EsSalud

INFORME DE DIÁGNOSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA RED ASISTENCIAL LORETO

Subcomité de implementación del Sistema de Control Interno

Noviembre 2015

EsSalud

Seguro Social de Salud (ESSALUD)

Presidenta Ejecutiva
Virginia Baffigo Torré De Pinillos

Gerente de la Red Asistencial Loreto
Jimmy Esteves Picón

Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Loreto
Jimmy Esteves Picón
Miguel Bacca Pinto
Elsa Tuesta Armas
Winter Romero Ruiz
Emerson Lino Cotera

INDICE

		Pág.
1.	Origen	3
2.	Objetivos	4
3.	Alcance	5
4.	Base legal	6
5.	Diagnostico	7-8
6.	Fortalezas y debilidades	9 al 18
7.	Resumen de los aspectos a implementar	19 al 23
8.	Conclusiones	24 al 25
9.	Recomendaciones	26

I. Origen

La Ley Nº28716, 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.

La Contraloría General de la República, aprobó con Resolución de Contraloría Nº458-2008-CG, la "Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado", 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 Loreto, con Resolución de Gerencia Nº320-G-RALO-EsSALUD-2014 constituye la designación del Sub Comité de Control Interno de la Red Asistencial Loreto, quien da inicio a las acciones necesarias para la adecuada implementación del sistema de Control Interno y su mejora continua. El Sub Comité de Control Interno de la Red Asistencial Loreto es reconformado con Resolución Nº391-G-RALO-ESSALUD-2015.

II. OBJETIVOS

1. Conocer el grado de implementación y desarrollo del Sistema de Control Interno en la Red Asistencial Loreto, del Seguro Social de Salud (EsSalud), que servirá como base para la elaboración del Plan de Trabajo a fin de continuar con el proceso de Implementación del Sistema de Control Interno en la Red Asistencial Loreto.

2. Determinar los lineamientos a considerar para dirigir el proceso de fortalecimiento del sistema de control interno de la Red Asistencial Loreto, adecuarlo y fortalecerlo con la finalidad de obtener mejoras y cumplir con los objetivos de la institución.

III. ALCANCE

Para la elaboración del diagnóstico del Sistema de Control Interno se definió la muestra en base a las unidades prestadoras que conforman la Red Asistencial Loreto del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y en base al método de la Tómbola en lo que corresponde a los Centros de Atención Primaria III, que comprenden:

a)Gerencia de Red con Hospital Base III
b)Hospital I Yurimaguas
c)Centro de Atención Primaria III Punchana

IV. BASE LEGAL

1. Constitución Política del Perú 1993
2. Ley Nº27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo Nº002-99-TR y sus modificatorias.
3. Ley Nº27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado
4. Ley Nº27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República 2002.
5. Ley Nº28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado.2006
6. Decreto de Urgencia Nº067-2009, que modifica el Artículo 10 de la Ley Nº28716. 2011
7. Ley Nº29743, Ley que modifica el Artículo 10 de la Ley 28716.2011
8. Decreto Supremo Nº016-2012-TR, que declara en Reorganización el Seguro Social de Salud (ESSALUD), y su modificatoria.
9. Resolución de Contraloría General Nº320-2006-CG, que aprueba las normas de Control Interno.
10. Resolución de Contraloría General Nº458-2008-CG, que aprueba la Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado.
11. Resolución de Red Asistencial Loreto Nº320-G-RALO-ESSALUD-2014, que reconforma el Sub Comité de Control Interno de la Red Asistencial Loreto.
12. Instructivo Fase de Planificación del Sistema de Control Interno en los Órganos Desconcentrados ESSALUD.

V. DIAGNOSTICO

Se presentan las principales fortalezas y debilidades relativas a los componentes y subcomponentes del Sistema de Control Interno, las mismas que han sido elaboradas mediante la aplicación del instrumento "Lista de Verificación" y la revisión de la normativa institucional; según los componentes evaluados y cuyo resultado se muestra en el cuadro N°01, "Tabla general de resultados por componentes y subcomponentes de la Red Asistencial Loreto".

Los componentes del Sistema de Control Interno utilizados en el presente diagnóstico son:

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 Loreto, tuvo base en las siguientes actividades:

a) Programa de Trabajo para elaborar el Diagnóstico del Sistema de Control Interno en la Red Asistencial Loreto.
b) Recopilación, estudio y análisis de la normativa interna vinculada con el control interno (manuales, normas, directivas, políticas).
c) Aplicación de la lista de verificación a los establecimientos que conforman las unidades prestadoras seleccionadas de la Red Asistencial Loreto.

Puntaje de Evaluación para identificar el nivel de implementación

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

EsSalud

CUADRO N°01

TABLA GENERAL DE RESULTADOS POR COMPONENTES Y SUBCOMPONENTES DE LA RALO

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	VALOR	GRADO DE DESARROLLO
1.AMBIENTE DE CONTROL	1.1.Filosofía de la dirección	2.39	Insuficiente
	1.2.Integridad y valores éticos	3.07	Adecuado
	1.3.Administración estratégica	1.61	Insuficiencia Crítica
	1.4.Estructura organizacional	4.61	Satisfactorio
	1.5.Administración de recursos humanos.	4.20	Satisfactorio
	1.6. Competencia profesional	4.22	Satisfactorio
	1.7.Asignación de autoridad y responsabilidad	5.00	Satisfactorio
	1.8. Órgano de Control Institucional	1.00	Insuficiencia Crítica
	TOTAL	**3.26**	**ADECUADO**
2.EVALUACION DERIESGOS	2.1.Planeamiento de la administración de riesgos	1.00	Insuficiencia Crítica
	2.2.Identificación de riesgos	1.00	Insuficiencia Crítica
	2.3.Valoración de riesgos	1.00	Insuficiencia Crítica
	2.4.Respuesta al riesgo	1.00	Insuficiencia Crítica
	TOTAL	1.00	**INSUFICIENCIA CRITICA**
3.ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	3.1.Procedimientos de autorización y aprobación	3.67	Adecuado
	3.2.Segregación de funciones	1.00	Insuficiencia Crítica
	3.3.Evaluación Costo – Beneficio	2.00	Insuficiente
	3.4.Controles sobre el acceso a los recursos o archivos.	3.07	Adecuado
	3.5.Verificaciones y conciliaciones	2.33	Insuficiente
	3.6.Evaluación de desempeño	5.00	Satisfactorio
	3.7.Rendición de cuentas	4.89	Satisfactorio
	3.8.Documentación de procesos, actividades y tareas.	3.67	Adecuado
	3.9.Revisión de procesos, actividades y tareas	1.67	Insuficiencia crítica
	3.10. Controles de las TICC	3.89	Adecuado
	TOTAL	**3.11**	**ADECUADO**
4.INFORMACION Y COMUNICACIÓN	4.1.Funciones y características de la información	3.67	Adecuado
	4.2.Información y responsabilidad	2.00	Insuficiente
	4.3.Calidad y suficiencia de la información	4.50	Satisfactorio
	4.4.Sistema de información	4.00	Satisfactorio
	4.5.Flexibilidad al cambio	1.00	Insuficiencia Crítica
	4.6.Archivo institucional	1.00	Insuficiencia Crítica
	4.7.Comunicación interna	2.22	Insuficiente
	4.8.Comunicación externa	5.00	Satisfactorio
	4.9.Canales de comunicación	5.00	Satisfactorio
	TOTAL	**3.15**	**ADECUADO**
5.SUPERVISION	5.1.Actividades de prevención y monitoreo	3.00	Adecuado
	5.2.Seguimiento de resultados	2.44	Insuficiente
	5.3.Compromiso de mejoramiento	1.67	Insuficiencia Crítica
	TOTAL	**2.37**	**INSUFICIENTE**

VI. FORTALEZAS Y DEBILIDADES

1. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

1.1 Filosofía de la Dirección

Filosofía de la Dirección
1. Sub Comité conformado para implementación del sistema de Control Interno en la Red. 2. Suscripción de Acta de compromiso de los funcionarios de la Red para la implementación del sistema de control interno. 3. Servidores sensibilizados en relación a la implementación del sistema de control interno a través de charlas y comunicados electrónicos.
DEBILIDADES
1. Falta de compromiso por parte de los funcionarios y servidores de la Red en la implementación del Sistema de Control Interno. 2. Falta de soporte Logístico para labores de desarrollo de control interno.
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Incluir en el Plan de Capacitación cursos relativos al sistema de control interno a fin de sensibilizar al personal sobre su importancia. 2. Intensificar las acciones de difusión relativos a las normas de control interno

1.2 Integridad y Valores Éticos

FORTALEZAS
1. La Gerencia de Red muestra una actitud positiva para el fortalecimiento de los valores éticos e implementación del Sistema de Control Interno. 2. Se ha difundido el Código de Ética aprobada mediante Resolución Nº296-PE-ESSALUD-2012
DEBILIDADES
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Continuar con permanente difusión de los documentos que direccionen la integridad y los valores éticos.

1.3 Administración Estratégica

FORTALEZAS
1. La institución cuenta con un Plan Estratégico Institucional de EsSALUD, período 2012-2016, el cual incluye la visión, misión y objetivos estratégicos.
DEBILIDADES
1. Falta de Difusión de los planes institucionales y planes operativos de la Red. 2. No todas las unidades orgánicas evalúan su plan operativo con la finalidad de conocer los resultados y evitar posibles desvíos
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Formulación de Plan Operativo por cada área y departamento.

1.4 Estructura Organizacional

FORTALEZAS
1. La red cuenta con un Manual de Organización y Funciones (MOF) vigente aprobado mediante Resolución Nº116-G-RALO-ESSALUD-2015; debidamente difundido. 2. La Red cuenta con un Reglamento de Organización y Funciones así como la estructura organizacional aprobada por el Nivel Central. 3. La Red cuenta con un Cuadro de Asignación de Personal, CAP, aprobado mediante Resolución Nº38-PE-ESSALUD-2014
DEBILIDADES
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Continuar con la difusión y socialización de los documentos normativos de la estructura organizacional.

1.5 Administración de Recursos Humanos

FORTALEZAS
1. Se cuenta con normas y procedimientos establecidos, aprobados por la Gerencia Central de Gestión de las personas, en relación a contratación de personal, promoción, desplazamiento interno, bienestar, entre otros, las mismas que han sido difundidas y son aplicadas en la Red.. 2. Plan de Capacitación aprobado 2015, considera a todo los grupos ocupacionales.
DEBILIDADES
1. Insuficiencia de personal en algunas unidades orgánicas 2. Falta de Plan de Inducción.
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Reiterar las solicitudes de requerimiento de personal administrativo y asistencial para la Red. 2. Elaborare implementar el Plan de Inducción del personal bajo el marco normativo institucional establecido.

1.6 Competencia Profesional

FORTALEZAS
1. Se cuenta con un Manual de Perfil Básico de los cargos, aprobada por el Nivel Central, que identifica las competencias para cada cargo. 2. La Red viene ejecutando la evaluación de desempeño profesional de cada trabajador.
DEBILIDADES
1. No se ha efectuado el análisis de las evaluaciones realizadas a los trabajadores.
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Efectuar el análisis de las evaluaciones realizadas a cada trabajador que permitirá conocer si las capacidades del trabajador se ajustan al cargo.

1.7 Asignación de Autoridad y Responsabilidad

FORTALEZAS
1. Se cuenta con documentos normativos aprobados como el ROF y MOF en los cuales están definidos los cargos, funciones, relaciones de autoridad del personal.
DEBILIDADES
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Continuar con la difusión periódica de los documentos normativos de asignación y responsabilidad.

1.8 Órgano de Control Institucional

FORTALEZAS
1. La RALO realiza la función de implementación de recomendaciones emitidas por el Órgano de Control Institucional, que lo asume la Unidad de Planeamiento y Calidad.
DEBILIDADES
1. Falta de una Unidad u Oficina de Control Institucional descentralizada en la Red.
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Elaborar un cuadro de seguimiento de la situación actual de las recomendaciones emanadas por el Órgano de Control Institucional.

2. EVALUACION DE RIESGOS

2.1. Planeamiento de Administración de Riesgos

FORTALEZAS
DEBILIDADES
1. No se cuenta con un Plan de actividades de identificación, análisis o valoración, manejo o respuesta y monitoreo y documentación de los riesgos.
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Solicitar Asistencia Técnica relacionada a la implementación de administración de Riesgos 2. Incluir en el Plan de Capacitación cursos relacionados a administración de Riesgos 3. Conformar Equipos de Trabajo por cada unidad orgánica el que estará encargado de desarrollar e implementar Elaborar el Plan de Administración de Riesgos.

2.2 Identificación de Riesgos

FORTALEZAS
DEBILIDADES
1. No se encuentran identificados los riesgos significativos por cada objetivo. 2. No Se ha identificado los eventos negativos (riesgos) que pueden afectar el desarrollo de los procesos y las actividades.
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Solicitar asistencia técnica relacionada a gestión de riesgos. 2. Identificar por cada área los riesgos significativos de cada proceso, designándose a cada Jefe de Unidad Orgánica como responsable.

2.3. Valoración del Riesgo

FORTALEZAS
DEBILIDADES
1. No se ha determinado y cuantificado la posibilidad de que ocurran riesgos (probabilidad de ocurrencia) ni el efecto que pueda causar (impacto).
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Solicitar Asistencia Técnica relacionado a Gestión de Riesgos. 2. Determinar y aplicar procedimientos para valorar los riesgos identificados.

2.4. Respuesta al Riesgo

FORTALEZAS
DEBILIDADES
1. No se han establecido las acciones necesarias (controles) para afrontar los riesgos evaluados
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Solicitar asistencia Técnica relacionada a Gestión de Riesgos. 2. Establecer controles para afrontar los riesgos evaluados, evaluando costo-beneficio de los mismos.

3 ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

3.1. Procedimientos de autorización y aprobación

FORTALEZAS
1. Se cuenta con normativa por unidad orgánica que especifica los procedimientos de autorización y aprobación de los procesos y tareas.
DEBILIDADES
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Continuar con la comunicación permanente de los procesos actividades y tareas a los responsables.

3.2. Segregación de Funciones

FORTALEZAS
1. Dentro del Reglamento de Organización y Funciones así como en el Manual de Organización y Funciones, se encuentran definidas las funciones por cada Unidad Orgánica y por cada cargo, contando de esta forma con la segregación de funciones establecida.
DEBILIDADES
1. Falta de una política de rotaciones periódicas del personal que ocupan puestos susceptibles a riesgos.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Efectuar evaluación sobre posibilidad de rotación de personal por áreas.

3.3. Evaluación de Costo Beneficio

FORTALEZAS
DEBILIDADES
1. Falta de procedimientos establecidos para la evaluación de los controles existentes, y para la evaluación del costo beneficio antes de la implementación de una actividad de control.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Establecer procedimientos en forma documentada para la realización de análisis costo beneficio.

3.4. Controles sobre el acceso a recursos o archivos

FORTALEZAS
1. La Red cuenta con Normas y Directivas Institucionales para el acceso a los recursos o archivos, (Manual de Procedimientos de Archivos, Directiva Nº001-GG-ESSALUD-2014)
DEBILIDADES
1. Ausencia de controles para el acceso a activos expuestos a riesgos.
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Implementar controles de seguridad de los activos expuestos a riesgos.

3.5. Verificaciones y Conciliaciones

FORTALEZAS
1. Se realizan verificaciones y conciliaciones acorde a normas y directivas que regulan los diferentes procesos y actividades en el Sistema Administrativo.
DEBILIDADES
1. En los centros asistenciales se evidencia ausencia de verificaciones y conciliaciones
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Cada Jefe de Unidad Orgánica deberá supervisar en forma periódica, los procedimientos de verificación y conciliación, especialmente de aquellos considerados críticos.

3.6. Evaluación de desempeño

FORTALEZAS
1. La Red Asistencial Loreto cuenta con indicadores de gestión los cuales son evaluados y monitoreados en forma permanente.
DEBILIDADES
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Continuar con la evaluación y monitoreo permanente de los indicadores de gestión.

3.7. Rendición de Cuentas

FORTALEZAS
1. La entidad cuenta con procedimientos y lineamientos internos para la rendición de cuentas.
DEBILIDADES
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Continuar con el cumplimiento de los procedimientos de rendición de cuentas en las fechas establecidas.

3.8 Documentación de procesos, actividades y tareas

FORTALEZAS
1. Los procesos, actividades y tareas se encuentran establecidas y documentadas a través de normativa vigente.
DEBILIDADES
1. No se ha implementado en la Red la Gestión por Procesos
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Iniciar la implementación de la Gestión por Proceso en todas las Unidades Orgánicas de la Red.

3.8. Revisión de Procesos, actividades y tareas

FORTALEZAS
1. La Oficina de Administración verifica periódicamente los procesos actividades y tareas de las áreas relacionadas al sistema administrativo, llevando un registro de estos.
DEBILIDADES
1. La revisión y verificación periódica de los procesos y actividades no es realizada por todas las unidades orgánicas del sistema prestacional.
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Solicitar capacitación sobre los lineamientos de Gestión por procesos.

3.9. Controles de tecnologías de la información y comunicaciones

FORTALEZAS
1. Se cuenta con lineamientos, políticas y procedimientos escritos para la administración y cautela de los sistemas de información.
DEBILIDADES
1. Falta de recursos humanos en la Unidad de Informática
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Gestionar contratación CAS según brecha de RRHH en Informática.

4 INFORMACION Y COMUNICACIÓN

4.1. Funciones y características de la información

FORTALEZAS
1. La Información Gerencial es una herramienta principal utilizada por la red para la toma de decisiones. 2. Se tiene definido los niveles de acceso del personal al sistema de información acorde a sus funciones y cargos determinados.
DEBILIDADES
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Continuar con la metodología de uso de la información gerencial como herramienta principal para la toma de decisiones.

EsSalud

4.2. Información y Responsabilidad

FORTALEZAS
1. La información que ingresa y maneja la red, fluye de manera útil, derivándose mediante documentos, proveídos, correos al personal comprometido según su responsabilidad.
DEBILIDADES
1. No se cuenta con un procedimiento definido para el uso adecuado del tipo de información, que permita conocer características, reporte, responsables, oportunidad.
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Implementar procedimientos para uniformizar el flujo de información más relevante.

4.3. Calidad y suficiencia de la información

FORTALEZAS
1. Existe un reconocimiento de la información como útil, confiable y oportuna en las diferentes actividades que realizan las unidades orgánicas de la Red. 2. Tenemos un sistema de información SIAD, que permite organizar la información y permite el seguimiento desde su origen, a través de una numeración de identificación denominada NIT que es asignada a cada documento.
DEBILIDADES
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Optimizar la calidad y suficiencia de información.

4.4. Sistemas de Información

FORTALEZAS
1. La Red Asistencial Loreto utiliza un sólo sistema de información que es el Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH) en la parte asistencial y el SAP en la parte administrativa.
DEBILIDADES
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Capacitar a los gestores asistenciales a un mejor uso de explotación de la información que el SGH puede brindar a fin de optimizar la gestión.

4.5. Flexibilidad al cambio

FORTALEZAS
.
DEBILIDADES
1. Manejo y diseño del sistema en forma centralizada
ACCIONES A IMPLEMENTAR
2. Solicitar a los usuarios información con respecto a las deficiencias así como sugerencias de mejoras sobre los módulos del SGH; a fin de comunicar al nivel central para optimizar el sistema.

EsSalud

4.6. Archivo Institucional

FORTALEZAS
DEBILIDADES
1. No se cuenta con una unidad orgánica que administre la información generada por la entidad. 2. Cada unidad orgánica administra, archiva y conserva su información.
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Elaborar un plan de trabajo para implementar el archivo general de la red.

4.7. Comunicación interna

FORTALEZAS
DEBILIDADES
1. Ausencia de documentación que oriente la comunicación interna
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Elaborar un plan de comunicación interna.

4.8. Comunicación Externa

FORTALEZAS
1. La Red cuenta con mecanismos y procedimientos adecuados para informar hacia el exterior sobre su gestión institucional, a través del portal web y a través de documentos de comunicación externa establecida por el nivel central, así como por el Manual de Prensa.
DEBILIDADES
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Continuar con los mecanismos de comunicación implementados.

4.9. Canales de comunicación

FORTALEZAS
1. Se cuenta con un flujo de información documentaria basada en cartas, memorandos, proveídos, circulares, boletines, correo electrónico, RPM.
DEBILIDADES
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Continuar con el uso de los canales de comunicación establecidos.

5 . SUPERVISION

5.1. Actividades de prevención y monitoreo

FORTALEZAS
1. Se realizan supervisiones de procesos establecidos según normativa vigente.
DEBILIDADES
1. Las supervisiones efectuadas no se documentan en el sistema prestacional.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Solicitar un plan de supervisión a cada unidad orgánica, con plazos para informar el seguimiento y el monitoreo de las deficiencias encontradas.

5.2. Seguimiento de resultados

FORTALEZAS
1. La Oficina de Administración como órgano que tiene a su cargo el sistema administrativo realiza el monitoreo de las tareas y actividades, informando el grado de cumplimiento. 2. La Red asistencial Loreto efectúa el seguimiento de las recomendaciones propuestas por el Órgano de Control Interno de las auditorías efectuadas en la Red y se realiza el seguimiento periódicamente.
DEBILIDADES
1. Falta de interés de algunas unidades orgánicas para la implementación de las recomendaciones, ocasiona que las recomendaciones permanezcan en calidad de pendientes.
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Establecer el procedimiento que regule el registro de las deficiencias encontradas en las supervisiones y evaluaciones y refleje el seguimiento realizado.

5.3. Compromiso de mejoramiento

FORTALEZAS
DEBILIDADES
No se cuenta con un plan de mejora continua.
ACCIONES A IMPLEMENTAR
1. Elaborar el Plan de mejora continua 2. Implementar autoevaluaciones periódicas 3. Implementar las recomendaciones propuestas por las autoevaluaciones

VII. RESUMEN DE LAS ACCIONES A IMPLEMENTAR

1. Ambiente de control

Filosofía de la Dirección
1. Incluir en el Plan de Capacitación cursos relativos al sistema de control interno a fin de sensibilizar al personal sobre su importancia. 2. Intensificar las acciones de difusión relativos a las normas de control interno
Integridad y Valores Éticos
1. Continuar con permanente difusión de los documentos que direccionen la integridad y los valores éticos.
Administración Estratégica
1. Formulación de Plan Operativo por cada área y departamento.
Estructura Organizacional
1. Continuar con la difusión y socialización de los documentos normativos de la estructura organizacional.
Administración de Recursos Humanos
1. Reiterar las solicitudes de requerimiento de personal administrativo y asistencial para la Red. 2. Elaborar e implementar el Plan de Inducción del personal bajo el marco normativo institucional establecido.
Competencia Profesional
1. Efectuar el análisis de las evaluaciones realizadas a cada trabajador que permitirá conocer si las capacidades del trabajador se ajustan al cargo.
Asignación de Autoridad y Responsabilidad
1. Continuar con la difusión periódica de los documentos normativos de asignación y responsabilidad.
Órgano de Control Institucional
1. Elaborar un cuadro de seguimiento de la situación actual de las recomendaciones emanadas por el Órgano de Control Institucional.

2. EVALUACION DE RIESGOS

Planeamiento de Administración de Riesgos
1. Solicitar Asistencia Técnica relacionada a la implementación de administración de Riesgos. 2. Incluir en el Plan de Capacitación cursos relacionados a administración de Riesgos. 3. Conformar Equipos de Trabajo por cada unidad orgánica el que estará encargado de desarrollar e implementar el Plan de Administración de Riesgos.
Identificación de Riesgos
1. Solicitar asistencia técnica relacionada a gestión de riesgos. 2. Identificar por cada área los riesgos significativos de cada proceso, designándose a cada Jefe de Unidad Orgánica como responsable.
Valoración del Riesgo
1. Solicitar Asistencia Técnica relacionado a Gestión de Riesgos. 2. Determinar y aplicar procedimientos para valorar los riesgos identificados.
Respuesta al Riesgo
1. Solicitar asistencia Técnica relacionada a Gestión de Riesgos. 2. Establecer controles para afrontar los riesgos evaluados, evaluando costo-beneficio de los mismos.

EsSalud

3. ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

Procedimientos de autorización y aprobación
1. Continuar con la comunicación permanente de los procesos actividades y tareas a los responsables.
Segregación de Funciones
1. Efectuar evaluación sobre posibilidad de rotación de personal por áreas.
Evaluación de Costo Beneficio
1. Establecer procedimientos en forma documentada para la realización de análisis costo beneficio.
Controles sobre el acceso a recursos o archivos
1. Implementar controles de seguridad de los activos expuestos a riesgos.
Verificaciones y Conciliaciones
1. Cada Jefe de Unidad Orgánica deberá supervisar en forma periódica, los procedimientos de verificación y conciliación, especialmente de aquellos considerados críticos.
Evaluación de desempeño
1. Continuar con la evaluación y monitoreo permanente de los indicadores de gestión.
Rendición de Cuentas
1. Continuar con el cumplimiento de los procedimientos de rendición de cuentas en las fechas establecidas
Documentación de procesos, actividades y tareas
1. Iniciar la implementación de la Gestión por Proceso en todas las Unidades Orgánicas de la Red.
Revisión de Procesos, actividades y tareas
1. Solicitar capacitación sobre los lineamientos de Gestión por procesos.
Controles de tecnologías de la información y comunicaciones
1. Gestionar contratación CAS según brecha de RRHH en Informática.

EsSalud

4. INFORMACION Y COMUNICACIÓN

Funciones y características de la información
1. Continuar con la metodología de uso de la información gerencial como herramienta principal para la toma de decisiones.
Información y Responsabilidad
1. Implementar procedimientos para uniformizar el flujo de información más relevante.
Calidad y suficiencia de la información
1. Optimizar la calidad y suficiencia de información.
Sistema de Información
1. Capacitar a los gestores asistenciales a un mejor uso de explotación de la información que el SGH puede brindar a fin de optimizar la gestión.
Flexibilidad al cambio
1. Solicitar a los usuarios información con respecto a las deficiencias así como sugerencias de mejoras sobre los módulos del SGH; a fin de comunicar al nivel central para optimizar el sistema.
Archivo Institucional
1. Elaborar un plan de trabajo para implementar el archivo general de la red.
Comunicación interna
1. Elaborar un plan de comunicación interna.
Comunicación Externa
1. Continuar con los mecanismos de comunicación implementados.
Canales de comunicación
1. Continuar con el uso de los canales de comunicación establecidos.

5. SUPERVISION

Actividades de prevención y monitoreo
1. Solicitar un plan de supervisión a cada unidad orgánica, con plazos para informar el seguimiento y el monitoreo de las deficiencias encontradas.
Seguimiento de resultados
1. Establecer el procedimiento que regule el registro de las deficiencias encontradas en las supervisiones y evaluaciones y refleje el seguimiento realizado.
Compromiso de mejoramiento
1. Elaborar el Plan de mejora continua 2. Implementar autoevaluaciones periódicas 3. Implementar las recomendaciones propuestas por las autoevaluaciones

VIII. CONCLUSIONES

El sistema de Control Interno de la Red Asistencial Loreto alcanza un nivel de desarrollo **INSUFICIENTE**, con un valor alcanzado de (2.46).

1. 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
AMBIENTE DE CONTROL	3.26	ADECUADO
EVALUACION DE RIESGOS	1.00	INSUFICIENCIA CRITICA
ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	3.11	ADECUADO
INFORMACION Y COMUNICACIÓN	3.15	ADECUADO
SUPERVISION	2.37	INSUFICIENTE
RED ASISTENCIAL LORETO	**2.46**	**INSUFICIENTE**

2. Los hallazgos relevantes encontrados en los cinco componentes adecuados son los siguientes :

   a. El componente ambiente de control (3.26) presenta un nivel **ADECUADO**, debido al subcomponente de Integridad y Valores Eticos y a los subcomponentes, Estructura Organizacional, Administración de Recursos Humanos, Competencia Profesional, Asignación de Autoridad y Responsabilidad que presentan un nivel SATISFACTORIO.

   b. El componente de Evaluación de Riesgos (1.00), presenta un nivel de **INSUFICIENCIA CRITICA**, debido a que la Red Asistencial Loreto no cuenta con lineamientos y políticas de Administración de Riesgos, no se tiene identificados los riesgos y eventos negativos que puedan afectar el desarrollo de los procesos y actividades y establecer mejoras.

   c. El componente ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL (3.11), presenta un nivel **ADECUADO**, debido a que los subcomponentes Procedimiento de Autorización y Aprobación, Controles sobre el acceso a los recursos o archivos, Documentación de Procesos, Actividades y Tareas, Controles para la Tecnología de Información y Comunicación, presentan un nivel ADECUADO y los sub componentes Evaluación de Desempeño, Rendición de Cuentas, presenta un nivel de SATISFACTORIO.

d. El componente Información y Comunicación (3.15), presenta un nivel **ADECUADO**, debido a que el subcomponente Funcionamiento y Características de la Información presenta un nivel ADECUADO y los sub componentes calidad y suficiencia de la información, sistemas de información, comunicación externa, Canales de comunicación, presenta un nivel de SATISFACTORIO.

e. El componente de SUPERVISION, (2.37), presenta un nivel **INSUFICIENTE**, esto se debe principalmente a que no se realizan periódicamente autoevaluaciones en la red y no se cuenta con un plan de mejora continua. Otro de los aspectos relevantes es que los centros asistenciales no documentan las supervisiones o evaluaciones que realizan en sus sistemas, motivo por el cual no existe evidencia que respalde su valoración.

IX. RECOMENDACIONES

1. Solicitar al Nivel Central asistencia Técnica para el Sub Comité de la Red asistencial Loreto a fin de poder contar con los conocimientos y competencias adecuadas para la implementación del sistema de control interno.
2. Sobre la base del resultado del diagnóstico realizado, elaborar el "Plan de trabajo para implementar el sistema de control interno de la Red Asistencial Loreto, que se extenderá hasta el año 2016.
3. Socializar y difundir aspectos conceptuales del sistema de control interno y de su Implementación.