

Red Asistencial Rebagliati



Diagnóstico del Sistema de Control Interno

Junio 2015

RED ASISTENCIAL REBAGLIATI
SUB COMITÉ DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Integrantes:

| | |
|---------------------------------|--|
| Dra. Malú Arias Schreiber Barba | Gerente de la Red Asistencial Rebagliati |
| Dr. Jorge Serida Morisaki | Jefe de la Oficina de Gestión y Desarrollo Secretario Técnico |
| Ing. José Aquino Cavero | Jefe de la Oficina de Administración |
| Dra. Catalina Onuma Cairampoma | Jefe de la Oficina de Asuntos Jurídicos |
| Dra. Angela Cavero Romaña | Representante del Área Medica |
| Dra. Eliza Hazan de Heraud | Representante del Área Medica |

ÍNDICE

Síntesis Gerencial

1. Introducción
2. Hechos observados
3. Recomendaciones principales

I. Antecedentes

1. Origen
2. Objetivos
3. Alcance

II. Base legal

III. Diagnóstico del Sistema de Control Interno

1. Ambiente de control
2. Evaluación de riesgos
3. Actividad de control Gerencial
4. Información y comunicación
5. Supervisión

IV. Aspectos a implementar

V. Conclusiones

VI. Recomendaciones

C
U
L
A
R
A
R
A

SINTESIS GERENCIAL

1. INTRODUCCIÓN

La autoevaluación realizada a la Red Asistencial Rebagliati, se efectuó en cumplimiento de los "Planes de acción para la implementación del Sistema de Control Interno de trabajo 2013-2014 aprobado con Resolución de Gerencia General N° 923-GG-ESSALUD-2012, de fecha 09 de julio del 2013.

La mencionada autoevaluación tuvo como objetivo general conocer el nivel de madurez del Sistema de Control Interno implementado en la Red Asistencial Rebagliati.

El objetivo planteado se logró con ayuda de los aplicativos proporcionados por el Comité de Control Interno de ESSALUD, en su "Instructivo para la ejecución de la fase de planificación del proceso de implementación del sistema de control interno en los órganos desconcentrados del seguro social de salud (ESSALUD)".

El Sub Comité de Implementación de Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Rebagliati, consideró que para la aplicación y evaluación del grado de madurez de la implementación del control interno debería realizarse a los equipos de Gestión del total de Establecimientos de la Red Asistencial Rebagliati, con la finalidad de tener un análisis situacional basal del sistema de control interno de la Red.

2. HECHOS OBSERVADOS

- Según los resultados de la autoevaluación a través del aplicativo, la Red contaría con un nivel INSUFICIENTE de madurez del Sistema de Control Interno.
- Los subsistemas de Control estratégico y Control de gestión son insuficientes, mientras que el subsistema de control de evaluación es adecuado.
- Los componentes de ambiente de control y supervisión son adecuados, constituyéndose éstos en fortalezas del control interno de la Red Asistencial Rebagliati.

3. RECOMENDACIONES PRINCIPALES

- Difundir, supervisar y controlar la aplicación de las normas y lineamientos institucionales en las actividades de los equipos de gestión de la Red.
- Ingresar a la gestión por procesos.
- Iniciar la gestión del talento humano por competencias.
- Implementar mecanismos de soporte a los sistemas de información vigentes.

I. ANTECEDENTES

1. ORIGEN

Mediante resolución de contraloría General N° 458-2008-CG, se aprueba la "Guía para la implementación del Sistema de control interno de las entidades del Estado, la que establece la necesidad de conformar un Comité de Control Interno, encargado de poner en marcha las acciones necesarias para la adecuada implementación del Sistema de Control Interno y su eficaz funcionamiento, conformándose así el "Comité de Implementación del Sistema de Control Interno en el Seguro Social de Salud (ESSALUD)", conformado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 376-PE-ESSALUD-2013, que dispone la constitución del "Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Rebagliati"; conformada con Resolución de Gerencia N° 621-GRAR-ESSALUD-2013 del 25 de Junio del 2013, integrado por la Gerente de Red Asistencial Rebagliati, el jefe de la Oficina de Gestión y Desarrollo, quien actúa como secretario técnico, el jefe de Administración, la jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y dos funcionarios que representan al área médica.

2. OBJETIVOS

1. Conocer el nivel de madurez del Sistema de Control Interno implementado en la Red Asistencial Rebagliati.
2. Conocer las fortalezas y debilidades del sistema de control interno de la Red.
3. Proponer acciones a implementarse para alcanzarla madurez del Sistema de control interno.

3. ALCANCE

Todos los establecimientos de salud que conforman la Red Asistencial Rebagliati.

II. BASE LEGAL

1. Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las entidades del Estado, y modificatorias.
2. Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG, que aprueba las Normas de Control Interno.
3. Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG, que aprueba la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado".
4. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 376-PE-ESSALUD-2013, que modifica la conformación del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
5. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 522-PE-ESSALUD-2013, que dispone la constitución de Sub Comités de Implementación del Sistema de Control Interno en los Órganos Desconcentrados del Seguro Social de Salud (ESSALUD), los cuales serán responsables de la implementación, seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno dentro de su ámbito funcional.
6. Resolución GRAR N° 621-2013 que aprueba el "Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Rebagliati".

III. DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

1. AMBIENTE DE CONTROL

| | DEBILIDADES | FORTALEZAS |
|---|---|--|
| Filosofía de la Dirección | 1 La Dirección muestra interés de apoyar al establecimiento y mantenimiento del Control Interno en la entidad a través de políticas, documentos, reuniones, charlas y otros medios. | |
| | 2 La Dirección reconoce y promueve los aportes del personal que mejoran el desarrollo de las actividades laborales. | |
| | 3 Se toman decisiones frente a desviaciones de indicadores variaciones frente a los resultados contables, dejándose evidencia mediante actas. | La Dirección incentiva el desarrollo transparente de las actividades de la entidad. |
| | 4 | |
| | 5 La Dirección proporciona el apoyo logístico y de personal para un adecuado desarrollo de las labores de control. | |
| | 6 La Dirección demuestra una actitud positiva para implementar las recomendaciones del Órgano de Control Institucional. | |
| Integridad y Valores Éticos | 7 | La entidad cuenta con un Código de Ética debidamente aprobado y difundido mediante talleres o reuniones. |
| | 8 | La administración ha difundido la "Ley del Código de Ética de la Función Pública". |
| | 9 Se comunican debidamente, dentro de la entidad, las acciones disciplinarias que se toman sobre violaciones éticas. | |
| | 10 La Dirección demuestra un comportamiento ético, poniendo en práctica los lineamientos de conducta de la entidad. | |
| | 11 Se sanciona a los responsables de actos ilegales de acuerdo con las políticas definidas por la Dirección. | |
| Administración Estratégica | 12 | La Dirección ha difundido y es de conocimiento general la visión, misión, metas y objetivos estratégicos de la entidad. |
| | 13 | La Dirección asegura que todas las áreas y departamentos formulen, implementen y evalúen actividades concordantes con su Plan Operativo Institucional. |
| | 14 | Los Planes Estratégicos Operativos y de Contingencia se elaboran, conservan y actualizan según procedimientos documentados. |
| | 15 | Todas las unidades orgánicas evalúan periódicamente su Plan Operativo con el fin de conocer los resultados alcanzados y detectar posibles desvíos. |
| | 16 | La entidad ha formulado el análisis de la situación con participación de todas las gerencias para definir su direccionamiento y desarrollo de los servicios. |
| | 17 | Los resultados de las mediciones efectuadas a los planes operativos en los últimos dos semestres están dentro de los niveles esperados. |
| Estructura Organizacional | 18 La estructura organizacional se ha desarrollado sobre la base de la misión, objetivos y actividades de la entidad y se ajusta a la realidad. | |
| | 19 | El Manual de Organización y Funciones (MOF) refleja todas las actividades que se realizan en la entidad y están debidamente delimitadas. |
| | 20 | La entidad cuenta con un Reglamento de Organización y Funciones (ROF) debidamente actualizado. |
| | 21 | Todas las personas que laboran en la entidad ocupan una plaza prevista en el Presupuesto Analítico de Personal (PAP) y un cargo incluido en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP). |
| | 22 | La Dirección se asegura de que los trabajadores conozcan los documentos normativos (MOF, ROF, CAP y demás manuales) que regulan las actividades de la entidad. |
| | 23 | Se han elaborado manuales de procesos con sus respectivos flujos de información (flujogramas). |
| Administración de los Recursos Humanos | 24 La entidad cuenta con mecanismos, políticas y procedimientos adecuados para la selección, inducción, formación, capacitación, compensación, bienestar social y evaluación de personal. | |
| | 25 | Se cuenta con un programa de inducción al personal que ingresa relacionados con el puesto al que ingresa y los principios éticos que su cargo conlleva. |
| | 26 Las unidades orgánicas cuentan con la cantidad de personal necesaria para el adecuado desarrollo sus actividades. | |
| | 27 | La entidad elabora anualmente un plan de formación y capacitación del personal, con la participación de todas las áreas y se da cumplimiento al mismo. |
| Competencia Profesional | 28 | La escala remunerativa está en relación con el cargo, funciones y responsabilidades asignadas. |
| | 29 | Se han identificado las competencias necesarias para cada cargo previsto en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP) y han sido plasmadas en un documento normativo (perfil del cargo). |
| | 30 El personal que ocupa cada cargo de trabajo cuenta con las competencias establecidas en el perfil del cargo. | |
| Asignación de Autoridad y Responsabilidad | 31 El titular, funcionarios y demás servidores son conocedores de la importancia del desarrollo, implantación y mantenimiento del Control Interno. | |
| | 32 | La autoridad y responsabilidad del personal están claramente definidas en los manuales, reglamentos u otros documentos normativos. |
| | 33 | Estos documentos normativos son revisados periódicamente con el fin de ser actualizados o mejorados. |
| | 34 | Todo el personal conoce sus responsabilidades y actúa de acuerdo con los niveles de autoridad que le corresponden. |
| Órgano de Control Institucional | 35 Los Órganos de Control Institucional evalúan los controles de los procesos vigentes e identifican oportunidades de mejora acorde a su tipo de trabajo. | |
| | 36 Son de comprobada competencia e idoneidad profesional los miembros que conforman el equipo de trabajo del Órgano de Control Institucional. | |
| | 37 El Órgano de Control Institucional evalúa periódicamente el Sistema de Control Interno de la entidad. | |

Handwritten notes and symbols on the right side of the page, including a checkmark, the word "Licit", a signature, and a blue circle.

| DEBILIDADES | | FORTALEZAS | |
|--|---|------------|---|
| 38 | Se ha desarrollado un plan de actividades de identificación, análisis o valoración, manejo o respuesta y monitoreo y documentación de los riesgos. | 39 | La Dirección (Directorio, Gerencias y Jefaturas) ha establecido y difundido lineamientos y políticas para la administración de riesgos. |
| 40 | El planeamiento de la administración de riesgos es específico en algunas áreas, como en la asignación de responsabilidades y monitoreo de los mismos. | 41 | La entidad cuenta y ha puesto en práctica el Plan de Administración de Riesgos. |
| Planearmiento de la Administración de Riesgos | | | |
| 42 | Están identificados los riesgos significativos por cada objetivo. | 43 | Se ha identificado los eventos negativos (riesgos) que pueden afectar el desarrollo de los procesos y las actividades. |
| 44 | Se ha participado en la identificación de los riesgos de las actividades de las diferentes unidades orgánicas o procesos. | 45 | En la identificación de riesgos, se ha tomado en consideración aspectos internos (de la entidad) y externos (fuera de la entidad). |
| Identificación de Riesgos | | | |
| 46 | En el desarrollo de sus actividades, se ha determinado y cuantificado la posibilidad de que ocurran los riesgos identificados (probabilidad de ocurrencia). | 47 | En el desarrollo de sus actividades, se ha cuantificado el efecto que pueden ocasionar los riesgos identificados. |
| 48 | Los riesgos, sus probabilidades de ocurrencia, impacto y cuantificación han sido registrados por escrito. | | |
| Valoración de Riesgos | | | |
| 49 | Se han establecido las acciones necesarias (controles) para afrontar los riesgos evaluados. | 50 | Se han definido lineamientos para efectuar seguimiento periódico a los controles desarrollados con respecto a los riesgos. |
| Respuesta al Riesgo | | | |

2. EVALUACIÓN DE RIESGOS

3. ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

| | DEBILIDADES | FORTALEZAS |
|---|--|---|
| Procedimiento de Autorización y Aprobación | 51 Los procedimientos de autorización y aprobación para los procesos, actividades y tareas están claramente definidos en manuales o directivas y son realizados para todos los procesos y actividades. | |
| | 52 Los procedimientos de autorización y aprobación para los procesos, actividades y tareas han sido adecuadamente comunicados a los responsables. | |
| Segregación de Funciones | 53 | Las actividades expuestas a riesgos de error o fraude han sido asignadas a diferentes personas o equipos de trabajo. |
| | 54 Se efectúa rotación periódica del personal asignado en puestos susceptibles a riesgos de fraude. | |
| Evaluación Cbcto - Beneficio | 55 El costo de los controles establecidos para sus actividades esta de acuerdo a los resultados esperados (beneficios) | |
| | 56 Se toma en cuenta que el costo de establecer un control no supera el beneficio que se puede obtener. | |
| Controles sobre el Acceso a los Recursos o Archivos | 57 | Se han establecido políticas y procedimientos documentados que se siguen para la utilización y protección de los recursos o archivos. |
| | 58 El acceso a los recursos o archivos queda evidenciado en documentos tales como recibos, actas, entre otros. | |
| | 59 | Periódicamente se comparan los recursos asignados con los registros de la entidad (arqueos, inventarios u otros). |
| | 60 | Se ha identificado los activos expuestos a riesgos como robo o uso no autorizado, y se han establecido medidas de seguridad para los mismos. |
| Verificaciones y Conciliaciones | 61 Los documentos internos que generan y reciben las unidades orgánicas están debidamente numerados y protegidos. | |
| | 62 Las unidades orgánicas periódicamente llevan a cabo verificaciones sobre la ejecución de los procesos, actividades y tareas. | |
| Evaluación de Desempeño | 63 Periódicamente se comparan los resultados con los registros de los procesos, actividades y tareas utilizando para ello distintas fuentes. | |
| | 64 | La entidad cuenta con indicadores de desempeño para los procesos, actividades y tareas. |
| Rendición de Cuentas | 65 | La evaluación de desempeño se hace con base en los planes organizacionales y disposiciones normativas vigentes. |
| | 66 | La entidad cuenta con procedimientos y lineamientos internos que se siguen para la rendición de cuentas. |
| | 67 | La administración exige periódicamente la presentación de declaraciones juradas a su personal. |
| Documentación de Procesos, Actividades y Tareas | 68 | Conoce sus responsabilidades con respecto a las rendiciones de cuenta. |
| | 69 El personal conoce qué procesos involucran a su unidad orgánica y qué rol le corresponde en los mismos. | |
| Revisión de Procesos, Actividades y Tareas | 70 Los procesos, actividades y tareas de la entidad se encuentran definidas, establecidas y documentadas, al igual que sus modificaciones. | |
| | 71 Se revisan periódicamente con el fin de que se estén desarrollando de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente. | |
| Controles para la Tecnologías de Información y Comunicaciones | 72 Se implementan las mejoras propuestas y en caso de detectarse deficiencias se efectúan las correcciones necesarias. | |
| | 73 Se cuenta con políticas y procedimientos escritos para la administración de los sistemas de información. | |
| | 74 | Es restringido el acceso a la sala de computo, procesamiento de datos, a las redes instaladas, así como al respaldo de la información (backup). |
| | 75 Los sistemas de información cuentan con controles y sistemas que evitan el acceso no autorizado a la información. | |
| | 76 La entidad cuenta con un Plan Operativo Informático. | |
| | 77 El área de informática cuenta con un Plan de Contingencias. | |
| | 78 Se han definido los controles de acceso general (seguridad física y lógica de los equipos centrales). | |
| | 79 Se han creado perfiles de usuario de acuerdo con las funciones de los empleados, creación de usuarios con accesos propios (contraseñas) y relación de cada usuario con el perfil correspondiente. | |
| | 80 Los programas informáticos (software) de la entidad cuentan con licencias y autorizaciones de uso. | |
| | 81 La entidad cuenta con un adecuado servicio de soporte técnico para las Tecnologías de la Información y Comunicación. | |
| | 82 Se lleva el control de los nuevos productos ingresados a desarrollo, así como de las modificaciones de los existentes en carpetas documentadas. | |
| 83 | La entidad ha definido políticas sobre el cambio frecuente de contraseñas, sobre su uso y cuando el personal se desvincule de las funciones. | |
| 84 | La entidad ha establecido controles para la adquisición de paquetes de software. | |







4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

| | DEBILIDADES | FORTALEZAS |
|---|---|---|
| Funciones y Características de la Información | 85 La información gerencial es seleccionada, analizada, evaluada y sintetizada para la toma de decisiones. | |
| | 86 Se han definido niveles para el acceso del personal al sistema de información. | |
| Información y Responsabilidad | 87 | Los titulares y funcionarios identifican las necesidades de información de todos los procesos y han implementado los controles necesarios en las áreas respectivas. |
| | 88 | Se cuenta con políticas y procedimientos que garantizan el adecuado suministro de información para el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades. |
| Calidad y Suficiencia de la Información | 89 La información interna y externa que maneja la entidad es útil, oportuna y confiable en el desarrollo de sus actividades. | |
| | 90 Se han diseñado, evaluado e implementado mecanismos para asegurar la calidad y suficiencia de la información. | |
| Sistemas de Información | 91 La entidad está integrada a un solo sistema de información y se ajusta a las necesidades de sus actividades. | |
| | 92 Periódicamente se solicita a los usuarios opinión sobre el sistema de información registrándose los reclamos e inquietudes para priorizar las mejoras. | |
| Flexibilidad al Cambio | 93 Se revisan periódicamente los sistemas de información y, de ser necesario, se rediseñan para asegurar su adecuado funcionamiento. | |
| | 94 | La entidad cuenta con una unidad orgánica que se encarga de administrar la documentación e información generada por la entidad. |
| Archivo Institucional | 95 La administración de los documentos e información se realiza de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos para la preservación y su conservación (archivos electrónico, magnéticos y físicos). | |
| | 96 Los ambientes utilizados por el archivo institucional cuenta con una ubicación y acondicionamiento apropiado. | |
| | 97 | La entidad ha elaborado y difundido documentos que orienten la comunicación interna. |
| Comunicación Interna | 98 | La administración mantiene actualizado a la Dirección respecto al desempeño, desarrollo, riesgos, principales iniciativas y cualquier otros eventos resultantes. |
| | 99 | La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos para la denuncia de actos indebidos por parte del personal. |
| | 100 | La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos adecuados para informar hacia el exterior sobre su gestión institucional. |
| Comunicación Externa | 101 El Portal de Transparencia de la entidad se encuentra actualizado. | |
| | 102 La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública). | |
| Canales de Comunicación | 103 Se ha implementado alguna política que estandarice una comunicación interna y externa, considerándose diversos tipos de comunicación: Memorando, paneles informativos, boletines o revistas. | |
| | 104 Estos canales de comunicación permiten que la información fluya de manera clara, ordenada y oportuna. | |

5. SUPERVISIÓN

| | DEBILIDADES | FORTALEZAS |
|---------------------------------------|-------------|---|
| Actividades de Prevención y Monitoreo | 105 | En el desarrollo de sus labores, se realizan acciones de supervisión para conocer oportunamente si éstas se efectúan de acuerdo con lo establecido, quedando evidencia de ello. |
| | 106 | Las unidades orgánicas realizan acciones para conocer oportunamente si los procesos en los que interviene se desarrollan de acuerdo con los procedimientos establecidos (monitoreo). |
| Seguimiento de Resultados | 107 | Las deficiencias y los problemas detectados en el monitoreo se registran y comunican con prontitud a los responsables con el fin de que tomen las acciones necesarias para su corrección. |
| | 108 | Cuando se descubre oportunidades de mejora se disponen medidas para desarrollarlas. |
| | 109 | Se realiza el seguimiento a la implementación de las mejoras propuestas a las deficiencias detectadas por el Órgano de Control Institucional. |
| Compromiso de Mejoramiento | 110 | La entidad efectúa periódicamente autoevaluaciones que le permite proponer planes de mejora que son ejecutados posteriormente. |
| | 111 | Se implementan las recomendaciones producto de las autoevaluaciones realizadas. |
| | 112 | Se implementan las recomendaciones que formulan los Órganos de Control Institucional, las mismas que constituyen compromisos de mejoramiento. |

IV. ASPECTOS A IMPLEMENTAR

Ambiente de control

1. Capacitaciones periódicas de control interno por área, explicando la finalidad del control interno, las normas de éste y las institucionales que se aplican más frecuentemente en la gestión de cada área, las estrategias, actividades y metas que cada establecimiento debe aplicar en concordancia con el plan estratégico institucional.
2. Evaluar periódicamente a los funcionarios acerca de la ley y reglamento de control interno, conocimiento del Plan estratégico institucional, Plan operativo anual y Planes específicos del área de su competencia.
3. Tarjeta adicional al fotocheck de los trabajadores con la misión, visión y valores institucionales.
4. Felicitar a trabajadores que presentan iniciativas y proyectos que benefician a la institución a través de Resoluciones directorales y gerenciales.
5. Implementar un libro de actas por establecimiento, en el que deben figurar los acuerdos de cada reunión de gestión mensual.
6. Verificar el informe mensual del cumplimiento de los acuerdos de gestión.
7. Reuniones trimestrales de evaluación de indicadores con el equipo de gestión de la red, para tomar medidas oportunas.
8. Elaborar un ASIS anual por hospital de la Red.
9. Capacitaciones periódicas con énfasis en la finalidad del control interno
10. Incluir dentro de las capacitaciones de control interno el conocimiento del código de ética institucional y el reglamento interno de trabajo.
11. Adicionar a la Resolución de cargo del funcionario la ley y reglamento del control interno, así como también el reglamento interno institucional.

12. Incluir en el Reglamento interno que todo funcionario debe comunicar las acciones disciplinarias dirigidas a un colaborador a la Gerencia de Red.
13. Implementar un canal de denuncias interno anónimo en el que se puedan adjuntar archivos.
14. Hacer seguimiento de la ejecución de las sanciones.
15. Actualizar el ROF Rebagliati
16. Identificación de brecha oferta-demanda
17. Mapeo de puestos de la Red
18. Elaborar el Cuadro de Perfil de Puestos
19. Elaborar el Manual de Perfil de Puestos
20. Elaborar el plan de capacitación anual por competencias.
21. Actualizar los perfiles por competencias de los colaboradores.
22. Capacitar a las áreas usuarias en la elaboración de perfiles por competencias.
23. Inducción por Competencias: Conocimiento del Manual de Procesos y Procedimientos del área asignada, así como entrega de las Guías de Práctica Clínica, previo al inicio de su actividad asistencial y/o administrativa. Evaluación por competencias a los dos meses.
24. Ejecución del plan de capacitación anual por competencias.
25. Informe bimestral del cumplimiento del plan de capacitación por competencias con evidencia de imágenes y asistencia.
26. Difusión y seguimiento del cumplimiento del MOF.
27. Solicitar la difusión del plan de trabajo del Órgano de Control Institucional.
28. Solicitar la mejora de las competencias del personal supervisor de la OCI.

Evaluación de Riesgos

1. Capacitar a los colaboradores en gestión de riesgos.
2. Elaborar los manuales de procesos y procedimientos priorizados del área.
3. Identificar los riesgos significativos para el cumplimiento de los acuerdos de gestión.
4. Identificar los puntos críticos de los procesos y la introducción de por lo menos un indicador de resultado por proceso.
5. Identificar los aspectos internos y externos que conforman los puntos críticos de los procesos.
6. Identificar la probabilidad de ocurrencia de riesgos en cada proceso.
7. Estimar el impacto del daño que acarrearía una inadecuada gestión del riesgo.
8. Contar con un libro de registro de eventos adversos en la gestión del área.
9. Realizar un informe a la instancia superior de la identificación, probabilidad de ocurrencia, impacto, cuantificación, factores involucrados y acciones preventivas de riesgos.
10. Elaborar lineamientos para control de riesgos y planes de contingencia.
11. Elaborar un manual de gestión de riesgos por unidad productora de servicios

Actividades de control gerencial

1. Cada proceso de los manuales de procesos debe contar con una autorización como insumo de entrada y una conformidad del funcionario y/o responsable del proceso como producto de salida.
2. Los manuales de procesos deben ser difundidos entre los colaboradores involucrados.
3. Identificar los puestos susceptibles a riesgo de fraude en la Red.
4. Reglamentar la rotación periódica de éstos puestos.
5. Identificación y costeo de los servicios con mayor demanda.
6. Identificación y costeo de las actividades de control.
7. Depurar los archivos documentarios e historias clínicas de acuerdo a normas establecidas.
8. Crear un aplicativo de administración de Historias clínicas, con código de barras.
9. Documentar las acciones de control o supervisión.
10. Actualizar el procedimiento para la numeración de los documentos internos.
11. Supervisar y monitorear las actividades a nivel de la jefatura responsable, gerencia de línea y OCPyAP.
12. Levantamiento de información de actividades médicas y no médicas que no son registradas en el SGH.
13. Solicitar códigos de actividades de procedimientos a la central para ingreso al SGH.
14. Supervisión y monitoreo de las actividades a nivel de la jefatura responsable, gerencia de línea y OCPyAP.
15. Difusión del MOF.
16. Elaborar el plan operativo informático.
17. Supervisar el cumplimiento del plan de contingencia.
18. Supervisar y monitorear los softwares empleados.
19. Solicitar un servicio de soporte técnico adecuado.
20. Implementar un acta de compromiso con el ordenamiento de las aplicaciones informáticas a utilizarse en la red.
21. Supervisión y monitoreo del cumplimiento de las normas relacionadas a sistemas de información.
22. Difusión de la normativa de control informático vigente.

Información y comunicación

1. Elaborar un informe de la problemática de los sistemas de información para la procura de una solución a nivel central.
2. Solicitar la actualización o modernización de los sistemas de información institucionales a la Sede Central.
3. Mitigar los efectos de la obsolescencia de los sistemas de información institucionales.
4. Difundir la información gerencial, a través de herramientas informáticas.
5. Reglamentar los niveles de acceso a la información.

6. Empadronar los usuarios y sus niveles de acceso a los sistemas de información.
7. Reglamentar el uso de las contraseñas.
8. Difundir los mecanismos de retroalimentación de la información brindada a través del correo electrónico institucional.
9. Se implementará una encuesta de opinión acerca de los sistemas de información
10. Difundir las acciones de control iniciadas en el HNERM
11. Difundir las normas y aplicativos institucionales de información interna y externa.
12. Reiterar la difusión acerca del sistema de trámite documentario.

Supervisión

1. Reiterar la importancia del uso del correo institucional.
2. Reiterar la existencia y revisión de las comunicaciones de la gestión a los equipos de gestión de los establecimientos.
3. Optimizar los mecanismos de retroalimentación de las comunicaciones de la gestión.
4. Elevar propuestas de mejora a las instancias correspondientes de la Red Asistencial Rebagliati.
5. Difundir los mecanismos de seguimiento de la implementación de las propuestas de mejora realizadas por la OCI.

V. CONCLUSIONES

- Según los resultados de la autoevaluación a través del aplicativo, la Red contaría con un nivel INSUFICIENTE de madurez del Sistema de Control Interno.
- Los subsistemas de Control estratégico y Control de gestión son insuficientes, mientras que el subsistema de control de evaluación es adecuado.
- Los componentes de ambiente de control y supervisión son adecuados, constituyéndose éstos en fortalezas del control interno de la Red Asistencial Rebagliati; en tanto que, los componentes de evaluación de riesgos, actividades de control gerencial, información y comunicación y supervisión son insuficientes, evidenciándose debilidad en éstos.
- Se evidencia en las puntuaciones expresadas que la OCI de la Red Rebagliati, no está realizando actividades de prevención que capacite a la gestión para mejoras en el desempeño.
- El manejo del sistema documentario se calificó como una debilidad en la mayoría de establecimientos.
- Los Sistemas de información fueron calificados como una debilidad de la Red Asistencial.
- El seguimiento de resultados también fue calificado por la mayoría de establecimientos como una debilidad.

VI. RECOMENDACIONES

1. Difundir, supervisar y controlar el cumplimiento de las normas institucionales que permitan mejorar la calidad, oportunidad y eficiencia de los procesos de prestaciones de salud.
2. Dada la ley de Modernización de la Gestión del Estado Peruano, las instituciones públicas están asimilando en su práctica cotidiana la gestión por procesos que la institución ya ha empezado a trabajar desde Julio del 2014, aprobándose con resolución de Gerencia General 737-GG-ESSALUD-2014 la Directiva 09-GG-ESSALUD-2014, en la que se establecen los lineamientos para la gestión por procesos del Seguro Social de Salud ESSALUD, para la creación de los Manuales de procesos y procedimientos (MAPRO); éstos, tienen por finalidad establecer las funciones específicas de los colaboradores de la institución y el reconocimiento de las debidas entradas y salidas de los procesos, que deberían tener autorización y conformidad de los funcionarios responsables para asegurar que se estén llevando a cabo de modo eficiente, a través de los indicadores de procesos y resultados. De este modo se hace una necesidad la elaboración de los manuales de procesos y procedimientos tal y como se realizan en la actualidad para ser sometidos a rediseño y mejora de éstos más adelante.
3. Supervisión y control de indicadores gerenciales, con la difusión de éstos y la toma de medidas oportunas para la prevención de eventos adversos en la gestión.
4. Diseñar mecanismos que permitan la transparencia de la gestión en el ámbito administrativo y asistencial.
5. Implementar el programa de gestión del talento humano por competencias.
6. Fortalecer los sistemas de información gerencial e informáticos, en tanto se realice la actualización tecnológica de los sistemas de información institucional que dan soporte a los principales procesos hospitalarios, se deben establecer alternativas informáticas que complemeten a los antiguos sistemas de información vigentes, así como la definición e implantación de estándares en codificación y registro de actividades