EsSalud

RED ASISTENCIAL ANCASH

INFORME DE DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA RED ASISTENCIAL ANCASH

Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno

Oficina de Planeamiento y Calidad

Junio 2015

Seguro Social de Salud (ESSALUD)

Presidenta Ejecutiva
Virginia Baffigo Torré De Pinillos

Gerente de la Red Asistencial Ancash
Jorge Campos Echeandía

Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Ancash
Jorge Campos Echeandía
Jaime Rivera Guevara
Carlos Machado Chávez
Mariano Quiñonez Ortiz
Ana Vidaurre Torres
Víctor Díaz Santisteban

Equipo de trabajo de la División de Planificación y Calidad
July Karla Ávila Pacheco

Av. Circunvalación N°119 – Chimbote.
Teléfonos: 043- 483830 / 1359-1213.
Página Web: http://www.essalud.gob.pe/
Impreso en Chimbote – Perú.
Junio de 2015.

INDICE

		Pág.
1.	Origen	3
2.	Objetivos	4
3.	Alcance	5
4.	Base legal e instrumental	6
5.	Diagnóstico	7
6.	Fortalezas y debilidades	10
7.	Resumen de los aspectos a implementar	21
8.	Conclusiones	24
9.	Recomendaciones	25

I. ORIGEN

La Ley N°28716, Ley de Control Interno de las entidades del Estado, se dio con el propósito de cautelar y fortalecer su sistema de control interno, administrativo y operativo, con acciones y actividades de control previo, simultáneo y posterior.

Teniendo en consideración lo establecido en las normas de Control Interno aprobadas por la Contraloría General de la República, por Resolución de Controlaría N° 320-2006-CG, y la "Guía de implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado", aprobada por Resolución de Controlaría N° 458-2009-CG, que orienta la efectiva implantación, funcionamiento y evaluación del Control Interno en las entidades del Estado, con el objetivo de propiciar el fortalecimiento de los sistemas de control interno y la mejora de la Gestión Pública, en relación con el patrimonio público y el logro de los objetivos y metas de las entidades comprendidas en el ámbito de competencia del Sistema Nacional de Control.

La Gerencia de la Red Asistencial Ancash, con Resolución de Gerencia N° 300-GRAAN-ESSALUD-2013, constituye y aprueba la designación del Subcomité de Control Interno de la Red Asistencial Ancash, quien da inicio a poner en marcha las acciones necesarias para la adecuada implementación del Sistema de Control Interno y su eficaz mejoramiento a través de la mejora continua.

Los integrantes del Subcomité suscribieron el "Acta de Compromiso" para la implementación del Sistema de Control Interno, en su cuarta sesión, que se llevó a cabo el día 07 de marzo de 2015, a propuesta de su Secretaria Técnica, y aprobó el "Programa de Trabajo para la elaboración del diagnóstico situacional del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Ancash", que fue elevado a la Secretaria General, el día 09 de marzo de 2015.

El proyecto de Informe fue presentado ante los miembros del Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Ancash, en su 8vo sesión, llevada a cabo el día 25 de junio de 2015, en dicha reunión se procedió a aprobar "Informe de Diagnóstico del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Ancash", por unanimidad, según consta en acta suscrita en señal de conformidad.

II. OBJETIVOS

1. Presentar el estado situacional actual del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Ancash con respecto a la aplicación de las normas de Control Interno aprobadas por la Contraloría General de la República, y recomendar las acciones que permitan fortalecer y/o implementar el Sistema de Control Interno en la Red Asistencial Ancash.

2. Determinar los lineamientos a considerar por el Subcomité de Control Interno de la Red Asistencial Ancash, responsable de dirigir el proceso de fortalecimiento del Sistema de Control Interno, para la formulación y ejecución del diagnóstico situacional correspondiente a la etapa de planificación en todos los componentes siguientes:

   - Ambiente de Control
   - Evaluación de Riesgos
   - Actividades de Control Gerencial
   - Información y Comunicación
   - Supervisión

III. ALCANCE

El diagnóstico del Sistema de Control Interno se ha realizado por niveles de la Red Asistencial Ancash. La selección se realizó utilizando el "Método de la Tómbola", así como la aplicación de la "Lista de Verificación" por todos los establecimientos seleccionados, información recopilada hasta el 09 de mayo de 2015:

a) Gerencia de la Red Asistencial Ancash
b) Hospital III Chimbote
c) Hospital I Cono Sur
d) Policlínico de Complejidad Creciente "Víctor Panta Rodríguez"
e) CAP II Pomabamba
f) Centro Médico Coishco
g) Centro Médico Huarmey
h) Posta Médica Pampas

IV. BASE LEGAL Y DOCUMENTAL

1. Constitución Política del Perú 1993.
2. Ley Nº 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
3. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR, y sus modificatorias.
4. Ley Nº 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.
5. Ley Nº 28716, Ley de Control Interno de las entidades del Estado.
6. Decreto Supremo N° 016-20012-TR, que declara en Reorganización el Seguro Social de Salud (ESSALUD), y modificatoria.
7. Resolución de Contraloría General Nº 320-2006-CG, que aprueba las Normas de Control Interno.
8. Resolución de Contraloría General Nº 458-2008-CG, que aprueba la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado".
9. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 531-PE-ESSALUD-2014, que modifica la conformación del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
10. Internal Control – Integrated Framework, Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission "COSO", 1990.
11. Guía para las Normas de Control Interno del Sector Público, INTOSAI, 1994.
12. Gestión de Riesgos Corporativos - Marco Integrado, emitido por COSO en setiembre 2004.
13. Resolución de Gerencia N° 300-GRAAN-ESSALUD-2013, que conforma el Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Ancash.

V. DIAGNÓSTICO

A continuación se presentan las principales fortalezas y debilidades relativas a los componentes y subcomponentes del Sistema de Control Interno, las mismas que han sido elaboradas analizando los resultados obtenidos en el instrumento aplicado: "Lista de Verificación" y normativa institucional, cuyo resultado se muestra en el **Cuadro N° 01: "Tabla general de resultados por componentes y subcomponentes de la Red Asistencial Ancash".**

Los componentes del Sistema de Control Interno a ser utilizados en el presente diagnóstico están son los siguientes:

a) Ambiente de Control
b) Evaluación de Riesgos
c) Actividades de Control Gerencial
d) Información y Comunicación
e) Supervisión

La Metodología para la elaboración del diagnóstico del Sistema de Control Interno en la Red Asistencial Ancash se basó principalmente en las siguientes actividades:

a) Programa de Trabajo (06 de marzo de 2015).

b) Recopilación, estudio y análisis de la normativa interna vinculada con el Control Interno (organigrama, manuales, directivas, políticas y normas legales).

c) Aplicación de "Lista de Verificación" a los establecimientos que conforman la Red Asistencial Ancash.

Puntaje de evaluación para identificar el nivel de implantación

Valor	Descripción
1	No se cumple
2	Se cumple insatisfactoriamente
3	Se cumple aceptablemente
4	Se cumple en alto grado
5	Se cumple plenamente

Rango

Rango	Descripción
(0.00 – 1.90)	INSUFICIENCIA CRÍTICA
(2.00 – 2.90)	INSUFICIENTE
(3.00 – 3.90)	ADECUADO
(4.00 – 5.00)	SATISFACTORIO

CUADRO N° 01

TABLA GENERAL DE RESULTADOS POR COMPONENTES Y SUBCOMPONENTES DE LA RED ASISTENCIAL ANCASH

COMPONENTE	SUB COMPONETE	VALOR	GRADO DE DESARROLLO
I. AMBIENE DE CONTROL	1. Filosofia de la Dirección	3.10	Adecuado
	2. Integridad y Valores Eticos	3.22	Adecuado
	3. Administración Estrategica	2.88	Insuficiente
	4. Estructura Organizacional	3.20	Adecuado
	5. Administración de los Recursos Humanos	2.77	Insuficiente
	6. Competencia Profesional	3.06	Adecuado
	7. Asignación de Funciones y Responsabilidad	2.96	Insuficiente
	8. Organo de Control Institucional	2.12	Insuficiente
	TOTAL	**2.91**	**Insuficiente**
II. EVALUACIÓN DE RIESGOS	1. Planeamiento de la Administración de Riesgos	1.97	Insuficiencia Critica
	2. Identificación de los Riesgos	2.05	Insuficiencia Critica
	3. Valoración de Riesgos	1.74	Insuficiencia Critica
	2. Respuesta al Riesgo	1.79	Insuficiencia Critica
	TOTAL	**1.88**	**Insuficiencia Critica**
III. ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	1. Procedimiento de Autorización y Aprobación	2.68	Insuficiente
	2. Segregación de Funciones	2.13	Insuficiente
	3. Evaluación Costo Beneficio	2.01	Insuficiente
	4. controles sobre los accesos a los recursos o archivos	2.71	Insuficiente
	5. Verificación y Conciliaciones	2.28	Insuficiente
	6. Evaluación de desempeño	2.86	Insuficiente
	7. Rendición de cuentas	3.66	Adecuado
	8. Documentación de procesos, actividades y tareas	3.21	Adecuado
	9. Revisión de procesos, activiades y tareas	2.50	Insuficiente
	10.Controles para las tecnologias de la información y comunicación	2.73	Insuficiente
	TOTAL	**2.67**	**Insuficiente**
IV. INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTOS	1. Funciones y caracteristicas de la información	3.03	Adecuado
	2. Información y Responsabilidad	2.62	Insuficiente
	3. Calidad y suficiencia de la información	2.56	Insuficiente
	4. Sistema de Información	2.16	Insuficiente
	5.Flexibilidad al cambio	2.15	Insuficiente
	6. Archivo institucional	2.39	Insuficiente
	7. Comunicación interna	2.68	Insuficiente
	8. Comunicación externa	3.22	Adecuado
	9. Canales de Comunicación	2.63	Insuficiente
	TOTAL	**2.56**	**Insuficiente**
V. SUPERVISIÓN	1. Activiades de Prevención y Monitoreo	2.54	Insuficiente
	2. Seguimiento de Resultados	2.64	Insuficiente
	3. Compromiso de Mejoramiento	2.45	Insuficiente
	TOTAL	**2.54**	**Insuficiente**

PUNTAJE DE COMPONENTES POR UNIDAD ORGANICA Y ESTABLECIMIENTOS DE LA RED ASISTENCIAL ANCASH

COMPONENTE	Unidad Capacitación	Div.Planificacion y Calidad	Unid. Prestaciones Económicas	Oficina de Planeamiento y Calidad	Unidad de Prestaciones Sociales	Of. Relaciones Institucionales	Unidad Asuntos Juridicos	Oficina de Coordinación Prestaciones	División de Inteligencia Sanitaria	División de Recursos Médicos	Hospital III Chimbote	Div. Admision Referencias	Oficina Atención del Asegurado	Departamento de Medicina	Servicio de Medicina Interna	Serv. Medicina Fisica y Rehabilitación	Dpto Ayuda al Diagnostico	Servicio Diagnostico por Imagenes
Ambiente de control	3.42	3.55	2.88	2.42	3.42	2.33	4.08	2.60	3.51	3.35	2.44	4.16	2.18	2.52	2.70	3.31	2.25	2.05
Evaluación de Riesgo	3.00	1.75	2.19	2.00	1.75	1.13	3.13	1.65	3.63	2.29	2.13	3.00	1.00	2.69	2.88	2.40	2.46	2.00
Act Control Gerencial	3.30	3.44	3.01	1.85	3.17	1.93	4.02	2.47	3.11	3.12	2.61	3.82	3.12	2.70	2.75	3.12	2.45	2.77
Inf.y Comunicación	1.85	2.65	2.45	2	3.85	2.2	3.8	2.4	3.15	2.35	2.2	3.55	1.95	2.7	2.85	3.35	2.5	2.55
Supervisión	3.44	3.11	2.72	2.00	3.61	1.67	3.67	1.78	3.06	3.22	2.00	3.22	2.67	2.56	2.56	3.00	2.22	2.78

COMPONENTE	Div. Soporte Informatica	Div. de Recursos Humanos	Und de Legajo y Bienestar	Und de Administración de Personal	Div. de Finanzas	Unidad de Contabilidad	Unidad de Tesoreria	Und de Mantenimiento	Unidad de Control Patrimonial	PCC Victor Panta R.Dirección	PCC Victor Panta R. Of.Administrativa	PCC Victor Panta R. Serv.Prevención	PCC Victor Panta R. Serv.Ayuda Diagnostico	PM PAMPAS	CAP II POMABAMBA	Hospital ICONO SUR	CM COISHCO	CM HUARMEY	TOTAL
Ambiente de control	2.55	3.35	4.48	3.35	2.09	2.15	1.74	1.93	2.40	3.16	2.88	3.24	2.01	3.72	2.65	3.92	3.82	2.29	2.91
Evaluación de Riesgo	1.85	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	2.69	2.56	2.63	3.90	1.25	1.89
Act Control Gerencial	2.51	2.88	3.17	2.77	1.67	1.53	1.44	1.10	2.23	2.57	1.83	2.07	1.12	3.72	3.36	3.46	3.56	2.39	2.67
Inf.y Comunicación	2.8	2.15	3.95	2.2	1.75	1.7	1.7	1	1.25	3.45	2.05	2.7	2.1	3.85	0.65	4.35	3.55	2.55	2.57
Supervisión	3.00	1.00	2.44	2.78	1.44	1.33	1.33	1.00	2.11	2.44	1.44	3.00	1.00	4.00	3.06	4.61	3.33	3.00	2.54
																			2.52

PROMEDIO GENERAL RED ANCASH	2.52

Semaforización	Rango	Descripción
	0.1 - 0.9	Atención Máxima
	2.0 - 3.9	Atención Mediana
	4.0 - 5.0	Atención Leve

OFICINA DE PLANEAMIENTO Y CALIDAD V° B° C. MACHADO CH. JEFE ESSALUD

UNIDAD ASESORIA JURIDICA V° B° ESSALUD

OFICINA DE ADMINISTRACION V° B° J. Rivera B. JEFE ESSALUD - RAAN

VI. FORTALEZAS Y DEBILIDADES

1. Ambiente de control

1.1. Filosofía de la dirección

FORTALEZAS
1. El Gerente de la Red Asistencial Ancash muestra apoyo permanente a la Implementación del Control Interno promoviendo la transparencia en la institución. 2. Conformación y suscripción del Acta de Compromiso del Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red, asumiendo el cumplimiento de sus funciones. 3. Inicio del Proceso de Implementación del Sistema de Control Interno en la Red Asistencial Ancash.
DEBILIDADES
1. No se han difundido ni sociabilizado en su totalidad la importancia de la Implementación del SCI. 2. Los Jefes de Oficinas, Divisiones, Unidades Departamentos y Servicios aún no han tomado la importancia debida ni interiorizado los aspectos que involucra el SCI. 3. Ausencia de estrategias por parte de los Jefes Inmediatos a fin de retroalimentar los temas de Control Interno.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Incluir en el Plan de Capacitación, cursos con relación al Sistema de Control Interno, a través de (Charas, reuniones, cursos entre otros.) a efectos de actualizar los conocimientos adquiridos y brindar capacitación al personal nuevo y al de los Centros que conforman la Red Asistencial Ancash. 2. Intensificar las acciones de difusión y reforzar la capacitación en toda la Red Asistencial Ancash. 3. Es necesario una mayor promoción y reconocimiento a los aportes del personal para mejorar el desarrollo de las actividades laborales.

1.2. Integridad y valores éticos

FORTALEZAS
1. La Gerencia de la Red Asistencial Ancash mantiene en la institución compromiso y apoyo del cumplimiento de los valores éticos, lucha contra la corrupción e implementación del Sistema de Control Interno en la Red. 2. Existe un conocimiento y reconocimiento a la difusión y contenido de la Ley del Código de Ética de la Función Pública" 3. Difusión del Código de Ética de ESSALUD aprobado en el Portal Web institucional, igualmente a través de medio formal como ejemplares impresos, cartas, memos, entre otros.) 4. Se cuenta con Plan Estratégico Institucional 2012-2016 que recoge los valores institucionales.
DEBILIDADES
1. Falta de Conocimiento de Normativa así como los mecanismos de "Protección, Incentivos y estímulos para los Funcionarios y Servidores de ESSALUD, a favor de quienes denuncien infracciones a las normas contenidas en la Ley del Código de Ética de la Función Pública. 2. Falta dar capacitación al personal de las Centros Asistenciales que conforman la Red Asistencial (limitaciones geográficas y limitaciones presupuestales impuestas por la normativa de austeridad) 3. Deficiente difusión de los valores institucionales. 4. Desconocimiento de las nuevas disposiciones y transición de la Ley N°30057, "Ley del Servicio Civil", en materia del Régimen Disciplinario y Procedimiento Sancionador.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Elaborar una estratégica de sensibilización con relación a los valores institucionales recogidos en el Plan Estratégico Institucional 2012-2016. 2. Reforzar las acciones de sensibilización que se vienen llevando a cabo con relación a la difusión del Código de Ética de la Función Pública ESSALUD. 3. Documento suscrito por los trabajadores de toda la Red Asistencial donde se plasme su conocimiento y cumplimiento de los deberes y derechos descritos en la el Código de Ética. 4. Mayor difusión de la nueva Ley N°30057" "Ley del Servicio Civil" en materia del Régimen Disciplinario y Procedimiento Sancionador, así como el Reglamento Interno de Trabajo (RIT) de ESSALUD.

1.3. Administración estratégica

FORTALEZAS
1. Se cuenta con el Plan Estratégico Institucional 2012-2016, del Seguro Social de Salud ESSALUD, que define misión, visión, objetivos estratégicos. 2. Se cuenta con el Plan Operativo Institucional para el 2015, el mismo que se encuentra alineado con el Plan Estratégico Institucional 2012-2016.
DEBILIDADES
1. Falta de estratégicas para sensibilizar al personal sobre los objetivos estratégicos incluidos en el Plan Estratégico Institucional (PEI). 2. No se han implementado estrategias de difusión al personal de los documentos de gestión institucional, teniendo un limitado conocimiento de los alcances de los documentos de gestión a fin de comprometerlos en el cumplimiento eficiente de los objetivos estratégicos y actividades programadas (Plan Estratégico, Plan Operativo). 3. Existencia de algunos colaboradores que desconocen o no tienen con claridad los conceptos de misión, visión y los objetivos institucionales, además en algunos casos de su propia unidad orgánica.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Elaborar un Plan de Difusión de los instrumentos de gestión: Plan Estratégico, Plan Operativo, a fin de comprometer al personal en el cumplimiento eficiente de los objetivos estratégicos y actividades programadas.

1.4. Estructura organizacional

FORTALEZAS
1. Existe un Manual de Organización y Funciones Vigente en la Red Asistencial Ancash aprobado con Resolución N°067-GRAAN-ESSALUD- 2013 que si bien es cierto se encuentra vigente, el mismo no se encuentra actualizado de acuerdo a las nuevas funciones consideradas en el proyecto de nuevo Reglamento de Organización y Funciones, aprobadas por la alta Dirección con Resolución Nª 147-GG-ESSALUD-2015. 2. Existencia de Normativa donde se establece los lineamientos para la implementación de una gestión por procesos en el Seguro Social de Salud (ESSALUD) Resolución N°737-GG-ESSALUD-2014. 3. En la Red Asistencial Ancash se cuenta con un Cuadro de Asignación de Personal CAP año 2012 aprobado con Resolución Nª038-PE-ESSALUD-2014.
DEBILIDADES
1. La Reorganización Institucional se encuentra en proceso, lo que origina reformular nueva estructura donde se suprimirán unidades orgánicas, creación de otras, o traslado de otras y por consiguiente funciones lo que originaría modificar y actualizar los Manuales de Organización y Funciones. 2. Aún no se ha iniciado la implementación para la Gestión por Procesos en la Red Asistencial Ancash.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Actualización de los documentos de Gestión (CAP y MOF / MPP-CPE dentro del marco de la Ley N°30057 Ley del Servicio Civil y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N°040-2014-PCM.

1.5. Administración de recursos humanos

FORTALEZAS
1. La Red Ancash cuenta con procedimiento establecido aprobado y difundido respecto a la contratación de personal, promoción, entre otros. 2. La Red Asistencial Ancash, tiene su estructura propia de Tipo B cuenta con 1,088 colaboradores 880 asistencial y 208 administrativo en todo el ámbito de la Red. 3. Cuenta con procedimiento establecido para la inducción de personal. 4. Cuenta con presupuesto aprobado para realizar el Plan de Capacitación 2015. 5. Se cuenta con Plan de Bienestar de personal. 6. Estudio de la Brecha Oferta-Demanda del personal a nivel de Red Asistencial. 7. Se cuenta con procedimientos documentales para reclutamiento y contratación de personal.
DEBILIDADES
1. El actual Cuadro de Asignación de Personal 2012 (CAP) se encuentra desactualizado, aprobado en el 2014 (Resolución de PE N°038-PE-ESSALUD-2014. 2. El Reglamento Interno de Trabajo se encuentra desactualizado y no existe concordancia en algunas normas del a Ley de Código de Ética de la Función Pública. 3. Limitado acceso a la capacitación con el apoyo de la institución (económico, facilidades en horarios, entre otras). 4. No se evalúa el clima laboral en la Red Asistencial.

5.	Insuficiente cantidad de personal para el desarrollo de las actividades estratégicas, principalmente asistenciales.

ASPECTOS A IMPLEMENTAR

1. Tener en cuenta las nuevas disposiciones contenidas en la Ley N°30057 Ley del Servicio Civil y su Reglamento aprobado por DS. N°040-2014-PCM, respecto a la Estructura Organizacional.
2. Actualizar los documentos de gestión como ROF, MOF, CAP.
3. Actualizar las normas de Capacitación incluyendo medición de desempeño y fortalecimiento de competencias del personal.
4. Actualizar el Reglamento Interno de Trabajo de acuerdo a la nueva normativa.
5. Evaluación periódica del clima laboral y planes de acción para mejora.
6. Establecer indicadores para medir desempeño del personal.

1.6. Competencia profesional

FORTALEZAS

1. Se cuenta con Manual de Perfiles Básicos de Cargos, los niveles de competencia por cada puesto de trabajo.
2. Se cuenta con Manual de Organización y Funciones en la Red Asistencial Ancash.

DEBILIDADES

1. Manual de Perfiles Básicos de los Cargos esta desactualizado.
2. El Manual de Organización y Funciones amerita ser actualizado.
3. Falta metodología para buscar fortalecer las competencias profesionales de cada área, no se evalúa el desempeño del personal.

ASPECTOS A IMPLEMENTAR

1. Se debe actualizar el ROF y MOF, Clasificador de Cargos, Manual de Perfiles, orientados a la Nueva Ley Servir, Mapeo de Puestos, MPP, entre otros.
2. Diseñar e implementar herramientas para la evaluación del desempeño de los trabajadores en las diversas áreas.

1.7. Asignación de autoridad y responsabilidad

FORTALEZAS

1. Se cuenta con Manual de Perfiles Básicos de Cargos, los niveles de competencia por cada puesto de trabajo.

DEBILIDADES

1. Manual de Perfiles Básicos de los Cargos esta desactualizado.
2. Falta metodología para buscar fortalecer las competencias profesionales de cada área, no se evalúa el desempeño del personal.

ASPECTOS A IMPLEMENTAR

1. Elaborar mapeo de puestos.
2. Elaborar registro de delegación de funciones a los órganos y funcionarios que incluya responsabilidad y rendición de cuentas.

1.8. Órgano de control institucional

FORTALEZAS

1. Existencia del área de Control Interno en la División de Planificación y Calidad de la Red Asistencial encargado de hacer el seguimiento de la implementación de recomendaciones de OCI.

DEBILIDADES

1. Algunas Unidades orgánicas muestran un distanciamiento con los aspectos relacionados a la competencia y accionar del personal del órgano de control institucional.

ASPECTOS A IMPLEMENTAR

1. Elaboración de cuadro de seguimiento de las recomendaciones emitidas por OCI.
2. Reforzar las acciones para el levantamiento de observaciones de la Red Asistencial Ancash.

2. Evaluación de riesgo

2.1. Planeamiento de gestión de riesgos

FORTALEZAS
1. Se cuenta con " Resolución N°458-2008-CG que aprueba la "Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado" donde detalla metodología respecto a la Evaluación de Riesgo que puede ser adaptada para ser aplicada en la Red Asistencial Ancash.
DEBILIDADES
1. La Red Asistencial Ancash carece de una estrategia planificada y organizada para administrar los riesgos (identificación, valoración y respuesta) sin embargo el personal realiza acciones de manera informal y/o espontanea, para identificar y responder los riesgos asociados a su labor. 2. En la mayoría de unidades orgánicas de la Red Asistencial de la Red Asistencial Ancash no cuenta documentadamente ni formalmente aspectos de Prevención de Riesgos.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Se requiere establecer de manera objetiva, con base a estadísticas, la probabilidad de ocurrencia de determinados eventos. 2. Se requiere determinar el impacto que ocasionaría de ocurrir los eventos de riesgo. 3. Se requiere establecer con mediciones Costo-beneficio la conveniencia de realizar mejoras en determinados controles. 4. Se requiere establecer los límites de aceptación de Riesgos de diferentes categorías: respecto a pérdidas patrimoniales. 5. Ejecutar cursos o capacitación en gestión de riesgos al personal y sensibilización sobre cultura de riesgos. 6. Conformar equipos de trabajo de cada unidad orgánica el que estará a cargo de desarrollar e implementar el Plan de Gestión de Riesgo. 7. Desarrollar un Plan de Gestión de Riesgos en la Red Ancash que comprendan las principales actividades que se desarrollan.

2.2. Identificación de los riesgos

FORTALEZAS
1. Existe metodología para la identificación, valoración y respuesta del Riesgo que puede ser utilizada para aplicarla en nuestra Red.
DEBILIDADES
1. No se han identificados a nivel de unidades orgánicas los riesgos significativos por cada objetivo, tanto estratégico, operativo, financiero o de cumplimiento. 2. No se cuenta con equipo especializado en riesgos a fin de evaluar e identificar los riesgos de cada proceso en la Red Asistencial.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Designar a Jefes de cada unidad orgánica a fin de determinar por áreas los riesgos de cada proceso, siguiendo una técnica y esquema para la identificación de Riesgos. 2. Conformar un equipo implementador que deberá está integrado por profesionales especializados de cada unidad orgánica.

2.3. Valoración del riesgo

FORTALEZAS
1. Existe metodología para la identificación, valoración y respuesta del Riesgo que puede ser utilizada para aplicarla en nuestra Red.
DEBILIDADES
1. No se cuenta con escala ni criterios cualitativos y cuantitativos que permita valorar los riesgos. 2. No se ha determinado ni cuantificado la posibilidad de que se presenten riesgos (probabilidad de ocurrencia) ni el efecto que pueda causar (impacto)
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Determinar y aplicar formatos y procedimientos para valorar los riesgos identificados que determine (probabilidad de ocurrencia) e (impacto).

2.4. Respuesta al riesgo

FORTALEZAS
1. Existe metodología para la identificación, valoración y respuesta del Riesgo que puede ser utilizada para aplicarla en nuestra Red.
DEBILIDADES
1. No se han establecidos las acciones necesarias (controles) en las unidades orgánicas para afrontar los riesgos evaluados.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Establecer controles para afrontar los riesgos evaluados, que deberán comprender costo-beneficio de los mismos.

3. Actividades de control gerencial

3.1. Procedimiento de autorización y aprobación

FORTALEZAS
1. La Red Asistencial Ancash cuenta con Manual de Organización y Funciones donde determina funciones de autorización y aprobación que cada trabajador debe realizar para cumplir las metas y objetivos del área que pertenece en la Red. 2. Se cuenta con un Sistema de Trámite Documentario (SIAD) mediante el cual las tareas y/o actividades son formalmente comunicadas a los funcionarios, además se establecen los días de la atención de estas.
DEBILIDADES
1. A pesar de contar con esta herramienta informática, (SIAD) no es aprovechada en su totalidad por todo el personal de la Red Asistencial Ancash, por resistencia, desinterés o desconocimiento de estas ventajas. 2. Los procedimientos de autorización y aprobación establecidos en los procesos, no han sido en su totalidad comunicados a los trabajadores. 3. Existencia de algunos procedimientos y actividades pendientes de elaborar y actualizar.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Con la aplicación de la nueva estructura organizativa del órgano desconcentrado en la Red Asistencial se hará entrega del documento de gestión que detallen sus funciones, actividades y tareas a través de sus jefaturas solicitando el cargo de recepción.

3.2. Segregación de funciones

FORTALEZAS
1. En el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) y en el Manual de Organización y Funciones (MOF) están delimitadas las atribuciones, funciones, tareas de las labores que realizan los trabajadores de acuerdo s a su unidad orgánica, por lo que queda definido estructuralmente la segregación de funciones.
DEBILIDADES
1. Ausencia de una política de rotaciones periódicas del personal que ocupan puestos susceptibles a riesgos de fraude.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Establecer procedimientos para que se implemente la rotación periódica del personal asignado a puestos susceptibles a riesgo de fraude (manejo de dinero o bienes, conciliaciones bancarias, ajustes de inventarios, adquisiciones, entre otros.

3.3. Evaluación de costo-beneficio

FORTALEZAS
1. No se cuenta.

DEBILIDADES
1. No se cuenta con política formal y procedimientos de revisión de los controles existentes, ni de Evaluación de coso beneficio antes de la implementación de una actividad o procedimiento de control.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Establecer lineamientos documentados para la realización de análisis de Evaluación de Costo-Beneficio.

3.4. Controles sobre accesos y recursos

FORTALEZAS
1. Se cuenta con Normas y Directivas: ▪ Directiva N°001-GG-ESSALUD-2014 Gestión de la Historia Clínica de los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud-ESSALUD. ▪ Directiva N°005-GC-ESSALUD-2003 Normas para el uso y Administración del Correo electrónico. ▪ Directiva N°001-GCOI-ESSALUD-2003 Normas para brindar seguridad los servidores de las Red de Informática. ▪ Directiva N°003-GCIN-ESSALUD-2001 Normas para el Uso de PCs y Periféricos en ESSALUD. ▪ Directiva N°00-GCIN-ESSALUD-200 Normas para la Administración de Recursos Patrimoniales.
DEBILIDADES
1. Si bien es cierto tenemos normativa al respecto pero es preciso establecer estrategias para fortalecer las normas y actualizarla. 2. Los ambientes o áreas de almacenamiento de archivos de las unidades orgánicas (archivos de gestión o secretariales), no son los más adecuados para un efectivo control de la documentación debido a los espacios reducidos.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Establecer controles para resguardar los accesos de la información de la Red Asistencial Ancash así como entrada, salida y mantenimiento de los recursos y archivos.

3.5. Verificaciones y conciliaciones

FORTALEZAS
1. Las unidades orgánicas que conforman la red asistencial Ancash, verifican sus actividades y tareas, en base a documentos normativos que los guían.
DEBILIDADES
1. Las unidades orgánicas que conforman la red asistencial Ancash, verifican sus actividades y tareas, en base a documentos normativos que los guían, al carecer de una gestión por procesos a nivel institucional, quedando como una acción individual mas no sistémica e integrada.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Elaborar procedimientos de "Verificación y conciliación mensual por áreas" en los procedimientos relacionados con los ingresos y gastos de la Red Asistencial Ancash. 2. Elaborar procedimientos de Seguimiento y Control de Contratos.

3.6 Evaluación de desempeño

FORTALEZAS
1. La Red Asistencial Ancash cuenta con una herramienta de medición institucional de los indicadores de gestión los mismos que son evaluados periódicamente y son difundidos al personal.
DEBILIDADES
1. Existe debilidad en la formulación de la evaluación de desempeño, toda vez que no ha sido concebida como un proceso.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Definir un proceso de evaluación de desempeño que considere lo siguiente: ▪ Identificar el flujo de los procesos a evaluar.

- Identificar las actividades críticas.
- Establecer metas de desempeño concordadas con las unidades orgánicas.
- Medir el desempeño a distintos niveles e identificar responsables de las distintas etapas del proceso.

3.7 Rendición de Cuentas

FORTALEZAS

1. Se cuenta con lineamientos de rendición de cuentas realizados por el personal y que parten de los procedimientos establecidos: Entrega y Rendición de Viáticos por comisión de servicio, entre otros. Las rendiciones de cuentas del personal, se encuentran orientadas a uso de viáticos y gastos menores. (Directiva de Viáticos N°001-PE.ESSALUD-2014, Resolución PE-ESSALUD-2013.
2. Otra fortaleza es presentar una Menoría institucional anualmente en la que se brinda información de la gestión y logro de objetivos institucionales.

DEBILIDADES

1. En algunas ocasiones la información financiera y presupuestal no está debidamente actualizada.
2. Algunas unidades no presentan oportunamente la información requerida para las rendiciones.

ASPECTOS A IMPLEMENTAR

1. Es necesario priorizar el tema de Rendición de Cuentas a todo el personal en todos los niveles con estrategias de difusión y sensibilización en los procedimientos y lineamientos internos.
2. La Administración deberá seguir con la política de exigir periódicamente la presentación de Declaraciones Juradas al personal.

3.8 Documentación de procesos, actividades y tareas

FORTALEZAS

1. El módulo de normatividad en la Intranet Institucional contiene Directivas, Guías, Instructivos, Reglamentos, Manuales, Resoluciones y documentos de gestión institucional para aplicación y consulta.
2. Las unidades orgánicas y su personal, tiene registro de las actividades que rigen su accionar y del rol que les corresponde para el cumplimiento de los objetivos.

DEBILIDADES

1. Aun no se ha implementado en la Red Asistencial Ancash, la Gestión por Procesos.
2. No se cuenta con un Mapa General de Procesos y procesos operativos con los sub procesos asociados.
3. A nivel del personal de las unidades y áreas no existe evidencia tangible que esto se realice de manera programada y organizada.

ASPECTOS A IMPLEMENTAR

1. Dar inicio a Implementar en la Red Asistencial Ancash la Gestión por Procesos en todas las unidades Orgánica.

3.9 Revisión de procesos, actividades y tareas

FORTALEZAS

1. Algunas unidades de la Red Asistencial Ancash revisan las actividades que desarrollan para verificar que se ejecuten de acuerdo con lo establecido en los Planes, Reglamentos, Guías, directivas, entre otros, los mismos que se revisan periódicamente.

DEBILIDADES

1. Existe un porcentaje significativo de la Red Asistencial Ancash que conoce poco o nada de la aplicación del Enfoque de Procesos y la Mejora Continua.
2. Si bien las unidades revisan el desarrollo de las actividades, no cuentan con procedimientos que orienten dicha revisión, no realizándola de manera sistémica no encontrando documentación aprobada que sustente.

ASPECTOS A IMPLEMENTAR

1. Priorizar la capacitación y sensibilización masiva del personal de la Red Asistencial Ancash en los temas de Procesos y Mejora Continua.

3.10 Controles de tecnologías de la información y comunicaciones

FORTALEZAS
1. Se cuenta con controles y medidas de seguridad para cautelar el acceso a los sistemas y fuentes de datos informáticos a nivel institucional e individual.
DEBILIDADES
1. Existe desconocimiento y distanciamiento de los directivos de las unidades orgánicas sobre la implementación de controles para las tecnologías de la información y comunicación, pues consideran que es de competencia exclusiva de la Oficina de Soporte Informático. 2. Existen debilidades como no contar con sistemas suficientes para automatizar todos los procesos. 3. Existe falta de planificación previa sobre las necesidades de automatización de las áreas. 4. No existe actividades de capacitación en tecnologías dela información al personal de la institución o en algunos casos es restringida y limitada.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Es necesario reforzar con capacitación intensa el manejo del sistema de información con que se cuenta para incentivar su uso eficaz.

4. Información y comunicación

4.1 Funcionamiento y características de la información

FORTALEZAS
1. Los accesos de a información cuenta con niveles establecidos, a acordes con la función del personal. 2. Existe un reconocimiento de la selección y análisis de la información para la toma de decisiones.
DEBILIDADES
1. No se han emitido normas sobre el buen uso de los canales de comunicación, correo electrónico, memorandos, informes, cartas. 2. En algunos casos la información requerida por la Gerencia no siempre es atendida por parte de las áreas con la oportunidad y la rapidez que se requiere.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Es necesario reforzar con capacitación intensa el manejo del sistema de información con que se cuenta para incentivar su uso eficaz. 2. Elaborar normativa para la organización de Archivos digitales, mediante herramientas de contenido, clasificación, entre otros.

4.2 Información y responsabilidad

FORTALEZAS
1. Se tienen los niveles de acceso claramente delimitados y a cada empleado se le ha establecido un perfil para acceder a la información que le es pertinente conocer para gestionar sus funciones de manera suficiente.
DEBILIDADES
1. No se tiene una política y/o procedimiento para el uso adecuado del tipo de información que indique las características de la información, indicando áreas, tipo de información/reporte, responsable, características y frecuencias.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Es necesario mejorar la comunicación entre áreas para lograr resultados como equipo. 2. Es necesario diseñar formatos para uniformizar cierta información solicitada.

4.3 Calidad y suficiencia de la información

FORTALEZAS
1. Las unidades orgánicas reconocen la información que maneja la institución como útil, oportuna sobre todo las utilizadas en áreas asistenciales y administrativas. 2. El Sistema de trámite dentro de sus bondades tiende a que los documentos se organicen digitalmente por expediente, es decir toda la documentación referida a un tema en particular está organizada dentro de un mismo expediente digital número de (NIT), lo que facilita la revisión de los antecedentes desde su origen de manera oportuna y pertinente.
DEBILIDADES
1. Existe un incumplimiento parcial de las bondades del uso del sistema de trámite. 2. Falta de asignación de responsabilidades en algunos de los procedimientos.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Se requiere implementar mecanismos que aseguren la calidad de la información. 2. Es necesario capacitar en las funciones que les competen a cada nuevo integrante vertiendo el número de horas necesarias para lograr su inserción efectiva.

4.4 Sistema de información

FORTALEZAS
1. Se cuenta con información sobre los avances en el cumplimiento del Plan Estratégico y Plan Operativo, así como de los avances y resultados de mayor significación en la web del Intranet de ESSALUD. 2. Se cuenta con normativa para regular los controles de claves de acceso, políticas de acceso a Internet, a correo electrónico, cuentas de usuario en la red informática, uso de estaciones de trabajo.
DEBILIDADES
1. El personal de la Red Asistencial percibe que no existe una práctica de recoger reclamos de sugerencias de mejora.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Es necesario actualizar y revisar normativa en relación a las claves de acceso, políticas de acceso a Internet, a correo electrónico, cuentas de usuario en la red informática, uso de estaciones de trabajo.

4.5 Flexibilidad al cambio

FORTALEZAS
1. En la Red Asistencial Ancash las diferentes áreas han definido su comunicación interna.
DEBILIDADES
1. No se cuenta con políticas y procedimientos para la revisión periódica, actualización, capacitación y difusión de los sistemas de información implementados en la Red Asistencial Ancash.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Es necesaria una actualización constante de los procesos de los sistemas de información con su respectiva documentación.

4.6 Archivo institucional

FORTALEZAS
1. A nivel institucional se han emitido políticas referidas a la conservación de archivos físicos y magnéticos. 2. En los establecimientos de la Red Asistencial Ancash se cuenta con un área encargada de administrar la documentación e información generada.
DEBILIDADES

1. Los ambientes utilizados para el archivo institucional tienen una ubicación y acondicionamiento inadecuado. 2. El personal responsable todavía no ha asimilado la aplicación de la normativa referida a la transferencia de documentos al Archivo Central.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Establecer estrategias para la aplicación de la normativa interna referida a la transferencia de documentos de archivo al Archivo Central. 2. Formar comité encargado de hacer la transferencia. 3. Realizar las gestiones necesarias a fin de hacer la transferencia al archivo central 4. Constante orientación en materia de archivo central a los encargados de los archivos de cada unidad orgánica.

4.7 Comunicación interna

FORTALEZAS
1. La Red Asistencial cuanta con un Sistema de Tramite (Manual del Usuario del Sistema de Tramite Documentario SIAD-18/05/2009).
DEBILIDADES
1. No se cuenta con mecanismos y procedimientos para la denuncia de actos indebidos por parte del personal. 2. No se tiene categorización clara de cuáles son los actos indebidos.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Incluir en el Mapa de Procesos o identificar las líneas y flujos de comunicación interna para cada proceso y procedimiento con sus controles respectivos.

4.8 Comunicación externa

FORTALEZAS
1. Se cuenta con procedimientos que garantizan el acceso y requerimiento de la información pública.
DEBILIDADES
1. La página WEB se actualiza con regularidad sobre las actividades institucionales referidas mayormente a proyectos a nivel nacional.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Relaciones Institucionales de la Red Asistencial Ancash deberá implementar un procedimiento para pronunciamientos de la Red ante la comunidad y público en general.

4.9 Canales de comunicación

FORTALEZAS
1. Se cuenta con el canal documentario (memorando, cartas, boletines, entre otros), correo electrónico, líneas de telecomunicaciones como son teléfono, celulares para los directivos y jefes (RPM)
DEBILIDADES
2. La política institucional relativa a la comunicación interna (memorando, cartas, boletines, entre otros) no está estandarizada. 3. La comunicación y coordinación existente entre las unidades de la entidad no fluye de manera clara, ordenada dificultando una atención oportuna de los requerimientos.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Estandarizar algunos documentos que tenga frecuencia en su presentación, indicando plazos fechas, Nº de copias, a quien van dirigidas, respetando los niveles de coordinación y supervisión.

5 Supervisión

5.1 Actividades de prevención y monitoreo

FORTALEZAS
1. No se cuenta
DEBILIDADES
1. Las unidades reconocen que no cuentan con procedimientos para ordenar las recomendaciones y su implementación de forma que se pueda monitorear. 2. Se agudiza esta situación la escasez de recursos (logísticos, presupuestales, recursos humanos, entre otros)
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Elaborar un procedimiento que regule el registro y comunicación de las deficiencias detectadas en el seguimiento continuo y evaluaciones.

5.2 Seguimiento de resultados

FORTALEZAS
1. No se cuenta
DEBILIDADES
1. Deficiencias en la comunicación de problemas detectados no se registran y no se comunican oportuna y adecuadamente a los responsables. 2. Existe en algunas áreas falta de interés por realizar el seguimiento a la implementación de mejoras y recomendaciones propuestas por el Órgano de Control Institucional, el compromiso de mejoramiento es limitado pues persisten y se repiten aspectos observados.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Elaborar un procedimiento que regule el registro y comunicación de las deficiencias detectadas en el seguimiento continuo y evaluaciones.

5.3 Compromisos de mejoramiento

FORTALEZAS
1. No se cuenta
DEBILIDADES
1. No existe mecanismos oficializados a nivel institucional. 2. Respecto de la capacitación en Control Interno, existe reparos del personal en reconocer como válida la capacitación proporcionada vía medios virtuales (Intranet) sobre el tema. 3. No existe participación activa en la identificación y evaluación del personal, esta situación afecta la retroalimentación correspondiente.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Elaborar un procedimiento para efectuar autoevaluaciones y emisión de informes de Autoevaluaciones en forma semestral del Sistema de Control Interno (SCI). 2. Elaborar un procedimiento para el registro, seguimiento e implementación de las medidas correctivas de los órganos de control.

VII. RESUMEN DE LOS ASPECTOS A IMPLEMENTAR

1. Ambiente de control

FILOSOFÍA DE DIRECCIÓN
1. Incluir en el Plan de Capacitación, cursos con relación al Sistema de Control Interno, a través de (Charas, reuniones, cursos entre otros.) a efectos de actualizar los conocimientos adquiridos y brindar capacitación al personal nuevo y al de los Centros que conforman la Red Asistencial Ancash. 2. Intensificar las acciones de difusión y reforzar la capacitación en toda la Red Asistencial Ancash.
INTEGRIDAD Y VALORES ÉTICOS
1. Elaborar una estratégica de sensibilización con relación a los valores institucionales recogidos en el Plan Estratégico Institucional 2012-2016. 2. Reforzar las acciones de sensibilización que se vienen llevando a cabo con relación a la difusión del Código de Ética de la Función Pública ESSALUD. 3. Mayor difusión de la nueva Ley N°30057" "Ley del Servicio Civil" en materia del Régimen Disciplinario y Procedimiento Sancionador, así como el Reglamento Interno de Trabajo (RIT) de ESSALUD.
ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA
1. Elaborar un Plan de Difusión de los instrumentos de gestión: Plan Estratégico, Plan Operativo, a fin de comprometer al personal en el cumplimiento eficiente de los objetivos estratégicos y actividades programadas.
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL
1. Actualización de los documentos de Gestión (CAP y MOF / MPP-CPE dentro del marco de la Ley N°30057 Ley del Servicio Civil y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N°040-2014-PCM.
ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
1. Tener en cuenta las nuevas disposiciones contenidas en la Ley N°30057 Ley del Servicio Civil y su Reglamento aprobado por DS. N°040-2014-PCM, respecto a la Estructura Organizacional. 2. Actualizar las normas de Capacitación incluyendo medición de desempeño y fortalecimiento de competencias del personal. 3. Evaluación periódica del clima laboral y planes de acción para mejora. 4. Establecer indicadores para medir desempeño del personal.
COMPETENCIA PROFESIONAL
1. Se debe actualizar el ROF y MOF, Clasificador de Cargos, Manual de Perfiles, orientados a la Nueva Ley Servir, Mapeo de Puestos, MPP, entre otros. 2. Diseñar e implementar herramientas para la evaluación del desempeño de los trabajadores en las diversas áreas. 3. Actualizar normas de capacitación mantener el nivel de competencia de los trabajadores.
ASIGNACIÓN DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD
1. Elaborar registro de delegación de funciones a los órganos y funcionarios que incluya responsabilidad y rendición de cuentas.
ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL
1. Elaboración de cuadro de seguimiento de las recomendaciones emitidas por OCI. 2. Reforzar las acciones para el levantamiento de observaciones de la Red Asistencial Ancash.

2. Evaluación de riesgo

PLANEAMIENTO DE GESTIÓN DE RIESGO
1. Se requiere establecer de manera objetiva, con base a estadísticas, la probabilidad de ocurrencia de determinados eventos. 2. Se requiere determinar el impacto que ocasionaría de ocurrir los eventos de riesgo. 3. Se requiere establecer con mediciones Costo-beneficio la conveniencia de realizar mejoras en determinados controles. 4. Se requiere establecer los límites de aceptación de Riesgos de diferentes categorías: respecto a pérdidas patrimoniales. 5. Ejecutar cursos o capacitación en gestión de riesgos al personal y sensibilización sobre cultura de riesgos. 6. Conformar equipos de trabajo de cada unidad orgánica el que estará a cargo de desarrollar e implementar el Plan de Gestión de Riesgo. 7. Desarrollar un Plan de Gestión de Riesgos en la Red Ancash que comprendan las principales actividades que se

desarrollan.
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS
1. Designar a Jefes de cada unidad orgánica a fin de determinar por áreas los riesgos de cada proceso, siguiendo una técnica y esquema para la identificación de Riesgos. 2. Conformar un equipo implementador que deberá está integrado por profesionales especializados de cada unidad orgánica.
VALORACIÓN DE RIESGO
1. Determinar y aplicar formatos y procedimientos para valorar los riesgos identificados que determine (probabilidad de ocurrencia) e (impacto).
RESPUESTA AL RIESGO
1. Establecer controles para afrontar los riesgos evaluados, que deberán comprender costo-beneficio de los mismos.

3. Actividades de control gerencial

PROCEDIMIENTOS DE AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN
1. Con la aplicación de la nueva estructura organizativa del órgano desconcentrado en la Red Asistencial se hará entrega del documento de gestión que detallen sus funciones, actividades y tareas a través de sus jefaturas solicitando el cargo de recepción.
SEGREGACIÓN DE FUNCIONES
1. Establecer procedimientos para que se implemente la rotación periódica del personal asignado a puestos susceptibles a riesgo de fraude (anejo de dinero o bienes, conciliaciones bancarias, ajustes de inventarios, adquisiciones, entre otros.
EVALUACIÓN DE COSTO BENEFICIO
1. Establecer lineamientos documentados para la realización de análisis de Evaluación de Costo-Beneficio.
CONTROLES SOBRE LOS ACCESOS A LOS RECURSOS O ARCHIVOS
1. Establecer controles para resguardar los accesos de la información de la Red Asistencial Ancash así como entrada, salida y mantenimiento de los recursos y archivos.
VERIFICACIONES Y CONCILIACIONES
1. Elaborar procedimientos de "Verificación y conciliación mensual por áreas" en los procedimientos relacionados con los ingresos y gastos de la Red Asistencial Ancash. **2.** Elaborar procedimientos de Seguimiento y Control de Contratos.
EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO
1. Definir un proceso de evaluación de desempeño que considere lo siguiente: ▪ Identificar el flujo de los procesos a evaluar. ▪ Identificar las actividades críticas. ▪ Establecer metas de desempeño concordadas con las unidades orgánicas. ▪ Medir el desempeño a distintos niveles e identificar responsables de las distintas etapas del proceso.
RENDICIÓN DE CUENTAS
1. Es necesario priorizar el tema de Rendición de Cuentas a todo el personal en todos los niveles con estrategias de difusión y sensibilización en los procedimientos y lineamientos internos. 2. La Administración deberá seguir con la política de exigir periódicamente la presentación de Declaraciones Juradas al personal.
DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS, ACTIVIDADES Y TAREAS
1. Dar inicio a Implementar en la Red Asistencial Ancash la Gestión por Procesos en todas las unidades Orgánica.
CONTROLES PARA LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN
1. Es necesario reforzar con capacitación intensa el manejo del sistema de información con que se cuenta para incentivar su uso eficaz.

4. Información y comunicación

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN
1. Es necesario reforzar con capacitación intensa el manejo del sistema de información con que se cuenta para incentivar su uso eficaz
INFORMACIÓN Y RESPONSABILIDAD
1. Es necesario mejorar la comunicación entre áreas para lograr resultados como equipo 2. Es necesario diseñar formatos para uniformizar cierta información solicitada.
CALIDAD Y SUFICIENCIA DE LA INFORMACIÓN
1. Se requiere implementar mecanismos que aseguren la calidad de la información. 2. Es necesario capacitar en las funciones que les competen a cada nuevo integrante vertiendo el número de horas necesarias para lograr su inserción efectiva.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN
1. Es necesario actualizar y revisar normativa en relación a las claves de acceso, políticas de acceso a Internet, a correo electrónico, cuentas de usuario en la red informática, uso de estaciones de trabajo.
FLEXIBILIDAD AL CAMBIO
1. Es necesaria una actualización constante de los procesos con su respectiva documentación.
ARCHIVO INSTITUCIONAL
1. Formar comité encargado de hacer la transferencia. 2. Realizar las gestiones necesarias a fin de hacer la transferencia al archivo central 3. Constante orientación en materia de archivo central a los encargados de los archivos de cada unidad orgánica
COMUNICACIÓN INTERNA
1. Incluir en el Mapa de Procesos o identificar las líneas y flujos de comunicación interna para cada proceso y procedimiento con sus controles respectivos.
COMUNICACIÓN EXTERNA
1. Relaciones Institucionales de la Red Asistencial Ancash deberá implementar un procedimiento para pronunciamientos de la Red ante la comunidad y público en general.
CANALES DE COMUNICACIÓN
1. Estandarizar algunos documentos que tenga frecuencia en su presentación, indicando plazos fechas, Nº de copias, a quien van dirigidas, respetando los niveles de coordinación y supervisión.

5. Supervisión

ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y MONITOREO
1. Elaborar un procedimiento que regule el registro y comunicación de las deficiencias detectadas en el seguimiento continuo y evaluaciones.
SEGUIMIENTO DE RESULTADOS
1. Elaborar un procedimiento que regule el registro y comunicación de las deficiencias detectadas en el seguimiento continuo y evaluaciones.
COMPROMISOS DE MEJORAMIENTO
1. Elaborar un procedimiento para efectuar autoevaluaciones y emisión de informes de Autoevaluaciones en forma semestral del Sistema de Control Interno (SCI). 2. Elaborar un procedimiento para el registro, seguimiento e implementación de las medidas correctivas de los órganos de control y seguimiento de recomendaciones.

VIII. CONCLUSIONES

1. El **Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Ancash** alcanza un nivel de desarrollo **INSUFICIENTE** con un valor alcanzado de **(2.52)** con diferencias entre los componentes que lo conforman.

2. Los cinco componentes que conforman el Sistema de Control Interno alcanzan el grado de implementación y/o desarrollo que se muestra en la siguiente tabla:

COMPONENTE	VALOR	GRADO DE DESARROLLO
IAMBIENTE DE CONTROL	2.91	INSUFICIENTE
EVALUACIÓN DE RIESGOS	1.88	INSUFICIENCIA CRITICA
ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	2.67	INSUFICIENTE
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	2.60	INSUFICIENTE
SUPERVISIÓN	2.54	INSUFICIENTE
RED ASISTENCIAL ANCASH	**2.52**	**INSUFICIENTE**

3. Los situación de los cinco componentes fue la siguiente:

   3.1. El componente **Ambiente de Control (2.91)** presenta un nivel **INSUFICIENTE**, debido a los subcomponentes de administración estratégica, administración de recursos humanos, asignación de funciones y responsabilidad, y Órgano de Control Institucional; sin embargo, en filosofía de la dirección, integridad y valores éticos, estructura organizacional y competencia profesional, presenta un nivel **ADECUADO**.

   3.2. El componente **Evaluación de Riesgos (1.88)** presenta un nivel **INSUFICIENCIA CRÍTICA,** debido a que no maneja una Política de Administración de Riesgo que le permita identificar oportunidades para un mejor control de sus objetivos y procesos.

   3.3. El componente **Actividades de Control Gerencial (2.67)** presenta un Nivel de **INSUFICIENTE**, debido principalmente a que existe una incapacidad de poder gestionar adecuadamente por no contar con información objetiva y oportuna sobre el comportamiento de sus procesos y a la imposibilidad de mantenerlos bajo Control al no existir Indicadores de desempeño implementados.

   3.4. El componente **Información y Comunicación (2.60)** presenta un nivel **INSUFICIENTE,** debido principalmente a que no cuenta con métodos, procesos, canales y acciones con enfoque sistémico que permitan regular y aseguren un flujo de información adecuada para la toma de decisiones.

   3.5. El componente **Supervisión (2.54)** presenta un nivel de **INSUFICIENTE**, debido principalmente a que las herramientas de seguimiento y de mejora no han sido implementadas adecuadamente y no se realiza en forma planificada ni sistémica, por lo que la supervisión que se lleva a cabo no está relacionada al logro de objetivo ni mejora del desempeño.

En términos generales, el promedio de todos los componentes está en etapa inicial, esto es debido a que se encuentra en un proceso nuevo y en redefinición de sus instrumentos normativos y de gestión, así como de sus competencias.

IX. RECOMENDACIONES

1. Sobre la base del resultado del diagnóstico realizado, se ha elaborado un "Plan de Trabajo para implementar el Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Ancash de ESSALUD", que se remite adjunto para su evaluación, aprobación y ejecución, recomendando iniciar por aquellos aspectos con alta prioridad (insuficiencia crítica).

2. Programar charlas de sensibilización y capacitación dirigido a los trabajadores de la Red Asistencial Ancash sobre Control Interno, Gestión por Procesos y Herramientas de Mejora.

3. Fortalecer el Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Ancash, ya que la utilización eficiente de sus herramientas permitirá un mejor control y retroalimentación con cada uno de los procesos, sobre todo aquellos que están interactuando con el asegurado.

4. Implementar un Sistema de Control Interno bajo un enfoque integral de gestión por procesos, por lo que se sugiere solicitar al órgano central competente, brinde las pautas a seguir en la etapa de redefinición de competencias e instrumentos de gestión.

Dr. Jorge Campos Echeandía
GERENTE
RED ASISTENCIAL ANCASH
EsSalud

Ing. Carlos Machado Chávez
Jefe Oficina de Planeamiento y Calidad
RED ASISTENCIAL ANCASH
EsSalud

Dr. Mariano F. Quiñonez Ortiz
C.A.S. Reg. 256
Representante Legal
EsSalud

Lic. Jaime Rivera Guevara
JEFE DE LA OFICINA ADMINISTRACIÓN
RED ASISTENCIAL ANCASH
EsSalud

Dra. Ana Vidaurre Torres
CMP 36525 RNE 17414
JEFE DEPARTAMENTO MEDICINA
HOSPITAL III - CHIMBOTE - RAAN
EsSalud