitigación.

1.4. Perfil y la Declaración de Apetito de Riesgo

Alcance

El propósito de este documento consiste en articular los niveles y tipos de riesgos institucionales que el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) está dispuesto a asumir en el cumplimiento de su mandato y en la gestión de sus actividades, de acuerdo con su Plan Estratégico Institucional. Este documento se enmarca en el compromiso del INAMU de promover una gestión basada en riesgos, que contribuya al logro de sus objetivos estratégicos y a la sostenibilidad institucional, garantizando la eficiencia en el uso de los recursos públicos y el cumplimiento de su misión de promover los derechos humanos de las mujeres y la igualdad de género.

1.5 Importancia de definir el Apetito de Riesgo

Definir el Apetito de Riesgo es esencial para orientar la evaluación, gestión y priorización de los riesgos institucionales que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos misionales del INAMU.
Comprender los factores que originan los riesgos en las actividades sustantivas, tales como la promoción de los derechos humanos de las mujeres, la prevención de la violencia de género, la gestión de programas y proyectos institucionales y el manejo de recursos públicos, permite anticipar escenarios adversos y establecer mecanismos de control y mitigación oportunos.
El entendimiento de cómo pueden evolucionar los riesgos y su posible impacto sobre la eficacia institucional constituye un elemento clave para su identificación temprana, definición de niveles de tolerancia y fortalecimiento de las capacidades de respuesta institucional.

En síntesis, los principales beneficios que trae el establecimiento del Apetito de Riesgo consisten en: apoyo al diseño de la estrategia institucional, contribuye a la asignación efectiva de recursos, provee criterios guía para la toma de decisiones en todos los niveles, fortalece al Estado. Por su parte, la supervisión de riesgos por parte del órgano de dirección facilita la comunicación de los riesgos y estimula una cultura de conciencia de riesgo.

2. Fundamento institucional

2.1. Perfil de Riesgo.

El perfil de riesgo permite visualizar qué riesgos existen, su gravedad, su probabilidad y cómo la institución puede manejarlos según su apetito y tolerancia de riesgo.

El apetito de riesgo del INAMU se establece considerando los siguientes elementos:

• Contexto estratégico: Alineación con la misión, visión, valores y objetivos institucionales.

• Capacidad de gestión: Recursos, procesos, controles y cultura organizacional disponibles para enfrentar los riesgos.

• Naturaleza del riesgo: Tipología (financiero, operativo, reputacional, legal, tecnológico, entre otros) y su impacto potencial.

• Tolerancia al riesgo: Umbral de variación aceptable respecto a los objetivos, antes de requerir acciones correctivas.

2.2 Gobernanza del Apetito de Riesgo

La revisión y actualización del apetito de riesgo institucional será responsabilidad de la Comisión CECI-SEVRI con el apoyo técnico de Unidad de Planificación Institucional (UPI) y aprobación de la Junta Directiva. La Presidencia Ejecutiva asegurará la integración del apetito de riesgo en la toma de decisiones estratégicas y operativas, mientras que las personas titulares subordinadas deberán aplicar los criterios definidos para la valoración, aceptación o mitigación de riesgos en sus áreas respectivas. El cumplimiento de esta declaratoria será de acatamiento obligatorio para todas las Procesos institucionales.

2.3 Integración con la Planificación y el Desempeño

El apetito de riesgo del INAMU orienta la priorización de acciones estratégicas y la asignación de recursos en el Plan Estratégico Institucional (PEI), el Plan Operativo Institucional (POI). Los riesgos priorizados deberán reflejarse en los indicadores de desempeño institucional y en los planes de mitigación correspondientes, con el fin de asegurar la coherencia entre la gestión del riesgo, los resultados esperados y el uso eficiente de los recursos públicos.

3. Descripción de la Declaración de Apetito de Riesgo.

La presente Declaración de Apetito de Riesgo del Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) define el nivel máximo de riesgo que la Institución está dispuesta a aceptar en el desarrollo de sus funciones, programas y proyectos, de acuerdo con su capacidad institucional, normativa vigente y recursos disponibles.

Esta declaración establece el nivel agregado y los tipos de riesgo que el INAMU está dispuesto a asumir dentro de su capacidad de gestión, con el fin de alcanzar sus objetivos estratégicos y fortalecer la sostenibilidad institucional. Su definición permite mantener los riesgos dentro de niveles controlados, promoviendo la eficiencia, la transparencia y la rendición de cuentas en la gestión pública.

En este marco, se establecen tres conceptos fundamentales que orientan la administración del riesgo institucional:

- **Apetito de riesgo:** nivel y tipo de riesgo que el INAMU está dispuesto a asumir para cumplir sus objetivos estratégicos, sin comprometer el cumplimiento de su misión institucional ni la confianza pública.
- **Tolerancia al riesgo:** nivel de variación aceptable respecto al apetito de riesgo definido, que reconoce que ciertos riesgos pueden materializarse de forma temporal sin afectar significativamente los resultados institucionales.

- **Capacidad de riesgo:** límite máximo de riesgo que el INAMU puede asumir, determinado por sus recursos humanos, financieros, tecnológicos, normativos y operativos, sin comprometer la continuidad de los servicios ni su estabilidad institucional.

4.Riesgos reconocidos dentro de la Declaración de Apetito de Riesgo para el INAMU

Tomando en consideración que el objetivo de contar con una Declaración de Apetito de Riesgo Institucional para el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) es manifestar formalmente y por escrito el nivel y los tipos de riesgo que la institución está dispuesta a aceptar o evitar con el fin de cumplir sus objetivos estratégicos y fortalecer su gestión institucional basada en riesgos, a continuación se detallan los riesgos reconocidos y sobre los cuales el INAMU asume el compromiso de su gestión.
Esta declaración establece los niveles de apetito, tolerancia y capacidad al riesgo, los cuales sirven como marco de referencia para la toma de decisiones, la planificación, la priorización de acciones y la aplicación del proceso de administración de riesgos en todas las áreas institucionales.
En conjunto, esta Declaración busca garantizar que la gestión del riesgo en el INAMU se realice de manera proactiva, equilibrada y alineada con el Marco COSO ERM, promoviendo una cultura organizacional que valore la prevención y la mejora continua como pilares del buen gobierno institucional.

Tabla #1 Tipología de Riesgos Institucionales

Tipo de Riesgo	Definición, según COSO
Riesgo Estratégico-Político -Reputacional	Riesgos que afectan la capacidad de cumplir los objetivos estratégicos de la organización. Riesgos que afectan la percepción de la institución ante la ciudadanía
Riesgo Operativo	Riesgos derivados de procesos internos, recursos humanos, o eventos externos que afectan la operación diaria.
Riesgo Legal	Riesgos de no cumplir con leyes, normas, regulaciones o políticas internas
Riesgo Tecnológico y de Seguridad de la Información	Riesgos relacionados con la seguridad, disponibilidad y confiabilidad de la información y sistemas tecnológicos.
Riesgo Financiero	Riesgos relacionados con la gestión de recursos y el cumplimiento de obligaciones financieras.
Riesgo Ambiental	Para COSO y el World Business Council for Sustainable Development (WBCSD), se define como: “Riesgos o eventos y/o condiciones relacionadas con el medio ambiente que pueden causar un impacto negativo en una entidad, como el cambio climático, la pérdida de biodiversidad, la escasez de recursos naturales, la contaminación, y los desastres naturales”

5.Niveles de riesgo y aceptabilidad en el INAMU

Descriptor del Apetito de Riesgo	Nivel de Riesgo Residual	Apetito de Riesgo	Descripción del Nivel de Riesgo Residual	Acciones recomendadas	Valor de (B)
Aceptar	**1–4**	**Color Verde= Bajo**	No requiere acciones adicionales. Mantener control y monitoreo.	Mantener	**1**
Tolerancia/ Moderación	**5–9**	**Color Amarillo= Medio**	Se monitorea periódicamente y se aplican acciones preventivas.	Mantener o asumir más riesgo	**4**
Cautela	**10–15**	**Color Naranja= Mayor**	Requiere plan de mitigación seguimiento de la dirección respectiva y conocimiento de Junta Directiva.	Mitigar	**3**
No Aceptable / Rechazar	**16–25**	**Color Rojo= Catastrófico**	No se tolera. Requiere atención inmediata y decisión de la Junta Directiva sobre continuidad de la acción en PEI, POI o PAT.	Mitigar con Urgencia	**2**

6.Definición de Riesgo Aceptable y No Aceptable

Riesgo Aceptable: Comprenden los riesgos con nivel residual bajo y severidad mínima.

✓ Ubicados en cuadrantes verdes del mapa de calor.
✓ Presentan baja probabilidad y consecuencias menores.
✓ Son controlados y supervisados permanentemente.
✓ Estrategia: Aceptar y monitorear.
✓ Riesgo presente, pero bajo control, dentro de la capacidad instituciona

Riesgo No Aceptable: Comprenden los riesgos con nivel residual medio o alto.

• Ubicados en cuadrantes rojos o naranjas del mapa de calor.
• Presentan consecuencias graves o alta probabilidad de ocurrencia.
• Requieren tratamiento inmediato y un plan formal de mitigación.
• Estrategias: Mitigar, transferir o prevenir.
• Los riesgos medios no tratados deben ser justificados por la persona titular subordinada y aprobados por la Jerarca Institucional.

7. Monitoreo, revisión y mejora continua

La Comisión CECI-SEVRI y la Unidad de Planificación Institucional deberán realizar revisiones trimestrales del avance en los planes de mitigación y del cumplimiento del apetito de riesgo. Los resultados se incluirán en los informes de control interno y se comunicarán a la Junta Directiva. Cualquier cambio en el entorno estratégico, normativo o financiero implicará la revisión del apetito de riesgo institucional, garantizando su actualización continua y su alineación con la misión y los objetivos del INAMU.

8. Comunicación y cultura del riesgo
El INAMU fomentará una cultura institucional de gestión de riesgos, basada en la transparencia, la responsabilidad compartida y la mejora continua. La comunicación sobre riesgos, sus controles y resultados se mantendrá de forma bidireccional entre las Procesos, la Unidad de Planificación Institucional y la Junta Directiva, promoviendo una respuesta oportuna y coherente ante eventos que puedan afectar los objetivos estratégicos.
9. Definición general del apetito de riesgo institucional.
El marco de gestión de riesgos se basa en las directrices del COSO ERM (2017), adaptadas a la naturaleza de la institución pública, con un enfoque en riesgos estratégicos, operativos, financieros, de cumplimiento, reputación y tecnológicos.

10. Indicadores Clave de Riesgo (KRIs)
La matriz definida en el Apetito de Riesgo presentará los indicadores clave de riesgo (KRIs) para cada tipo de riesgo identificado en el marco de gestión institucional del INAMU. Estos indicadores permiten monitorear el comportamiento de los riesgos y tomar decisiones oportunas para su mitigación.

La Junta Directiva del Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), en sesión ordinaria o extraordinaria N°. ___ del __ de _____ de 2025, acuerdo xx aprueba la presente Declaratoria de Apetito de Riesgo Institucional, la cual será de acatamiento obligatorio para todas las Procesos institucionales y tendrá una vigencia del periodo 2025–2026.

Bibliografía de referencia
Procuraduría General de la República (PGR). (2016). Sistema Específico de Valoración de Riesgos Institucional (SEVRI). Recuperado de https://www.pgr.go.cr
Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). (2023). Perfil de riesgo y declaración de apetito de riesgo asociado a la suficiencia de los recursos y sostenibilidad del seguro de salud (Versión 01). Recuperado de https://www.ccss.sa.cr

9.El SEVRI a nivel de Procesos del INAMU

A partir de la aprobación del nuevo Marco Orientador y en concordancia con la estructura institucional actualizada del INAMU, cada dependencia realizará su propia gestión de riesgos desde el análisis de sus procesos institucionales, bajo la coordinación de la Comisión CECI-SEVRI.

Esto implica un cambio significativo: el análisis del SEVRI ya no se realizará por dependencia, sino desde los macroprocesos institucionales. Por ello, se adjuntan imágenes de referencia que ilustran los macroprocesos y procesos del INAMU. Estas servirán como guía para:

- ✓ Identificar y valorar los riesgos.
- ✓ Implementar planes de mitigación cuando corresponda.
- ✓ Monitorear, dar seguimiento y comunicar los riesgos.

Cada dependencia deberá abordar la gestión de riesgos desde los procesos que tiene a su cargo, contribuyendo así al fortalecimiento del Sistema Institucional de Riesgos.

Este año iniciamos una etapa de madurez en la gestión institucional de riesgos, en la que los equipos de trabajo tendrán un rol activo en la construcción y análisis de los riesgos, promoviendo una cultura organizacional más consciente y preventiva.

Gestión de Procesos INAMU

Procesos Estratégicos: Conducción político estratégico y Comunicación Institucional
Procesos Sustantivos: Atención a mujeres en su diversidad y Rectoría Técnica en normativas e intervenciones públicas
Procesos de Apoyo: Gestión administrativo-financiera, Gestión de Tics, Gestión del conocimiento especializado en DDHH de las mujeres, Gestión de Cooperación Internacional, Asesoría Legal Institucional y Gestión del talento humano
Procesos de medición, análisis y mejora: Sistemas de gestión y mejora continua y Auditoría Interna

10. Sanciones

El artículo 19 de la Ley 8292 indica que la responsabilidad por el funcionamiento del sistema es del "jerarca y los respectivos titulares subordinados de los entes y órganos sujetos a esta Ley, en los que la Contraloría General de la República disponga que debe implantarse el Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional, adoptarán las medidas necesarias para el adecuado funcionamiento del Sistema y para ubicarse al menos en un nivel de riesgo institucional aceptable"

Asimismo, esta Ley en los artículos 39, 40, 41, 42 y 43 señala las responsabilidades y sanciones en esta temática, a continuación, se citan tres de estos artículos de la Ley 8292.

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

Artículo 40. Causales de responsabilidad administrativa del auditor y el sub auditor interno y las demás personas funcionarias de la auditoría interna. Incurrirán en responsabilidad administrativa el auditor interno, el sub-auditor interno y los demás funcionarios de la auditoría interna cuando, por dolo o culpa grave, incumplan sus deberes y funciones, infrinjan la normativa técnica aplicable o el régimen de prohibiciones referido en esta Ley; todo sin perjuicio de las responsabilidades que les puedan ser imputadas civil y penalmente.

Artículo 41. Sanciones administrativas Según la gravedad, las faltas que señala esta Ley serán sancionadas así:

- Amonestación escrita.
- Amonestación escrita comunicada al colegio profesional respectivo, cuando corresponda.
- Suspensión sin goce de salario, de ocho a quince días hábiles. En el caso de las dietas y estipendios de otro tipo, la suspensión se entenderá por número de sesiones y el funcionario no percibirá durante ese tiempo suma alguna por tales conceptos.
- Separación del cargo sin responsabilidad patronal.

11. Indicadores de evaluación

Los indicadores que permitirán evaluar tanto el funcionamiento como de los resultados del SEVRI del INAMU son los siguientes:

Clasificación	Indicador
Resultados	Porcentaje de riesgos materializados en relación con el total de riesgos identificados y seleccionados para ser administrados.
	Mapa de calor mayoritariamente con riesgos medio-bajo.
Capacitación	Cantidad de personas capacitadas en materia de Control Interno y SEVRI.
Económico	Porcentaje de recursos utilizados para la aplicación de las medidas de mitigación de riesgos, en relación con los recursos asignados.
Calidad	Porcentaje de usuarios del SEVRI-INAMU que valoran el sistema como útil para el logro de los objetivos institucionales. (meta 75%)
Cumplimiento	Porcentaje de cumplimiento del plan anual operativo. (Meta 95%)
	Porcentaje de cumplimiento del plan de mitigación para la administración de riesgos. (Meta 85%)
	Informes semestrales del Seguimiento al SEVRI presentados y aprobados por la Junta Directiva.

Fuente: Unidad de Planificación Institucional, 2023.

12. Control de cambios y actualizaciones

El presente Lineamiento para la gestión de riego **"Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional"** SEVRI-INAMU, será elaborado y modificado por el Subproceso de Control Interno, revisado por la Comisión CECI-SEVRI y aprobado por la Junta Directiva, llevando para ello un control de cambios y actualizaciones que permita conocer la trazabilidad de los cambios y/o versiones actualizadas las cuales se deberán expresar con una periodicidad de dos años como se indica en el cuerpo de este documento.

Se podrán ejecutar actualizaciones y modificaciones al presente lineamiento en caso de presentarse las siguientes circunstancias:

- **a.** A solicitud de la Junta Directiva o la persona jerarca de la institución.
- **b.** Cambios en la Normativa vigente.
- **c.** Cambios a nivel de la estrategia.
- **d.** Cambios en los límites de riesgos previamente establecidos (apetito, tolerancia y/o capacidad).
- **e.** Cambios en la Estructura Organizativa.
- **f.** Cambios en los responsables.
- **g.** Cambios en la política y objetivos para la gestión de riesgos definidos en este documento, así como cambio en los lineamientos.
- **h.** Cambio en la metodología de medición de los tipos de riesgos definidos.
- **i.** Cambios en los niveles de identificación de riesgos.

13. Aprobación Marco Orientador por la Junta Directiva del INAMU

Es menester indicar que, la Junta Directiva del INAMU, según consta, en el acta N° xx de la sesión N° celebrada el xx xxxx xxx, conoce y aprueba la actualización del Lineamiento del Marco Orientador. Además, en esta sesión toma los siguientes acuerdos para conocimiento de toda la administración activa sobre el acatamiento obligatorio del presente lineamiento:

1 Informar a la administración activa del acatamiento obligatorio del Lineamiento del Marco Orientador del Sistema Especifico de Valoración del Riesgo del INAMU.

2 Hacer de conocimiento de la administración activa el régimen sancionatorio al que se someterá aquella persona/s funcionaria/s que omita las acciones establecidas en el lineamiento citado anteriormente para el establecimiento, mantenimiento, perfeccionamiento y evaluación del Sistema.

3 Reforzar la responsabilidad de las personas titulares subordinadas en el acatamiento de las medidas para la administración derivadas de la autoevaluación y valoración de riesgos.

4 Promover el correcto funcionamiento del Sistema de manera eficiente y efectiva en aras de resguardas los fondos públicos.

5 Incumplir injustificadamente los deberes para una adecuada gestión del riesgo generará la responsabilidad administrativa y civil de la persona jerarca y las personas titulares subordinadas a cargo que incumplan, conforme al artículo 39 de la Ley General de Control Interno.

6 Ejecutar las políticas y lineamientos en materia de Control Interno y Gestión del Riesgo para el cumplimiento del ordenamiento jurídico será responsabilidad de la Presidencia Ejecutiva del INAMU como instancia de más alta jerarquía administrativa.

14. Anexos

Ejemplo de Matriz para realizar el Apetito de Riesgo Anexo #1

Anexo#1 Determinando el Apetito de riesgo para los riesgos estratégicos reportados en el Sistema Institucional-INAMU								
Tipos de riesgo	Riesgos Asociados	Nivel Residual	Valor del Riesgo con Controles (A)	Descriptor al Apetito de Riesgo	Apetito del Riesgo	Valor del Riesgo (B)	Diferencia A-B	Acciones recomendadas

Ejemplo de Anexo #2

	Anexo#2 Declaratoria de apetito de riesgo -INAMU- Ampliada									
Ejes Institucionales	Objetivos estratégicos vinculados	Riesgo	Tipo de riesgo	Nivel del riesgo	Nivel de aceptabilidad	Apetito del riesgo	Tolerancia definida por la Junta Directiva	Administración del riesgo	Acciones de mejora	Responsables
1.ATENCIÓN A LAS MUJERES Y GESTIÓN DE POLÍTICAS PARA LA IGUALDAD DE GÉNERO Y NO VIOLENCIA.	**Obj.1 Promover derechos** Promover el ejercicio efectivo de los derechos humanos de las mujeres en su diversidad; así como, su autonomía, inclusión, empoderamiento y la no violencia de género, en coordinación con el Estado costarricense y la sociedad civil.									
	Obj.2 Corresponsabilidad Promover la corresponsabilidad social de los cuidados orientada a las personas en situaciones de dependencia, y a las personas cuidadoras para procurar una distribución equitativa en las responsabilidades de cuido y en el uso del tiempo.									

	Obj.3 Autonomía económica Impulsar el acceso de las mujeres a los recursos productivos, al empleo decente y de calidad, mediante coordinaciones interinstitucionales e intersectorial que favorezcan el desarrollo de su autonomía económica.									
	Obj.4 Violencia contra las mujeres Propiciar la protección, prevención y atención de las mujeres frente a la violencia contra las mujeres en sus distintas manifestaciones, así como frente a otras formas de discriminación por razones de género.									
	Obj.5 Empoderamiento y liderazgo Fortalecer a las mujeres diversas en su empoderamiento, liderazgo, autocuidado y bienestar; así como a organizaciones sociales, articulando iniciativas para el disfrute de su ciudadanía plena									
	Obj.6 Salud Sexual y Reproductiva Promover el ejercicio y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en su diversidad.									
2_MEJORA DE LOS PROCESOS INTERNOS Y ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	**Obj.7 Soporte político-administrativo** Brindar oportunamente el soporte político-administrativo necesario para el impulso de los objetivos institucionales.									

	Obj.8 Desarrollar un modelo de gestión institucional encaminado hacia la gestión de resultados para el desarrollo (GpRD)mediante la actualización de procesos y procedimientos, adopción de Sistema de Gestión y mejora continua y la desconcentración regional									
3_FORTALEZA DE LOS RECURSOS HUMANOS Y CRECIMIENTO TECNOLÓGICO	**Obj.9 Desarrollo de Tics** Desarrollar Tecnologías de información de vanguardia que fomenten la eficiencia y eficacia de los servicios que brinda el INAMU a las mujeres.									
	Obj.10 Talento Humano Desarrollar una política de Gestión de talento Humano que permita la articulación de procesos internos de cara a un posicionamiento institucional positivo a nivel nacional									
4_EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS Y MATERIALES	**Obj.11 Optimización Financiera** Ejecutar los bienes y servicios institucionales mediante una óptima distribución de los recursos financieros correspondientes en cumplimiento con la normativa vigente.									