

CENTRO NACIONAL DE SALUD RENAL

ESSALUD

INFORME DEL DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

2015



"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"
Informe de Diagnóstico de Control Interno

Síntesis Gerencial

Con Resolución de Contraloría N° 458-2008-CG, se aprueba la "Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado", estableciéndose que las entidades deben implementar el Sistema de Control Interno (SCI), y posteriormente emitir un informe con los resultados de la implementación, producto de su autoevaluación, señalando los avances logrados.

Como punto de partida de la implementación del Sistema de Control Interno y en base a lo establecido en la Guía referida se aplicó la encuesta el "listado de verificación de los componentes de control interno" a una muestra de trabajadores por cada unidad Orgánica del Centro Nacional de Salud Renal el mismo que ha permitido elaborar el diagnóstico situacional del Sistema Control Interno.

A nivel general, el SCI de CNSR alcanza un nivel de desarrollo *Insuficiente*, en los componentes: *Ambiente de Control*, Evaluación de Riesgos, Ambiente de Control Gerencial, Información y Comunicación y Supervisión.

Los principales resultados obtenidos por componentes, son los siguientes:

- i) En *Ambiente de Control* se tiene una actitud positiva hacia el control interno, habiéndose generado condiciones iniciales para su implementación. Sin embargo, la estructura organizacional y la administración de recursos humanos muestran críticas, toda vez que se carece de herramientas de gestión (ROF, MOF, CAP, manual de procesos) acordes a las actuales necesidades institucionales.

Esto constituye uno de los mayores problemas institucionales y su atención es urgente.

- ii) *Evaluación de Riesgos* es el más crítico, debido a la ausencia de una estrategia planificada para administrar los riesgos, que contemple las etapas de identificación, valoración y respuesta. Las acciones que se realizan al respecto responden a la iniciativa y al enfoque de las distintas unidades.

Es importante mencionar que al tenerse objetivos y metas institucionales definidas, existe la condición previa para implementar una evaluación de riesgos.

- iii) Sobre las *Actividades de Control* se efectúan procedimientos de autorización, aprobación, verificación y conciliación en las diferentes actividades que realizan las unidades orgánicas consignados en manuales, guías, etc.), no obstante, estos requieren ser complementados e integrados a una gestión por procesos, para desarrollarse de manera planificada y sistemática.
- iv) En relación a *Información y Comunicación* se reconoce que la información disponible aporta en la toma de decisiones, y que se cuentan con mecanismos y procedimientos de comunicación interna y externa, para asegurar un eficiente flujo de la información, tanto entre las distintas unidades orgánicas como con los grupos de interés.

- v) Respecto a *Supervisión*, se tiene un escaso reporte y comunicación de deficiencias y problemas detectados en el monitoreo, sin embargo el grado de compromiso para lograr el levantamiento de las mismas y asumir responsabilidad, requiere reforzarse. Por otra parte, es necesario contar con procedimientos para ordenar e implementar las recomendaciones, y con mecanismos oficializados para autoevaluar la gestión. Las diferentes unidades y áreas realizan esta labor de manera individual.

Sobre la base de estos resultados, se identificaron los aspectos a implementar por cada componente y subcomponente, estableciendo un nivel de prioridad para implementarlos, basado en su repercusión en el desarrollo de las actividades estratégicas y operativas de toda la institución (destacando la gestión basada en procesos, herramientas de gestión a nivel institucional, políticas de recursos humanos, entre otras).



INDICE

- I. Antecedentes
 - 1. Origen
 - 2. Objetivo
 - 3. Alcance
- II. Base Legal
- III. Diagnóstico del Sistema de Control Interno
 - 1. Ambiente de control
 - 2. Evaluación de riesgos
 - 3. Actividad de control
 - 4. Información y comunicación
 - 5. Supervisión
- IV. Aspectos a Implementar
 - 1. Ambiente de control
 - 2. Evaluación de riesgos
 - 3. Actividad de control
 - 4. Información y comunicación
 - 5. Supervisión
- V. Conclusiones
- VI. Recomendaciones

Anexos



I. ANTECEDENTES

El Centro de Hemodiálisis, abre sus puertas el 14 de Julio de 1994, teniendo por Misión lo siguiente:

- “Otorgar tratamiento especializado a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, con personal multidisciplinario y equipos de alta tecnología, ofreciendo eficiencia, calidad y calidez en sus servicios para lograr una rehabilitación que mejore la calidad de vida de los pacientes.
- Estandarizar los procesos del tratamiento brindando capacitación, apoyo y asesoramiento técnico y operativo en Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal a nivel nacional.
- Administra y supervisa la eficiencia y calidad del tratamiento brindado por los Servicios Contratados de Hemodiálisis.”

El Centro de Hemodiálisis es nombrado como Centro Normativo con Resolución de Presidencia Ejecutiva N°001-PE-IPSS-1995.

El 13 de Julio del año 2007 mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N°426-PE-ESSALUD-2007, se otorga al Centro de Hemodiálisis la nueva denominación de Centro Nacional de Salud Renal (CNSR), es el Órgano desconcentrado de ESSALUD, integrante de la Red de Prestaciones de Salud de alta complejidad del III nivel de atención, que brinda prestaciones de diálisis a los asegurados y derechohabientes con Enfermedad Renal Crónica que les son referidos de las Redes Asistenciales de Lima, controla y evalúa el desarrollo del sistema de atención integral de la enfermedad Renal Crónica tecnológica para dicha especialidad.

1.1 Origen

De acuerdo a lo establecido en el artículo N° 4 de la ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado implantan obligatoriamente sistema de control interno en sus procesos, actividades, recursos, operaciones y actos institucionales, orientando su ejecución a la promoción y optimización de la eficiencia, eficacia, transparencia y economía de sus operaciones, la calidad de los servicios que presta, así como el fomento e impulso de la práctica de valores institucionales, entre otros.

La Alta Dirección del Seguro Social de Salud (ESSALUD), en cumplimiento de la Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado, Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG, que aprueba las Normas de Control Interno, asumió el compromiso de implantar en la organización el Sistema de Control interno. Para este efecto se aplicó a una muestra de colaboradores de cada Unidad Orgánica la encuesta respecto a la lista de verificación, el cual ha permitido formular el diagnóstico situacional de control interno, don de se determina las brechas existentes y que conduzca al establecimiento de los lineamientos, políticas y controles necesarios para la implementación del Sistema de Control Interno.

En este marco, y de acuerdo a los lineamientos y procedimientos contenidos en la “Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado” aprobada por Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG, se expidió la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 522-PE-ESSALUD-2013, que dispone la constitución de Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno en los Órganos Desconcentrados del Seguro Social de Salud (ESSALUD). Asimismo en dicho acto resolutorio se establece su composición, la disposición de suscripción de un Acta de Compromiso por parte de los principales funcionarios del Órgano Desconcentrado.

Con Resolución de Gerencia del Centro Nacional de Salud Renal N° 73-CNSR-ESSALUD-2013, se aprobó la conformación del Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Centro Nacional de Salud Renal, así como la difusión del Acta de Compromiso de Implementación del Sistema de Control Interno, quedando colegiado como sigue:

- Gerente del Centro Nacional de Salud Renal quién lo preside.
- Jefe de la Oficina de Planificación y Calidad del Centro Nacional de Salud Renal – Secretario Técnico.



"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

- Jefe de la Oficina de Administración del Centro Nacional de Salud Renal.
- Jefe del Departamento de Diálisis del Centro Nacional de Salud Renal.
- Jefe de la Oficina de Servicios Contratados del Centro Nacional de Salud Renal.
- Jefe del Servicio de Enfermería del Centro Nacional de Salud Renal.
- Profesional del Centro Nacional de Salud Renal.

Se coordinó con la Secretaria General para desarrollar la charla de sensibilización al personal del Centro Nacional de Salud Renal sobre la normativa e importancia de Control Interno en las instituciones públicas. Asimismo el 12 de diciembre del año 2014, se llevó a cabo la "Jornada de Sensibilización del Sistema de Control interno", en el nivel central dirigida a la plana ejecutiva de los Órganos Centrales, con la participación de la plana ejecutiva y colaboradores de los órganos desconcentrados, a través del sistema de videoconferencia, de dicha actividad el personal del Centro Nacional de Salud Renal participo.

Mediante Acta N° de fecha se acordó que la Oficina de Planificación y Calidad conjuntamente con el personal de la Oficina de Servicios Contratados debe aplicarse la encuesta de la Lista de Verificación a una muestra de colaboradores del Centro.

En ese contexto con Carta N° 01-SCCI-CNSR-ESSALUD-2015, se solicito a las Unidades Orgánicas del CNSR, para la aplicación de la encuesta de lista de verificación a una muestra de sus colaboradores.

El procesamiento y análisis de la información estuvo a cargo de la Oficina de Planificación y Calidad con el apoyo del personal de la Oficina de Servicios Contratados, culminando el procesamiento y análisis de la encuesta, el cual ha permitido elaborar el cronograma de trabajo para la implementación del sistema de control interno en el CNSR.



1.2 Objetivo

Presentar el estado situacional actual del Sistema de Control Interno en el Centro Nacional de Salud Renal, como parte de la fase de la planificación, que permita iniciar el proceso de implementación de control interno.

1.3 Alcance

El presente informe se ha realizado en base a la encuesta "Lista de Verificación" aplicada a una muestra de colaboradores por cada unidad orgánica en el Centro Nacional de Salud Renal del Seguro Social de Salud (ESSALUD).

II. BASE LEGAL

- a) Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud-ESSALUD y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR, modificado por Decretos Supremos Nros. 002-2004-TR y 025-2007-TR.
- b) Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento, Decreto Supremo N° 009-97-SA; DS N° 001-98-SA; Ampliatorias y Complementarias.
- c) Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014, que aprueba la nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD.
- d) Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 426-PE-ESSALUD-2007, que cambia la denominación de Centro de Hemodiálisis por el de Centro Nacional de Salud Renal y aprueba la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Centro Nacional de Salud Renal.
- e) Ley N° 27785, "Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República".
- f) Ley N° 28716, "Ley de Control Interno de las Entidades del Estado".
- g) Ley N° 29743°, Ley que modifica el artículo 10 de la Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado.
- h) Decreto de Urgencia N° 067-2009, que, modifica el artículo 10° de la Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado.
- i) Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG, que aprueba las Normas de Control Interno



**“Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú”
“Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación”**

- j) Resolución de Contraloría N° 458-2008-CG, que aprueba la "Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado".
- k) Resolución de Gerencia del Centro Nacional de Salud Renal N°73-CNSR-ESSALUD-2013, que conforma el Sub Comité de Control Interno del Centro Nacional de Salud Renal.
- l) Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 296-PE-ESSALUD-2012, que aprueba el Código de Ética del Personal del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
- m) Resolución de Gerencia del Centro Nacional de Salud Renal N° 003-CNSR-ESSALUD-2014, que aprueba la conformación del Grupo de Trabajo del CNSR.

III. DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

A continuación se presentan las principales Fortalezas y Debilidades relativas a los componentes y subcomponentes del Sistema de Control Interno - SCI, las mismas que han sido elaboradas analizando los resultados obtenidos encuesta del Listado de Verificación y Normativa institucional, cuyo resultado se muestra en el Cuadro N° 1: Tabla general de resultados por componentes y subcomponentes del SCI Centro Nacional de Salud Renal. Los resultados específicos por cada uno de estos instrumentos se pueden revisar en el Anexo N° 1: Resultados del Listado de Verificación.

Sobre la base de la evaluación realizada (documentación entregada por cada unidad orgánica requerida según los ítems respecto si se aplica un sistema de Control Interno se ha seguido lo expresado en la Guía para la implementación del SCI de las entidades del Estado, así como lo señalado en las Normas de Control Interno).

A fin de determinar el grado de desarrollo alcanzado por el Centro en la implementación del SCI, así como por cada uno de los componentes del mismo se empleó una escala de valoración. Dicha valoración ha sido obtenida sobre la base de los porcentajes que respondieron afirmativamente a las preguntas de la Encuesta del Listado de Verificación de acuerdo a lo siguiente:

Descripción	Valor	Rango	Grado de Desarrollo
No se cumple	1	0 - 1.9	Insuficiencia
Se cumple satisfactoriamente	2	2.0 - 2.9	Insuficiente
Se cumple aceptablemente	3	3.0 - 3.9	Adecuado
Se cumple de alto grado	4	4.0 - 5.0	Satisfactorio
Se cumple plenamente	5		

Se ha otorgado una escala de valoración de 1 a 5 a los resultados alcanzados en la aplicación de la Encuesta del Listado de verificación, obteniéndose valores para cada uno de ellos y el valor general.

La encuesta de la lista de verificación establecida en la Guía de Implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado, se aplico a una muestra de 134 colaboradores de las unidades orgánicas del CNSR, obteniéndose como resultado que el nivel de desarrollo y organización del Sistema de Control Interno es insuficiente, debido a que los 5 componentes han obtenido como resultado insuficiente.

Grafico N°1: Resultados por componentes del SCI del Centro Nacional de Salud Renal



Cuadro N° 1: Tabla general de resultados por componentes y subcomponentes del SCI Centro Nacional de Salud Renal

Resultados de la Encuesta "Lista de Verificación"

Componentes	N°	Sub Componente	Valor	Grado de Desarrollo
Ambiente de Control	1	Filosofía de la Dirección	2.80	Insuficiente
	2	Integridad y Valores Éticos	3.22	Aceptable
	3	Administración Estratégica	3.08	Aceptable
	4	Estructura Organizacional	2.92	Insuficiente
	5	Administración de los Recursos Humanos	2.83	Insuficiente
	6	Competencia profesional	2.87	Insuficiente
	7	Asignación de autoridad y responsabilidad	3.03	Aceptable
	8	Órgano de Control Institucional	2.61	Insuficiente
		Total	2.92	Insuficiente
Evaluación de Riesgos	1	Planeamiento de la Administración de Riesgos	2.41	Insuficiente
	2	Identificación de Riesgos	2.37	Insuficiente
	3	Valoración de riesgos	2.40	Insuficiente
	4	Respuesta al riesgo	2.31	Insuficiente
		Total	2.37	Insuficiente
Actividades de Control Gerencial	1	Procedimiento de Autorización y Aprobación	2.70	Insuficiente
	2	Segregación de funciones	2.34	Insuficiente
	3	Evaluación Costo - Beneficio	2.35	Insuficiente
	4	Controles sobre el acceso a los recursos o archivos	2.57	Insuficiente
	5	Verificaciones y conciliaciones	2.60	Insuficiente
	6	Evaluación de desempeño	2.91	Insuficiente
	7	Rendición de cuentas	3.19	Aceptable
	8	Documentación de procesos, actividades y tareas	3.00	Aceptable
	9	Revisión de procesos, actividades y tareas	2.60	Insuficiente
	10	Controles para la tecnologías de Información y comunicaciones	2.77	Insuficiente
	Total	2.70	Insuficiente	
Información y Comunicación	1	Funciones y características de la información	2.87	Insuficiente
	2	Información y responsabilidad	2.78	Insuficiente
	3	Calidad y suficiencia de la información	2.57	Insuficiente
	4	Sistemas de Información	2.34	Insuficiente
	5	Flexibilidad al cambio	2.07	Insuficiente
	6	Archivo Institucional	2.09	Insuficiente
	7	Comunicación interna	2.47	Insuficiente
	8	Comunicación externa	3.09	Aceptable
	9	Canales de comunicación	2.90	Insuficiente
	Total	2.58	Insuficiente	
Supervisión	1	Actividades de prevención y monitoreo	2.80	Insuficiente
	2	Seguimiento de resultados	2.87	Insuficiente
	3	Compromiso de mejoramiento	2.67	Insuficiente
		Total	2.78	Insuficiente



1. AMBIENTE DE CONTROL
1.1 FILOSOFÍA DE LA DIRECCIÓN

La Dirección ha mostrado una actitud de apoyo hacia el control interno, creándose un entorno favorable para su implementación en lo relativo a: Difundir los aspectos fundamentales del control interno.

- Conformación del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno y suscribir el Acta de Compromiso de la Alta Dirección.

*“Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú”
“Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación”*

- Actitud positiva para implementar las recomendaciones del Órgano de Control Interno.

Desarrollo transparente de las actividades de la entidad (Difusión a través de correo electrónico, lineamientos de intervención, actas de reuniones del comité). Sin embargo, el conocimiento sobre los aspectos que involucra el SCI es limitado y no ha sido interiorizado, incluso a nivel de las jefaturas, debiendo reforzarse la capacitación. 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

Existe un conocimiento y reconocimiento a la difusión y contenido de la "Ley del Código de Ética de la Función Pública", así como a la coherencia entre este y el accionar de la Dirección.

ESSALUD cuenta con un Código de Ética, que tiene por objeto orientar al personal que labora en la institución en la búsqueda de un ideal de conducta humana, que conlleve al beneficio de quienes forman parte de ella, teniendo en consideración que su labor contribuye al logro de la misión y visión de ESSALUD.

En cumplimiento a lo establecido en la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 949-PE-ESSALUD-2013, se ha conformado el Grupo de Trabajo encargado de promover al código Ética de la función pública así como el Código de Ética del Personal en el CNSR. El Presidente de este Grupo coordina con la Secretaria General para la difusión mensual a través de correo electrónico para la difusión de los valores.

El 98% del personal del Centro ingreso al portal del código de ética para el desarrollo del cuestionario y accedió a la certificación.

Ausencia de lineamientos normativos que regulen la aplicación de incentivos y estímulos, así como los mecanismos de protección, a favor de quienes denuncien infracciones a las normas en la Ley de Código de Ética de la función pública.

El 30.1% de los trabajadores opina que no se sanciona a los responsables de actos ilegales de acuerdo con las políticas definidas por la dirección, mientras que el 57.9% afirma que se cumple con sancionar.

1.3 ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA

A nivel del Centro para la formulación del Plan Operativo se ha tenido en cuenta el Plan Estratégico institucional así como la visión, misión, metas y objetivos estratégicos, sin embargo existe un grupo de colaboradores que desconocen o no tienen claro la visión, misión, objetivos estratégicos en sus unidades orgánicas.

El 65.9% de los trabajadores afirma de cierta forma cumplirse que los planes estratégicos, operativos y de contingencia se elaboran, conservan y actualizan según procedimientos documentados. Mientras que el 34.1% opina lo contrario, además afirman que sus unidades orgánicas cumplen con evaluar el avance de las actividades del plan operativo.

No se cuenta con el recurso humano necesario para cumplir las metas planteadas en algunas unidades orgánicas.

El personal percibe una limitada formulación de políticas internas, tanto generales como particulares, que rijan el funcionamiento de áreas específicas, tales como personal, remuneraciones, capacitación, comunicaciones, entre otros.

1.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El Centro cuenta con los instrumentos de gestión: (ROF, CAP, MOF) que si bien se encuentra vigente, el mismo que no se encuentra actualizado de acuerdo a las nuevas funciones establecidas en el ROF institucional aprobadas por la Alta Dirección de la institución. Esta pendiente la reformulación del ROF en el marco de la nueva Estructura



*“Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú”
“Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación”*

Orgánica y Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de EsSalud restructuración y por ende lo del MOF y CAP.

El 65.1% del personal asegura que en el Manual de Organización y Funciones (MOF) refleja todas las actividades que se realizan en la entidad y están debidamente delimitadas. Sin embargo el 34.9% manifiestan que no están delimitadas las funciones. Asimismo indican que el personal que labora ocupa una plaza prevista en el Presupuesto Analítico de Personal (PAP).

El personal desarrolla sus actividades en función a las directivas, manuales, guías, protocolos, no obstante a ello en algunos casos se esta elaborando y actualizando los documentos técnicos para mejorar la gestión.

De otro lado, a nivel del Centro no se ha implementado una gestión por procesos necesaria para realizar un adecuado control y seguimiento a la gestión, así como el accionar de las distintas unidades orgánicas, no obstante a ello actualmente se esta elaborando el Manual de Procesos y Procedimientos de acuerdo a lo establecido en la Directiva de Gerencia General N° 09-GG-ESSALUD-2014 “Lineamientos para la gestión por procesos del Seguro Social de Salud EsSalud”. Se ha identificado los procesos asistenciales y se esta identificando el inventario de procesos para elaborar los procesos administrativos.

1.5 ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

La planificación y administración de los recursos humanos es considerada como limitada, presentando las mayores debilidades en:

- Insuficientes mecanismos y procedimientos de inducción, capacitación y evaluación del personal.
- No contar con una escala remunerativa actualizada en relación con las funciones, responsabilidades y el puesto.
- Insuficiente cantidad de personal para el desarrollo de las actividades estratégicas, principalmente en la Oficina de Gestión y Desarrollo de Salud Renal.
- Lentitud en la aprobación de expedientes para la contratación del personal mediante la modalidad de CAS, así como el de reemplazos y suplencias, lo que dificulta el desarrollo de las actividades en las unidades orgánicas.

De otro lado se elabora anualmente el plan de formación y capacitación del personal, con la participación de todas las áreas y se da el cumplimiento al mismo.

1.6 COMPETENCIA PROFESIONAL

- El 60.3% afirma que el titular, funcionarios y demás servidores son conocedores de la importancia del desarrollo, implantación y mantenimiento del control interno, mientras que el resto de colaboradores manifiestan que el titular y demás funcionarios desconocen la importancia de la implantación de control interno.
- No existen herramientas de gestión relacionadas para la capacitación del personal, que busque fortalecer las competencias profesionales en cada área técnica. Ello se debe a que o se efectúan la evaluación de desempeño.
- El Manual de Perfiles Básicos de los Cargos se encuentra desactualizado.

1.7 ASIGNACIÓN DE AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD

El ROF del Centro actualmente se encuentra desactualizado y es necesario implementar las áreas tales como: Asesoría Legal, Archivo Institucional, ORI, Calidad, El personal de Centro desarrolla sus actividades en función al MOF aprobado en el año 2013 el mismo que se ha formulado teniendo en cuenta el CAP del año 2011, por tanto dicho documento se encuentra desactualizado.

1.8 ORGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL

Las Unidades Orgánicas del Centro tienen dificultad para brindar información oportuna, para el levantamiento de las observaciones, debido a que existe dificultad en la entrega de información oportuna, ello por no contar con el archivo institucional.



2. EVALUACIÓN DE RIESGOS

2.1 PLANEAMIENTO DE GESTIÓN DE RIESGOS

El Centro Nacional de Salud Renal 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 espontánea, para identificar y responder a los riesgos asociados a su labor, por tanto no se cuenta con el Plan de Gestión de Riesgos.

En las capacitaciones que se desarrollan no se incluyen aspectos relacionados a la gestión de riesgos.

2.2 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

No se cuenta con el personal especializado para la identificación de los riesgos por cada objetivo estratégico institucional, ni se ha efectuado un registro de los mismos; tampoco se han identificado los riesgos que afectan los procesos y subprocesos de la entidad.

2.3 VALORACIÓN DE RIESGOS

En el desarrollo de las actividades no se ha determinado ni cuantificado la posibilidad que se presenten riesgos (probabilidad de ocurrencia), ni el efecto que puedan ocasionar (impacto).

Carece de una escala cuantitativa cualitativa estándar que permita valorar los riesgos.

2.4 RESPUESTA AL RIESGO

No se han establecido las acciones necesarias (controles) para afrontar los riesgos evaluados.

3. ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

3.1 PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN

- La ausencia de una gestión por procesos y de herramientas de gestión coherentes con las actuales necesidades institucionales, dificulta el desarrollo sistémico de la institución.
- Se implementan procedimientos de autorización y aprobación en las diferentes actividades que se realizan al interior de las unidades orgánicas, las mismas que han sido plasmados en guías, directivas, instructivos, entre otros.

3.2 SEGREGACIÓN DE FUNCIONES

No se tiene evidencia que se esta efectuando una evaluación que permita identificar si dentro de los procesos operativos, actividades y tareas que se desarrollan en ESSALUD, se cumple con una adecuada segregación de funciones o por el contrario existen incompatibilidad de funciones.

3.3 EVALUACIÓN DE COSTO BENEFICIO

No se cuenta con normativa interna para la evaluación de costo – beneficio.

3.4 CONTROLES SOBRE ACCESO A LOS RECURSOS Y ARCHIVOS

Existe normativa para que periódicamente se realicen las comparaciones entre los recursos asignados con los registros de la entidad en las diferentes unidades orgánicas del Centro. Asimismo existe el Sistema de Trámite documentario que permite registrar la documentación que ingresa al Centro así como el seguimiento de dichos documentos.

Se ha instalado el sistema de circuito cerrado en las diferentes áreas del Centro con el objetivo de prevenir el robo de los bienes, sin embargo esta instalación es insuficiente requiriéndose la ampliación en algunas oficinas más.

3.5 VERIFICACIONES Y CONCILIACIONES

Las unidades orgánicas verifican sus procedimientos, actividades y tareas, en base a los documentos normativos que las guían pero al carecer de una gestión por procesos a nivel institucional, dichas verificaciones quedan como una acción individual más no sistemática integrada.

En algunos casos no se evidencia que el personal verifique y concilie las actividades como parte de los procedimientos que realiza.



3.6 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

La institución cuenta con indicadores laborales para el personal asistencial, sin embargo dichos indicadores no se adecua a nuestra realidad toda vez que somos un Centro altamente especializado y no se ha concebido como un proceso, el que debiera considerar:

- i) identificar el flujo de los procesos a evaluar,
- ii) identificar las actividades críticas,
- iii) establecer metas de desempeño concordadas con las unidades orgánicas,
- iv) medir el desempeño a distintos niveles, e
- v) identificar responsables de las distintas etapas del proceso.

Asimismo, no contamos con indicadores laborales para el personal administrativo dificultando el logro de nuestros objetivos, lo mismo sucede para las actividades de supervisión a las clínicas contratadas de hemodiálisis que realiza la Oficina de Servicios Contratados y el de las coordinaciones nacionales (Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal, Salud Renal) de la Oficina de Gestión y Desarrollo de Salud Renal.

3.7 RENDICION DE CUENTAS

El Centro cuenta con la normativa proveniente del nivel central referente a los procedimientos y lineamientos internos para la rendición de cuentas, los mismos que son de conocimiento y cumplimiento por parte del personal.

El personal remite periódicamente su declaración jurada en cumplimiento a lo establecido por las normas emanadas del nivel central.

3.8 DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS ACTIVIDADES Y TAREAS

No se cuenta con el manual de procesos y procedimientos, por lo tanto no se tiene identificado los puntos críticos en las diferentes actividades que desarrollan las Unidades Orgánicas del Centro.

Las Unidades Orgánicas asistenciales y su personal, tienen definido sus actividades que rigen su accionar, pero no se cuenta con el registro en el Sistema de Gestión Hospitalaria debido a que no se cuenta con la codificación asistencial. Dicha propuesta de la codificación asistencial ha sido remitida a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud para su aprobación correspondiente.

De otro lado el módulo de normatividad en la intranet institucional contiene las Directivas, Guías, Instructivos, Reglamentos, Manuales, Procedimientos, resoluciones y documentos de gestión institucional; no obstante requiere ser actualizado.

3.9 REVISIÓN DE PROCESOS ACTIVIDADES Y TAREAS

Si bien las Unidades Orgánicas revisan el desarrollo de las actividades, no cuentan con procedimientos que orienten dicha revisión, no realizándola de manera sistemática.

Ausencia de indicadores definidos, aprobados y documentados para medir la efectividad de los procesos, procedimientos actividades y tareas.

3.10 CONTROLES PARA LA TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES

Se cuentan con controles y medidas de seguridad para cautelar el acceso a los sistemas y fuentes de datos informáticos, a nivel institucional e individual. El personal, en general, reconoce la existencia de estos pero es limitado el conocimiento de los manuales de los sistemas.

No se cuenta con un plan que permita determinar los procedimientos y planes de acción que sigue la institución para dar continuidad a sus operaciones en caso de riesgos de desastres o siniestros.

4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

4.1 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN

Existe un reconocimiento de la selección y análisis de la información para la toma de decisiones, así como la disponibilidad de esta para el uso del personal.

El acceso a la información cuenta con niveles establecidos, acordes a la función del personal.



*“Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú”
“Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación”*

Si bien existe un manejo de la información, se debe señalar que no se puede evidenciar normas que regulen de manera formal las funciones y características de la información.

4.2 INFORMACIÓN Y RESPONSABILIDAD

Las políticas y procedimientos que posibiliten contar con información adecuada para el desarrollo de las actividades son limitadas.

Hay una insuficiente asignación de recursos o la dación de facilidades a las áreas para disponer de sistemas de información actualizados (software, entre otros), que faciliten el desarrollo de sus funciones.

4.3 CALIDAD Y SUFICIENCIA DE LA INFORMACIÓN

Las unidades orgánicas reconocen la información que maneja la institución como útil, aquella relativa a los sistemas informáticos institucionales utilizados por las áreas técnicas y administrativas; sin embargo, se requiere implementar mecanismos que aseguren la calidad y la seguridad de la misma.

4.4 SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Los sistemas de información existentes no están integrados, lo que dificulta el manejo integral de la información y por lo tanto la no existencia de la base de datos centralizados.

4.5 FLEXIBILIDAD AL CAMBIO

Los cambios en la normativa externa o los reclamos de los usuarios. No son considerados para la implementación de acciones de mejora.

Las unidades orgánicas manifiestan un marcado distanciamiento respecto a la revisión de los sistemas de información y su adaptación a los cambios institucionales, considerando que es responsabilidad de la coordinación de sistemas.

4.6 ARCHIVO INSTITUCIONAL

No se cuenta con el área adecuado ni encargado para administrar el archivo institucional, se cuenta con dos espacios físicos para almacenar la documentación administrativa, otro espacio para el archivo de historias clínicas, ellos no acorde a lo establecido en las políticas y procedimientos para la administración, organización, mantenimiento y conservación de documentos.

No se cuenta con un sistema de gestión electrónico de archivos idóneos.

4.7 COMUNICACIÓN INTERNA

No se cuenta con documentación que oriente la comunicación interna (interrelación entre los funcionarios, responsabilidades del personal, entre otros) y la producción de la información es desordenada con diferentes tipos de formatos como: el informe, carta, proveído entre otros en cuanto a forma y tipo de uso.

La entidad no cuenta con mecanismos y procedimientos para la denuncia de actos indebidos por parte del personal, y tampoco se tiene categorización clara y compartida de cuáles son actos indebidos.

4.8 COMUNICACIÓN EXTERNA

Se cuenta con mecanismos y procedimientos que garantizan el acceso y requerimiento de la información pública, a la fecha se encuentran desactualizados.

Falta posicionamiento en el Sector Salud como ente normativo de Salud Renal.

No se cuenta con políticas y procedimientos en relación a la publicación en el portal de EsSalud.

4.9 CANALES DE COMUNICACIÓN

La política institucional relativa a la comunicación interna y externa (memorando, paneles informativos, boletines, etc.) no está estandarizada y tampoco responde a cabalidad a las necesidades institucionales.

Existe poca comunicación y coordinación entre las unidades orgánicas de la entidad no facilitan que la información fluya de manera clara, ordenada, dificultando una atención oportuna a los requerimientos.



"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

5. SUPERVISIÓN

5.1 ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y MONITOREO

Las unidades orgánicas reconocen que no cuentan con procedimientos para ordenar las recomendaciones y su implementación, de forma que se puedan monitorear.

No se cuenta con procedimientos para llevar las actividades de monitoreo y supervisión, dificultando el logro de los objetivos planteados.

5.2 SEGUIMIENTO DE RESULTADOS

No se evidencian registros de deficiencias o debilidades propuestos por el personal de las unidades orgánicas.

No se cuenta con un control o reporte que consolide el estado situacional de todas las recomendaciones de la entidad y por tanto no se pueden implementar.

5.3 COMPROMISOS DE MEJORAMIENTO

No se cuenta con procedimientos de autoevaluación de control ni de la gestión. Falta establecer normativas internas y mecanismos que regulen la autoevaluación al interior de cada unidad orgánica.



IV. ASPECTOS A IMPLEMENTAR

Los aspectos considerados constituyen la base para realizar el Plan de Trabajo para la Implementación del Sistema de Control Interno del Centro Nacional de Salud Renal. Dichos aspectos se han dividido en:

- Generales, relacionados al diseño e implementación del SCI en la institución
- Específicos, relacionados al diseño e implementación del SCI en las actividades.

De la misma forma, se ha priorizado la necesidad de implementación de estos aspectos dividiéndolos en dos categorías, de acuerdo a lo siguiente:

- **Alta:** Su implementación es fundamental para el logro de los objetivos institucionales y la base sobre la cual se diseñará el Sistema de Control Interno a nivel del Centro Nacional de Salud Renal y de las actividades. Cabe precisar, que para establecer esta categoría se han aplicado dos criterios, uno de ellos relacionado a lo crítico de su carencia o limitado desarrollado y el otro referido a la facilidad de su implementación.
- **Media:** Su implementación para el desarrollo del Sistema de Control Interno es fundamental, sin embargo están asociadas a la ejecución de actividades previas identificadas con nivel de Prioridad Alto.

Componente 1: AMBIENTE DE CONTROL

Sub componentes	General	Específico	Prioridad de implementación
Filosofía de la Dirección	Difundir el alcance del SCI para todo el personal y evaluar la necesidad de reforzar la capacitación al respecto.	Realizar una mayor promoción y reconocimiento a los aportes del personal.	Alta (Crítico)
Integridad y valores éticos	Definir las políticas y mecanismos de investigación y sanción en casos de violaciones éticas y actos ilegales.	Definir en el Reglamento Interno de Trabajo u otro documento, los diferentes tipos de faltas, asociados a violaciones éticas y actos ilegales	Media
Administración estratégica	Incrementar la difusión de la visión, misión, metas y objetivos estratégicos e instrumentos del POI a nivel de unidades orgánicas	Incluir a las unidades orgánicas en la toma de decisiones relacionadas con el establecimiento de metas institucionales, principalmente las que ellos deben cumplir. Realizar reuniones de gestión periódicamente con los jefe de las unidades orgánicas a fin de conocer la gestión que realizan, sus limitaciones y recoger sus aportes.	Alta (Facilidad de implementación)
Estructura Organizacional	Definir las herramientas de gestión que responda a las actuales necesidades institucionales y su adecuado funcionamiento, así como reformular el ROF en el marco de la nueva estructura orgánica y ROF de ESSALUD.		Alta (Crítico)
<ul style="list-style-type: none"> • Administración de los recursos humanos • Competencia profesional • Asignación de autoridad 	<p>Diseñar e implementar política de Recursos Humanos acorde a la nueva estructura organizacional.</p> <p>Elaborar herramientas de gestión que reflejen la concordancia entre los niveles salariales, funcionales y de responsabilidad del personal</p>	<p>La política de recursos debe contemplar: procedimientos de inducción, capacitación y evaluación del personal, revisión de las escalas remunerativas, demanda de personal por las distintas áreas, entre otros.</p> <p>Tomar en consideración la opinión y expectativas del personal en el diseño de dicha política</p>	Alta (Crítico)
Órgano de Control	Generar espacios de	Poner en conocimiento del	Alta (Facilidad de



**“Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú”
“Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación”**

de Poner en conocimiento del Alta (Facilidad institucional)	relacionamiento más directo entre las distintas unidades con OCI.	personal el plan de trabajo de la OCI	implementación)
---	---	---------------------------------------	-----------------

Componente 2: EVALUACIÓN DE RIESGOS

Sub componentes	General	Específico	Prioridad de implementación
Planificación de la Administración de riesgos	Planificar y organizar una estrategia institucional (la misma que debe considerar la metodología a aplicar), para administrar los riesgos, tanto a nivel estratégicas como operativas y la gestión de los mismos.		Media (Requiere elaboración de gestión de procesos)

Componente 3: ACTIVIDADES DE CONTROL

Sub componentes	General	Específico	Prioridad de implementación
Procedimiento de autorización y aprobación	Diseñar e implementar una gestión por procesos, a nivel de actividades y tareas	La gestión por procesos deberá plasmarse en manuales, directivas, instructivos que faciliten su aplicación en todas las unidades orgánicas y con aprobación de la gerencia.. Para luego ser difundidos.	Alta (Crítico)
Segregación de funciones	Identificar los riesgos de fraude o error en los procesos estratégicos y operativos, y evaluar las acciones para responder a estos.	Evaluar la factibilidad de rotar al personal asignado a funciones o actividades susceptibles de error.	Media (Requiere elaboración de gestión de procesos)
Evaluación costo beneficio	Incorporar la evaluación costo beneficio, de manera formal, como un criterio básico previo a la determinación de controles.		Media
Controles sobre los accesos a los recursos o archivos	Mejorar y difundir los procedimientos asociados al acceso a los recursos o archivos	Definir a los responsables de cautelar y llevar el registro de los archivos, a nivel de áreas	Media
Verificaciones y conciliaciones	Realizar las verificaciones y conciliaciones asociadas a la gestión por procesos institucional		Media (Requiere elaboración de gestión de procesos)
Evaluación de desempeño	Formular procedimientos de evaluación de desempeño, como parte de un proceso	Las unidades y áreas involucradas deben participar y suscribir los indicadores de medición asociados a su labor.	Alta (Crítico)
Rendición de cuentas		Difundir las responsabilidades con respecto a las rendiciones de cuenta, a nivel de las unidades orgánicas.	Alta (Facilidad de implementación)
Documentación de procesos, actividades y tareas - Revisión de procesos, actividades y tareas	Ver acción a implementar del subcomponente: Procedimiento de autorización y aprobación.		Media (Requiere elaboración de gestión de procesos)
Controles para las tecnologías de la información y comunicación		Incidir en la difusión de los manuales de los sistemas de datos informáticos elaborados por la Coordinación de Sistemas.	Alta (Facilidad de implementación)



**“Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú”
“Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación”**

Componente 4: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Sub componentes	General	Específico	Prioridad de implementación
Información y responsabilidad	Diseñar e implementar políticas y procedimientos para disponer de información oportuna y apropiadamente.	Asignar recursos o facilidades para disponer de sistemas de información actualizados (software, entre otros)	Alta (Crítico)
Calidad y suficiencia de la información	Evaluar y reforzar los mecanismos para asegurar la calidad y la seguridad de la información		Alta (Crítico)
Sistemas de información	Integrar los sistemas de información institucionales en uno solo.	Difundir el alcance y uso de la plataforma Atención TIC entre el personal	Alta (Crítico)
Flexibilidad al cambio	Mejorar los mecanismos de coordinación para gestionar la actualización y mantenimiento de los sistemas tecnológicos.		Alta (Facilidad de su implementación)
Archivo institucional	Gestionar la implementación del archivo institucional	Contratación de una consultora para la depuración de años anteriores. Adquirir cajas archiveras y estantes metálicos	Alta (Facilidad de su implementación)
Comunicación interna - Comunicación externa - Canales de comunicación	Gestionar la aprobación del Plan de comunicaciones y su difusión entre el personal,	Implementar mecanismos y procedimientos para la denuncia de actos indebidos por parte del personal. Implementar canales de comunicación permanentes con los grupos de interés y considerar en la información a transmitir los aportes de las áreas involucradas	Alta (Facilidad de su implementación)

Componente 5: SUPERVISIÓN

Sub componentes	General	Específico	Prioridad de implementación
Actividades de prevención y monitoreo Seguimiento de resultados Compromisos de mejoramiento -	Diseñar e implementar, procedimientos para ordenar implementar y gestionar las recomendaciones de forma que se puedan monitorear y/o evitar su ocurrencia a nivel institucional. Definir los niveles de responsabilidad entre el personal que interviene en las actividades, según sus funciones. Diseñar e implementar mecanismos de autoevaluación de la gestión, hasta el nivel de unidades.	Dotar de recursos (logísticos presupuestales, recursos humanos, etc) para las actividades de prevención y monitoreo. Incorporar la participación del personal en la actividad de autoevaluación desarrollado por las unidades.	Media (requiere elaboración de gestión de procesos).

V CONCLUSIONES

- El Sistema de Control Interno (SCI) de FONCODES alcanza un nivel de desarrollo *Insuficiente*, con diferencias entre los componentes que lo conforman.
- Los cinco (5) 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
I Ambiente de control 2.8 Requisito desarrollado parcialmente (Insuficiente)
II Evaluación de riesgos 1.9 Requisito desarrollado con limitaciones (Incipiente)



**“Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú”
“Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación”**

III Actividades de control 2.9 Requisito desarrollado parcialmente (Insuficiente)
IV Información y comunicación 2.8 Requisito desarrollado parcialmente (Insuficiente)
V Supervisión 4.0 Requisito desarrollado sistemáticamente (Adecuado)
SCI FONCODES 2.5 Requisito desarrollado parcialmente (Insuficiente).

3. En el componente *Ambiente de Control* cabe destacar lo siguiente:

- La DE ha mostrado una actitud positiva hacia el control interno, ha tomado las acciones que han permitido conformar el Comité Especial de Control Interno y formalizar su funcionamiento; sin embargo es necesario que el conjunto de funcionarios adopte una actitud similar en el ámbito que le corresponde. Asimismo, se requiere difundir aún más el alcance del Sistema de Control Interno, a fin que el personal lo interiorice y lo implemente en su accionar diario.
- Uno de los mayores problemas institucionales y de urgente atención es la carencia de herramientas de gestión que responda a sus actuales necesidades y permitan su adecuado funcionamiento (ROF, MOF, CAP, manual de procesos). Concordante con ello urge iniciar la implementación de una gestión por procesos a nivel institucional.
- En lo referente a la administración estratégica, el P01 ha sido adecuadamente difundido, siendo de conocimiento del personal la visión, misión, metas y objetivos estratégicos.
- El personal percibe una carencia de políticas internas que rijan el funcionamiento de unidades y áreas específicas, siendo las más críticas aquellas referidas a gestión de recursos humanos (personal, remuneraciones, capacitación, entre otros).

4. El componente de *Evaluación de riesgos* es el menos desarrollado, y el que presenta la percepción más disímil entre la SC y las UNIDADES ORGÁNICAS. Al carecer la entidad de una estrategia planificada para administrar los riesgos (identificación, valoración y respuesta), las distintas unidades desarrollan las acciones relacionadas con este tema por iniciativa propia y bajo su propia interpretación de lo que corresponde hacer.

A nivel institucional se cuenta con la condición previa para implementar la evaluación de riesgos, que es tener objetivos y metas institucionales definidas. Será necesario complementar con los roles, responsabilidades y el ambiente laboral que promueva la administración riesgos, a fin de identificar los riesgos de manera integral. Cabe precisar que para poder evaluar la vulnerabilidad del sistema, primero deberá identificarse los puntos críticos de los procesos. Es necesario contar con personal capacitado para identificar y valorar los riesgos.

5. En el componente de *Actividades de control* destacan los siguientes puntos:

- Si bien se tienen implementados los procedimientos de autorización, aprobación, ificación y conciliaciones en las diferentes actividades que se realizan al interior de las unidades orgánicas, encontrándose consignados en manuales, guías, etc., estos requieren ser complementados e integrados a una gestión por procesos.
- Los sistemas informáticos institucionales (SGP, SGA, etc.) constituyen el principal soporte para las actividades de control, teniendo un grado de implementación adecuado que debe ser más aprovechado. Asimismo, las unidades requieren que se articulen o sean integrados en un solo sistema a fin que la información específica que se maneja a nivel institucional o por área provenga de un solo sistema.
- No se encontró evidencia tangible que la definición, organización, verificación y revisión de los procesos, actividades y tareas se realice de manera planificada y sistemática.
- Existe concordancia entre los objetivos estratégicos institucionales y los indicadores clave para el ciclo de proyectos; sin embargo tanto para la definición de estos como para las metas esperadas se requiere incorporar la participación y conformidad de las unidades que correspondan, como medio para que los asuman como propios y el compromiso de cumplirlos sea más sólido.

6. En lo relacionado al componente de *Información y Comunicación*:

- Se reconoce que la información disponible aporta en la toma de decisiones, sin embargo a nivel directivo indican que los métodos, canales y medios usados no aseguran el flujo de la información con la calidad y oportunidad deseables.
- Por parte de las unidades, existe un desconocimiento y un marcado distanciamiento respecto a involucrarse activamente en la revisión de los sistemas de información y su adaptación a los cambios institucionales, pues se entiende que es responsabilidad de la Coordinación de Sistemas.
- Es indispensable establecer políticas y procedimientos relacionados con las condiciones de administración, organización, mantenimiento y conservación de documentos, que actualmente son inadecuadas. Esta situación dificulta y demora la ubicación de los



"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

documentos -sobre todo de los más antiguos-; existiendo además un riesgo latente de deterioro o pérdida.

- Se cuentan con mecanismos y procedimientos de comunicación interna y externa, empero resultan insuficientes para asegurar un adecuado flujo de información tanto entre las distintas unidades como con los grupos de interés.
7. El componente de *Supervisión* obtuvo el mayor grado de desarrollo, alcanzando valores homogéneos tanto en la SC como en las UNIDADES ORGÁNICAS.

El reporte y comunicación de deficiencias y problemas detectados en el monitoreo se realiza oportunamente, sin embargo el grado de compromiso para lograr el levantamiento de las mismas y asumir la responsabilidad al respecto, como institución, requiere reforzarse, sobre todo a nivel de SC.

• Las unidades reconocen que no cuentan con procedimientos para ordenar e implementar las recomendaciones, y tampoco con mecanismos oficializados para autoevaluar la gestión. Las diferentes unidades y áreas realizan esta labor de manera individual.

VI RECOMENDACIONES

- 6.1 Implementar los aspectos desarrollados en el numeral *IV Aspectos a Implementar* del presente Diagnóstico, considerando el nivel de prioridad establecido. Se recomienda iniciar la implementación del SCI desarrollando aquellos aspectos con prioridad Alta (Crítico), debido a que afectan el adecuado funcionamiento de las actividades estratégicas y operativas de toda la institución (gestión basada en procesos, herramientas de gestión a nivel institucional, políticas de recursos humanos, entre otras).
- 6.2 Autorizar la adquisición de un software que contribuya a reducir el costo de transacción de la información relacionada con el Sistema de Control Interno.
- 6.3 Para las siguientes etapas de la implementación del Sistema de Control Interno del CNSR, considerando lo nuevo y complejo del tema, así como la falta de modelos a seguir, se recomienda la contratación de una asesoría especializada que conduzca al grupo de trabajo que se designe para tal fin.
- 6.4 Continuar con la siguiente etapa de la implementación del Sistema de Control Interno, Elaboración del Plan de Trabajo, sobre la base de los resultados del presente Diagnóstico, considerando para ello los recursos económicos, materiales y de personal que se requerirá.

