



Dirección Proyección de Servicios de Salud

Área Soporte Estratégico de los Servicios de Salud

Sub área Control y Evaluación

*Informe de fin de gestión
Sub área Control y
Evaluación de Servicios de
Salud
Período 2009-abril 2013*

Elaborado por:

MBA. Sonia Torres Montero



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Mayo 2013

Tabla de Contenido

	Página
1. Presentación _____	2
2. Ambientación sobre el periodo de gestión que comprende el informe: _____	3
3. Funciones sustantivas de la Sub área Control y Evaluación _____	4
4. Actividades realizadas por la Sub área Control y Evaluación período 2009 a abril 2013 _____	6
4.1. Actividades realizadas en el año 2009 _____	6
4.2. Actividades realizadas en el año 2010 _____	28
4.3. Actividades realizadas en el año 2011 _____	48
4.4. Actividades realizadas en el año 2012 _____	68
4.5. Actividades realizadas de enero a abril 2013 _____	89
5. Principales logros de la gestión _____	91
6. Otros productos y obtenidos durante la gestión _____	94
7. Documentos producidos durante la gestión _____	95
8. Estado de los Informes de Auditoría asignados pendientes _____	99
9. Trabajos pendientes _____	102
10. Sugerencias para la buena marcha de la unidad _____	104
11. Anexos _____	106



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

1. Presentación

El presente documento tiene como fin cumplir con la normativa vigente, en relación con la obligación de los funcionarios que ocupan cargos que los acreditan como titulares subordinados, se utilizó como fundamento los siguientes aspectos:

Artículo 12 de la Ley de Control Interno, Ley 8292, en la Sección I, punto 1. Deberes del jerarca y los titulares subordinados establece:

Artículo 12. —Deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno. Presentar un informe de fin de gestión y realizar la entrega formal del ente o el órgano a su sucesor, de acuerdo con las directrices emitidas por la Contraloría General de la República y por los entes y órganos competentes de la administración activa

“Directrices que deben observar los funcionarios Obligados a presentar el informe final De su gestión, según lo dispuesto En el inciso e) del artículo 12 De la ley general de Control interno” D-1-2005-CO-DFOE, emitido por la Contraloría General de la República, publicado en LA GACETA No. 131 del 7-07-2005, que establece los requisitos que debe cumplir el informe de fin de gestión de un titular subordinado.

El documento contiene aspectos generales relacionados con la ubicación del puesto, funciones y responsabilidades de Sub área a mi cargo, las actividades realizadas durante el período en que ocupé la plaza, principales logros obtenidos y el estado de los proyectos más relevantes en el ámbito institucional o de la unidad, que quedan pendientes al concluir mi gestión.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

2. Ambientación sobre el periodo de gestión que comprende el informe:

Nombre del informante:	Sonia Torres Montero
Cédula de identidad:	1-460-617
Cargo que ostentó:	Jefe Sub área de Sede
Nombre de la dependencia:	Sub área Control y Evaluación
Nombre de la Unidad de Trabajo:	Dirección Proyección de Servicios de Salud
Período:	Del 01 de setiembre 2008 al de abril 2013

Mi labor inicia con la Caja Costarricense del Seguro Social, el día 10 de marzo de 1975. Desde ese año hasta setiembre del 2008, ocupé varios puestos administrativos, desde oficinista 1 hasta profesional 4. Mi plaza en propiedad de Profesional 4 No. 08038, está ubicada en la Dirección de Sistemas Administrativos, que es una dependencia de la Gerencia Administrativa. A partir del primero de setiembre del 2008 hasta la fecha, fui ascendida de forma interina en la plaza de Jefe de Sub área No. 40796, que pertenece al Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud, dependencia de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud.

En el mes de setiembre del 2012, la Caja Costarricense de Seguro Social comunica a los funcionarios del nivel central, la posibilidad de acogerse al programa de movilidad laboral voluntaria, oportunidad que decido aprovechar por contar con las condiciones que en este momento me lo permiten.



3. Funciones sustantivas de la Sub área Control y Evaluación

La Sub área Control y Evaluación, en su papel de enlace Gerencial de Control Interno, tiene a su cargo la coordinación con la Dirección de Sistemas Administrativos, así como con los facilitadores de Control Interno de todas las dependencias de la Gerencia Médica, en lo que se refiere a la comunicación de los lineamientos institucionales, el seguimiento y la evaluación de la implementación del Sistema de Control Interno, con el fin de coadyuvar en el cumplimiento de la Ley General de Control Interno N° 9282, la normativa correspondiente, aplicación de metodologías y herramientas de trabajo relacionadas con dicha ley, en acatamiento de las disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República y las autoridades superiores de la Institución.

Esta función también tiene sustento en el Plan de Acción de la Gerencia Médica y en las siguientes políticas y estrategias institucionales:

- Política específica: *“La C.C.S.S. impulsará el desarrollo y aplicación en todos los ámbitos de la organización, de procedimientos, herramientas, conocimientos y destrezas para promover y fortalecer el control interno de la gestión y la autoevaluación de los procesos, productos y servicios institucionales, buscando asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales y la protección de los recursos públicos”*
- Estrategia: *“Fortalecer el Sistema de Control Interno y de Valoración de Riesgos Institucionales”.*

En relación con la Valoración de Riesgos, también se establece en el Plan de Acción de la Gerencia Médica, como una responsabilidad Gerencial que se delega específicamente en esta Sub área, según se indica a continuación:

- *Diseñar e implementar los mecanismos, procedimientos e instrumentos operativos, necesarios para asegurar la correcta aplicación de la Ley General de Control Interno N° 8292 y la implantación del “Sistema Específico de Valoración de Riesgos Institucionales (SERVI)”, en el ámbito de responsabilidad de la Gerencia de la División Médica.*



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Otras funciones específicas de la Sub área Control y Evaluación

- a. Conducir el proceso para el cumplimiento de la Ley de Control Interno en la Gerencia Médica, por medio de:
 - ✓ Capacitar al personal de las Dependencias de la Gerencia Médica en temas de control interno
 - ✓ Apoyar y Asesorar a las Dependencias de la Gerencia Médica en el levantado, documentación y rediseño de procesos a las unidades
 - ✓ Apoyar y Asesorar a las Dependencias de la Gerencia Médica en la aplicación de la metodología y la herramienta para la valoración de riesgos (SEVRI) a los procesos
 - ✓ Consolidar la información referente a la Autoevaluación de Control Interno de los titulares subordinados de la Gerencia.

- b. Normalización, evolución y actualización de procesos de las Dependencias de la Gerencia Médica

- c. Dar seguimiento y evaluar el cumplimiento de la Ley de Control Interno en las Dependencias de Gerencia Médica

- d. Conducir el proceso para el cumplimiento de la Ley de Simplificación de Trámites en la Gerencia Médica



4. Actividades realizadas por la Sub área Control y Evaluación período 2009 a abril 2013

Con base en la programación establecida en los Planes Anuales Operativos de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud para el período mencionado, específicamente para la Sub área de Control y Evaluación, en lo relacionado con los temas de conducción del proceso de control interno, estandarización de procesos y simplificación de trámites, se realizaron las siguientes actividades:

4.1. Actividades realizadas en el año 2009

4.1.1. Capacitación en temas de control interno

La Sub Área Control y Evaluación, como unidad a cargo del control interno en la Gerencia Médica, es responsable de capacitar a los facilitadores de control interno de las Dependencias adscritas a la Gerencia en temas de control interno, específicamente: Ley General de Control Interno, Normas de Control Interno, Levantamiento, Documentación y Rediseño de Procesos, y Sistema Específico de Valoración de Riesgos (SEVRI).

Por lo tanto, en el año 2009 se realizaron 15 talleres de capacitación en Control Interno, sobre las nuevas normas de control interno, levantado, documentación y rediseño de procesos y SEVRI dirigidos a facilitadores y otros funcionarios de la Gerencia Médica. Al terminar el proceso, se contabiliza un total de 258 funcionarios capacitados, según el siguiente desglose:

- a. Capacitación a funcionarios de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, Despacho de la Gerencia Médica y Centro de Gestión informática en el mes de marzo
- b. Capacitación dirigida a los facilitadores Regionales y facilitadores de Direcciones de Sede en el mes de marzo
- c. Capacitación dirigida a los facilitadores de Hospitales Naciones, Hospitales Especializados y Centros Especializados. Solo se realizaron las dos primeras sesiones en el mes de mayo, debido ya que fue suspendida por Gerencia Médica como prevención a la contaminación del virus AH1N1, sin embargo, las dos sesiones faltantes se efectuaron en octubre con los mismos participantes.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- d. En abril, Organización y ejecución curso Control Interno para funcionarios de Recursos Humanos de la Región Central Norte (4 sesiones)
- e. En coordinación con la Dra. Estela Bolaños Varela, funcionaria de la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud la estandarización del proceso de Atención Domiciliar a paciente nefrópatas, inicialmente a un equipo conductor
- f. Como parte del proceso indicado en el punto anterior, a solicitud de la Dra. Estela Bolaños y con la autorización de la Jefatura inmediata, también se impartió capacitación a equipos locales de funcionarios que laboran en programas de atención domiciliar. En julio se brindó capacitación al equipo local de la Región Brunca en procesos y SEVRI y en septiembre al grupo local de la Huetar Atlántica en el tema de SEVRI.
- g. En junio, a solicitud del Departamento de Recursos Humanos del Hospital de Alajuela, se ejecutaron 4 talleres de capacitación dirigidos a lo con funcionarios del Hospital
- h. En julio se capacitó a la funcionaria asignada como facilitadora de Control Interno del Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes, coordinando 4 sesiones de trabajo (pasantías)
- i. A solicitud del Administrador de la Dirección de Red de Servicios de Salud, se realizó una actividad de capacitación en agosto a funcionarios de la Dirección
- j. A solicitud del Despacho de la Gerencia Médica, en setiembre se coordinaron y ejecutaron dos sesiones de trabajo para capacitar y orientar a los coordinadores del Despacho, en el levantado y documentación de los procesos.
- k. En octubre se realizó una charla en temas de control interno a los funcionarios de recién ingreso a la DPSS.

a.

Es importante resaltar que en cada taller de capacitación, se obtienen como productos procesos levantados y la valoración de riesgos correspondiente, por lo que se requiere de un trabajo adicional de revisión de cada uno de los trabajos realizados por los equipos, con las correspondientes observaciones y recomendaciones.

En la tabla siguiente, se muestra el resumen de las capacitaciones impartidas durante el año 2009, indicando las fechas, temas tratados, duración, lugar donde se realiza la actividad y el personal capacitado.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Fecha	Tema	Duración	Lugar de Actividad	Personal Capacitado	Cant.
18 marzo 2009 19 marzo 2009 20 marzo 2009	Capacitación en temas sobre Control Interno (Normas, Procesos y SEVRI)	3 días	Hotel Balmoral	Funcionarios de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, Despacho de la Gerencia Médica y CGI.	20
27 abril 2009 28 abril 2009 29 abril 2009 30 abril 2009	Capacitación en temas sobre Control Interno (Normas, Procesos y SEVRI)	4 días	Área de Salud Alajuelita	Facilitadores de Control Interno de Sede y Regionales.	22
04 mayo 2009 05 mayo 2009	Capacitación en temas sobre Control Interno (Normas y Procesos)	2 días	Laboratorio Nacional de Citologías	Facilitadores de Control Interno de Hospitales Nacionales, Hospitales Especializados y Centros Especializados	28
22 abril 2009 18 mayo 2009	Capacitación en temas sobre Control Interno (Normas, Procesos y SEVRI)	2 días	Dirección Regional Central Norte	Funcionarios de Recursos Humanos de la Región Central Norte	27
17 abril 2009 24 abril 2009 8 mayo 2009 15 mayo 2009 22 mayo 2009	Capacitación en temas sobre Control Interno (Procesos y SEVRI)	5 días	Torre de especialidades médicas, Hospital de Niños	Grupo multiplicador - Atención Domiciliar a los paciente nefrópatas	16
29 mayo 2009 05 junio 2009 03 julio 2009 07 agosto 2009 14 agosto 2009	Capacitación en temas sobre Control Interno (Procesos y SEVRI)	3 días	Torre de Especialidades Médicas, Hospital de Niños	Equipos Locales de Atención Domiciliar	21
18 junio 2009 25 junio 2009 02 julio 2009	Capacitación en temas sobre Control Interno (Procesos y SEVRI)	4 días	Hospital San Rafael de Alajuela	Funcionarios del Hospital de Alajuela	28
08 julio 2009 09 julio 2009 10 julio 2009	Capacitación en temas sobre Control Interno (Procesos y SEVRI)	3 días	Dirección Regional Brunca	Equipo local de Atención Domiciliar - Región Brunca	14



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Fecha	Tema	Duración	Lugar de Actividad	Personal Capacitado	Cant.
30 junio 2009 06 julio 2009 13 julio 2009 20 julio 2009	Capacitación en temas sobre Control Interno (Procesos y SEVRI)	4 sesiones (2horas c/u)	Oficinas ASESS	Facilitador de Control Interno del Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes	1
19 agosto 2009 26 agosto 2009	Capacitación en temas sobre Control Interno (Procesos y SEVRI)	2 días	ASECCSS	Funcionarios de la Dirección de Red de Servicios de Salud. ASESS	10
09 septiembre 2009 10 septiembre 2009	Capacitación en temas sobre (Levantado y documentación de procesos)	2 días	CEDESO	Coordinadores del Despacho de la Gerencia Médica	7
17 septiembre 2009 24 septiembre 2009	Capacitación en Control Interno (SEVRI)	2 días	Hospital Dr. Tony Facio	Equipo local de Atención Domiciliar - Región Huetar Atlántica	22
14 octubre 2009	Capacitación sobre la definición de Procesos Sustantivos	1 día	Dirección Regional Huetar Atlántica	Consejo de Directores - Región Huetar Atlántica	14
22 octubre 2009	Charla sobre Control Interno	4 horas	Oficina DPSS	Personal de nuevo ingreso a la DPSS	8
27 octubre 2009 28 octubre 2009	Capacitación en temas sobre Control Interno (SEVRI)	2 días	Laboratorio Nacional de Citologías	Facilitadores de Control Interno de Hospitales Nacionales, Hospitales Especializados y Centros Especializados	20

Adicionalmente, se coordinó y organizó la participación de los facilitadores de la Gerencia, la capacitación virtual de Control Interno para la Gerencia Médica (recolección de la información y coordinación con Sistemas Administrativos y CENDEISSS)

La Ing. Selenia Ramírez Paniagua participó en el primer módulo de la capacitación virtual que concluyó en el mes de diciembre y en la capacitación en nuevas normas de Control Interno que impartió la Dirección de Sistemas Administrativos en el CENDEISSS en Noviembre 2009, y que fue dirigida a facilitadores de la Gerencia Médica.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

4.1.2. Levantado y documentación de procesos

Según lo indica el artículo N° 15 de la Ley General de Control Interno, es deber del titular subordinado documentar, mantener actualizados y divulgar los procesos que definan claramente la autoridad y responsabilidad de los funcionarios.

Por lo tanto, para el cumplimiento de la meta establecida en el PAO 2009, la cual indica que al 30 de junio todos los procesos de la Dirección debían estar levantados y documentados, se elaboró una lista preliminar de los procesos sustantivos, complementarios y apoyo de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, para dar seguimiento al levantado y documentación de los procesos y la aplicación del SEVRI.

Las actividades realizadas para el seguimiento del levantado de procesos de la Dirección Proyección de Servicios de Salud, se citan a continuación:

- a. Sesiones de trabajo con funcionarios del Despacho de la Dirección para el levantado de 4 procesos sustantivos, 3 procesos complementarios y un proceso de apoyo.
- b. Revisión y observaciones al levantado de 3 procesos sustantivos y 1 proceso complementario del Área Análisis y Proyección de los Servicios de Salud.
- c. Sesiones de trabajo con funcionarios de la Sub Área de Administración y Logística, para el levantado de los 11 procesos de apoyo de la Dirección
- d. Levantado de 4 procesos sustantivos y 2 procesos complementarios del Área Soporte Estratégico.
- e. Sesiones de trabajo con funcionaria del Área Estadística de salud, para la revisión de 3 procesos sustantivos y 5 procesos complementarios.

En la tabla siguiente se muestra la lista de los procesos de la DPSS:

Dependencia (Dirección/ Área)	Clasificación del proceso	Nombre del Proceso
DPSS - Dirección Proyección de los Servicios de Salud	Sustantivo	Gestión de plazas nuevas dependencias Gerencia Médica FL



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Dependencia (Dirección/ Área)	Clasificación del proceso	Nombre del Proceso
DPSS - Dirección Proyección de los Servicios de Salud	Sustantivo	Gestión de plazas nuevas dependencias Gerencia Médica FC
DPSS - Dirección Proyección de los Servicios de Salud	Sustantivo	Monitoreo de metas del Plan de Acción de la Gerencia Médica
DPSS - Dirección Proyección de los Servicios de Salud	Sustantivo	Re sectorización de Áreas de Salud
DPSS - Dirección Proyección de los Servicios de Salud	Complementario	Elaboración de Estudios Especiales
DPSS - Dirección Proyección de los Servicios de Salud	Complementario	Asesoría Técnica y Capacitación
DPSS - Dirección Proyección de los Servicios de Salud	Complementario	Levantado de procesos
DPSS - Dirección Proyección de los Servicios de Salud	Apoyo	Registro y control de correspondencia
DPSS - Dirección Proyección de los Servicios de Salud	Apoyo	Formulación del presupuesto
DPSS - Dirección Proyección de los Servicios de Salud	Apoyo	Ejecución y control de presupuesto
DPSS - Dirección Proyección de los Servicios de Salud	Apoyo	Modificación del Presupuesto
DPSS - Dirección Proyección de los Servicios de Salud	Apoyo	Elaboración, control y evaluación del PAO - DPSS
DPSS - Dirección Proyección de los Servicios de Salud	Apoyo	Adquisición de Activos



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Dependencia (Dirección/ Área)	Clasificación del proceso	Nombre del Proceso
DPSS - Dirección Proyección de los Servicios de Salud	Apoyo	Control y Seguimiento de Activos
DPSS - Dirección Proyección de los Servicios de Salud	Apoyo	Compra de menor cuantía
DPSS - Dirección Proyección de los Servicios de Salud	Apoyo	Compras por vale de caja chica
DPSS - Dirección Proyección de los Servicios de Salud	Apoyo	Liquidación de fondos de Caja Chica
DPSS - Dirección Proyección de los Servicios de Salud	Apoyo	Pago de viáticos
DPSS - Dirección Proyección de los Servicios de Salud	Apoyo	Confección de documentos de personal
Área Soporte Estratégico de los Servicios de Salud - DPSS	Sustantivo	Simplificación de Tramites
Área Soporte Estratégico de los Servicios de Salud - DPSS	Sustantivo	Estandarización de Procesos
Área Soporte Estratégico de los Servicios de Salud - DPSS	Sustantivo	Consolidado de Autoevaluación del Sistema de Control Interno de la Gerencia Médica
Área Soporte Estratégico de los Servicios de Salud - DPSS	Sustantivo	Formulación, Modificación, Seguimiento y Evaluación del PAO de la Gerencia Médica
Área Soporte Estratégico de los Servicios de Salud - DPSS	Complementario	Elaboración del Portafolio de Riesgos de la Gerencia
Área Soporte Estratégico de los Servicios de Salud - DPSS	Complementario	Seguimiento y Evaluación del Sistemas de Control Interno de las Dependencias de la Gerencia Médica



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Dependencia (Dirección/ Área)	Clasificación del proceso	Nombre del Proceso
Área Análisis y Proyección de Servicios de Salud - DPSS	Sustantivo	Actualización de Inventario de Áreas de Salud, Sectores, EBAIS, Sedes y PVP (Puestos de Visita Periódica)
Área Análisis y Proyección de Servicios de Salud - DPSS	Sustantivo	Actualización de áreas de atracción de los centros de servicio de salud
Área Análisis y Proyección de Servicios de Salud - DPSS	Sustantivo	Elaboración de estudios de fortalecimiento y recursos humanos de los Servicios de Salud de Ámbito Nacional
Área Análisis y Proyección de Servicios de Salud - DPSS	Complementario	Medición de complejidad de los establecimientos de salud.
Área Estadística de Salud - DPSS	Sustantivo	Aseguramiento de la Calidad de la Información del Egreso Hospitalario
Área Estadística de Salud - DPSS	Sustantivo	Recepción, crítica, digitación y tabulación de la producción mensual de la Consulta Ambulatoria de los Servicios de Salud.
Área Estadística de Salud - DPSS	Sustantivo	Diseño e implementación de formularios del expediente de salud
Área Estadística de Salud - DPSS	Sustantivo	Publicaciones estadísticas de los servicios de atención en salud
Área Estadística de Salud - DPSS	Complementario	Atención a las solicitudes de información estadística
Área Estadística de Salud - DPSS	Sustantivo	Elaboración de encuestas quinquenales
Área Estadística de Salud - DPSS	Complementario	Supervisión operativa de los servicios de registros y estadística de Salud
Área Estadística de Salud - DPSS	Sustantivo	Diseño y programación de cursos de capacitación en registros médicos y estadística



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Adicionalmente se suministró apoyo y asesoría en el tema de procesos a otras unidades de la Gerencia Médica, para lo cual se realizaron las siguientes actividades:

- a. Revisión y aporte de observaciones y recomendaciones a 6 procesos del Despacho de la Gerencia Médica, los cuales aun no han sido terminados.
- b. Revisión del diagrama de flujo del proceso “Adquisición de reactivos del Laboratorio Clínico de la Caja Costarricense de Seguro Social”.
- c. Asesoría y participación en el levantado del proceso “Atención del paciente sospechoso de portar el virus AH1N1”.
- d. Participación en la elaboración de la presentación del proceso “Atención del paciente sospechoso de portar el virus AH1N1”.
- e. Revisión y observaciones a 5 procesos del Hospital San Rafael de Alajuela como producto de la capacitación (levantado de los procesos y aplicación de la herramienta de SEVRI)
- f. Revisión y observaciones a 3 procesos producto de la capacitación dirigida al personal de la Dirección de Red de Servicios de Salud.
- g. Revisión y observaciones a 2 procesos de la Dirección de Centros Especializados.
- h. Revisión y observaciones a 20 procesos producto de la capacitación realizada a funcionarios de la Región Central Norte
- i. Asistencia a la presentación del macro procesos del Hospital San Juan de Dios
- j. Inicio de la elaboración del Manual de Procesos (no concluido)
- k. Colaboración con la elaboración de la Propuesta del Proceso de la Cartera Gerencial de Proyectos.

4.1.3. Sistema específico de valoración de riesgos

El artículo N°14 de la Ley General de Control Interno y el Capítulo III de las Normas sobre Valoración de Riesgos, indica que es deber del titular subordinado identificar y analizar los riesgos relevantes asociados al logro de los objetivos y las metas institucionales, analizar el efecto, la importancia y la probabilidad de ocurrencia, y las acciones que se tomarán para administrarlos.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Por lo tanto, en la Dirección de Proyección de Servicios de Salud se realizaron las siguientes actividades:

- Asesoría a los compañeros en la metodología institucional SEVRI, para la aplicación a los procesos.
- Aplicación de SEVRI a cinco procesos de la Sub Área de Control y Evaluación a los Servicios de Salud.

Adicionalmente como apoyo en el tema de Valoración de Riesgos a otras unidades de la Gerencia Médica se realizaron las siguientes actividades:

- Revisión y observaciones al SEVRI de 5 procesos del Hospital San Rafael de Alajuela como producto de la capacitación (levantado de los procesos y aplicación de la herramienta de SEVRI)
- Revisión y observaciones a al SEVRI de 3 procesos producto de la capacitación dirigida al personal de la Dirección de Red de Servicios de Salud.
- Revisión y observaciones a al SEVRI de 3 procesos producto de la capacitación dirigida a funcionarios de Región Brunca
- Revisión y observaciones a al SEVRI de 5 procesos producto de la capacitación dirigida al personal de los equipos de atención domiciliar.

Participación en la reunión coordinada por la Dirección de Sistemas Administrativos para recibir los lineamientos sobre la elaboración del mapa de riesgos gerencial con el equipo gestor de la Gerencia Médica.

4.1.4. Planes de mejora

Durante el mes de julio y agosto se recibieron, revisaron y consolidaron de los Planes de Mejora propuestos por las Unidades de la Gerencia Médica



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

b.

4.1.5. Autoevaluación del sistema de control interno

La Ley General de Control Interno N° 8292, establece en el artículo N°17 que la administración activa debe realizar, por lo menos una vez al año, las autoevaluaciones que conduzcan al perfeccionamiento del sistema de control interno del cual es responsable.

Por lo tanto, para el cumplimiento de lo anteriormente descrito, la Sub Área Control y Evaluación, como responsable del control interno, realiza las siguientes actividades:

- En la reunión de facilitadores de control interno realizada el 05 de agosto del 2009, se comunica que para la autoevaluación de control interno a realizar por los titulares subordinados en el 2009, se utiliza la herramienta entregada el año anterior, y que el proceso debe iniciar en septiembre, además se entregan los lineamientos sobre el llenado de la herramienta y la fecha de recepción.
- Elaboración y coordinación del envío de las notas para comunicación formal por parte de la Gerente Médica sobre los lineamientos para la autoevaluación 2009.
- Presentación formal los lineamientos y el instrumento de Autoevaluación a Titulares Subordinados de la DPSS en Consejo Técnico.
- Asesoría a los facilitadores de control interno en el proceso de consolidación de los instrumentos de autoevaluación.
- Envío a los facilitadores de control interno las herramientas de autoevaluación de titulares subordinados, consolidado de instrumentos de autoevaluación y consolidado de consolidados.
- Coordinación con la Dirección de Sistemas Administrativos para la solución de los problemas relacionados con la herramienta de consolidación.
- Recepción de Consolidados de Autoevaluaciones de Control Interno de las Direcciones de Sede y Hospitales Nacionales.
- Coordinación con unidades que no presentaron la Autoevaluación en el tiempo establecido para la entrega, por problemas con la herramienta de consolidación.
- Elaboración del Consolidado de las autoevaluaciones de los titulares de la DPSS.
- Elaboración del Consolidado de las autoevaluaciones de los titulares de la Gerencia Médica
- Presentación de los resultados de la autoevaluación de la DPSS en Consejo Técnico.
- Elaboración del Informe Gerencial de la Autoevaluación de la Gerencia Médica.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

4.1.6. Evaluación del sistema de control interno

Según el Artículo # 10 de la Ley N°8292: "Será responsabilidad del jerarca y del titular subordinado establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno institucional. Asimismo, será responsabilidad de la administración activa realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento". Para cumplir con lo anterior, la Gerencia Medica asignó la Dirección de Proyección de Servicios de Salud (DPSS), la responsabilidad de dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la Ley General de Control Interno N° 8292 y sus Normas emitidas por la Contraloría General de la República, en sus dependencias.

Con ese propósito, la Sub Área Control y Evaluación, diseñó el Instrumento de "Evaluación del Sistema de Control Interno de las dependencias de la Gerencia Médica", para obtener información, que en una primera etapa, permitirá contar con un diagnóstico que identifique las principales debilidades en el Sistema de Control Interno, con el fin de proponer estrategias conjuntas para mejorar la gestión de las Unidades.

La aplicación del instrumento conlleva la verificación de existencia de evidencia de las acciones realizadas por las unidades y la pertinencia de la misma con relación a cada aspecto evaluado.

Referente a lo anterior, se realizan las siguientes actividades.

- a. Revisión de normativa para determinar los aspectos a evaluar en el sistema de control interno. Identificación de aspectos que se pueden medir y definición de indicadores
- b. Definición de la metodología para realizar la evaluación.
- c. Diseño y Elaboración de Instrumento para la Evaluación del Sistema de Control Interno para la aplicación en las Dependencias de la Gerencia Médica.
- d. Taller para la Validación del Instrumento para Evaluación del Sistema de Control Interno con facilitadores regionales y representante de la Dirección Red de Servicios de Salud.
- e. Revisión y validación de la matriz con facilitadores de Hospitales Nacionales.
- f. Revisión y validación de la matriz con facilitadores de las Direcciones de Sede
- g. Elaboración de la presentación del instrumento de evaluación del sistema de control interno para la Gerente y los Direcciones de Sede



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- h. Presentación y validación del instrumento de evaluación en el Consejo de Directores de la Gerencia Médica
- i. Coordinación con funcionarios del Área Estadística de Salud, para crear base de datos, que permita respaldar la información de las Evaluaciones de Control Interno realizadas, así como consolidar la información y obtener información estadística

En los meses de octubre, noviembre y diciembre, se realizaron las evaluaciones en las Direcciones de Sede de la Gerencia y en los tres Hospitales Nacionales como un plan piloto.

En la siguiente tabla se muestra el desglose de las evaluaciones realizadas:

Fecha	Dependencia	Cantidad Titulares Subordinados Evaluados
08/10/09	Dirección Farmacoepidemiología	2
06/11/09	Dirección Centros Especializados	1
29 y 30/10/09	Dirección Desarrollo de Servicios de Salud	3
16/10/09	Dirección Red de Servicios de Salud	1
13/11/09 y 04/12/09	CENDEISSS	4
30/11/09	Despacho Gerencia Médica	1
30/11/09	Asesoría y Gestión Legal Desconcentración y Juntas de Salud	1
04 y 05/11/09 09 y 10/12/09	Hospital México	7
19 y 20/11/09 03 y 04/12/09	Hospital San Juan de Dios	6
16 y 17/11/09 07 y 08/12/09	Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	6

4.1.7. Estandarización de procesos

Según el principio de equidad e igualdad, la Institución debe estandarizar los procesos que se realizan en todas las unidades, para que se ejecute homogéneamente y se obtengan los mismos resultados, por lo tanto, en el proceso de estandarización. Con ese fin se realizaron las siguientes actividades:

- a. Coordinación con equipos para inicio de la estandarización de procesos clave
- b. Coordinación con equipos para inicio de la estandarización de procesos de apoyo.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- c. Visita a encargados institucionales de los procesos de apoyo, para coordinación de la revisión y aval a los mismos.
 - Administración Salarial
 - Selección y Reclutamiento
 - Tesorería
 - Compras
 - Activos
- d. Preparación y entrega de nota a encargados institucionales de los procesos de apoyo, solicitando la revisión y aval a los mismos.
- e. Visitas a unidades técnicas, encargadas de los procesos de apoyo, para consultar y coordinar la respuesta a la nota, con la cual se solicitó la revisión de los procesos levantados por la DPSS.
- f. Han sido validados los siguientes procesos:
 - Cruz Roja
 - Atención Domiciliar
 - Caja Chica
 - Presupuesto (con observaciones)
 - Viáticos (con observaciones)
 - Trámite de documentos de personal

4.1.8. Simplificación de trámites

El objetivo principal del proceso de Simplificación de trámites realizado es: Analizar, simplificar y estandarizar los trámites de Otorgamiento del Seguro por Cuenta del Estado y Atenciones con Cargo al Estado y sus requisitos, con el fin de otorgar los servicios de salud oportunos a la población no cubierta por las modalidades convencionales, en cumplimiento con lo que establece la Ley 8220 y en apego a los principios de universalidad y solidaridad que rige la Seguridad Social.

El trabajo se realizó en diferentes etapas, a continuación se reseñan las actividades que se han realizado para cumplir con el cronograma establecido y los objetivos planteados.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

a. Primera etapa: Conformación del equipo

Se conformó un equipo de trabajo en el que participaron funcionarios de las siguientes unidades de trabajo:

- Sub Area de Control y Evaluación de la Dirección Proyección de Servicios de Salud, que tuvo a cargo la coordinación del trabajo
- Funcionarios del Area de Regulación del Seguro de Salud de la Dirección de Servicios Institucionales, como asesores en el tema, desde el punto de vista normativo institucional
- Facilitadores de Control Interno de las Direcciones Regionales
- Funcionarios a cargo del tema de Validación de Derechos de Direcciones Regionales
- Funcionarios responsables de la Validación de Derechos de todas las Regiones del país
- Participación de un funcionario de la Tecnologías de Información, del Sistema SIAC

b. Segunda etapa: Organización de seis talleres de trabajo

- Búsqueda de los lugares para la realización de los talleres
- Definición de fechas y programación
- Solicitud de permisos para los participantes

c. Tercera etapa: Trabajo de campo

- Recopilación e investigación de información relacionada con el tema
- Análisis del Manual de Procedimientos de Seguro por el Estado vigente, de marzo 2008, que incluyó:
 - Revisión de los requisitos a solicitar para el otorgamiento del Seguro por el Estado y las atenciones con cargo al Estado
 - Revisión de la normativa, tanto externa como externa, relacionada tanto con el otorgamiento del Seguro por el Estado como las atenciones con cargo al Estado
 - Revisión de los procedimientos para el otorgamiento del Seguro por el Estado como las atenciones con cargo al Estado
 - Revisión de la utilización del Módulo de Validación de Derechos en el SIAC, mediante la cual se identificaron requerimientos y se plantearon las modificaciones necesarias ante los responsables del proyecto.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

d. Cuarta Etapa: Elaboración de la propuesta para el Manual de Normas y Procedimientos para el otorgamiento del Seguro por el Estado como las atenciones con cargo al Estado.

Se elaboró el documento de la propuesta que incluye:

- Modificación de la normativa interna
- Definición de requisitos para el otorgamiento del Seguro por el Estado, como para las atenciones con cargo al Estado, según la Ley que las ampara
- Modificación del procedimiento para el otorgamiento del Seguro por el Estado
- Elaboración del procedimiento para las atenciones con cargo al Estado

Se realizaron varias versiones del documento y cada una fue sometida a la revisión y aval de cada uno de los participantes y se fueron integrando las observaciones y sugerencias que hicieron

e. Quinta Etapa: Levantado de los procesos

Se levantaron los dos procesos: “Otorgamiento del Seguro por el Estado” y “Atenciones con cargo al Estado”, con base en la metodología Institucional suministrada por la Dirección de Sistemas Administrativos, para el cumplimiento de la Ley 8292 de Control Interno, que incluye:

- Identificación del proceso
- Objetivo
- Responsable y participantes
- Producto
- Usuario o cliente
- Insumos y recursos necesarios con sus respectivos proveedores
- Procesos relacionados
- Descripción de actividades
- Diagrama de flujo
- Controles relacionados con el proceso
- Normativa que rige el proceso
- Formularios que se utilizan



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- f. Se elaboró el Informe sobre la elaboración de la Propuesta del Manual de Normas y Procedimientos Seguros por cuenta del Estado y Atenciones con cargo al Estado, la cual fue enviada a la Dirección de Servicios Institucionales.
- g. Se realizó una reunión con funcionarios de la Dirección de Servicios Institucionales en la que se dio por recibido el informe y en la que se informó que se procederá a los ajustes para la validación correspondiente.

4.1.9. Actividades varias desarrolladas

La Sub área de Evolución del Sistema de Salud ha desarrollado durante el año 2009 una serie de actividades adicionales que originalmente no estaban en su programación anual, pero que de igual forma revisten de importancia en el fortalecimiento y mejora continua de los servicios de salud que otorga la Institución, entre la que se destacan las siguientes:

4.1.9.1. Apoyo a la Sub Área de Planificación:

- Ajustes al Informe de Evaluación de la Gerencia Médica del año 2008
- Recopilación de información de los diferentes Establecimientos de Salud con respecto al impacto en el PAO por la asignación de plazas nuevas.
- Elaboración del Informe del Impacto de Plazas Nuevas en el PAO 2009 de la Gerencia Médica
- Definición de funciones de la Sub Área de Evolución de los Servicios de Salud, según el documento de reestructuración de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud
- Revisión del Informe de Evaluación de la Gerencia Médica para identificar metas críticas y definir estrategias de mejora
- Participación en la organización de la capacitación para la formulación del Plan de Gestión Local 2010-2011 y en la revisión del instrumento de formulación
- Participación en la reformulación del PAO 2009 de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud
- Participación en capacitación a las dependencias para la formulación del Plan de Gestión Local 2010-2011 y del instrumento unificado de formulación, del 11 al 15 de mayo
- Apoyo al seguimiento del PAO del primer semestre, de las Direcciones de Sede



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- Participación en taller de trabajo para apoyar a los facilitadores regionales en la identificación de metas e indicadores para la elaboración del PAO de la Dirección Regional (Unidad Ejecutora)

- Revisión del PAO

4.1.9.2. Control Interno

- Programación de actividades y elaboración del cronograma de Actividades para el Año 2009
- Revisión y análisis de nuevas Normas de Control Interno y preparación del material de las principales modificaciones, para cursos a facilitadores.
- Coordinación con la Dirección de Sistemas Administrativos para las metas de Control Interno a incluir en PAO 2010-2011

4.1.9.3. Asesorías

Durante el 2009 se atendieron múltiples consultas telefónicas y personales, relacionadas a temas de Control Interno: Ley y Normas, Procesos y SEVRI, y PAO, realizadas por funcionarios de la Gerencia Médica.

4.1.9.4. Participación en Comisiones

a. Comisión: Convenio Cruz Roja – Caja Costarricense de Seguro Social 2009

- Participación en reuniones de la Comisión de Cruz Roja para la elaboración y firma del nuevo convenio
- Conclusión del documento del nuevo convenio
- Elaboración del Expediente Administrativo del Convenio
- Revisión y conclusión del documento “Manual de Normas y Procedimientos para el traslado de pacientes asegurados por medio de la Cruz Roja Costarricense”
- Levantado del proceso de “Traslado de pacientes asegurados por medio de la Cruz Roja Costarricense”, según la metodología institucional, para su estandarización
- Elaboración de la presentación para la capacitación sobre la operacionalización del nuevo Convenio
- Revisión y ajustes a los formularios a utilizar en la operacionalización del Convenio



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- b. Comisión Técnica: Consultoría “Diseño de metodología para la realización de estudios de capacidad instalada e identificación de necesidades en los establecimientos de salud de la CCSS, que identifique brechas en recurso humano, equipo infraestructura”

Se participó en la elaboración de los términos de referencia para la contratación del *“Diseño de metodología para la realización de estudios de capacidad instalada e identificación de necesidades en los establecimientos de salud de la CCSS, que identifique brechas en recurso humano, equipo infraestructura”*, junto al equipo de trabajo del Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud, posteriormente se nombro a la Licda. Sonia Torres Montero como coordinadora de la comisión y a la Ing. Selenia Ramírez como miembro de la comisión.

Después de publicado el cartel, y en vista de que solamente un oferente participó en la contratación, se realizó una reunión con todos los integrantes de la comisión para revisar el currículum del oferente, el cual no cumplía con lo establecido en el cartel, dando como resultado infructuoso el proceso.

- c. Comisión para la atención del Informe de Auditoria AIN-202-R-2008: “Evaluación sobre las medidas de control interno implementadas por la administración con respecto a la gestión contractual no sujeta al refrendo contralor y aprobación interna”
- Participación en sesión de trabajo de la Comisión de Proyectos de Adquisición de Equipos
 - 3 reuniones de trabajo
 - Se presentó el proceso de compras por menor cuantía elaborado por la DPSS, para revisión, ajustes y observaciones.
 - Se elaboró el marco conceptual del proyecto
 - Se definió el plan de trabajo 2010



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

4.1.10. Reuniones

a. Reunión Facilitadores de Control Interno de la Gerencia Médica

Para el 2009 se realizó la programación y convocatoria a las reuniones trimestrales de enlaces de control interno de la Gerencia Médica, mediante el envío de nota vía fax y correspondencia, adicionalmente, se preparó el material con los temas a tratar y otros materiales adicionales según la agenda.

En la tabla siguiente se muestran las fechas en que se realizaron las reuniones y los temas tratados:

Fecha	Temas
31 de Marzo del 2009	Lineamientos generales para el 2009
	Normas Generales de Control Interno
	Vinculación Control Interno - PAO - Plan Estratégico
	Metas Control Interno 2008
	Metas Control Interno 2009 - 2010
	Metas Control Interno 2011
	Estandarización de procesos
	Simplificación de Trámites
05 de Agosto del 2009	Planes de Mejora 2009
	Lineamientos Autoevaluación SCI 2009
	Titulares Subordinados que no enviaron la Autoevaluación 2008
	Lista Actualizada Procesos Sustantivos
	Evaluación del SCI
	Simplificación de Trámites
	Metas PAO 2009
27 de Noviembre del 2009	Avances del proceso de Autoevaluación de Control Interno año 2009
	Recordatorio de la información específica que se debe enviar en el mes de diciembre
	Cumplimiento anual de metas de Control Interno en el PAO año 2009



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Fecha	Temas
	Retroalimentación sobre capacitación virtual en Control Interno
	Retroalimentación sobre la capacitación en las nuevas Normas de Control Interno
	Plan de capacitación en Control Interno año 2010
	Herramienta para la evaluación del Control Interno y avances del proceso
	Otras necesidades para el año 2010

b. Reuniones Enlaces Gerencial de Control Interno

Como parte del grupo de enlaces gerenciales de control interno, se participó en las reuniones coordinadas y programadas por la Dirección de Sistemas Administrativos.

Fecha	Temas
20 de Mayo del 2009	Avance del control interno de cada Gerencia.
	Informe autoevaluación Control Interno 2008
	Metas de control interno en PAO 2010-2011
	Programa de capacitación virtual
	Mapa de riesgos gerenciales
19 de Agosto del 2009	Capacitación en nuevas normas de Control Interno
	Avance del control interno de cada Gerencia.
	Presentación del cronograma de capacitación para la capacitación virtual de Control Interno y la capacitación presencial a realizarse en el CENDEISSS
	Instrucciones para autoevaluación 2009
23 de Octubre del 2009	Mapa de riesgos gerencial
	Avance del control interno de cada Gerencia.
	Avance autoevaluación 2009
	Autoevaluación de la alta gerencia
	avance de capacitación presencial y virtual
9 de Diciembre del 2009	Asuntos Varios
	Resultados de autoevaluación de titulares subordinados
	Metodología de mapa de riesgos institucional
	Capacitación virtual y presencial



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Fecha	Temas
	Cronograma de reuniones 2010
	Asuntos Varios

c. Reunión mensual del Área de Soporte Estratégico

Se participó en las reuniones mensuales del Área de Soporte Estratégico realizadas los días: 06 Julio, 04 Agosto, 30 Septiembre, 09 Noviembre y 02 Diciembre, donde se rindió informe de las actividades realizadas en cada mes y actividades pendientes para meses posteriores.

4.1.11. Otras

- a. Búsqueda de candidatos y organización de entrevistas para la plaza de Profesional 4
- b. Participación en entrevistas a candidatos para la plaza de profesional 4.
- c. Recopilación de información sobre los informes adicionales al “Informe Estadístico Mensual” solicitado a los Establecimientos de Salud (Mediante visitas a los centros y llamadas telefónicas), donde se determinó que existen entidades internas y externas a la institución que solicitan información a los Establecimientos de salud, que esta incluida en el informe estadístico, generando duplicidad de trabajo.
- d. Revisión y Análisis de la Metodología desarrollada en la Tesis “Modelo para la gestión de operaciones de los servicios del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes”
- e. Participación en sesiones de trabajo de Seguridad del Paciente y Atención Domiciliar
- f. Participación en el X Foro Nacional de Calidad y Seguridad al Paciente del 23 al 25 de noviembre en el Colegio de Médicos y Cirujanos.

4.1.12. Capacitaciones Recibidas

Con el objetivo de actualizar conocimientos y compartir experiencias, se ha participado en capacitaciones relacionadas con el quehacer de la subárea. En la siguiente tabla se muestra la lista de actividades de capacitación en las que se participó:



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Fecha	Tema	Lugar	Duración	Impartido por:
24 de Julio 2009	Taller : “Procedimiento de Egresos Hospitalarios utilizando REDATAM.	UCR	4 horas	AES
05 del octubre 2009 al 11 noviembre 2009	Curso Virtual: Levantado, Documentación y Rediseño de Procesos	Virtual	83 horas	DSA
24 y 25 de Noviembre 2009	Taller de Actualización de Control Interno	CENDEISSS	14 horas	DSA

SACE: Sub Área Control y Evaluación, AES: Área Estadística de Salud, DSA: Dirección de Sistemas Administrativos.

4.2. Actividades realizadas en el año 2010

4.2.1. Capacitación en temas de control interno

La Sub Área Control y Evaluación, como unidad a cargo del control interno en la Gerencia Médica, es responsable de capacitar a los facilitadores de control interno de las Dependencias adscritas a la Gerencia en temas de control interno, específicamente: Ley General de Control Interno, Normas de Control Interno, Levantamiento, Documentación y Rediseño de Procesos, y Sistema Específico de Valoración de Riesgos (SEVRI).

Por lo tanto, en el año 2010 se realizaron 19 talleres de capacitación, en los cuales se totalizan 523 funcionarios de la Gerencia Médica instruidos en los siguientes temas:

- a. Herramienta de evaluación del sistema de control interno.
- b. Ley y Normas de Control Interno
- c. Levantado de procesos.
- d. Sistema Específico de Valoración de Riesgos (SEVRI).
- e. Diseño y construcción de indicadores (capacitación realizada en conjunto con la Sub Area de Evolución de los Servicios de Salud)
- f. Calidad y calidez.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

El desarrollo de los talleres de capacitación requiere de una organización previa que incluye:

- a. Organizar las actividades
- b. Elaborar las notas de convocatoria.
- c. Enviar notas de convocatoria: fax, correo electrónico y correspondencia.
- d. Preparar el material audiovisual y didáctico.
- e. Reproducir el material
- f. En cada taller de capacitación se desarrollan ejercicios prácticos según el tema, por lo que se efectúa una revisión de cada uno de los trabajos realizados por los equipos y se realizan las correspondientes observaciones y recomendaciones.

En la tabla siguiente, se muestra el resumen de las capacitaciones impartidas durante el año 2010, indicando las fechas, temas tratados, duración, lugar donde se realizó la actividad y el personal capacitado.

Fecha	Tema	Duración	Lugar de Actividad	Personal Capacitado	Cant. Personas
10 Febrero	Herramienta de Evaluación del Sistema de Control Interno	1 día	Auditorio, Dirección Regional Central Sur	Facilitadores Regionales de Control Interno, Supervisores Regionales y Facilitadores Locales - Central Sur	40
09 Marzo 10 Marzo 16 Marzo 17 Marzo	Ley y Normas Control Interno Levantado de Procesos Evaluación de Riesgos (SEVRI)	4 días	Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia	Servicio de Enfermería - Emergencias	23
16 Marzo	Herramienta de Evaluación del Sistema de Control Interno	1 día	CENDEISSS	Facilitadores de Control Interno de Direcciones de Sede, Hospitales Nacionales y Especializados	17



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Fecha	Tema	Duración	Lugar de Actividad	Personal Capacitado	Cant. Personas
19 Marzo	Herramienta de Evaluación del Sistema de Control Interno	1 día	CENDEISSS	Facilitadores de Control Interno de Direcciones Regionales	9
22 Abril	Control Interno	1 día	Área de Salud Desamparados 1	Comisiones Locales de Relaciones Laborales	63
23 Abril	Evaluación de Riesgos (SEVRI)	1 día	Hospital de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes	Titulares Subordinados del HNGG	20
26 Mayo 27 Mayo	Desarrollo de Indicadores	2 días	CENDEISSS	Facilitadores de Control Interno y PAO de Hospitales Nacionales y Centros Especializados	24
21 Junio 22 Junio	Desarrollo de Indicadores	2 días	CEDESO	Facilitadores de Control Interno y PAO de la Dirección Regional Central Sur (Grupo #1)	17
24 Junio 25 Junio	Desarrollo de Indicadores	2 días	Dirección Regional Central Norte	Facilitadores de Control Interno y PAO de la Dirección Regional Central Norte (Grupo#1)	20
28 Junio 29 Junio	Desarrollo de Indicadores	2 días	Dirección Regional Central Norte	Facilitadores de Control Interno y PAO de la Dirección Regional Central Norte (Grupo#2)	36
15 Julio 16 Julio	Desarrollo de Indicadores	2 días	CEDESO	Facilitadores de Control Interno y PAO de las Direcciones de Sede	11
19 Julio 20 Julio 21 Julio	Ley y Normas Control Interno Procesos SEVRI	3 días	INCIENSA	Personal del Hospital Chacón Paut y otras Unidades de la Dirección Regional Central Sur	38



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Fecha	Tema	Duración	Lugar de Actividad	Personal Capacitado	Cant. Personas
22 Julio	Calidad y Calidez	1 día	Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia	Enfermería de Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia	36
04 Agosto 05 Agosto 06 Agosto	Desarrollo de Indicadores	3 días	Pérez Zeledón	Facilitadores de Control Interno y PAO de la Dirección Regional Brunca	24
19 Agosto 20 Agosto	Desarrollo de Indicadores	2 días	Área de Salud del Guarco	Facilitadores de Control Interno y PAO de la Dirección Regional Central Sur	20
01 Septiembre 02 Septiembre 03 Septiembre	Desarrollo de Indicadores	3 días	Puntarenas	Facilitadores de Control Interno y PAO de la Dirección Regional Pacífico Central	23
22 Septiembre 23 Septiembre 24 Septiembre	Desarrollo de Indicadores	3 días	Liberia	Facilitadores de Control Interno y PAO de la Dirección Regional Chorotega	34
06 Octubre 07 Octubre	Desarrollo de Indicadores	2 días	Guápiles	Facilitadores de Control Interno y PAO de la Dirección Regional Huetar Atlántica	20
20 Octubre 21 Octubre	Desarrollo de Indicadores	2 días	San Carlos	Facilitadores de Control Interno y PAO de la Dirección Regional Huetar Norte	33
21 Diciembre 22 Diciembre	Levantado de Procesos Evaluación de Riesgos (SEVRI)	2 días	SACE- DPSS	Titulares subordinados de Enfermería Hospital México	15

Adicionalmente a las capacitaciones impartidas por la SACE, se realizó el consolidado de la información enviada por los facilitadores de control interno de la Gerencia Médica, sobre el plan



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

de capacitación planteado para desarrollarse en el 2010 por cada uno de ellos, para transmitir el conocimiento e instruir a los facilitadores locales y titulares subordinados en los temas relacionados al control interno, con el fin de contar con un Plan de Capacitación Consolidado para la Gerencia Médica. Para el próximo año se está solicitando información sobre el seguimiento y cumplimiento del plan establecido.

4.2.2. Levantado y documentación de procesos

Según lo indica el artículo N° 15 de la Ley General de Control Interno, es deber del titular subordinado documentar, mantener actualizados y divulgar los procesos que definan claramente la autoridad y responsabilidad de los funcionarios, así como contar con los Manuales de Procedimientos y Manuales de Procesos.

En el PAO 2010 se estableció como una meta la elaboración del Manual de Procesos sustantivos de la Dirección Proyección de Servicios de Salud, en el cual se incluyeron todos los procesos que fueron levantados por cada titular subordinado en el primer semestre del 2009 por cada Área y Sub Área de la Dirección.

4.2.3. Sistema específico de valoración de riesgos

El artículo N°14 de la Ley General de Control Interno y el Capítulo III de las Normas sobre Valoración de Riesgos, indica que es deber del titular subordinado identificar y analizar los riesgos relevantes asociados al logro de los objetivos y las metas institucionales, analizar el efecto, la importancia y la probabilidad de ocurrencia y las acciones que se tomarán para administrarlos.

Al respecto se realizaron las siguientes actividades:

- Asesoría a funcionarios de la DPSS en la metodología institucional SEVRI, para la aplicación a los procesos.
- Revisión de SEVRI de Direcciones de Sede, Despacho de Gerencia y Hospitales Nacionales y Especializados en atención a Informe de Auditoría
- Metodología para diseño de indicadores para medir riesgos



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

4.2.4. Mapa gerencial de riesgos

- a. Coordinación con la Dirección de Sistemas Administrativos para la elaboración del Mapa de Riesgos Gerencial.
- b. Coordinación y organización de talleres de trabajo con los equipos responsables de las metas del PEI.
- c. Participación en 3 talleres para elaborar el Mapa de Riesgos Gerencial (comisión integrada por funcionarios de la Direcciones de Sede de la GM)
- d. Organización y participación talleres de trabajo para la elaboración del Mapa de Riesgos Gerencial, distribuidos de la siguiente manera:
 - Dirección Desarrollo: 6 sesiones
 - Dirección Farmacoepidemiología: 2 sesiones
 - Asesoría Legal, Desconcentración y Juntas de Salud: 1 sesión
 - Dirección de Red: 2 sesiones
 - CENDEISSS: 1 sesión
 - Despacho Gerencia Médica: 2 sesiones (Programa Seguridad del Paciente)
- e. Organización y participación en taller de validación del Mapa de Riesgos Gerencial con la Comisión integrada por funcionarios de las Direcciones de Sede de la Gerencia Médica.
- f. Organización y participación en taller de validación del Mapa de Riesgos Gerencial con la Dirección de Proyección de Servicios de Salud.
- g. Consolidación del documento final y envío del informe.

4.2.5. Autoevaluación del sistema de control interno

La Ley General de Control Interno N° 8292, establece en el artículo N°17 que la administración activa debe realizar, por lo menos una vez al año, las autoevaluaciones que conduzcan al perfeccionamiento del sistema de control interno del cual es responsable.

Por lo tanto, para el cumplimiento de lo anteriormente descrito, la Sub Área Control y Evaluación, como responsable del control interno, realizó las siguientes actividades:



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- a. Entrega de la herramienta preliminar para la Auto evaluación 2010 a los Facilitadores de Control Interno para su revisión y respectivas observaciones
- b. Entrega de la herramienta preliminar para la Auto evaluación 2010 a los titulares subordinados de la DPSS, para su revisión y respectivas observaciones
- c. Elaboración del documento consolidado con las observaciones y recomendaciones sobre la herramienta propuesta para la Auto Evaluación de Control Interno 2010, tanto de los funcionarios de la DPSS como de los facilitadores de Control Interno y envío a la Dirección de Sistemas Administrativos.
- d. Organización de la actividad para la capacitación en la herramienta de Autoevaluación a los Facilitadores de Control Interno Regionales, de Hospitales Nacionales y de Sede.
- e. Capacitación en la herramienta de Autoevaluación a los Facilitadores de Control Interno Regionales, de Hospitales Nacionales y de Sede, en conjunto con la Dirección de Sistemas Administrativos.
- f. Capacitación en la herramienta de Autoevaluación 2010 a Titulares Subordinados de la DPSS y distribución del material a cada Titular Subordinado.
- g. Aplicación de la herramienta de Autoevaluación por parte del equipo de trabajo de la Sub Área
- h. Recopilación y revisión de las Autoevaluaciones realizadas por los titulares subordinados de la Dirección Proyección de Servicios de Salud.

Para este año, debido a que la herramienta de Auto evaluación se entregó tardíamente y a que aún no se cuenta con la herramienta de consolidado, únicamente se podrá cumplir con la meta de la aplicación de la herramienta por parte de cada titular subordinado y el consolidado de las herramientas, así como el informe Gerencial, se elaborará en el año 2011

4.2.6. Evaluación del sistema de control interno

Según el Artículo 10 de la Ley N°8292: "*Será responsabilidad del jerarca y del titular subordinado establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno institucional. Asimismo, será responsabilidad de la administración activa realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento*". Para cumplir con lo anterior, la Gerencia Medica asignó la Dirección de Proyección de Servicios de Salud (DPSS), la responsabilidad de dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la Ley General de



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Control Interno N° 8292 y sus Normas emitidas por la Contraloría General de la República, en sus dependencias.

Con ese propósito, la Sub Área Control y Evaluación, diseñó en el 2009 el Instrumento de "Evaluación del Sistema de Control Interno de las Dependencias de la Gerencia Médica", para obtener información, que en una primera etapa, permitirá contar con un diagnóstico que identifique las principales debilidades en el Sistema de Control Interno, con el fin de proponer estrategias conjuntas para mejorar la gestión de las Unidades.

La aplicación del instrumento conlleva la verificación de existencia de evidencia de las acciones realizadas por las unidades y la pertinencia de la misma con relación a cada aspecto evaluado.

Durante el año 2010 se aplicó la herramienta de evaluación del sistema de control interno en los Hospitales Especializados, evaluando un total de 52 Titulares Subordinados, distribuidos de la siguiente manera:

Dependencia	Periodo de evaluación	Cantidad Titulares Subordinados Evaluados
Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE)	Abril 2010	8
Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva	Abril - Mayo 2010	14
Hospital de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes	Mayo - Junio 2010	11
Hospital Nacional de Niños	Mayo 2010	10
Hospital Nacional Psiquiátrico	Junio 2010	9

Con base en la evaluación realizada, se elaboró el informe con los resultados obtenidos por cada Dependencia evaluada, en el cual incluyeron las observaciones y recomendaciones en aquellos aspectos en que se encontraron debilidades, con el fin de contribuir para la mejora en la gestión de control interno en cada unidad de trabajo. Dicho informe se envió a la Gerencia Médica, quien a su vez lo envió a cada Director Médico.

Al finalizar la evaluación de las Dependencias adscritas directamente a la Gerencia Médica, se consolidó la información y se elaboró el Informe Consolidado de la Evaluación del Sistema de Control Interno de la GM



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Durante el proceso de evaluación del SCI, se fueron haciendo Mejoras a la Herramienta semi automatizada elaborada para ese propósito.

Las Direcciones Regionales iniciaron su proceso de evaluación a las unidades que conforman la Región y durante el segundo semestre se les suministró asesoría en el tema.

4.2.7. Estandarización de procesos

Debido a que el proceso de levantamiento de procesos se realizó de una forma masiva, en la cual cada titular subordinado levantó sus procesos sustantivos, según su criterio y experiencia, en las evaluaciones y capacitaciones realizadas, se ha detectado que el mismo proceso existe con diferente nombre y con una descripción de actividades diferente, en dependencias del mismo tipo. No obstante, según el principio de equidad e igualdad, la Institución debe estandarizar los procesos que se realizan en todas las unidades, para que se ejecuten homogéneamente, en apego a la Normativa vigente, de tal manera que se obtengan los mismos resultados. .

Se realizaron las siguientes actividades

a. Estandarización y oficialización de los procesos de apoyo administrativos

Se decidió iniciar la estandarización con los procesos de apoyo administrativos, debido a que en este momento son los más sensibles para la materialización de riesgos, lo que conlleva investigaciones administrativas, debidos procesos y además son los procesos que gestionan recursos para el resto de la organización

- Coordinación y organización de los talleres para la revisión final de los procesos de caja chica y viáticos
- Ejecución de un taller con funcionarios de las Direcciones de SEDE de la Gerencia médica encargados de caja chica para la revisión y aval del proceso estandarizado, a partir del aval otorgado por parte de las Unidades técnicas competentes



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- Ejecución de un taller con funcionarios de las Direcciones de SEDE de la Gerencia médica encargados de viáticos para la revisión y aval del proceso estandarizado, a partir del aval otorgado por parte de las Unidades técnicas competentes
 - Elaboración de dos documentos que contienen los procesos de apoyo estandarizados, uno para las Direcciones de Sede y otro para Hospitales Nacionales y Direcciones Regionales
 - Elaboración de la presentación para la divulgación de procesos estandarizados a Directores de Sede, Directores Regionales y Directores de Hospitales Nacionales
 - Reproducción del material de la presentación, así como del documento que contiene los procesos
 - Presentación ante el Consejo de Directores de Sede, con la participación de la Gerente Médico, en el cual se oficializó y entregó el documento
 - Presentación ante el Consejo de Directores Regionales, con la participación de la Gerente Médico, en el cual se oficializó y entregó el documento
- b. Adicionalmente, se levantaron de forma estandarizada los siguientes procesos, que utilizarán los facilitadores de Control Interno y de Planificación
- Evaluación del Sistema de Control Interno
 - Conformación del Consolidado regional de autoevaluación
 - Evaluación regional de documentos del Plan de Gestión Local
- c. Se elaboraron y revisaron, las siguientes metodologías que serán utilizadas en la estandarización
- Elaboración de la metodología Estandarización de Macro Procesos: La metodología para elaborar los macro-procesos de la Gerencia Médica se enfoca a tener como producto final un macro-proceso por tipo de Dependencias, los cuales incluyan las grandes actividades que se desarrollan los establecimientos de salud, así como las Dirección de Sede. En el caso de los establecimientos de salud los macro procesos se estandarizarán según su tipo y complejidad.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- Elaboración de la metodología para la Estandarización de Procesos Sustantivos, la cual permitirá la identificación de procesos de forma estandarizada, con base en el nivel de atención, perfil de complejidad y naturaleza de la Dependencia y fundamentado en el enfoque por procesos definido en la Institución. y que contemple la Guía LDRP-2005
- Elaboración de la metodología para la Gestión documental, la que contempla los pasos para elaborar y/o modificar, validar, aprobar, divulgar, implementar, revisar y actualizar adecuadamente los documentos, relacionados con la gestión por procesos

4.2.8. Simplificación de trámites

El objetivo principal del proceso de simplificación de trámites realizado es: analizar, simplificar y estandarizar los trámites, en cumplimiento con lo que establece la Ley 8220 y en apego a los principios de universalidad y solidaridad que rige la Seguridad Social.

a. Seguro por el Estado

Posterior al documento entregado el año anterior, en el transcurso del año 2010 se realizaron alrededor de 15 sesiones de trabajo con personal de la Dirección de Servicios Institucionales, para revisar, actualizar y mejorar el documento enviado por la DPSS. Revisado y concluidos los ajustes se realizó el levantamiento de cada uno de los procedimientos que se relacionan con el Otorgamiento de Seguro por el Estado y se elaboraron los diagramas de flujo correspondientes. Se finalizó al 100% el documento y se trasladó para validación de la Dirección de Servicios Institucionales, quien lo trasladará para las aprobaciones correspondientes.

b. Proceso de Seguimiento de Beneficios para Estudios

A solicitud de la Sub Área de Beneficios para Estudios del CENDEISSS y con anuencia de la DPSS, se está realizando una revisión y una simplificación del proceso de Seguimiento de Becas y Auxilios reembolsables, por el impacto económico que el mismo tiene en el presupuesto de la Gerencia Médica

Durante el año 2010, se han realizado las siguientes actividades

- Participación en el levantado y análisis del proceso de Cobro Judicial por Incumplimiento de Becas y/o Auxilio Económico Reembolsable



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- Revisión con personal de la Dirección Jurídica del Proceso de Cobro Judicial para beneficios económicos otorgados por el CENDEISSS.
- Participación en la Valoración de Riesgos (herramienta SEVRI) del proceso de Seguimiento de Becas y Auxilios Reembolsables
- Participación en el levantado de los siguientes procedimientos:
 - Programación de pago por medio de planilla
 - Trámite de pago
 - Pago por medio de planilla
 - Trámite pago por solicitud de confección de cheque

c. Inventario de Normativa Institucional

La Dirección de Sistemas Administrativos, en cumplimiento de una directriz emanada por la Presidencia de la República, mediante la cual instruyó a las Instituciones que realizaran la recopilación de la normativa que rige todos sus procesos; solicitó a la Gerencia Médica la información correspondiente. Para cumplir con esta solicitud se realizaron las siguientes actividades

- Se solicitó a cada Dependencia que enviaran la lista de la normativa que rige cada uno de sus procesos
- Se tabuló la información y se agrupó según tipo de procesos
- Se elaboró un documento en el cual se consolidó toda la información
- Se prepararon las notas de envío de la información
- Se envió el documento a la Gerencia Médica, quien a su vez lo remitió a la DSA

d. Trámites Simplificados en la Gerencia Médica

La Dirección de Sistemas Administrativos, en cumplimiento de una directriz emanada por la Presidencia de la República, mediante la cual instruyó a las Instituciones para que elaboraran un inventario con los trámites que han sido simplificados; solicitó a la Gerencia Médica la información correspondiente. Para cumplir con esta solicitud se realizaron las siguientes actividades

- Se solicitó a cada Dependencia que enviaran la lista de los trámites que han sido simplificados y el objetivo de dicha simplificación



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- Se tabuló la información y se agrupó según por Dependencia
- Se elaboró un documento en el cual se consolidó toda la información
- Preparación de la nota de envío de la información
- Se envió el documento a la Gerencia Médica, quien a su vez lo remitió a la DSA
- Preparación de la nota de envío de los informes.

e. Catálogo Gerencial de trámites administrativos

La Gerencia Administrativa solicitó mediante Nota GA-50435-10, la lista de trámites administrativos que realiza el usuario externo: ciudadanos, patronos, trabajadores independientes, pensionados, entre otros, para la obtención de un producto o para garantizar debidamente la prestación de un servicio dentro o fuera de la Institución. Para atender dicha solicitud se realizaron las siguientes actividades:

- Reunión con funcionarios de la Dirección de Sistemas Administrativos para aclarar los términos de la solicitud y establecer la información requerida
- Revisión de la lista de trámites elaborada en el año 2002, contra los trámites vigentes
- Actualización de la lista de trámites administrativos más relevantes que realiza el usuario externo al 2010
- Elaboración del documento denominado “Trámites Administrativos de la Gerencia Médica”
- Elaboración de la nota de envío de la información para la Gerencia Médica y de la nota de envío de la Gerencia Médica a la Dirección de Sistemas Administrativos.
- Envío de la información a la DSA vía correo electrónico para agilizar el proceso.

4.2.9. Manual de funciones de la Dirección Proyección de Servicios de Salud

Las Normas de Control Interno que empezaron a regir a partir de enero 2010, establecen lo siguiente:

“... 2.5.1 Delegación de funciones: El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurarse de que la delegación de funciones se realice de conformidad con el bloque de legalidad, y de que conlleve la exigencia de la responsabilidad correspondiente y la asignación de la autoridad necesaria para que los funcionarios respectivos puedan tomar las decisiones y emprender las acciones pertinentes...”



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Para cumplir con lo indicado, la DPSS inició el proceso de elaboración del Manual de Funciones, para lo cual se han realizado las siguientes actividades.

- a. Elaboración de la herramienta para la recopilación de la información para la elaboración del Manual de funciones
- b. Distribución de la herramienta y elaboración de las notas para solicitar la información
- c. Recopilación y consolidación de la información (50%)

4.2.10. Actividades varias

La Sub área de Evolución del Sistema de Salud ha desarrollado durante el año 2009 una serie de actividades adicionales que originalmente no estaban en su programación anual, pero que de igual forma revisten de importancia en el fortalecimiento y mejora continua de los servicios de salud que otorga la Institución, entre la que se destacan las siguientes:

4.2.10.1. Actividades de Planificación:

- a. En enero del 2010 se realizó la revisión del cumplimiento de las metas del PAO 2009.
- b. Coordinación con la Dirección de Sistemas Administrativos para las metas de Control Interno a incluir en PAO 2010-2011
- c. Revisión y reformulación de metas del PAO 2010 de la Sub Área
- d. Elaboración del Cronograma de actividades 2010 de la Sub Área
- e. Revisión y modificación de las metas PAO 2010 segundo semestre de la Sub Área
- f. Participación en taller de trabajo para apoyar a los facilitadores regionales en la Planificación de las actividades para el año 2011
- g. Participación en el Taller Regional de la Región Huetar Atlántica para la presentación de la herramienta automatizada de evaluación de la Planificación.
- h. Colaboración en la elaboración de las matrices a utilizar para la definición de las metas del Plan de Acción de la Gerencia Médica
- i. Colaboración en el desarrollo de la herramienta utilizada en el taller de actualización de las metas del plan de acción de la Gerencia Médica



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- j. Participación en el taller de actualización de las metas del plan de acción de la Gerencia Médica.
- k. Elaboración documento de programación sub metas del Programa del Cáncer y nota de remisión de la Gerencia Médica, a solicitud de la Dirección de Planificación

4.2.10.2. Asesorías

Durante el 2010 se atendieron múltiples consultas telefónicas y personales, relacionadas a temas de Control Interno: Ley y Normas, Procesos y SEVRI, y PAO, realizadas por funcionarios de la Gerencia Médica.

A continuación se muestra el registro de las asesorías presenciales que se realizaron:

Fecha	Temas	Cant.	Impartida a:	Tiempo aprox.
Enero	Levantado de Procesos, Aplicación de SEVRI	3	Personal del CGI (Gerencia Médica), Personal del Área de Estadística, Facilitadora de Control Interno del CENARE	1,75 horas
Febrero	Levantado de Procesos, Aplicación de SEVRI, Relación PAO - Control Interno, Evaluación del Sistema de Control Interno, Plan de Mejora, Mapa de Riesgos Gerencial.	5	Facilitador de Control Interno de la DICE, Facilitadora de Control Interno del CENDEISSS, Personal del Área de Estadística, Personal del Despacho de Gerencia	7,75 horas
Marzo	Procesos	2	Personal de la Dirección de Farmacoepidemiología, Personal de la unidad de Control y Evaluación de Servicios de Salud por Terceros,	2,58 horas
Mayo	Lineamientos Generales de Control Interno	1	Facilitadora de Control Interno de la Dirección Regional Central Sur	1,08 horas
Junio	Lineamientos Generales de Control Interno	1	Facilitadora de Control Interno del CENDEISSS	1,00 horas
Agosto	Lineamientos de la Evaluación del Sistema de Control Interno, Levantamiento de Procesos	2	Facilitador de Control Interno de la DRCS, Facilitadora de Control Interno del HNP	1,17 horas



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Fecha	Temas	Cant.	Impartida a:	Tiempo aprox.
Septiembre	SEVRI, Control Interno	2	Jefatura de Laboratorio del Hosp. de las Mujeres, Facilitadores de Control Interno del HNP	2,58 horas
Octubre	Procesos y SEVRI	2	Facilitador de Control Interno del CGI de la Gerencia Médica, Dra. Erna Melendez	2,67 horas
Noviembre	Indicadores, Control Interno	1	Facilitadora de Control Interno del CENDEISSS	0,50 horas
Diciembre	Actividades a desarrollar en Control Interno para el año 2011	1	Facilitadora de Control Interno del HNP	2,33 horas

4.2.10.3. Participación en Comisiones

La Presidencia Ejecutiva de la Institución, solicitó a la Comisión de Mejoramiento de la Calidad, elaborar una Estrategia para continuar con las actividades que se han venido realizando desde el año 1997, para buscar la mejora de los Servicios que se suministran a la población. Para tal fin, se reactivó la Comisión mencionada, la cual ha realizado cinco sesiones de trabajo durante el presente año, de las que se han obtenido los siguientes productos:

- a. Revisión de la herramienta utilizada por el Ministerio de Salud, en un proyecto piloto que contempló tres hospitales de la CCSS y un hospital privado, para evaluar la gestión de los hospitales, con base en un modelo de excelencia, para obtener indicadores a incluir en la herramienta para la evaluación de la excelencia en Hospitales (dos sesiones)
- b. Participación en la elaboración de una propuesta para un modelo de evaluación de la excelencia de hospitales (dos sesiones)
- c. Participación en el diseño del curso EPQI, en modalidad virtual, coordinado por la OPS y la Comisión de Calidad (dos sesiones).



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

4.2.11. Reuniones

a. Reunión Facilitadores de Control Interno de la Gerencia Médica

Para el 2010 se realizó la programación y convocatoria a las reuniones trimestrales de enlaces de control interno de la Gerencia Médica, mediante el envío de nota vía fax, correo electrónico y correspondencia, adicionalmente, se preparó el material con los temas a tratar y otros materiales adicionales según la agenda.

En la tabla siguiente se muestran las fechas en que se realizaron las reuniones y los temas tratados:

Fecha	Temas
21 Abril, 2010	Resultados de la Autoevaluación de Control Interno del 2009 y principales estrategias para el 2010
	Información pendiente de entregar
	Procesos Sustantivos
	Plan de Capacitación 2010
	Acciones para los Titulares Subordinados que no presentaron autoevaluación 2008 y 2009
	Mapa de Riesgos Gerencial
	Retroalimentación de la Capacitación Virtual
	Diagnóstico Situacional del SEVRI
	Programa de Reuniones 2010
25 Agosto, 2010	Lineamientos Autoevaluación de Control Interno año 2010
	Avances en la evaluación del Sistema de Control Interno (Facilitadores Regionales)
	Avances en el diagnóstico sobre la aplicación del SEVRI, solicitado por la Auditoría
	Metas de PAO o PLG a cumplir a diciembre 2010
	Actualización de información sobre levantado de procesos y SEVRI
	Avances de la Capacitación programada para 2010
	Retroalimentación sobre capacitación virtual en Control Interno
08 Noviembre, 2010	Presentación de la Herramienta de Autoevaluación de Control Interno 2010 (Realizada conjuntamente con la Dirección de Sistemas Administrativos)



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

b. Reunión Enlaces Gerencial de Control Interno

Como parte del grupo de enlaces gerenciales de control interno, se participó en las reuniones coordinadas y programadas por la Dirección de Sistemas Administrativos, según la siguiente calendarización:

Fecha	Tema tratado
18 de agosto	Entrega de la propuesta para la herramienta de Auto Evaluación 2010, para someter a validación en cada Gerencia
08 de noviembre	Entrega oficial de la herramienta a los facilitadores de Control Interno de la Gerencia Médica (realizada conjuntamente con DPSS)
08 de diciembre	- Avances en la divulgación de herramienta Autoevaluación 2010 - Lineamientos de Aplicación Autoevaluación 2010 - Cronograma de Capacitación 2011, talleres de nivelación y exploración en control interno - Cronograma de Capacitación 2011, Talleres Macroprocesos - Resultados de la capacitación virtual

4.2.12. Informes de Auditoria

La Auditoría mediante informe AGO-238-R-2009 referente a la implementación del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI) en el Hospital San Rafael de Alajuela, recomienda a la Gerencia Médica realizar un diagnóstico situacional del estado de implementación del SEVRI en las unidades bajo la dirección de la misma. Para cumplir con la recomendación, la Sub Área de Control y Evaluación realizó las siguientes actividades:

- a. Reunión de coordinación con la Dirección de Red de Servicios de Salud, en la cual se estableció que la estrategia a seguir para realizar el diagnóstico situacional de la aplicación del SEVRI en las Dependencias de la Gerencia Médica, sería la revisión de los instrumentos SEVRI en cada Dependencia, para lo cual la revisión se distribuyó de la siguiente manera:
- DPSS revisión en Hospitales Nacionales, Direcciones de Sede y Despacho de Gerencia
 - DRSS revisión en las Direcciones Regionales y consolidación de la información de todas las Direcciones
 - DCE revisión en Centros Especializados y consolidación de la información de todos los Centros



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- Direcciones Regionales revisión en las Dependencias adscritas a cada una de ellas y consolidación de la información de todas las Dependencias por Región
 - DPSS realiza la consolidación de toda la información de la Gerencia Médica
- b. Definición y elaboración del cronograma de las actividades a realizar, para la ejecución del estudio que permitirá contar con el diagnóstico
- c. Elaboración de la Matriz para la Evaluación de la aplicación de SEVRI en las dependencias de la Gerencia Médica.
- d. Elaboración del instructivo para el llenado de la Matriz para la Evaluación de la aplicación de SEVRI
- e. Reunión con facilitadores regionales para informarles acerca del trabajo a realizar, la metodología a utilizar, los instrumentos a aplicar, con el correspondiente cronograma de actividades a ejecutar y los responsables de cada una
- f. Envío de la matriz y el instructivo en formato electrónico a todos los facilitadores de Hospitales Nacionales y de Direcciones Regionales, para su aplicación en la Dependencia correspondiente.
- g. Elaboración del primer informe de avance, sobre la atención del informe de Auditoría AGO-238-R-2009.
- h. Revisión de 559 SEVRI pertenecientes a las Direcciones de Sede y Hospitales Nacionales, distribuidos de la siguiente forma:

Fecha	Dependencia	Cantidad
Julio, 2010	Despacho de la Gerencia Médica (Incluye: Despacho, ALDJS y CGI)	6
Julio, 2010	Dirección de Farmacoepidemiología	10
Julio, 2010	Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud	6
Julio, 2010	Dirección de Red de Servicios de Salud	3
Julio, 2010	Dirección de Proyección de Servicios de Salud	16
Agosto, 2010	Dirección de Centros Especializados	1
Julio, 2010	CENDEISSS	30
Abril, 2010	CENARE	25
Junio, 2010	Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología	19
Abril, 2010	Hospital de las Mujeres	29
Julio, 2010	Hospital Nacional de Niños	151
Agosto, 2010	Hospital Nacional Psiquiátrico	36



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Noviembre, 2010	Hospital México	79
Noviembre, 2010	Hospital San Juan de Dios	103
Noviembre, 2010	Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	45

- i. Elaboración y envío de los informes que contienen los resultados de la revisión de SEVRI a cada Direcciones de Sede, al Despacho de Gerencia y a cada Hospital Nacional
- j. Elaboración de la presentación sobre resultados de la revisión de SEVRI ante el Consejo de Farmacoepidemiología.

A diciembre 2010 hay un avance de un 50% en la realización del diagnóstico

4.2.13. Otras actividades

- 4.2.13.1. Participación en dos talleres de trabajo para la revisión de las herramientas de evaluación de Hospitales:
 - Herramienta utilizada para evaluar la producción de los hospitales, de las Direcciones Regionales.
 - Participación en el taller de trabajo organizado por la DPSS para la revisión de la Estructura Organizativa.
- 4.2.13.2. Colaboración en el proyecto de la Torre Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios.
- 4.2.13.3. Participación en 4 sesiones del Foro de Seguridad Social, organizado por la Universidad de Costa Rica.
- 4.2.13.4. Reunión con Facilitadores Regionales de Planificación para programación de actividades 2011

4.2.14. Capacitaciones recibidas

Con el objetivo de actualizar conocimientos y compartir experiencias, se ha participado en capacitaciones relacionadas con el quehacer de la subárea. En la siguiente tabla se muestra la lista de actividades de capacitación en las que se participó:



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Fecha	Tema	Lugar	Duración	Participante	Impartido por:
Marzo - Abril	SEVRI	Virtual	7 sem.	Ing. Selenia Ramírez P.	DSA - CENDEISSS
8 Abril 15 Abril	Conceptos Básicos de Ms Project	DPSS	6 horas	MBA. Sonia Torres M. Ing. Selenia Ramírez P.	DPSS
Junio - Julio	Tutores en línea	Virtual	6 sem	Ing. Selenia Ramírez Paniagua	CENDEISSS
Sept - Oct	Control Interno	Virtual	6 sem	Ing. Selenia Ramírez Paniagua	DSA - CENDEISSS

SACE: Sub Área Control y Evaluación, AES: Área Estadística de Salud, DSA: Dirección de Sistemas Administrativos.

4.3. Actividades realizadas en el año 2011

4.3.1. Capacitación y asesoría impartida en temas de control interno

La Sub Área Control y Evaluación, como unidad a cargo del control interno en la Gerencia Médica, es responsable de capacitar a los facilitadores de control interno de las Dependencias adscritas a la Gerencia en temas de control interno, específicamente: Ley General de Control Interno, Normas de Control Interno, Levantamiento, Documentación y Rediseño de Procesos, y Sistema Específico de Valoración de Riesgos (SEVRI).

Durante el año 2011 se realizaron 5 talleres de capacitación, en los cuales se totalizan 229 funcionarios de la Gerencia Médica instruidos en los temas de levantado de procesos y Sistema Específico de Valoración de Riesgos (SEVRI).

El desarrollo de los talleres de capacitación requiere de una organización previa que incluye:

- a. Organizar las actividades.
- b. Elaborar las notas de convocatoria.
- c. Enviar notas de convocatoria: fax, correo electrónico y correspondencia.
- d. Preparar el material audiovisual y didáctico.
- e. Reproducir el material.
- f. En cada taller de capacitación se desarrollan ejercicios prácticos según el tema, por lo que se efectúa una revisión de cada uno de los trabajos realizados por los equipos y se realizan las correspondientes observaciones y recomendaciones.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

En la tabla No. 1 que se presenta a continuación, se muestra el resumen de las capacitaciones impartidas durante el año 2011, indicando las fechas, temas tratados, duración, lugar donde se realizó la actividad y el personal capacitado.

Tabla No. 1
Capacitaciones impartidas sobre el tema de Control Interno
Sub área Control y Evaluación
Año 2011

Capacitación 2011					
Fecha	Tema	Duración	Lugar de Actividad	Personal Capacitado	Cant
14 Marzo, 2011	Revisión de procesos de enfermería - Hospital México	1 día	Sala de capacitación del Hospital de Niños	Enfermeras del Hospital México	12
16, 17 y 18 Mayo, 2011	Procesos y SEVRI	3 días	Área de Salud Alajuelita	Funcionarios del AS Alajuelita y otras Dependencias de DRSSCS	23
07 y 08 Junio, 2011	SEVRI	2 días	Hospital México	Funcionarios del Hospital México (Jefaturas)	151
09 Junio, 2011	SEVRI	1 día	Dirección Regional Pacífico Central (Montes de Oro)	Facilitadores locales de control interno	20
22, 23 y 24 Junio, 2011	Procesos y SEVRI	3 días	Hospital Nacional Psiquiátrico	Funcionarios del Hospital Psiquiátrico	23

Durante el 2011 se atendieron múltiples consultas telefónicas y personales, relacionadas a temas de Control Interno: Ley y Normas, Procesos, SEVRI, Metas del PAO, Autoevaluación de Control Interno, Mapa de Procesos, entre otros temas, realizadas por funcionarios de la Gerencia Médica.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

A continuación, en la tabla No. 2 se muestra el registro de las asesorías presenciales que se realizaron:

Tabla No. 2
Asesorías suministradas sobre el tema de Control Interno
Sub área Control y Evaluación
Año 2011

Asesorías 2011				
Periodo	Temas	Cant.	Impartida a:	Tiempo aprox.
Febrero 2011	Consolidado de Autoevaluación 2010	1	Facilitadora de control interno del Hospital de las Mujeres	0,58 horas
Marzo 2011	Procesos y SEVRI	3	Personal de la UTLE, HCG y SAAL	5,50 horas
Mayo 2011	Metas del PAO, Procesos, SEVRI	1	Facilitador de control interno del HNGG	1,00 horas
Junio 2011	Temas varios Control Interno	1	Facilitador de control interno del CGI Gerencia Médica	0,42 horas
Julio 2011	Temas varios Control Interno	1	Facilitadora de control interno del CGI Gerencia Médica	1,00 horas
Agosto 2011	Temas varios Control Interno	1	Equipo de trabajo del CGI de la Gerencia Médica	2,00 horas
	Inconsistencias en la información enviada (SEVRI)	2	Facilitador de control interno DRSSCS y Hospital de San Carlos	1,00 horas
Sept-Nov 2011	Autoevaluación de control interno Mapa de procesos	Nd	Funcionarios de diferentes dependencias de la Gerencia Médica	Nd
2011	Indicadores de control interno a incorporar en el PGL	Nd	Funcionarios de diferentes dependencias de la Gerencia Médica	Nd
2011	Atención de consultas varias	Nd	Facilitadores de control interno	Nd

4.3.2. Mapa de procesos

Para el año 2011, la Dirección de Sistemas Administrativos estableció como lineamiento, la elaboración de mapas de procesos por dependencia, para lo cual elaboró una metodología, la cual se incluyó en el documento “Guía para Elaborar Mapa de Procesos 2011”. Al respecto la Sub Área de Control y Evaluación, realizó las siguientes actividades:



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- Definición de la estrategia y programación de actividades para la estandarización de los modelos de mapa procesos por tipo de unidad, en conjunto con la Dirección de Sistemas Administrativos.
- Selección de los participantes en los talleres, según tipo de dependencia.
- Elaboración de las propuestas de mapa de procesos para Direcciones de Sede, Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales, así como la propuesta para los procesos complementarios estratégicos, de seguimiento y mejora y los de apoyo, para todas las dependencias de la Gerencia Médica.
- Se realizaron 4 talleres con la Dirección de Sistemas Administrativos, para la elaboración de los mapa de procesos, según el siguiente desglose:
 - Direcciones de Sede y Despacho de Gerencia Médica.
 - Áreas de Salud y Direcciones Regionales.
 - Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos.
 - Hospitales Especializados y Centros Especializados.
- Revisión y observaciones a los mapas de procesos elaborados por las dependencias de la Gerencia Médica, con sus correspondientes observaciones y aportes, para homologar y elaborar una propuesta final por tipo de dependencia, que será validada con los involucrados.
- Posteriormente, se realizaron otras sesiones de trabajo con los equipos para presentar las observaciones y aportes, con el fin de ajustar todas las propuestas y obtener un consenso.

4.3.3. Estandarización de procesos

Debido a que el levantamiento de procesos se realizó de una forma masiva, en la cual cada titular subordinado levantó sus procesos sustantivos, según su criterio y experiencia, en las evaluaciones y capacitaciones realizadas, se ha detectado que el mismo proceso existe con diferente nombre y con una descripción de actividades diferente, en dependencias del mismo tipo. No obstante, según el principio de equidad e igualdad, la Institución debe estandarizar los procesos que se realizan en todas las unidades, para que se ejecuten homogéneamente, en apego a la Normativa vigente, de tal manera que se obtengan los mismos resultados.

- A inicios del año 2011, se coordinó con el Área de Regulación de Diagnóstico y Tratamiento de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, para trabajar en conjunto



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

con la estandarización de los procesos de las disciplinas a cargo. A petición de la jefatura de dicha área, se decidió trabajar con las siguientes disciplinas durante el presente año: Nutrición, Laboratorio Clínico, Trabajo Social, Psicología y Enfermería.

Se realizaron las actividades siguientes:

- Ejecución de taller de estandarización de procesos con los coordinadores nacionales de las Disciplinas: Trabajo Social, Nutrición, Laboratorio Clínico, Psicología.
- Organización, coordinación y ejecución de talleres de trabajo con equipos de expertos según disciplina.
- Primer taller con equipo de expertos de Enfermería y con la coordinación nacional, para la programación de las actividades a realizar durante el año 2012.

En la tabla No. 3 se desglosa el nombre de los 22 procesos identificados y estandarizados, según disciplina:

Tabla No. 3
Procesos estandarizados, según disciplina
Sub área Control y Evaluación
Año 2011

Procesos Estandarizados 2011		
Disciplina	Nombre del Proceso	Cantidad
Trabajo Social	Atención social de la población (Macroproceso)	4
	Atención y consulta social individual	
	Atención y consulta social grupal	
	Movilización y organización comunal desde trabajo social	
Nutrición (Áreas de Salud)	Abordaje Nutricional de la Población en Áreas de Salud (Macroproceso)	9
Nutrición (Hospitales)	Abordaje Nutricional del Paciente (Macroproceso)	
	Atención Nutricional	
	Producción y distribución de alimentación normal y dietoterapéutica	
	Programación del menú	
	Recepción y almacenamiento de productos alimenticios	



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
 Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
 Sub Área Control y Evaluación

Procesos Estandarizados 2011		
Disciplina	Nombre del Proceso	Cantidad
	Preparación de alimentos y bebidas	
	Distribución de alimentos y bebidas	
	Lavado, desinfección y almacenamiento de equipos y utensilios	
Laboratorio Clínico	Gestión técnica de laboratorio (Macroproceso)	8
	Gestión pre-analítica del laboratorio	
	Gestión analítica del laboratorio	
	Gestión post-analítica del laboratorio	
	Gestión técnica de servicios de sangre (Macroproceso)	
	Gestión pre-analítica de servicios de sangre	
	Gestión analítica de servicios de sangre	
	Gestión post-analítica de servicios de sangre	
Psicología	Atención Integral de la Salud Psicológica (Macroproceso)	1

A la fecha, solamente los procesos de Nutrición han sido oficializados.

- Debido a que no se ha nombrado a la persona que ocupará el puesto de Coordinador Nacional de Enfermería, fue necesario cancelar algunos talleres que se habían programado para la estandarización de los procesos en esta disciplina, no obstante a principios del mes de diciembre se realizó un taller con un equipo de expertos y la participación de la funcionaria que está a cargo de la coordinación interinamente, para elaborar la programación de actividades que se realizarán durante el año 2012, para iniciar con la estandarización de dichos procesos.
- Además se inició con la estandarización de los procesos de REDES, para lo cual se realizaron 4 talleres de trabajo con jefaturas de REDES de la Región Central Sur, en dichos talleres, se definió el nombre del macro proceso y se identificaron los procesos, además se ha avanzado significativamente en la documentación del macro proceso y de cuatro procesos sustantivos, también se enviaron los procesos que se han levantado para la revisión en el Área Estadísticas de Salud, para su revisión y observaciones.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

4.3.4. Sistema específico de valoración de riesgos

El artículo N°14 de la Ley General de Control Interno y el Capítulo III de las Normas sobre Valoración de Riesgos, indica que es deber del titular subordinado identificar y analizar los riesgos relevantes asociados al logro de los objetivos y las metas institucionales, analizar el efecto, la importancia y la probabilidad de ocurrencia y las acciones que se tomarán para administrarlos.

Por tanto, en el 2011 se concluyeron las siguientes actividades:

- Revisión de todos los SEVRI elaborados en las direcciones de sede, despacho de gerencia y hospitales nacionales y especializados en atención a Informe de Auditoría AGO238-R-2009.
- Se recopiló y consolidó la información enviada por los facilitadores regionales, con respecto a la revisión de los SEVRI elaborados por las dependencias adscritas a cada una de sus regiones.
- Con base en la información indicada en los dos puntos anteriores, en junio 2011 se elaboró el informe denominado “Diagnóstico del grado de avance en la implementación de la herramienta SEVRI, sistema Específico de Valoración de Riesgos en las Dependencias de la Gerencia Médica”, el cual fue enviado a la Auditoría Interna mediante nota GM-27408. (Ver apartado 5.3.13 Informes de Auditoría)
- Con base en los lineamientos emitidos por la Dirección de Sistemas Administrativos, de incorporar en el PAO un indicador para la revisión y mejora de los SEVRI elaborados en la unidad de trabajo, se revisaron y elaboraron “reportes de SEVRI” a: 4 de la Sub Área Control y Evaluación, 2 procesos sustantivos del Área Soporte Estratégico y se colaboró con los 3 procesos sustantivos del despacho DPSS

4.3.5. Mapa gerencial de riesgos

En el 2011 se realizaron las siguientes actividades:

- Se preparó el informe de seguimiento del Mapa de Riesgos Gerencial 2010.
- Se conformó el equipo gestor de riesgos año 2011, con representación de cada una de las Direcciones de Sede que tienen bajo su responsabilidad el cumplimiento de metas del PEI.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- Se realizó un taller de trabajo del equipo gestor de riesgos con funcionarios de la Dirección de Sistemas Administrativos para definir la metodología a aplicar y los plazos a cumplir.
- Se realizó la revisión y consolidación de la información enviada por cada una de las Direcciones de Sede y envió del Mapa de Riesgos de la Gerencia Médica, mediante nota GM-27376 del 28 de junio del 2011, al Lic. Manrique Cascante Naranjo, Jefe a.i. Área de Gestión de Control Interno, Dirección de Sistemas Administrativos.
- Se realizó el seguimiento a las estrategias planteadas en el Mapa de Riesgos Gerencial, a noviembre 2011, para lo cual se solicitó la información a los integrantes del grupo gestor de riesgos que se conformó al respecto.

4.3.6. Autoevaluación del sistema de control interno

La Ley General de Control Interno N° 8292, establece en el artículo N°17 que los titulares subordinados deben realizar, por lo menos una vez al año, la autoevaluación que conduzca al perfeccionamiento del sistema de control interno del cual es responsable.

Por lo tanto, para el cumplimiento de lo anteriormente descrito, la Sub Área Control y Evaluación, como responsable de velar por el acatamiento de lo indicado en el punto anterior en las dependencias de la Gerencia Médica, realizó las siguientes actividades durante el año 2011:

- Comunicación de los lineamientos a la red de facilitadores de control interno de la Gerencia Médica, en la reunión trimestral.
- Envío de la comunicación oficial, de lineamientos y plazos a cumplir, por medio del correo electrónico.
- Envío a los facilitadores de control interno de las herramientas de autoevaluación de titulares subordinados y herramientas para la consolidación de la información recopilada.
- Asesoría a los facilitadores de control interno en el proceso de consolidación de los instrumentos de autoevaluación y coordinación con la Dirección de Sistemas Administrativos para la solución de los problemas relacionados con la aplicación de la herramienta de auto evaluación y la de consolidación.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- Revisión de herramientas y consolidados de autoevaluación de control interno del año 2011, enviadas por los facilitadores de control interno de las Direcciones Regionales, para verificar la calidad de la información.
- Preparación de matrices a utilizar en la comparación de los Titulares Subordinados que realizaron autoevaluación 2010 y 2011.
- Consolidado de autoevaluación los titulares subordinados 2011 de las Direcciones Regionales.
- Consolidado de autoevaluación los titulares subordinados 2011 de la Gerencia Médica, se consolidaron 1635 herramientas.
- Análisis comparativo de resultados de la autoevaluación 2010 y 2011.
- Categorización, revisión y selección de las sugerencias que competen a la Gerencia Médica y a la DSA, indicadas por los titulares subordinados (aproximadamente 3200 sugerencias)
- Elaboración de cuadro comparativo de Titulares Subordinados que no presentaron autoevaluación reincidentes en el periodo 2008-2011 y envío de la información a GM
- Elaboración del Informe Gerencial de la Autoevaluación de la Gerencia Médica 2010 y 2011.

Adicionalmente como responsable del control interno en la DPSS, a nivel de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud realizó las siguientes actividades:

- Presentación de los lineamientos y plazos de cumplimiento y entrega del instrumento de Autoevaluación a Titulares Subordinados de la DPSS en Consejo Técnico.
- Consolidado de autoevaluación de los titulares subordinados 2011 de la DPSS
- Análisis comparativo de los resultados de la auto evaluación 2010 vs 2011 de la DPSS
- Elaboración del informe de resultados de la auto evaluación 2011 de la DPSS, está pendiente la presentación formal ante el Consejo Técnico
- Seguimiento a los planes de mejora producto de la auto evaluación realizada por los titulares subordinados de la Dirección en el año 2010.

4.3.7. Evaluación del sistema de control interno

Debido a que en el 2009 y 2010 no se realizó la evaluación del sistema de control interno a la Dirección Proyección de Servicios de Salud, ya que la Dependencia tenía poco tiempo de conformada, en el 2011 se programó dicha evaluación, la cual se realizó en el mes de abril.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

El instrumento de evaluación se aplicó a los 5 titulares subordinados de la DPSS, los resultados de la misma se incluyeron en un informe que se envió a los titulares subordinados y posteriormente se realizó una presentación de dichos resultados ante el Consejo de la Dirección. En la tabla No. 4 se presenta la lista de titulares subordinados a los cuales se aplicó la evaluación:

Tabla No. 4
Titulares subordinados a los cuales se aplicó la evaluación al Sistema de Control Interno
Dirección Proyección de Servicios de Salud
Abril 2011

Fecha	Servicio, Área o Sub Área Evaluada	Titular Subordinado	Cant. TS Evaluados
25/04/2011	Despacho de Dirección	Ing. María de los Ángeles Gutiérrez Brenes, MBA	5
26/04/2011	Sub Área Administración y Logística	Lic. Rafael Ángel Vargas González, MBA	
27/04/2011	Área Análisis y Proyección de Servicios de Salud	MBA María de los Ángeles Benavides Alvarado	
28/04/2011	Área Estadísticas en Salud	Msc Ana Lorena Solís Guevara	
29/04/2011	Área Soporte Estratégico de Servicios de Salud	Lic. Albán de la O Espinoza, MBA	

Fuente: Evaluación del Sistema de Control Interno 2011

4.3.8. Seguimiento a la evaluación del sistema de control interno

Con base en la evaluación al sistema de control interno que se realizó a las direcciones de sede, despacho de la gerencia, Área de Asesoría Legal, Desconcentración y Juntas de Salud, hospitales nacionales y hospitales especializados, durante el año 2011 se realizó el seguimiento a las recomendaciones que se habían suministrado en la evaluación a cada una de las dependencias evaluadas, por medio de la utilización del mismo instrumento y la misma metodología de la evaluación.

En la tabla No. 5 se presenta la lista de las dependencias a las cuales se realizó el seguimiento indicado, con la fecha en que se realizó el mismo y los titulares a los cuales se aplicó:



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Tabla No. 5
Dependencias a las que se realizó el seguimiento a la evaluación del sistema de control interno, según fecha y cantidad de titulares evaluados
Gerencia Médica
Año 2011

Dependencia	Periodo de seguimiento	Cant. TS Evaluados
Dirección Farmacoepidemiología	Marzo 2011	2
Dirección Centros Especializados	Marzo 2011	1
Dirección Desarrollo de Servicios de Salud	Marzo 2011	3
Dirección Red de Servicios de Salud	Marzo 2011	1
CENDEISSS	Abril 2011	4
Despacho Gerencia Médica	Abril 2011	1
Asesoría y Gestión Legal Desconcentración y Juntas de Salud	Abril 2011	1
Hospital México	Mayo 2011	7
Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	Mayo 2011	6
Hospital San Juan de Dios	Junio 2011	6
Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE)	Julio 2011	8
Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva	Julio 2011	14
Hospital de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes	Agosto 2011	11
Hospital Nacional de Niños	Septiembre 2011	10
Hospital Nacional Psiquiátrico	Septiembre 2011	9

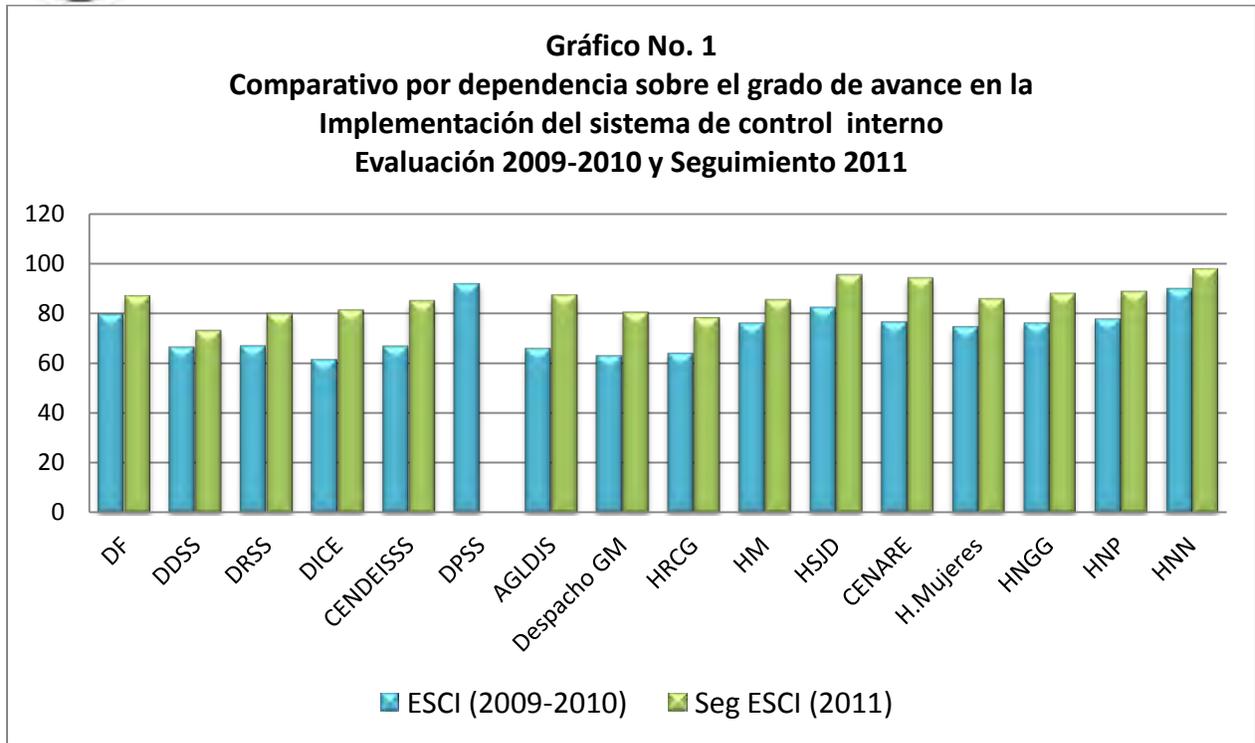
Fuente: Seguimiento del Sistema de Control Interno 2009-2011

Debido a la implementación de las recomendaciones suministradas durante la evaluación realizada en el 2009 y 2010, tanto a las dependencias como un todo como a los titulares subordinados individualmente, durante el seguimiento se logró evidenciar que hubo mejoras en los sistemas de control interno de las Dependencias de la Gerencia Médica

En el gráfico No. 1 se presenta la comparación entre los resultados obtenidos durante la evaluación, versus los obtenidos en el seguimiento, por dependencia.

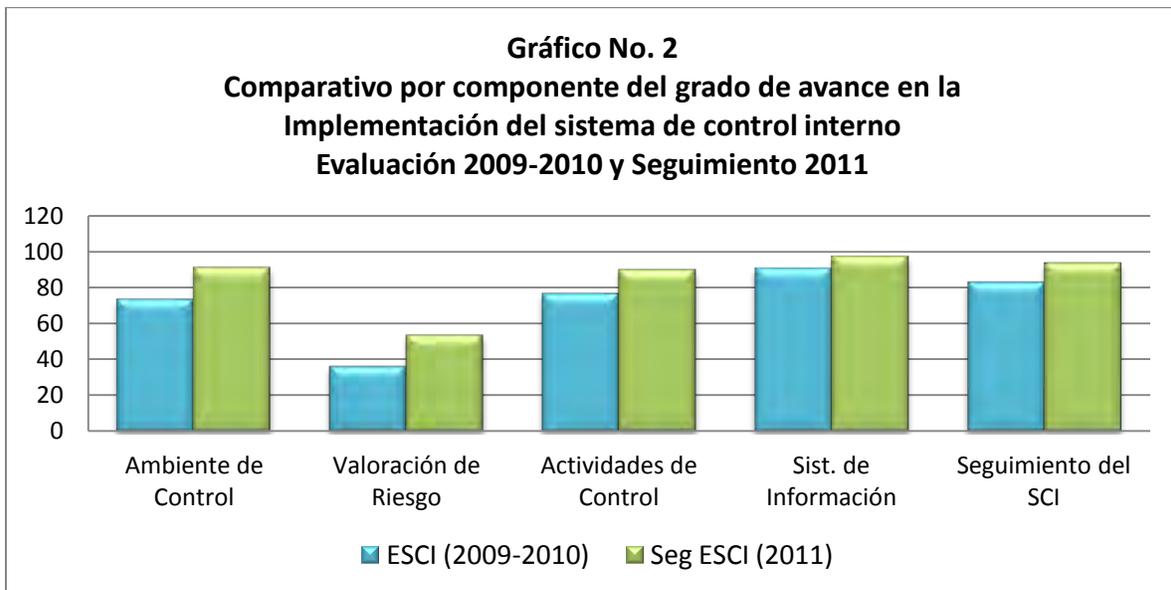


DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación



Fuente: Evaluación y Seguimiento del Sistema de Control Interno 2009-2011

De igual forma, en el gráfico No. 2 se muestra el avance en el sistema de control interno por componente, de las dependencias de la Gerencia Médica.



Fuente: Evaluación y Seguimiento del Sistema de Control Interno 2009-2011



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Como producto de las visitas de seguimiento realizadas, se elaboró un informe con los resultados obtenidos para cada dependencia evaluada, en el cual incluyeron las observaciones y recomendaciones en aquellos aspectos que aún se encontraron debilidades, con el fin de contribuir para la mejora en la gestión de control interno en cada unidad de trabajo. Dichos informes se enviaron a la Gerencia Médica y esta a su vez los envió a cada Director.

4.3.9. Simplificación de trámites

El equipo de la Dirección de Sistemas Administrativos que tiene a cargo el tema de Simplificación de Trámites, definió una nueva metodología de trabajo a partir del año 2011, por lo que durante el segundo semestre se han realizado varias reuniones con un equipo de trabajo conformado por representantes de cada Gerencia, la Dirección Jurídica, la Dirección de Comunicación Organizacional, la Dirección de Planificación y el CENDEISS.

Para iniciar con la labor de la simplificación se solicitó a cada uno de los enlaces gerenciales información relacionada con los trámites que realizan las dependencias adscritas. Para cumplir con esta solicitud se preparó la siguiente información:

- Lista de trámites que requieren orden patronal
- Listado de trámites más frecuentes que realizan los usuarios en los establecimientos de salud
- Caracterización de cada trámite que realiza el usuario en los establecimientos de salud, identificados, según el punto anterior
- Grado de avance en la re sectorialización

Debido a un recurso de amparo interpuesto por un usuario, la Sala Cuarta dio instrucciones a la institución de realizar una simplificación de trámites que permita la eliminación de la orden patronal, por lo que se decidió iniciar prioritariamente con este tema como el primer proyecto a desarrollar durante el año 2012. Para ello se conformó otro equipo de trabajo con la participación de las unidades de trabajo que tienen que ver con el tema: Gerencia Médica, Dirección de Tecnologías de Información, Gerencia Financiera, Dirección de Coberturas y Dirección de Sistemas Administrativos. Este equipo se ha reunido en tres ocasiones y se



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

definió iniciar con un proyecto piloto en la Región Pacífico Central, debido a que, según lo mencionaron los técnicos de Tecnologías de Información, todas las dependencias adscritas a esta región cuentan con los requisitos necesarios en cuanto a equipos y medios de comunicación.

Para lo anterior se realizó una visita a la Dirección Regional Pacífico Central, para la coordinación de la implementación del proyecto piloto para la eliminación de la orden patronal, en el mes de diciembre 2011, con el objetivo de iniciar dicho proyecto a partir de enero 2012.

4.3.10. Manual de funciones de la Dirección Proyección de Servicios de Salud

Las Normas de Control Interno que empezaron a regir a partir de enero 2010, establecen lo siguiente:

“... 2.5.1 Delegación de funciones: El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurarse de que la delegación de funciones se realice de conformidad con el bloque de legalidad, y de que conlleve la exigencia de la responsabilidad correspondiente y la asignación de la autoridad necesaria para que los funcionarios respectivos puedan tomar las decisiones y emprender las acciones pertinentes...”

Para cumplir con lo indicado, la DPSS inició el proceso de elaboración del Manual de Funciones, para lo cual se han realizado las siguientes actividades.

- Elaboración de la herramienta para la recopilación de la información para la elaboración del Manual de funciones
- Distribución de la herramienta y elaboración de las notas para solicitar la información
- Recopilación y consolidación de las funciones realizadas por cada colaborador del Despacho y las Áreas de la Dirección Proyección de Servicios de Salud.
- Consolidación de las funciones propias de las jefaturas
- Recopilación de las funciones de los puestos con que cuenta la Dirección, según el manual descriptivo de puestos
- Elaboración del documento final (Junio 2011) enviado mediante nota ACESS-037-11
- Presentación y entrega del documento a las jefaturas en el Consejo Técnico de la Dirección.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

4.3.11. Actividades varias

La Sub área de Evolución del Sistema de Salud ha desarrollado durante el año 2011 una serie de actividades adicionales que originalmente no estaban en su programación anual, pero que de igual forma revisten de importancia en el fortalecimiento y mejora continua de los servicios de salud que otorga la Institución, entre la que se destacan las siguientes:

4.3.11.1. Actividades de planificación:

Como parte de las funciones de cualquier área o sub área de trabajo, durante el año 2011, se realizaron las siguientes actividades:

- Formulación, seguimiento, modificaciones y evaluación del PAO de la Sub Área
- Participación en la formulación, modificaciones, seguimiento y evaluación del PAO del Área de Soporte Estratégico

4.3.11.2. Participación en Comisiones

Desde el año 2009 se participa en la Comisión de Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Institución. Para el año 2011 específicamente se está trabajando en un proyecto para la capacitación mediante la modalidad virtual en herramientas de calidad, que se impartirá a equipos locales de calidad, durante el año 2012.

Para la capacitación mencionada se elaboró y revisó el material didáctico y audiovisual que se utilizará y fue necesario recibir una capacitación en la modalidad virtual como tutor, por espacio de siete semanas, lo cual implicó la dedicación de al menos una hora diaria para la revisión de material, preparación de trabajos y aplicación de instrumentos de evaluación.

En el mes de noviembre, participación de un día en el Foro Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente en el Hospital Nacional de Niños

Se conformó una comisión de trabajo, con funcionarios de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, para la implementación de un Modelo de la Garantía de Calidad, mediante un convenio denominado CR-USA y la colaboración de una organización denominada Capacity, que pretenden elaborar instrumentos para la medición de indicadores de calidad en los



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

procesos que se realizan en los establecimientos de salud. Se realizaron dos reuniones de trabajo y se participó en la capacitación de la metodología.

4.3.12. Reuniones

4.3.12.1. Reuniones Facilitadores de Control Interno de la Gerencia Médica

Para el 2011 se realizó la programación y convocatoria a las reuniones trimestrales de enlaces de control interno de la Gerencia Médica, mediante el envío de nota vía fax, correo electrónico y correspondencia, adicionalmente, se preparó el material con los temas a tratar y otros materiales adicionales según la agenda.

En la tabla No. 6 se presenta la distribución de las reuniones realizadas, según fechas en que se realizaron y temas tratados:

Tabla No. 6
Distribución de reuniones con red de facilitadores de control interno, según fecha de realización y tema tratado
Gerencia Médica
Año 2011

Reunión con facilitadores de control interno 2011	
Fecha	Temas
21 de marzo, 2011	Avances autoevaluación de control interno 2010 y problemas identificados
	Situación actual sobre información solicitada para entregar el 15 de marzo
	Capacitación en temas de Control Interno año 2011
	Avances en la estandarización de procesos
	Visitas de seguimiento a la Evaluación del Sistema de Control Interno
	Programa de reuniones para el año 2011
	Avances sobre el Diagnóstico Situacional SEVRI (Facilitadores Regionales)
	Avances en la evaluación del Sistema de Control Interno regional
20 de mayo, 2011	Resultados Autoevaluación 2010
	TS que no presentaron autoevaluación reincidentes)
	Avances de la estandarización de procesos sustantivos
	Indicadores de Control Interno para PGL y PAO
	Información recibida sobre procesos sustantivos
22 de agosto, 2011	Otros
	Autoevaluación de Control Interno año 2011
	Avances en la estandarización de procesos



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

	Seguimiento ESCI
	Resultados del Diagnóstico Situacional de SEVRI
	Debilidades de la información recibida en las listas de procesos
	Indicadores de Control Interno
	SEVRI Gerencial
	Modelo de mapas de procesos
	Otros
25 de noviembre, 2011	Avance Mapa de Procesos
	Lineamientos Control Interno 2012-2014
	Avance en la estandarización de procesos
	Resultados preliminares autoevaluación 2011
	Resultados del seguimiento de la evaluación SCI
	Indicadores de control interno
	Mejora del desempeño para la prestación de servicios de salud con calidad
	Propuesta de fechas para reuniones 2012

4.3.12.2. Reuniones Enlaces Gerencial de Control Interno

Como parte del grupo de enlaces gerenciales de control interno, se participó en las reuniones coordinadas y programadas por la Dirección de Sistemas Administrativos, según la calendarización que se presenta en la tabla No. 7:

Tabla No. 7
Distribución de reuniones comisión de control interno,
según fecha de realización y tema tratado
Gerencia Médica
Año 2011

Reuniones Enlaces Gerenciales de Control Interno 2011	
Fecha	Temas
02 febrero, 2011	Herramienta de autoevaluación de Alta Gerencia 2010
	Herramienta "Consolidador" 2010
	Varios
03 mayo, 2011	Entrega de Informes Gerenciales de Autoevaluación 2010
	Informe Institucional de Autoevaluación
	Fechas de reuniones
	Varios
03 agosto, 2011	Herramienta de Autoevaluación 2011
	Capacitación de mapa de procesos



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

	Varios
09 noviembre, 2011	Mapa de procesos
	Mapa de riesgos
	Lineamientos en control interno
	Varios

4.3.12.3. Reuniones mensuales del Área de Soporte Estratégico

Participación en las reuniones del Área de Soporte Estratégico realizadas en el año 2011.

4.3.13. Informes de Auditoría

4.3.13.1. Informe de Auditoría AGO-238-R-2009

En junio 2001 el informe “Diagnóstico del grado de avance en la implementación de la herramienta SEVRI, sistema Específico de Valoración de Riesgos en las Dependencias de la Gerencia Médica”, para dar respuesta al informe de auditoría mencionado, el cual fue enviado a la Auditoría Interna mediante nota GM-27408.

4.3.13.2. Informe de Auditoría ASAAIS-366-201

Se conformó un equipo de trabajo para atender el informe de auditoría mencionado, el cual realizó el estudio sobre las causas que generan la presentación de recursos de amparo contra la CCSS para el otorgamiento de medicamentos. Las actividades realizadas como parte de la comisión fueron las siguientes:

- a. Participación en cuatro sesiones de trabajo
- b. Elaboración de esquema que contiene el análisis de causas de la presentación de recursos de amparo categorizadas y las correspondientes estrategias a implementar, para la presentación ante Junta Directiva.
- c. Colaboración en la elaboración del documento del informe denominado Informe de la Comisión conformada para atender el Informe de Auditoría ASAAI-366-2010 “Estudio sobre las causas que generan la presentación de recursos de amparo contra la CCSS para el otorgamiento de medicamentos”, que se envió a la Junta Directiva en el mes de setiembre 2011



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- d. Revisión y aportes al documento final de la propuesta a presentar ante junta directiva, de la Comisión de Recursos de Amparo.

4.3.14. Otras actividades

Además de las actividades propias de las funciones de la Sub área, también se realizaron las siguientes actividades:

- a. Colaboración a la Sub Área Evolución del sistema de Salud, en la elaboración de la presentación del Plan de Acción de la Gerencia Médica.
- b. Colaboración a la Jefatura del Área en la elaboración del material para el taller de “Regulación del gasto” y consolidación de la información.
- c. Colaboración a la Jefatura del Área en la elaboración de la presentación “Proyección de metas del ASESSE para el 2011”
- d. Colaboración a la Jefatura del Área en la elaboración de la matriz para la revisión y actualización de la estructura organizacional y funcional de las Direcciones de la Gerencia Médica.
- e. Revisión y actualización de las funciones de la Sub Área
- f. Colaboración al Lic. Albán de la O en el procesamiento de datos y elaboración de presentación power point del informe del plan de racionalización del gasto de los establecimientos de salud de la Gerencia Médica.
- g. Envío de inconsistencias encontradas en la información enviada de las Dependencias Regionales.
- h. Participación en sesión de trabajo con una funcionaria de la Dirección Desarrollo Organizacional, para la revisión de la estructura del Área Soporte Estratégico y preparación de la información solicitada
- i. Participación en taller de trabajo en la ASESSE para revisión de las funciones de la sub área según solicitud de Junta Directiva.
- j. Atención a funcionario de Auditoría que está realizando un estudio sobre el proceso de auto evaluación de control interno que incluyó el suministro de información verbal, así como la preparación y el envío de información solicitada por correo electrónico.
- k. Colaboración en la elaboración del informe de la evaluación del PAO 2011 de la DPSS
- l. Elaboración del informe anual de labores de la Sub Área Control y Evaluación



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- m. Actualización de carpeta compartida de Control Interno de la DPSS.
- n. Revisión de notas pendientes de atender y actualización de la información.
- o. Preparación del informe de labores y logros del período 2009-2011

4.3.15. Capacitaciones recibidas

Con el objetivo de actualizar conocimientos y compartir experiencias, se ha participado en capacitaciones relacionadas con el quehacer de la sub área. En la siguiente tabla se muestra la lista de actividades de capacitación en las que se participó:

Tabla No. 8
Distribución de capacitaciones recibidas
Funcionarias Sub área Control y Evaluación
Año 2011

Fecha	Tema	Lugar	Duración	Impartido por:
Mayo 2011	Taller para la Redacción de Informes Técnicos	Particular	16 horas	Particular
01 y 02 Septiembre 2011	Elaboración de Mapa de Procesos	CENDEISSS	21 horas	DSA - CENDEISSS
08 y 09 Septiembre 2011	Mejora del Desempeño para la prestación de servicios de salud con calidad	Hotel Presidente	16 horas	Proyecto Capacity Centroamérica
07 de noviembre 2011	Inducción a la capacitación del curso de tutores virtuales	CENDEISSS	4 horas	CENDEISSS
Del 14 de noviembre al 16 de diciembre 2011	Capacitación virtual para tutores	En línea	1 hora diaria en promedio	CENDEISSS
15 de diciembre 2011	Capacitación en herramienta para la consolidación de la producción hospitalaria de las dependencias a las que se revisa el PGL (8 hospitales)	Sub área Evolución del Sistema de Salud	3 horas	Dirección de Planificación Institucional

Fuente. SACE: Sub Área Control y Evaluación, AES: Área Estadística de Salud, DSA: Dirección de Sistemas Administrativos.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

4.4. Actividades realizadas en el año 2012

4.4.1. Capacitación y asesoría impartida en temas de control interno

La Sub área Control y Evaluación, como unidad a cargo del control interno en la Gerencia Médica, es responsable de capacitar a los facilitadores de control interno de las dependencias adscritas a la Gerencia en temas de control interno, específicamente: ley general de control interno, normas de control interno, levantamiento, documentación y rediseño de procesos, y sistema específico de valoración de riesgos (SEVRI).

Durante el año 2012 se realizaron nueve talleres de capacitación, en los cuales participaron 237 funcionarios, los cuales fueron instruidos en los lineamientos de control interno para el 2012 y en el enfoque de mapa de procesos adoptado por la institución y oficializado por parte de la Dirección de Sistemas Administrativos, a partir el segundo semestre del 2011.

El desarrollo de los talleres de capacitación requiere de una organización previa que incluye:

- a. Organizar las actividades.
- b. Elaborar las notas de convocatoria.
- c. Enviar notas de convocatoria.
- d. Preparar el material audiovisual.
- e. Ejecutar las actividades.

En la tabla No. 1 que se presenta a continuación, se muestra el resumen de las capacitaciones impartidas durante el año 2012, en la que se indican las fechas, los temas tratados, duración de cada actividad, lugar donde se realizó y número de funcionarios capacitados.

Tabla No. 1
Capacitaciones impartidas sobre el tema de Control Interno
Sub área Control y Evaluación
Año 2012

Fecha	Tema	Duración	Lugar de Actividad	Personal Capacitado	Cant. Personas
--------------	-------------	-----------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Fecha	Tema	Duración	Lugar de Actividad	Personal Capacitado	Cant. Personas
27/04/2012	Lineamientos de control interno 2012	5 horas	Región Huetar Atlántica	Facilitadores de control interno de la DRSS Huetar Atlántica	25
04/05/2012	Lineamientos de control interno 2012	5 horas	Región Brunca	Facilitadores de control interno de la DRSS Brunca	13
07/06/2012	Lineamientos de control interno 2012	5 horas	Región Central Sur	Facilitadores de control interno de la DRSS Central Sur	22
08/06/2012	Lineamientos de control interno 2012	5 horas	Región Central Sur	Facilitadores de control interno de la DRSS Central Sur	21
14/06/2012	Lineamientos de control interno 2012	5 horas	Región Central Norte	Facilitadores de control interno de la DRSS Central Norte	21
15/06/2012	Lineamientos de control interno 2012	5 horas	Región Central Norte	Facilitadores de control interno de la DRSS Central Norte	22
05/07/2012	Lineamientos de control interno 2012	5 horas	Región Pacífico Central	Facilitadores de control interno de la DRSS Región Pacífico Central	24
06/07/2012	Lineamientos de control interno 2012	5 horas	Región Pacífico Chorotega	Facilitadores de control interno de la DRSS Región Chorotega	25
13/07/2012	Lineamientos de control interno 2012	5 horas	Región Huetar Norte	Facilitadores de control interno de la DRSS Región Huetar Norte	64

Fuente: Registro de capacitaciones. Sub área Control y Evaluación ASESS.

Durante el 2012 se atendieron múltiples consultas telefónicas y personales por parte de funcionarios de las diferentes dependencias de la Gerencia Médica, relacionadas con los temas de control interno: ley y sus normas, mapa de procesos, sistema específico de valoración de riesgos, metas del PAO, autoevaluación de control interno, entre otros, las cuales fueron atendidas oportunamente.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

4.4.2. Mapa de procesos

La Dirección de Sistemas Administrativos estableció como lineamiento en el año 2011, la elaboración de mapas de procesos por dependencia, para lo cual elaboró una metodología que incluyó en el documento “Guía para Elaborar Mapa de Procesos 2011”. La Sub área de Control y Evaluación, participó de los talleres impartidos a las Dependencias de la Gerencia Médica por dicha Dirección, en los cuales se obtuvo como producto un borrador de mapa de procesos de cada dirección de sede, del despacho de gerencia y una por cada tipo de establecimiento de salud.

Al respecto, durante el año 2012 la Sub área de Control y Evaluación realizó las siguientes actividades:

- Participación en reunión con el Dr. Zeirith Rojas y Lic. Manrique Cascante para la presentación de la metodología para la elaboración de mapas de procesos, ejemplo: hospitales nacionales y avances en la construcción de los mapas.
- Revisión de los mapas de procesos propuestos por las dependencias que participaron en los talleres impartidos por la DSA, que incluyó a: hospitales nacionales, especializados, regionales y periféricos; áreas de salud tipo 1, 2 y 3; direcciones de sede, despacho de gerencia, direcciones regionales y centros especializados.
- Homologación de los mapas de procesos de áreas de salud y de hospitales en lo que se refiere a procesos sustantivos y complementarios de aporte.
- Homologación de los procesos complementarios estratégicos, complementarios de seguimiento y mejora y de apoyo administrativo, que son comunes a todas las dependencias, para lo cual se tomó en cuenta los aportes de áreas de salud, hospitales, direcciones de sede y centros especializados.
- Programación de talleres con los funcionarios asignados, para la revisión y validación de los procesos homologados, según tipo de establecimiento de salud.
- Realización de dos talleres de trabajo con funcionarios de hospitales nacionales para revisión del mapa de procesos correspondiente.
- Realización de dos talleres de trabajo con funcionarios de hospitales especializados para revisión del mapa de Procesos correspondiente.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- Realización de dos talleres de trabajo con funcionarios de los hospitales regionales y periféricos para revisión del mapa procesos correspondiente.
- Realización de un taller de trabajo con funcionarios de cada centros especializado para revisión del mapa de procesos correspondiente:
 - Clínica Oftalmológica.
 - Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.
 - Centro Nacional de Resonancia Magnética.
 - Laboratorio Nacional de Citologías.
 - Banco Nacional de Sangre.
 - Laboratorio de Genética Molecular.
- Realización de un taller de trabajo con funcionarios de las Direcciones Regionales para revisión del mapa de procesos correspondiente.
- Envío de las propuestas de mapa de procesos por unidad de trabajo a los equipos participantes, para revisión, observaciones y aportes.
- Recepción del listado de protocolos, guías de trabajo entre otros documentos de referencia, de las dependencias participantes en los talleres de mapa de procesos.
- Elaboración de la propuesta de procesos comunes: complementarios estratégicos, complementarios de seguimiento y mejora y de apoyo administrativo del mapa de procesos, para revisar y homologar con las otras gerencias.
- Realización de un taller de trabajo con la Dirección de Sistemas Administrativos y funcionarios representantes de las otras gerencias, para la revisión y homologación de los procesos comunes, en los mapas de procesos.
- Realización de taller de trabajo para la elaboración del mapa de procesos gerencial de la Gerencia Médica, con representantes de las direcciones de sede, direcciones regionales y despacho de la gerencia.
- Recopilación y revisión de las observaciones realizadas por el equipo de trabajo y ajustes al mapa de procesos de la Gerencia Médica
- Realización de un taller de trabajo para la revisión de la propuesta con las observaciones incorporadas, a la primera versión del mapa de procesos gerencial de la Gerencia Médica, con representantes de las direcciones de sede, direcciones regionales y despacho de la gerencia.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

En la tabla No.2, se presenta la lista de mapas de procesos elaborados, según tipo de dependencia, en la cual se muestra un total de 22 mapas de procesos.

Tabla No. 2
Listado de mapa de procesos elaborados
Año 2012

Mapa de Procesos 2012		
Mapa de Proceso	Incluye	Cantidad
Hospitales Nacionales	Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Hospital México, Hospital San Juan de Dios, Hospital Nacional de Niños	1
Hospitales Especializados	Hospital Nacional Psiquiátrico	5
	Hospital Dr. Chacón Paut	
	Hospital de las Mujeres	
	Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología	
	CENARE	
Hospitales Regionales y Periféricos	Hospitales Regionales Hospitales Periféricos tipo 1, tipo 2 y tipo 3	1
Áreas de Salud	Tipo 1, tipo 2 y tipo 3	1
Centros Especializados	Clínica Oftalmológica	6
	Laboratorio de Genética Molecular	
	Centro Nacional de Citologías	
	Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidado Paliativo	
	Banco de Sangre	
	Centro Nacional de Resonancia Magnética	
Direcciones de Sede	Dirección Proyección de Servicios de Salud	7
	Dirección Desarrollo de Servicios de Salud	
	Dirección Red de Servicios de Salud	
	Dirección de Centros Especializados	
	Dirección de Farmacoepidemiología	
	CENDEISSS	
	Despacho de la Gerencia Médica	
Gerencia Médica	Gerencia Médica (Gerencial)	1

Fuente: Mapa de Procesos. Sub área Control y Evaluación ASESS.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Es importante rescatar, que posterior a el trabajo realizado en la Gerencia Médica para elaborar los mapas de procesos, en el segundo semestre del 2012 el Área Gestión de Control Interno de la Dirección de Sistemas Administrativos, decidió modificar el modelo de mapa de procesos, por tanto, el trabajo realizado por los equipos en la Gerencia Médica, no fue aprobado en espera a los nuevos lineamientos de la DSA. Por esta misma razón, la meta que estaba programada en los PGL y PAO de las dependencias de la Gerencia Médica, que establecía que cada unidad de trabajo debía contar con un mapa de procesos elaborado y aprobado, no se evaluó y quedó pendiente su cumplimiento para el año 2013.

La Dirección de Sistemas Administrativos convocó a una reunión a las funcionarias de la Sub área Control y Evaluación, para informarles sobre el cambio en el modelo de mapas de proceso y para darles a conocer la propuesta del nuevo mapa de procesos de la Gerencia Médica. Cabe destacar que en la construcción de dicho mapa no participaron ninguna de las funcionarias de las Sub áreas, ya que el mismo ha sido elaborado por profesionales médicos del despacho de la Gerencia Médica, con la conducción metodológica de la Dirección de Sistemas Administrativos.

4.4.3. Estandarización de procesos

Según lo acordado con el Área de Regulación de Diagnóstico y Tratamiento de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, en el primer semestre del año 2012 se programaron talleres de trabajo con equipos de expertos tanto de la disciplina de Odontología como de Enfermería, para analizar y documentar de forma estandarizada los procesos correspondientes.

En conjunto con la coordinación de Farmacia, se programaron sesiones de trabajo con un equipo de farmacéuticos de los tres niveles de atención, para iniciar con la estandarización de los procesos en esta disciplina.

En coordinación con un equipo de médicos encargados de la atención en emergencias en las áreas de salud metropolitanas, se revisó y estandarizó el proceso "Prestación de servicios de salud en el Emergencias".



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Con el apoyo de funcionarios del Área de Estadísticas en Salud, se realizaron varias reuniones y un taller de trabajo, en los cuales se revisaron algunos de los procedimientos que desarrollan en los establecimientos de salud los servicios de REDES.

A continuación se enlistan las actividades realizadas durante el 2012, respecto a la estandarización de procesos:

4.4.4. Conclusión estandarización de procesos realizada en el año 2011

- a. Revisión del documento final de los procesos del servicio de psicología clínica y envío para su aprobación, oficialización y divulgación.
- b. Revisión del documento final de los procesos del servicio de laboratorio clínico y envío para su aprobación, oficialización y divulgación.
- c. Revisión del documento final de los procesos del servicio de trabajo social y envío para su aprobación, oficialización y divulgación.
- d. Revisión del proceso de estadística de REDES para su estandarización.
- e. Revisión y ajuste final al documento “Procesos estandarizados de los servicios de Laboratorio Clínico CCSS”, y envío para su aprobación, oficialización y divulgación.
- f. Revisión y ajuste final al documento “Procesos estandarizados de los servicios de Trabajo Social CCSS” y envío para su aprobación, oficialización y divulgación.
- g. Procesos de enfermería
 - Organización y coordinación de talleres de trabajo para la estandarización de los procesos de enfermería.
 - Ejecución de siete talleres de dos días cada uno, con el equipo de expertos definido por la coordinación nacional, en los cuales se identificaron los procesos de la disciplina y se documentaron los mismos de forma estandarizada, para los tres niveles de atención.
 - Revisión, mejoras y definición de los criterios de calidad, de los procesos elaborados en las sesiones de trabajo de enfermería, en conjunto con funcionarios de la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud.
 - Realización de una sesión de trabajo en conjunto con funcionarios de la coordinación de Enfermería y Área de Regulación y Normalización, para definir la



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

estrategia para elaborar el documento que consolida los procesos de enfermería estandarizados, además de la revisión de normativa y formularios utilizados por el servicio.

- Preparación de la presentación e informe de la estrategia que se utilizó para definir y documentar los procesos de enfermería, en conjunto con compañero de la DDSS.
- Presentación de la estrategia para definir y documentar los procesos de enfermería, en el consejo de supervisores regionales de Enfermería.
- Elaboración del documento final que incluye los procesos estandarizados, en conjunto con funcionarios de la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud.
- Envío de documento final de procesos estandarizados del servicio de enfermería, a diferentes establecimientos de salud de todo el país para su validación.
- Recepción y revisión de las observaciones e inclusión de los aportes suministrados por los participantes en la validación, para lo cual se realizaron cuatro sesiones de trabajo

h. **Procesos de odontología**

- Participación en reunión con funcionarios de la coordinación nacional de odontología para coordinar las fechas y lugares para la realización de los talleres de trabajo, así como para definir el equipo de expertos, que participó activamente en la estandarización de los procesos.
- Elaboración de un consolidado de la lista de procesos de odontología por establecimiento de salud, como insumo para la identificación de los procesos a estandarizar.
- Realización de cuatro sesiones de trabajo con odontólogos para la definición y documentación de los procesos y procedimientos del servicio de odontología, de forma estandarizada.
- Elaboración de un documento borrador que incluye los procesos estandarizados de los servicios de Odontología.
- Envío de documento final de procesos estandarizados del servicio de odontología, a diferentes establecimientos de salud de todo el país para su validación.
- Recepción y revisión de las observaciones e inclusión de los aportes suministrados por los participantes en la validación.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- i. Proceso Prestación de servicios de salud en emergencias de las áreas de salud metropolitanas:
- Realización de tres sesiones de trabajo con médicos del servicio de emergencias de las áreas metropolitanas, para la documentación del proceso estandarizado de atención al usuario en el servicio emergencias.
 - Revisión y ajustes al proceso de emergencias y elaboración del diagrama de flujo correspondiente.
 - Revisión de la normativa y formularios que se utilizan en el proceso
 - Presentación del proceso estandarizado a los directores médicos de las áreas metropolitanas para su validación final
- j. Procesos del Servicio de Farmacia:
- Participación en reunión con funcionarios de la coordinación nacional de farmacia para coordinar las fechas y lugares para la realización de los talleres de trabajo, así como el equipo de expertos para elaborar los procesos.
 - Elaboración de un consolidado de la lista de procesos de farmacia por establecimiento de salud, como insumo para la identificación de los procesos a estandarizar.
 - Realización de 4 talleres de trabajo de dos días cada uno, con el equipo de farmacéuticos para la revisión, definición y documentación de los procesos y procedimientos del servicio de farmacia.
 - Revisión de documentos elaborados por los servicios de farmacia, con el fin de tomar información relevante para la documentación de los procesos, procedimientos e instrucciones de trabajo de los servicios de farmacia.
 - Elaboración de la estructura de procesos de los servicios de farmacia, según la metodología de mapa de procesos, en conjunto con el equipo de expertos, así como la definición de la visión, misión y objetivo general.
 - Participación en la presentación de la propuesta “Nuevo modelo funcional y organizacional de los Servicios de Farmacia”. DPSS 0202-03-13 20-03
 - Revisión y análisis comparativo de la propuesta de estructura por procesos realizada con el equipo de expertos y la propuesta realizada por la Dirección de Desarrollo Organizacional.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- Participación en reunión con funcionarios de la Dirección Sistemas Administrativos y funcionarios de la coordinación nacional de farmacia, para revisar la estructura de los procesos, con base en el nuevo modelo de mapa de procesos que está elaborando la Gerencia Médica en conjunto con dicha dirección.

Este tema quedó pendiente debido a que hay una discrepancia entre la estructura de procesos que definió la Dirección Desarrollo Organizacional y el nuevo modelo de mapa de procesos que definió la Dirección de Sistemas Administrativos.

En la tabla No. 3 se desglosa los procesos que durante el año 2012 fueron estandarizados, según disciplina:

Tabla No. 3
Procesos estandarizados, según disciplina
Sub área Control y Evaluación
Año 2012

Procesos Estandarizados 2012			
Disciplina	Macro-Proceso	Proceso	Cantidad
Odontología	Atención integral de la salud bucodental de la población	Promoción de la salud bucodental en la población	5
		Prevención de las enfermedades bucodentales	
		Atención clínica bucodental	
		Rehabilitación de la salud bucodental	
Enfermería	Atención directa de enfermería al usuario	Atención de enfermería al usuario ambulatorio	9
		Atención de enfermería al usuario en el servicio de emergencias	
		Atención de enfermería al usuario hospitalizado	
		Esterilización y distribución de equipo y material médico-quirúrgico	
		Atención integral de enfermería en salud mental y psiquiatría	
		Atención de enfermería al usuario en el peri operatorio	
		Atención de enfermería a la usuaria en labor, parto y post-parto	
		Atención de enfermería al neonato	
Emergencias	Prestación de servicios integrales de salud al usuario	Atención al usuario en el servicio de emergencias	1
Farmacia	Prestación de servicios farmacéuticos	Despacho de medicamentos e insumos farmacéuticos a usuarios	3
		Prestación de servicios farmacéuticos clínicos	

Fuente: Procesos Estandarizados. Sub área Control y Evaluación ASESS.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Además se continuó con la estandarización de los procesos de REDES, para lo cual se realizaron las siguientes actividades:

- Revisión de la propuesta de procesos de REDES elaborada durante el 2011 con funcionarios de las dependencias de la Región Central Sur.
- Realización de una sesión de trabajo con funcionarios del Área de Estadística para la revisión y mejoras a la propuesta de la estructura de procesos de REDES.
- Realización de una sesión de trabajo con los supervisores de REDES regionales para revisión y mejoras de propuesta de la estructura de procesos.
- Participación en reuniones con funcionarios del Área de Estadísticas en Salud para coordinar los talleres de trabajo para continuar con elaboración de los procesos y procedimientos estandarizados de REDES.
- Participación en reunión con supervisores regionales de REDES para revisar la propuesta de los procesos de Adscripción y Admisión (consulta externa).
- Realización de un taller con funcionarios de REDES de establecimientos de salud los tres niveles de atención de todo el país, para revisar la propuesta de los procesos de Adscripción y Admisión (citas de consulta externa).
- Revisión, ajustes y envío de la propuesta a la coordinación nacional de REDES

Por otra parte, para atender un acuerdo que se había establecido con los anesthesiólogos, se realizó la coordinación con los facilitadores de control interno, para la recolección de los procesos que a la fecha se tienen levantados en los servicios de Anestesia de todos los hospitales del país, los cuales se utilizarán como insumo para iniciar con la estandarización de dichos procesos. Para el año 2013 se elaborará un plan de trabajo para iniciar las actividades, que incluyen visitas de observación y medición de tiempos y movimientos en hospitales de todo el país.

4.4.5. Estandarización de procesos a incluir en EDUS

En atención a la recomendación “5.1 Estandarización de procesos de salud de previo al desarrollo de cada sistema de información en salud”, del informe SATIC-10-156-02-2012, en coordinación el Dr. Carlos Muñoz, asesor de la Gerencia Médica, se conformó un equipo de trabajo.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Se realizaron tres sesiones de trabajo para conocer los avances en el desarrollo del EDUS, el contenido del informe de Auditoría y para definir el rol que desempeñará el equipo conformado al respecto. También se hizo una presentación de la metodología que se utilizaría para la estandarización de los procesos de atención en consulta externa y en emergencias. Se elaborará un cronograma de trabajo para iniciar con la estandarización a partir del mes de febrero del 2013.

4.4.6. Facturación de servicios otorgados a personas no aseguradas

Debido a que la facturación de los servicios que se otorgan a personas no aseguradas se realizan en las Unidades de Validación de Derechos, las cuales se ubican en los establecimiento de salud, adscritos a la Gerencia Médica, la Dirección de Coberturas de la Gerencia Financiera, solicitó a la Sub área Control y Evaluación, su participación en la revisión y diagramación del proceso.

Se han realizado dos reuniones y un taller de trabajo para revisar el trabajo que se ha realizado hasta el momento y para proponer una estrategia de abordaje del levantado del proceso y los procedimientos relacionados.

Se hizo una revisión y ajustes al documento general de normas y procedimientos y se elaboró una propuesta de redacción y la diagramación del procedimiento que realiza la unidad de Validación de Derechos al respecto.

4.4.7. Procesos DPSS

Debido a que la Dirección Proyección de Servicios de Salud no tiene una persona asignada para que de seguimiento al tema de control interno, la Sub área Control y Evaluación también debe asumir estas funciones. Al respecto se realizaron las siguientes actividades:

- Preparación de información solicitada por la Gerencia Médica, referente a los procesos sustantivos de la Dirección Proyección de Servicios de Salud.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- Revisión y actualización de los procesos del despacho de la Dirección Proyección de Servicios de Salud, y del Área Soporte Estratégico junto con los funcionarios involucrados, según el siguiente detalle:
 - Gestión de plazas nuevas para las unidades adscritas a la Gerencia Médica con financiamiento central.
 - Gestión de plazas nuevas para las unidades adscritas a la Gerencia Médica con financiamiento local.
 - Desarrollo de proyecto y/o estudio especial.
 - Seguimiento y evaluación del sistema de control interno de las dependencias de la Gerencia Médica.
 - Estandarización de procesos.
 - Consolidado de autoevaluación del sistema de control interno de la Gerencia Médica.

4.4.8. Sistema específico de valoración de riesgos DPSS

El artículo N°14 de la Ley General de Control Interno y el Capítulo III de las Normas sobre Valoración de Riesgos, indica que es deber del titular subordinado identificar y analizar los riesgos relevantes asociados al logro de los objetivos y las metas institucionales, analizar el efecto, la importancia y la probabilidad de ocurrencia y las acciones que se tomarán para administrarlos.

Por tanto, en el 2012 se concluyeron las siguientes actividades:

- Realización del seguimiento a los planes de tratamiento de los cuatro SEVRI de la Sub área Control y Evaluación.
- Revisión y elaboración de “reportes de SEVRI” a la valoración de riesgos de: cinco procesos del Área Soporte Estratégico de Servicios de Salud y colaboración con los cuatro procesos del despacho DPSS, con base en los lineamientos emitidos por la Dirección de Sistemas Administrativos, de incorporar en el PAO un indicador para la revisión y mejora de los SEVRI elaborados en la unidad de trabajo.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

4.4.9. Mapa gerencial de riesgos

Respecto al mapa de riesgos gerencial, en junio del 2012 se realizaron las siguientes actividades:

- Participación en reunión con funcionarios de la Dirección de Sistemas Administrativos para recibir lineamientos para la elaboración del Mapa de Riesgos Institucional 2012.
- Participación en reunión con funcionarios de la Dirección de Sistemas Administrativos, para recibir observaciones a la valoración de riesgos de las metas del PEI.
- Coordinación con funcionarios de las direcciones de sede responsables de metas del PEI, para revisión y ajustes a la valoración de riesgos realizada.
- Recopilación de la valoración de riesgos de las metas del PEI asignadas a la Gerencia Médica y elaboración de los documentos de envío, tanto para la gerencia como para la DSA.

4.4.10. Autoevaluación del sistema de control interno

La Ley General de Control Interno N° 8292, establece en el artículo N°17 que los titulares subordinados deben realizar, por lo menos una vez al año, la autoevaluación que conduzca al perfeccionamiento del sistema de control interno del cual es responsable.

Por lo tanto, para el cumplimiento de lo anteriormente descrito, la Sub área Control y Evaluación, como responsable de velar por el acatamiento de lo indicado en el punto anterior en las dependencias de la Gerencia Médica, realizó las siguientes actividades durante el año 2012:

- Participación en reunión de DSA para entrega de herramientas y lineamientos para el proceso de autoevaluación 2012.
- Participación en la videoconferencia “Autoevaluación 2012”.
- Traslado de lineamientos y herramientas del proceso de autoevaluación 2012 (herramienta de autoevaluación y consolidado) a la red de facilitadores de control interno de la Gerencia Médica.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- Asesoría a los facilitadores de control interno en el proceso de consolidación de los instrumentos de autoevaluación y coordinación con la Dirección de Sistemas Administrativos para la solución de los problemas relacionados con la aplicación de la herramienta de auto evaluación y la de consolidación.
- Revisión de herramientas y consolidados de autoevaluación de control interno del año 2012, enviadas por los facilitadores de control interno de las direcciones de sede, hospitales nacionales y especializados, centros especializados, direcciones regionales y otras dependencias adscritas a la Gerencia Médica, para verificar la calidad de la información.
- Elaboración de los consolidados correspondientes a: direcciones de sede, hospitales nacionales y especializados, centros especializados, direcciones regionales y otras dependencias adscritas a la Gerencia Médica.
- Elaboración del consolidado Gerencial, con un total de 1708 herramientas.
- Elaboración del análisis comparativo de resultados de la autoevaluación 2010, 2011 y 2012.
- Elaboración de cuadro comparativo de Titulares Subordinados que no presentaron autoevaluación reincidentes en el periodo 2008-2012 y envío de la información a GM
- Elaboración del Informe Gerencial de la Autoevaluación de la Gerencia Médica 2012, avance de un 75%

En la tabla siguiente se indica el listado de consolidados revisados por la Sub área.

Tabla No. 4
Listado de dependencias de la Gerencia Médica que se incluyeron en el consolidado general Autoevaluación Gerencia Médica Año 2012

Listado de Unidades de la Gerencia Médica	
Dependencia	
Direcciones de Sede	Dirección Farmacopidemiología
	Dirección Red de Servicios de Salud
	Dirección Desarrollo de Servicios de Salud
	Dirección Centros Especializados
	Dirección Proyección de Servicios de Salud
	CENDEISSS
Hospital Nacional Especializado	Hospital Nacional de Niños
	Hospital Nacional Psiquiátrico
	Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE)
	Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva
	Hospital Geriátrico Raúl Blanco Cervantes
Hospitales Nacionales	Hospital San Juan de Dios



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

	Hospital Dr. Rafael Calderón Guardia
	Hospital México
Direcciones Regionales	Huetar Atlántica
	Central Sur
	Chorotega
	Pacífico Central
	Huetar Norte
	Central Norte
	Brunca
Centros Especializados	Clínica Oftalmológica
	Laboratorio de Genética Molecular
	Centro Nacional de Citologías
	Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidado Paliativo
	Banco de Sangre
Otras Dependencias de la GM	Asesoría y Gestión Legal, Desconcentración y Juntas de Salud
	Proyecto Red Oncológica
	Centro Trasplante de Hígado y Cirugía Hepatobiliar
ALTA DIRECCIÓN - Gerencia Médica	

Fuente: Autoevaluación 2012. Sub área Control y Evaluación ASESS.

Adicionalmente como responsable del control interno en la DPSS, a nivel de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud se realizaron las siguientes actividades:

4.4.11. Autoevaluación 2011

- Preparación de la presentación de los resultados de la autoevaluación de control interno año 2011 y exposición ante los miembros del consejo de la DPSS.
- Revisión y consolidación en un solo documento de los planes de mejora de la Dirección Proyección de Servicios de Salud, producto de la autoevaluación de control interno 2011 y elaboración de la matriz para el seguimiento de dichos planes.
- Consolidación de los planes de mejora del Área Soporte Estratégico de Servicios de Salud
- Revisión y colaboración en el seguimiento de planes de mejora de la autoevaluación 2011, del despacho de la Dirección, dos seguimientos (enero y julio).
- Recepción, revisión de los resultados del seguimiento a los planes de mejora producto de la autoevaluación 2011, de cada titular subordinado de la Dirección Proyección de Servicios de Salud y consolidación y envío del documento a la Dirección. (Dos seguimientos: enero y julio)



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

4.4.12. Autoevaluación 2012

- Participación en reunión de Consejo Técnico ampliado de la Dirección (participación de todos los titulares subordinados y otros funcionarios), para la presentación de la nueva herramienta de auto evaluación 2012, divulgación de los lineamientos institucionales al respecto y definición de la fecha de entrega de las auto evaluaciones.
- Realización de la autoevaluación 2012 de la Sub área Control y Evaluación de Servicios de Salud.
- Elaboración del consolidado de las autoevaluaciones 2012, de los titulares subordinados de la DPSS.
- Elaboración del análisis comparativo de los resultados de la auto evaluación 2010, 2011 y 2012 de la DPSS
- Elaboración del informe de resultados de la auto evaluación 2012 de la DPSS, avance 75%

4.4.13. Simplificación de trámites

- Búsqueda y localización de nota y publicación en Gaceta de los trámites de la Gerencia Médica 2002.
- Participación en reuniones de la Comisión de Simplificación de Trámites y con funcionarios de la Dirección de Sistemas Administrativos para recibir lineamientos en el tema de Simplificación de trámites.
- Participación en reunión con Asesores de la Gerencia médica para definir el encargado de incluir la información de los trámites de la Gerencia Médica en el Catálogo Institucional de Trámites.
- Participación en ocho sesiones de trabajo con funcionarios de la Dirección de Coberturas para la revisión y mejoras del Manual de Seguro por el Estado y de los formularios que se incluirán en el SIAC.
- Participación en la presentación del documento “Manual de Normas y Procedimientos Seguro por el Estado y Protecciones con Cargo al Estado”, a funcionarios de las unidades de Validación de Derechos, en conjunto con funcionarios de la Dirección de Coberturas.
- Participación en la reunión realizada por la Dirección de Sistemas Administrativos, para presentar al nuevo grupo de trabajo de Simplificación de Trámites, y para establecer la nueva línea de trabajo de la comisión.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- Preparación de información solicitada con respecto al avance en la estandarización de procesos y el plan de trabajo de los trámites a analizar y simplificar en el año 2012

4.4.14. Actividades varias

La Sub área Control y Evaluación de Servicios de Salud ha desarrollado durante el año 2012 una serie de actividades adicionales que originalmente no estaban en su programación anual, pero que de igual forma revisten de importancia para el logro de los objetivos y metas definidos por el Área Soporte Estratégico de Servicios de Salud, entre la que se destacan las siguientes:

4.4.14.1. Actividades de planificación:

Como parte de las funciones de cualquier Área o Sub área de trabajo, durante el año 2012, se realizaron las siguientes actividades:

- Revisión del cumplimiento de las metas de control interno de la Dirección Proyección de Servicios de Salud, para la evaluación 2011.
- Seguimiento de las metas del PAO de la Sub área Control y Evaluación, primer semestre del año 2012.
- Revisión de las metas establecidas por la Sub área en el PAO 2012-2013.
- Modificación de metas del PAO de la Sub área Control y Evaluación, con su respectiva justificación. (dos modificaciones en el año)
- Evaluación anual de las metas del PAO de la Sub área Control y Evaluación.
- Participación en la formulación, modificaciones, seguimiento y evaluación del PAO del Área de Soporte Estratégico.

4.4.14.2. Participación en Comisiones

- Participación en reunión de la Comisión que se conformó para la atención del acuerdo con los anesthesiologists, en lo relacionado con el levantamiento y futura estandarización de los procesos.
- Participación en el taller de consulta “Elaboración del Modelo de Gestión en Red para la Igualdad y Equidad de Género en la CCSS” organizado por el Programa para la Equidad de Género.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

4.4.15. Reuniones

- Reuniones Facilitadores de Control Interno de la Gerencia Médica

Para el 2012 se realizó la programación y convocatoria a las reuniones trimestrales de enlaces de control interno de la Gerencia Médica, adicionalmente, se preparó el material con los temas a tratar y otros materiales adicionales, para atender la agenda de trabajo propuesta.

En la tabla No. 5 se presenta la distribución de las reuniones realizadas, según fechas en que se realizaron y temas tratados:

Tabla No. 5
Distribución de reuniones con red de facilitadores de control interno,
según fecha de realización y tema tratado
Gerencia Médica
Año 2012

Fecha	Temas
24 de febrero, 2012	Mapa de procesos
	Estandarización de procesos
	Autoevaluación
	Resultados del informe de auditoría sobre la autoevaluación 2010 Propuesta, funciones del enlace gerencial y facilitador de control interno
	Metas de control interno PAO 2012-2013
	Mapa de riesgos institucional
	Recordatorio: fechas de reuniones 2012
	Temas varios
25 de mayo, 2012	Mapa de procesos
	Estandarización de procesos
	Autoevaluación
	Información sobre titulares subordinados
	Capacitación en control interno
	Visitas regionales
	Indicadores 2012



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Fecha	Temas
	Procesos comunes
	Recordatorio: fechas de reuniones 2012
	Temas varios
31 de agosto, 2012	Cancelada
30 de noviembre, 2012	Mapa de procesos
	Indicadores de control interno 2012
	Autoevaluación 2012
	Capacitación en control interno
	Estandarización de procesos
	Autoevaluación 2012 Gerencia Médica
	Información pendiente

Fuente: Reuniones Facilitadores de Control Interno GM 2012. Sub área Control y Evaluación ASESS.

- Reuniones Comisión Institucional de Control Interno

Como parte del grupo de enlaces gerenciales de control interno, se participó en las reuniones coordinadas y programadas por la Dirección de Sistemas Administrativos, según la calendarización que se presenta en la tabla No. 6:

Tabla No. 6
Distribución de reuniones comisión de control interno,
según fecha de realización y tema tratado
Año 2012

Fecha	Temas
20 febrero, 2012	Propuesta: Funciones de enlaces y facilitadores del sistema de control interno institucional, CCSS"
	Mapa de riesgos institucional
	Metas de control interno, planificación operativa 2012-2013
	Informe de Auditoría: ASAAI-051-2012
22 marzo, 2012	Revisión de funciones de los enlaces y facilitadores de control interno
05 octubre, 2012	Lineamientos para el proceso de Autoevaluación 2012
	Herramienta de autoevaluación 2012
	Herramientas de consolidación para la autoevaluación 2012

Fuente: Reuniones Enlaces Gerenciales CI 2012. Sub área Control y Evaluación ASESS.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

4.4.16. Informes de Auditoría

4.4.16.1. Informe de Auditoría ASAAI-051-2012

- Participación en la reunión para la lectura y análisis del informe de Auditoría ASAAI-051-2012 “Evaluación del proceso de formulación de las autoevaluaciones de control interno y el cumplimiento de los planes de mejora Gerencia Administrativa, Gerencia Médica, Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, Gerencia Financiera, Gerencia de Pensiones, Gerencia de Logística, Presidencia Ejecutiva UP-1102-1103-1104-1106-1107-2901 y 9101”.
- Participación en 8 sesiones de trabajo para revisar, analizar y atender el informe de Auditoría ASAAI-051-2012, en coordinación del Área de Gestión de Control Interno de la Dirección de Sistemas Administrativos y participación de los enlaces gerenciales de control interno.
- Elaboración de dos informes de seguimiento al informe de Auditoría mediante notas ASESS-028-12 y ASESS-044-12

4.4.16.2. Informe de Auditoría ASAAI-145-2012

- Realización del análisis del informe de Auditoría ASAAI-145-2012 “Fiscalización proceso de contratación administrativa a nivel central de la CCSS”.
- Elaboración del documento que incluyó el criterio técnico sobre recomendación de Auditoría.

4.4.17. Otras actividades

Además de las actividades propias de las funciones de la Sub área, también se realizaron las siguientes actividades:

- Realización del inventario de suministros de oficina del Área Soporte Estratégico de Servicios de Salud. (dos inventarios)



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- Programación de actividades 2012.
- Revisión y observaciones al proceso “Atención de pacientes con trastornos metabólicos nutricionales que requieren Soporte Nutricional Enteral o Parenteral en los Hospitales de la CCSS”, elaborado por la Dra. Susana Chavarría González.
- Revisión de la propuesta “Funciones de Enlaces y Facilitadores del Sistema de Control Interno Institucional, CCSS 2012”, elaborada en conjunto con la DSA.
- Revisión y observaciones a la propuesta de la formulación de presupuesto del Área Soporte Estratégico de los Servicios de Salud.
- Recepción y revisión del listado de titulares subordinados de las Dependencias de la Gerencia Médica,
- Revisión y mejoras a la herramienta “Evaluación del Sistema de Control Interno”.
- Preparación de la información sobre Políticas Institucionales que afectan los procesos que realizan las dependencias de la Gerencia Médica, lo cual incluyó: coordinación con las direcciones de sede para la obtención de la información, elaboración del instrumento de recolección, revisión de la base de datos de Políticas y Normas para identificar las específicas que tiene que ver con los procesos de la Gerencia Médica, consolidación y envío de la información

4.5. Actividades realizadas de enero a abril 2013

4.5.1. Estandarización de procesos

- Actualización de los procesos de enfermería con las últimas observaciones enviadas por la coordinación nacional de Enfermería.
- Estandarización de Procesos EDUS: Dos sesiones de trabajo de la Comisión del EDUS, revisión y ajustes al proceso de Emergencias.
- Revisión y mejoras a los procesos estandarizados y sus respectivas instrucciones de trabajo del servicio de Farmacia.
- Elaboración y envío de la matriz para recolección de información de las disciplinas de diagnóstico y tratamiento y de los programas de atención, para la inclusión de las entradas y salidas que se requiere incorporar al Sistema EDUS



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- Talleres de trabajo con funcionarios de las coordinaciones nacionales de las disciplinas de apoyo al diagnóstico y tratamiento (Nutrición, Psicología, Trabajo social, Laboratorio Clínico y Odontología) y del Área de Atención Integral a las Personas de la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud para dar lineamientos e instrucciones para la revisión del proceso de atención del primer nivel y aporte de actividades complementarias
- Revisión e incorporación de los aportes enviados por las disciplinas al proceso de atención ambulatoria en el primer nivel

4.5.2. Simplificación de trámites

- Taller de trabajo con equipo de simplificación de trámites, para el desarrollo del proyecto de simplificación de trámites, para la eliminación de los requisitos de la orden patronal y carné de asegurado
- Revisión y ajustes al Manual de normas y procedimientos para la facturación y cobro a usuarios no asegurados con capacidad de pago, que incluyó la revisión y ajustes a los procedimientos y diagramas de flujo del procedimiento de Facturación y gestión de cobro, en coordinación con Funcionarios de la Gerencia Financiera.

4.5.3. Auto evaluación de control interno

- Seguimiento de Planes de Mejora 2011
- Elaboración del documento “Segundo seguimiento a los planes de mejora de la autoevaluación 2011 de la Dirección Proyección de Servicios de Salud.
- Análisis comparativo de los resultados de autoevaluación 2010-2011-2012 de las dependencias de la Gerencia Médica, con la nueva herramienta de consolidados se realizaron los filtros necesarios (por componente y por atributo) para obtener datos relevantes de los resultados de la autoevaluación 2012.
- Análisis de los datos obtenidos del consolidado y elaboración del informe de resultados de autoevaluación de control interno 2012 de la Gerencia Médica



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

4.5.4. Varios

- Preparación de la matriz de programación de actividades SACE 2013.
- Realización de la investigación preliminar sobre compra directa No. 2012CD-000005-2915 elaboración del informe final Investigación preliminar sobre compra directa y envío a la Dirección Proyección de Servicios de Salud.
- Elaboración del “Informe sobre estudios, análisis técnicos y atención de informes de Auditoría, 2012- 2013”
- Participación de la discusión del Informe de Auditoría ASAAI-051-12
- Participación en dos sesiones de trabajo para la revisión del informe de Auditoría AGO-259-12
- Talleres de trabajo con funcionarios del Programa Institucional de Emergencias (PIE), para documentación de procesos críticos para garantizar la continuidad de los servicios en caso de emergencia.

5. Principales logros de la gestión

- 5.1. Por medio de charlas, visitas y la comunicación con los facilitadores de control interno, se hizo conciencia en los titulares subordinados de las dependencias de la Gerencia Médica, de la importancia del tema de control interno, por lo que la cantidad de titulares subordinados que realizan la auto evaluación ha ido en aumento y en los resultados de la auto evaluación y de las evaluaciones realizadas, se ha evidenciado una mejora en la implementación del Sistema de Control Interno.
- 5.2. Debido a la complejidad de la Gerencia Médica, se conformó la red de facilitadores de control interno con representación de facilitadores regionales, de hospitales nacionales y especializados, direcciones de sede y del Despacho de Gerencia, los cuales fueron capacitados y responsabilizados de la divulgación de lineamientos y recopilación de información para su consolidación general.
- 5.3. En conjunto con la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, se levantaron, documentar de forma estandarizada los s procesos de los siguientes servicios:
 - Psicología Clínica



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- Laboratorio Clínico
 - Trabajo Social
 - Enfermería
 - Odontología
 - Se ha avanzado en la estandarización de los procesos de Farmacia (avance 75%).
- 5.4. En conjunto con el Área Estadísticas de Salud, se levantaron, documentaron de forma estandarizada algunos procedimientos de REDES (Adscripción y Admisión (consulta externa)
- 5.5. En conjunto con el equipo de trabajo de los servicios de emergencia de las Áreas de Salud Metropolitanas, se levantó, documentó y estandarizó, el proceso “Atención en emergencias en áreas de salud metropolitanas”
- 5.6. También se estandarizaron algunos procedimientos administrativos: viáticos, compras por caja chica, liquidación de caja chica y trámite de documentos de personal.
- 5.7. Se elaboró una herramienta semi automatizada para la evaluación del Sistema de Control Interno, la cual se ha aplicado en todas las dependencias de la Gerencia Médica, con el apoyo del nivel regional y local, de forma exitosa.
- 5.8. Se elaboró la metodología Estandarización de Mapas de Procesos, la cual se enfoca en contar con mapas de procesos por tipo de dependencias, los cuales incluyan las grandes actividades que se desarrollan los establecimientos de salud, así como las direcciones de sede. En el caso de los establecimientos de salud los macro procesos se propone que la estandarización se realice según su tipo y complejidad del establecimiento.
- 5.9. Se elaboró la metodología para la estandarización de procesos sustantivos, la cual permite la identificación de procesos de forma estandarizada, con base en el nivel de atención, perfil de complejidad y naturaleza de la dependencia y fundamentado en el enfoque por procesos definido en la Institución. y que contempla la Guía LDRP-2005, esta metodología se ha aplicado de forma exitosa.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- 5.10. Se elaboró la metodología para la gestión documental, la que contempla los pasos para elaborar y/o modificar, validar, aprobar, divulgar, implementar, revisar y actualizar adecuadamente los documentos, relacionados con la gestión por procesos
- 5.11. Se elaboró el Manual de Procesos de la Dirección Proyección de Servicios de Salud, que incluye procesos sustantivos y de apoyo administrativo.
- 5.12. Se elaboró del Manual de funciones de la Dirección Proyección de Servicios de Salud.
- 5.13. Se estableció una alianza estratégica con la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, Área de Regulación y Sistematización y directamente con las coordinaciones nacionales de las diferentes disciplinas, que nos ha permitido avanzar a un mejor ritmo y con más eficacia, que si se hubiera trabajado solo por nuestra cuenta.
- 5.14. Después de varios años de insistir en la necesidad de estandarizar los procesos ante la Dirección de Sistemas Administrativos, a partir del año 2011 dicha dirección tomó la decisión de elaborar mapas de procesos para identificar los procesos comunes a las dependencias y se comprometieron a facilitar y colaborar para contar en el mediano plazo con dicha estandarización.
- 5.15. Durante los años 2009-2012, se impartió capacitación a 1187 funcionarios de todas las dependencias de la Gerencia Médica, en los temas de: levantado de procesos, desarrollo de indicadores, valoración de riesgos (SEVRI), Ley de Control Interno y su normativa, herramienta de evaluación del Sistema de Control Interno y nuevo enfoque de Mapas de Procesos.



6. Otros productos y obtenidos durante la gestión

- 6.1. Elaboración de los documentos: “Inventario de la normativa que rige los procesos de la Gerencia Médica” e “Inventario de trámites que han sido simplificados en la Gerencia Médica”
- 6.2. Revisión y actualización de la lista referente a los trámites administrativos que realiza el usuario externo en la Gerencia Médica, para la obtención de un producto o para garantizar debidamente la prestación de un servicio dentro o fuera de la Institución, posteriormente se envió el documento denominado “Trámites Administrativos de la Gerencia Médica”
- 6.3. Elaboración e implementación de la carpeta compartida de “Control Interno” a la cual pueden acceder todos los funcionarios de la Dirección Proyección de Servicios de Salud. Se actualiza cada vez que se emiten nuevos lineamientos o se diseñan nuevas herramientas y metodologías.
- 6.4. Participación en el diseño del curso EPQ, en modalidad virtual, coordinado por la OPS y la Comisión de Calidad de la CCSS.
- 6.5. Realización del diagnóstico situacional del estado de implementación del SEVRI en las dependencias de la Gerencia Médica, el cual se realizó en todo el territorio nacional, que se inició a mediados del año 2010 y terminó en marzo 2011.
- 6.6. Participación en la elaboración del “Estudio sobre las causas que generan la presentación de recursos de amparo contra la CCSS para el otorgamiento de medicamentos”.
- 6.7. Participación en la preparación del documento “Manual de Normas y Procedimientos Seguro por el Estado”, en coordinación con de la Dirección de Coberturas y funcionarios de las Unidades de Validación de Derechos.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- 6.8. Participación en la elaboración de la propuesta “Funciones de Enlaces y Facilitadores del Sistema de Control Interno Institucional, CCSS 2012”, realizada por la DSA.
- 6.9. Elaboración del documento “Políticas Institucionales que afectan los procesos que realizan las dependencias de la Gerencia Médica”, lo cual incluyó: coordinación con las direcciones de sede para la obtención de la información, elaboración del instrumento de recolección, revisión de la base de datos de Políticas y Normas para identificar las que tienen que ver con los procesos, consolidación y envío de la información

7. Documentos producidos durante la gestión

- 7.1. ACESS-INF-001-10 Informe de resultados evaluación sistema de control interno Asesoría Gestión Local y Desconcentración Juntas de Salud.
- 7.2. ACESS-INF-002-10 Informe de resultados evaluación sistema de control interno Dirección Farmacoepidemiología.
- 7.3. ACESS-INF-003-10 Informe de resultados evaluación sistema de control interno CENDEISSS
- 7.4. ACESS-INF-04-10 Informe de resultados evaluación sistema de control interno Hospital Dr. Calderón Guardia
- 7.5. ACESS-INF-005-10 Informe de resultados evaluación sistema de control interno Hospital México.
- 7.6. ACESS-INF-006-10 Informe de resultados evaluación sistema de control interno Hospital San Juan de Dios
- 7.7. ACESS-INF-007-10 Informe de resultados evaluación sistema de control interno Dirección Centros Especializados
- 7.8. ACESS-INF-008-10 Informe de resultados evaluación sistema de control interno Dirección Desarrollo de Servicios de Salud.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- 7.9. ACESS-INF-009-10 Informe de resultados evaluación sistema de control interno Dirección Red de Servicios de Salud
- 7.10. ACESS-INF-010-10 Informe de resultados evaluación sistema de control interno Despacho Gerencia Médica
- 7.11. ACESS-INF-011-10 Informe de resultados evaluación sistema de control interno Centro Nacional de Rehabilitación
- 7.12. ACESS-INF-012-10 Informe de resultados evaluación sistema de control interno Hospital de las Mujeres
- 7.13. ACESS-INF-013-10 Informe de resultados evaluación sistema de control interno Hospital Nacional de Niños
- 7.14. ACESS-INF-014-10 Informe de resultados evaluación sistema de control interno Hospital Nacional Psiquiátrico
- 7.15. ACESS-INF-015-10 Informe de resultados evaluación sistema de control interno Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología
- 7.16. ACESS-INF-016-10 Proyectos de simplificación de trámites ejecutados por las dependencias- Gerencia Médica a junio 2010.
- 7.17. ACESS-INF-017-10 Inventario de la normativa que regular los procesos que se ejecutan en las dependencias de la Gerencia Médica a junio 2010.
- 7.18. ACESS-INF-018-10 Manual de Procesos Dirección Proyección de Servicios de Salud
- 7.19. ACESS-INF-019-10 Procesos de apoyo administrativo estandarizados para direcciones de sede.
- 7.20. ACESS-INF-020-10 Procesos de apoyo administrativo estandarizados para direcciones regionales y hospitales nacionales.
- 7.21. ACESS-INF-021-10 Informe anual de labores Sub área Control y Evaluación



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- 7.22. ACESS-INF-004-11 Informe de resultados del seguimiento a la evaluación del sistema de control interno Dirección de Farmacoepidemiología
- 7.23. ACESS-INF-005-11 Informe de resultados de la auto evaluación de control interno de la Gerencia Médica, año 2010.
- 7.24. ACESS-INF-006-11 Informe de resultados del seguimiento a la evaluación del sistema de control interno Dirección Red de Servicios de Salud
- 7.25. ACESS-INF-007-11 Informe de resultados del seguimiento a la evaluación del sistema de control interno Dirección Centros Especializados
- 7.26. ACESS-INF-008-11 Manual de Funciones Dirección Proyección de Servicios de Salud
- 7.27. ACESS-INF-011-11 Diagnóstico “Grado de avance en la implementación de la herramienta SEVRI Sistema Específico de Valoración de Riesgo en las Dependencias de la Gerencia Médica”
- 7.28. ACESS-INF-012-11 Informe de resultados del seguimiento a la evaluación del sistema de control interno Asesoría Gestión Local y Desconcentración Juntas de Salud
- 7.29. ACESS-INF-014-11 Informe de resultados del seguimiento a la evaluación del sistema de control interno CENDEISSS
- 7.30. ACESS-INF-015-11 Informe de resultados del seguimiento a la evaluación del sistema de control interno Despacho de Gerencia Médica
- 7.31. ACESS-INF-016-11 Informe de resultados del seguimiento a la evaluación del sistema de control interno Dirección Desarrollo de Servicios de Salud
- 7.32. ACESS-INF-017-11 Informe de resultados del seguimiento a la evaluación del sistema de control interno Hospital Dr. Calderón Guardia
- 7.33. ACESS-INF-018-11 Informe de resultados del seguimiento a la evaluación del sistema de control interno Hospital México
- 7.34. ACESS-INF-020-11 Informe de resultados del seguimiento a la evaluación del sistema de control interno Hospital San Juan de Dios



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- 7.35. ACESS-INF-021-11 Informe de resultados del seguimiento a la evaluación del sistema de control interno Centro Nacional de Rehabilitación
- 7.36. ACESS-INF-022-11 Informe de resultados del seguimiento a la evaluación del sistema de control interno Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología
- 7.37. ACESS-INF-023-11 Informe de resultados del seguimiento a la evaluación del sistema de control interno Hospital Nacional Psiquiátrico
- 7.38. ACESS-INF-024-11 Informe de resultados del seguimiento a la evaluación del sistema de control interno Hospital Nacional de Las Mujeres
- 7.39. ACESS-INF-025-11 Procesos estandarizados de los Servicios de Nutrición (Informe elaborado en conjunto con la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud)
- 7.40. ACESS-INF-026-11 Informe de resultados del seguimiento a la evaluación del sistema de control interno Hospital Nacional de Niños
- 7.41. ACESS-INF-027-11 Informe de resultados de la auto evaluación de control interno de la Gerencia Médica 2011.
- 7.42. ACESS-INF-028-11 Informe anual de labores Sub área de Control y Evaluación año 2011.
- 7.43. GM-CI-PE-02 “Procesos Estandarizados” Servicios de Laboratorio Clínico (Informe elaborado en conjunto con la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud)
- 7.44. GM-CI-PE-03 “Procesos estandarizados” Servicio de Trabajo Social (Informe elaborado en conjunto con la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud)
- 7.45. GM-CI-PE-04 “Procesos Estandarizados” Servicios de Psicología (Informe elaborado en conjunto con la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud)
- 7.46. ACESS-INF-013-12 Informe anual de labores Sub área de Control y Evaluación año 2012.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- 7.47. GM-CI-PE-05 “Procesos Estandarizados” Servicios de Odontología (Informe elaborado en conjunto con la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud)
- 7.48. GM-CI-PE-06 “Procesos Estandarizados” Servicios de Enfermería (Informe elaborado en conjunto con la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud)

8. Estado de los Informes de Auditoría asignados pendientes

- 8.1. Informe de Auditoría AGO-259-2012 referente a la evaluación del control interno en el otorgamiento y pago de pasajes y hospedaje a pacientes de los Hospitales Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, México y San Juan de Dios. Se han realizado las siguientes actividades:
- a. Conformación de un equipo de trabajo con funcionarios de la Gerencia Financiera, de direcciones regionales de sucursales y de algunas sucursales, para la revisión del procedimiento.
 - b. Sesión de trabajo con el equipo para la revisión del informe de Auditoría y definir las tareas a realizar. Se asignaron responsabilidades a los diferentes miembros del equipo.
 - c. Revisión del Reglamento de Prestaciones en dinero, en lo que corresponde al tema de pago de traslados y hospedajes, así como de la circular No. 1268 del 25 de enero del 2005, emitida por las Gerencias y que está vigente, que contiene instrucciones sobre la utilización del formulario que autoriza el pago.
 - d. Visita a los servicios del Hospital San Juan de Dios que entregan los comprobantes par el pago de traslados y hospedajes y corroborar la forma en que se está realizando el procedimiento
 - e. Elaboración de una propuesta borrador del procedimiento para la entrega del formulario para el pago de traslados y hospedajes.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- 8.2. Informe de Auditoría ASAAI-051-12 “Evaluación del proceso de formulación de auto evaluaciones de control interno”, año 2010. El estado de la atención de dicho informe es el siguiente:
- a. El equipo conformado por un representante de cada Gerencia realizó varios talleres de trabajo durante el año 2012
 - b. Se elaboró el documento “Funciones de Enlaces y Facilitadores del Sistema de Control Interno Institucional, CCSS 2012”
 - c. Se elaboró el documento “Propuesta de lineamientos para la revisión y constatación de la información de la autoevaluación”
 - d. Los documentos descritos en los puntos b y c, se revisaron y ajustaron y actualmente la Dirección de Sistemas Administrativos los tiene pendientes para ser presentados ante las autoridades superiores, para su aprobación final.
- 8.3. Informe de Auditoría SATIC-10-156-02-2012. Implementación de un sistema integrado que automatice los servicios de salud en la CCSS. Se asignó la atención de la recomendación 5, que dice: *Establecer en conjunto una estrategia de implementación que garantice el desarrollo efectivo del Portafolio de Proyectos EDUS, la cual deberá considerar entre otros aspectos los siguientes: 5.1. “Estandarización de procesos de salud de previo al desarrollo de cada sistema de información en salud, con el fin de que las herramientas por desarrollar satisfagan con eficiencia y eficacia los requerimientos de los usuarios (centros médicos)*
- En relación con este informe se han realizado las siguientes actividades:
- a. La Gerencia Médica conformó un equipo de trabajo con funcionarios de la Sub área de Control y Evaluación, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, un funcionario de la Dirección Red de Servicios de Salud y un funcionario del Área Estadísticas de Salud.
 - b. Realización de varias sesiones de trabajo del equipo para definir el plan de trabajo y metodología a aplicar.
 - c. Presentación del avance del Proyecto EDUS al equipo de trabajo
 - d. Revisión y ajustes de los procesos “Prestación de servicios de salud a usuarios en consulta externa” y “Prestación de servicios de salud a usuarios en el servicio de Emergencias”



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- e. Elaboración de herramientas para recopilación de la información que se requiere integrar a EDUS (entradas y salidas) de cada una de las disciplinas de apoyo al diagnóstico y tratamiento y de los programas de atención.
 - f. Sesión de trabajo en la que participaron: el Lic. Rodolfo Madrigal coordinador nacional de REDES, los supervisores regionales de REDES y miembros del Equipo de trabajo gerencial. Se programaron talleres para continuar con la revisión y estandarización de los procesos de REDES, ya que todos ellos están íntimamente relacionados con EDUS.
 - g. Programación de talleres de trabajo con funcionarios a cargo de los programas del Área de Atención Integral a las personas. Pendiente de definir fechas.
- 8.4. Informe ATIC-337-2011, Área de Tecnologías de Información y Comunicaciones de la Auditoría Interna: Recomendación No. 1: Definir una estrategia que integre y regule la gestión integral de la continuidad del negocio. Al respecto se han realizado las siguientes actividades:
- a. Se definieron coordinadores y enlaces gerenciales
 - b. Nombramiento y socialización de los equipos técnicos gerenciales y los coordinadores (as). Cada equipo gerencial debe presentar al comité técnico los resultados del diagnóstico y el plan de acción para la gerencia respectiva
 - c. Se conformó un equipo de trabajo para la Gerencia Médica a cargo del Dr. Carlos Muñoz, que será responsable de la documentación de procesos críticos que deben dar continuidad del servicio en caso de emergencia, en el cual se integró a las dos funcionarias de la Sub área de Control y Evaluación.
 - d. Se han realizado dos sesiones de trabajo con funcionarios del Programa Institucional de Emergencias (PIE) para conocer los antecedentes, avances en el tema y los lineamientos específicos de los temas a atender.



9. Trabajos pendientes

Además de la participación en las actividades que se programen para la atención de los informes de Auditoría mencionados en el punto anterior, en caso de que la Sub área Control y Evaluación se mantenga dentro de la nueva reestructuración de la Gerencia Médica, para lo que falta del año están pendientes de realizar los siguientes trabajos:

- 9.1. Continuación de la estandarización de los procesos, procedimientos e instrucciones de trabajo de Farmacia. Este trabajo se ha venido trabajando en conjunto con la coordinación nacional de Farmacia y el Área de Regulación y Normalización de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
- 9.2. Continuación de la estandarización de los procesos, procedimientos e instrucciones de trabajo de REDES, que también van a servir como insumo para la atención del informe de Auditoría SATIC-10-156-02-2012 (Proyecto EDUS)
- 9.3. Continuación de la revisión y ajustes del Manual de Normas y Procedimientos de la Facturación y Cobro a usuarios no asegurados con capacidad de pago, el cual se está realizando en conjunto con la Gerencia Financiera.
- 9.4. Continuar apoyando al Despacho de la Gerencia Médica, en el proyecto de simplificación de trámites que pretende la eliminación de la orden patronal y el carné de asegurado.
- 9.5. En el mes de junio 2013 realizar el primer seguimiento a los planes de mejora producto de la autoevaluación 2012 de la Dirección Proyección de Servicios de Salud
- 9.6. En el mes de junio 2013 realizar el seguimiento a las metas del PAO del primer semestre 2013.
- 9.7. Entre los meses de setiembre y octubre realizar la segunda modificación al PAO 2013, con base en lo que indique el seguimiento del primer semestre y según las funciones específicas que se asigne a la Sub área, en caso de mantenerse.
- 9.8. Entre los meses de setiembre y diciembre 2013, realización del proceso de auto evaluación de control interno 2013, que incluye:



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- a. Recibo y divulgación de los lineamientos y la herramienta a aplicar por los titulares subordinados y la herramienta de consolidación
 - b. Definición de la metodología para la recolección y consolidación de las herramientas de auto evaluación de todas las dependencias de la Gerencia Médica
 - c. Recolección y revisión de los consolidados enviados por los facilitadores regionales, de hospitales nacionales y especializados y de las direcciones de Sede.
 - d. Tabulación de la información en cuadros y gráficos
 - e. Análisis de los resultados obtenidos
 - f. Elaboración y envío del informe final de resultados de la auto evaluación de control interno 2013 a la Gerencia Médica y a la Dirección de Sistemas Administrativos.
- 9.9. Entre setiembre y octubre del 2013 aplicar la herramienta de auto evaluación de control interno y definir el plan de mejora para el año 2014.
- 9.10. Ajustes a la herramienta de Evaluación del Sistema de Control Interno a aplicar a las dependencias de la Gerencia Médica, antes de concluir el primer semestre.
- 9.11. Evaluación del Sistema de Control Interno a hospitales nacionales y especializados y a las direcciones de sede de la Gerencia Médica, que se habían programado para el segundo semestre del 2013.
- 9.12. En diciembre 2013 realizar la evaluación anual del cumplimiento de las metas del PAO 2013.



10. Sugerencias para la buena marcha de la unidad

Debido al proceso de reestructuración institucional que afectará directamente a las dependencias del nivel central de la Gerencia Médica, es importante tomar en cuenta los algunos aspectos que permitirán dar continuidad a las acciones y actividades que ha venido realizando la Sub área de Control y Evaluación en los últimos tres años, los cuales se citan a continuación:

- 10.1. En primer lugar, el tema de Control Interno que está ligado al cumplimiento de la Ley y su Normativa y específicamente lo referente a la auto evaluación que deben realizar los titulares subordinados y a la evaluación que ha venido realizando la Sub área, ambas con el propósito de mejorar el Sistema de Control Interno, se debe continuar realizando en tanto no se modifique o elimine la ley que le dio origen.
- 10.2. Desde el año 2010, por iniciativa de la Dirección Proyección de Servicios de Salud y específicamente de la Sub área de Control y Evaluación, se inició la implementación de la estrategia de estandarización de procesos y procedimientos que se realizan en los establecimientos de salud, que considero es sustantiva y trascendental para la Institución y particularmente para la Gerencia Médica. En este sentido es de vital importancia continuar con la alianza estratégica con la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud y las coordinaciones nacionales de las disciplinas, ya que aún no se ha concluido con los procesos, procedimientos e instrucciones de trabajo de los servicios de Farmacia.
- 10.3. Continuar con el apoyo a la Comisión que se estableció para la estandarización de los procesos de atención ambulatoria y en emergencias, que se utilizarán como insumo para el EDUS, así como a la Comisión para la Continuidad de los Servicios en caso de emergencias.
- 10.4. En caso de que se decida que se deben continuar realizando las funciones asignadas a la Sub área, se debe reforzar con al menos otro funcionario, ya que son muchas las actividades a desarrollar y en este momento solo queda una funcionaria a cargo. Caso contrario, definir cuál sería la unidad de trabajo de la Gerencia Médica, que debería continuar realizándolas.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

- 10.5. Asignar otro funcionario más para el análisis y rediseño del procedimiento “Pago de traslados y hospedajes a usuarios”, ya que se requiere hacer una revisión exhaustiva al menos en los hospitales nacionales, ya que se está realizando de diversas formas. Así mismo los controles no están estandarizados.
- 10.6. El tema de Control Interno debe establecer nuevos objetivos, ya que hasta el momento se ha visto más en función de tener documentación de los procesos y su valoración de riesgos, así como la aplicación de la auto evaluación y el seguimiento de los planes de mejora. La auto evaluación es realizada por la mayoría de titulares subordinados, para cumplir con un requisito que establece una ley, no como una herramienta que permite identificar puntos débiles y establecer medidas que permitan mejorar o fortalecer los aspectos que están fuertes. Sería más provechoso para la institución, que se realicen evaluaciones orientadas al control de la gestión, que incluya tanto los aspectos administrativo-financieros, como aspectos técnicos específicos, según el tipo de servicio o área de trabajo y que sean sustantivos para el cumplimiento de los objetivos y metas.
- 10.7. Es indispensable que la Auditoría y Dirección de Sistemas Administrativos hablen el mismo idioma en materia de control interno, ya que la primera evalúa la gestión pasada de los titulares subordinados, con base en lineamientos antiguos y la DSA cada año cambia sus lineamientos y hasta los indicadores a evaluar en los PAO de las dependencias. Esta situación hace que se haya perdido credibilidad en el tema de control interno y que los titulares no encuentren un valor agregado en las intervenciones de Auditoría, sobre todo porque muchas veces plantea recomendaciones que debido al cambio de lineamientos, generalmente no son viables. Al respecto, en repetidas ocasiones se ha solicitado una sesión de trabajo con funcionarios de esa unidad, para aclarar dudas y ponerlos al corriente de los nuevos enfoques, metodologías y metas a cumplir.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

11. Anexos



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Anexo No. 1

Auto evaluación 2012
Sub área Control y Evaluación

Inicio	Qué es la Autoevaluación?	Instrucciones Generales	Autoevaluación	Análisis de Resultados	Plan de Mejora	Informe de Resultados	Contáctenos
--------	---------------------------	-------------------------	-----------------------	------------------------	----------------	-----------------------	-------------

Datos de la Unidad

Datos de la unidad | Ambiente de Control | Valoración de Riesgos | Actividades de Control | Sistemas de Información | Seguimiento

Año	2012
Número Unidad Ejecutora	2915
Nombre Unidad Ejecutora	DIRECCION PROYECCION DE SALUD
Dependencia	Sub área Control y Evaluación
Nombre Titular Subordinado	Sonia Torres Montero

Seguimiento
Sistemas de Información
Actividades de Control
Valoración de Riesgos
Ambiente de Control



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

1 AUTOEVALUACIÓN AMBIENTE DE CONTROL					
Atributo	Grado de Avance				
1.1 COMPROMISO SUPERIOR	2.1 2.2				
El titular subordinado promueve entre sus colaboradores una actitud de apoyo al control interno, siendo ejemplo de adhesión y girando las instrucciones para su fortalecimiento.	INICIAL (Acciones aisladas)	ORGANIZADO (Acciones planificadas)	AVANZADO (Implementado como sistema)	IMPLANTADO Y MEJORANDO (Mejoras puntuales en procesos claves)	CONSOLIDADO (Innovación con investigación y desarrollo)
<p>▼ ACCIONES REALIZADAS (Se debe anotar la evidencia objetiva que respalde el grado de avance seleccionado) ▼</p> <p>Al ser la unidad de trabajo responsable del tema de control interno de la Gerencia Médica de la Institución, cada funcionario cumple con la ley de control interno y su normativa en todos sus extremos, según corresponda a los procesos internos de trabajo. Cada actividad que se realiza se documenta.</p>					
1.2 PERSONAL IDÓNEO	2.1 2.4				
Se realizan en su Unidad actividades de contratación, retención y actualización, para contar con personal comprometido, competente, leal y enfocado al desempeño eficaz.	INICIAL (Acciones aisladas)	ORGANIZADO (Acciones planificadas)	AVANZADO (Implementado como sistema)	IMPLANTADO Y MEJORANDO (Mejoras puntuales en procesos claves)	CONSOLIDADO (Innovación con investigación y desarrollo)
<p>▼ ACCIONES REALIZADAS (Se debe anotar la evidencia objetiva que respalde el grado de avance seleccionado) ▼</p> <p>La Sub área no tiene la competencia para contratar al personal, no obstante, se motiva a la funcionaria y se le incluye en cualquier actividad de capacitación relacionada con el tema de control interno, para garantizar su buen desempeño en apego a los lineamientos institucionales vigentes, además se le participa en todas las actividades de trabajo que se realizan en la sub área.</p>					
1.3 ÉTICA	2.1 2.3				
El titular subordinado promueve una gestión apegada a los estándares éticos de conducta establecidos a nivel institucional, comunicándolos a los colaboradores, como parte de una estrategia que incluye el seguimiento de la cultura ética formal (documentada) e informal (comportamientos y actitudes).	INICIAL (Acciones aisladas)	ORGANIZADO (Acciones planificadas)	AVANZADO (Implementado como sistema)	IMPLANTADO Y MEJORANDO (Mejoras puntuales en procesos claves)	CONSOLIDADO (Innovación con investigación y desarrollo)
<p>▼ ACCIONES REALIZADAS (Se debe anotar la evidencia objetiva que respalde el grado de avance seleccionado) ▼</p> <p>Los funcionarios de la sub área se apegan a las normas de conducta establecidas en el reglamento interior de trabajo, en el código de ética de los funcionarios de la CCSS y a los lineamientos emitidos por la jefatura superior. Se cuenta con los documentos en formato digital para consulta en la carpeta compartida.</p>					
1.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	2.1 2.5				
La estructura organizacional se encuentra acorde con las necesidades y enfocada al cumplimiento de los objetivos de su Unidad, y establece las reglas de coordinación, delegación y autorización suficientes y claras.	INICIAL (Acciones aisladas)	ORGANIZADO (Acciones planificadas)	AVANZADO (Implementado como sistema)	IMPLANTADO Y MEJORANDO (Mejoras puntuales en procesos claves)	CONSOLIDADO (Innovación con investigación y desarrollo)
<p>▼ ACCIONES REALIZADAS (Se debe anotar la evidencia objetiva que respalde el grado de avance seleccionado) ▼</p> <p>Por ser una unidad relativamente nueva, la sub área está conformada por solo dos funcionarios, incluida la jefatura, por lo que todas las actividades recaen en solo dos funcionarios, se avanza en los objetivos propuestos de forma lenta debido a esa situación. Todas las actividades se coordinan internamente en la sub área y además también se coordinan con la jefatura del área. Todas las actividades son programadas, comunicadas a la jefatura superior y documentadas mediante evidencia. Se ha establecido que todas las actividades relacionadas con los trámites administrativos, los firma el jefe de área y la jefatura de sub área es responsable de que las actividades planeadas y programadas se realicen para el cumplimiento de las metas del PAO y de los objetivos de la Dirección en materia de control interno.</p>					



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

2		AUTOEVALUACIÓN VALORACIÓN DE RIESGOS				
Atributo		Grado de Avance				
2.1 MARCO ORIENTADOR		SEVRI 3.1 3.2				
El titular subordinado dispone de la Política Institucional de Riesgos vigente y la ha divulgado entre los colaboradores, con el fin de cumplir lo que en su ámbito le corresponda y que oriente la estrategia de fortalecimiento de la valoración de riesgos en la Unidad	INICIAL (Acciones aisladas)	ORGANIZADO (Acciones planificadas)	AVANZADO (Implementado como sistema)	IMPLANTADO Y MEJORANDO (Mejoras puntuales en procesos claves)	CONSOLIDADO (Innovación con investigación y desarrollo)	
	<p>▼ ACCIONES REALIZADAS (Se debe anotar la evidencia objetiva que respalde el grado de avance seleccionado) ▼</p> <p>La política institucional vigente se divulgó y es conocida, no solo por los funcionarios de la sub área, sino también se divulgó a todo el personal de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud y a toda la red de facilitadores de control interno.</p>					
2.2 HERRAMIENTA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN		SEVRI 3.1 3.2				
El titular subordinado dispone y utiliza la herramienta para la administración de la información de la valoración de riesgos (Herramienta en Excel para el SEVRI, proporcionada por la Dirección de Sistemas Administrativos).	INICIAL (Acciones aisladas)	ORGANIZADO (Acciones planificadas)	AVANZADO (Implementado como sistema)	IMPLANTADO Y MEJORANDO (Mejoras puntuales en procesos claves)	CONSOLIDADO (Innovación con investigación y desarrollo)	
	<p>▼ ACCIONES REALIZADAS (Se debe anotar la evidencia objetiva que respalde el grado de avance seleccionado) ▼</p> <p>Todos los procesos de la Sub área cuentan con la respectiva valoración de riesgos, en cumplimiento de la meta del PAO se revisaron y ajustaron según necesidad y se realizó el respectivo Reporte de SEVRI, con la herramienta proporcionada por la Dirección de Sistemas Administrativos. Además se colabora con las otras unidades de la Dirección en la revisión y mejora de sus SEVRI</p>					
2.3 FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA ESPECÍFICO DE VALORACIÓN DE RIESGOS		SEVRI 3.1 3.2				
Se aplica en la metodología para la valoración de riesgos de acuerdo a los lineamientos institucionales, que incluye la identificación, el análisis, la evaluación, la administración y la revisión de los riesgos, para fomentar una gestión proactiva y brindar mayor grado de garantía en el cumplimiento de lo planeado.	INICIAL (Acciones aisladas)	ORGANIZADO (Acciones planificadas)	AVANZADO (Implementado como sistema)	IMPLANTADO Y MEJORANDO (Mejoras puntuales en procesos claves)	CONSOLIDADO (Innovación con investigación y desarrollo)	
	<p>▼ ACCIONES REALIZADAS (Se debe anotar la evidencia objetiva que respalde el grado de avance seleccionado) ▼</p> <p>Todos los procesos de la Sub área cuentan con la respectiva valoración de riesgos, en cumplimiento de la meta del PAO se revisaron y ajustaron según necesidad y se realizó el respectivo Reporte de SEVRI, con la herramienta proporcionada por la Dirección de Sistemas Administrativos. Además se colabora con las otras unidades de la Dirección en la revisión y mejora de sus SEVRI</p>					
2.4 DOCUMENTACIÓN Y COMUNICACIÓN:		SEVRI 3.1				
Registra y sistematiza la información relacionada con los riesgos y se comunica a los colaboradores involucrados en los procesos de trabajo mediante los reportes del SEVRI y el Mapa de Riesgos , para que se adopten acciones de mejora en la gestión.	INICIAL (Acciones aisladas)	ORGANIZADO (Acciones planificadas)	AVANZADO (Implementado como sistema)	IMPLANTADO Y MEJORANDO (Mejoras puntuales en procesos claves)	CONSOLIDADO (Innovación con investigación y desarrollo)	
	<p>▼ ACCIONES REALIZADAS (Se debe anotar la evidencia objetiva que respalde el grado de avance seleccionado) ▼</p> <p>Todos los procesos de la Sub área cuentan con la respectiva valoración de riesgos, en cumplimiento de la meta del PAO se revisaron y ajustaron según necesidad y se realizó el respectivo Reporte de SEVRI, con la herramienta proporcionada por la Dirección de Sistemas Administrativos. Además se colabora con las otras unidades de la Dirección en la revisión y mejora de sus SEVRI</p>					
2.5 VINCULACIÓN DE LA VALORACIÓN DE RIESGOS CON LA PLANIFICACIÓN:		SEVRI 3.1 3.3				
La valoración de riesgos que realiza en la Unidad, toma como insumo la planificación, para cuestionar sus supuestos y generar los elementos para retroalimentarla y ajustarla.	INICIAL (Acciones aisladas)	ORGANIZADO (Acciones planificadas)	AVANZADO (Implementado como sistema)	IMPLANTADO Y MEJORANDO (Mejoras puntuales en procesos claves)	CONSOLIDADO (Innovación con investigación y desarrollo)	
	<p>▼ ACCIONES REALIZADAS (Se debe anotar la evidencia objetiva que respalde el grado de avance seleccionado) ▼</p> <p>Los productos relacionados con los procesos a cargo de la sub área se incluyen cada año en la planificación operativa, se hace el seguimiento semestral de las metas correspondientes y se hacen los ajustes en las modificaciones semestrales, cuando corresponde.</p>					



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

3 AUTOEVALUACIÓN ACTIVIDADES DE CONTROL					
Atributo		Grado de Avance			
3.1 ACTIVIDADES DE CONTROL 4.1 4.2					
El titular subordinado implementa y mejora actividades de control, en apego a sus requisitos de calidad, para administrar los riesgos asociados a los procesos de trabajo, previniendo, detectando y corrigiendo debilidades en la gestión y en el sistema de control interno que dificulten el logro de los objetivos.	INICIAL (Acciones aisladas)	ORGANIZADO (Acciones planificadas)	AVANZADO (Implementado como sistema)	IMPLANTADO Y MEJORANDO (Mejoras puntuales en procesos claves)	CONSOLIDADO (Innovación con investigación y desarrollo)
	<p style="text-align: center;">▼ ACCIONES REALIZADAS (Se debe anotar la evidencia objetiva que respalde el grado de avance seleccionado) ▼</p> <p>Todos los procesos de la sub área cuentan con controles para prevenir riesgos, así como con criterios de calidad, además se toman las medidas necesarias para que en el caso de que se materialicen los riesgos, se cumpla con los objetivos planteados.</p>				
3.2 CONSERVACIÓN Y PROTECCIÓN DEL PATRIMONIO 4.1 4.3					
En la Unidad se administran los activos y suministros, estableciendo las responsabilidades de su uso, control, aprovechamiento y mantenimiento. (Referencia: Manual de Normas y Procedimientos para la administración y Control de Bienes Muebles).	INICIAL (Acciones aisladas)	ORGANIZADO (Acciones planificadas)	AVANZADO (Implementado como sistema)	IMPLANTADO Y MEJORANDO (Mejoras puntuales en procesos claves)	CONSOLIDADO (Innovación con investigación y desarrollo)
	<p style="text-align: center;">▼ ACCIONES REALIZADAS (Se debe anotar la evidencia objetiva que respalde el grado de avance seleccionado) ▼</p> <p>Cada funcionario de la sub área tiene registro de los activos asignados, se hace inventario de los mismos dos veces al año para garantizar y se llevan los formularios institucionales correspondientes con la firma de cada funcionario responsable.</p>				
3.3 INFORMACIÓN CONFIABLE Y OPORTUNA 4.1 4.4					
Documentan los eventos relevantes de la gestión de la Unidad, mediante los formularios uniformes y los registros correspondientes, así como realizando las verificaciones y conciliaciones periódicas en los casos que así lo requieran.	INICIAL (Acciones aisladas)	ORGANIZADO (Acciones planificadas)	AVANZADO (Implementado como sistema)	IMPLANTADO Y MEJORANDO (Mejoras puntuales en procesos claves)	CONSOLIDADO (Innovación con investigación y desarrollo)
	<p style="text-align: center;">▼ ACCIONES REALIZADAS (Se debe anotar la evidencia objetiva que respalde el grado de avance seleccionado) ▼</p> <p>Se llevan controles de las asesorías suministradas, tanto personales como telefónicas, de todas las reuniones y de los talleres que se realizan con los equipos de trabajo, también se lleva el control de salidas de los funcionarios, se elabora un informe mensual de actividades y un informe anual de todas las labores realizadas. Se cuenta con una carpeta que comparten los funcionarios de la sub área y cada funcionario lleva el control de su documentación tanto en su computadora como en el servidor de la DPSS.</p>				
3.4 EFICIENCIA Y EFICACIA EN LAS OPERACIONES 4.1 4.5					
Se documentan los procesos y los proyectos, según corresponda, con el fin de orientar el desarrollo de la gestión de la Unidad, facilitar su revisión e implementar los ajustes necesarios en las actividades realizadas.	INICIAL (Acciones aisladas)	ORGANIZADO (Acciones planificadas)	AVANZADO (Implementado como sistema)	IMPLANTADO Y MEJORANDO (Mejoras puntuales en procesos claves)	CONSOLIDADO (Innovación con investigación y desarrollo)
	<p style="text-align: center;">▼ ACCIONES REALIZADAS (Se debe anotar la evidencia objetiva que respalde el grado de avance seleccionado) ▼</p> <p>Cada proceso de trabajo concluido (procesos estandarizados), se anotan en un registro de documentos elaborados y se conserva la copia correspondiente, en cada documento se registran las firmas las personas involucradas, tanto de los equipos de trabajo, como de las que revisan y aprueban los documentos. Se lleva el control de la correspondencia recibida y enviada.</p>				
3.5 CUMPLIMIENTO DE DISPOSICIONES TÉCNICAS Y JURÍDICAS 4.1 4.6					
Promueve y vigila entre sus colaboradores el cumplimiento de las regulaciones jurídicas y técnicas, vigentes y obligatorias en su gestión. (Referencia: Leyes, reglamentos, políticas, protocolos, manuales de procedimientos, pólizas de fidelidad, informe de fin de gestión, entre otros).	INICIAL (Acciones aisladas)	ORGANIZADO (Acciones planificadas)	AVANZADO (Implementado como sistema)	IMPLANTADO Y MEJORANDO (Mejoras puntuales en procesos claves)	CONSOLIDADO (Innovación con investigación y desarrollo)
	<p style="text-align: center;">▼ ACCIONES REALIZADAS (Se debe anotar la evidencia objetiva que respalde el grado de avance seleccionado) ▼</p> <p>Se conoce y aplica la normativa vigente en materia de control interno y además se divulga entre todo el personal de la Dirección y se pone a disposición en formatos electrónicos, en la carpeta compartida o mediante correo electrónico.</p>				



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

4 AUTOEVALUACIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN					
Atributo	Grado de Avance				
4.1 SISTEMAS DE INFORMACIÓN (MANUAL, DIGITAL o COMBINACIÓN DE AMBOS) 5.1 5.2 5.3 5.4 5.5 5.9					
Los sistemas de información utilizados se ajustan a las necesidades de la Unidad, generando información relevante de la gestión y colaborando en la consecución de los objetivos.	INICIAL (Acciones aisladas)	ORGANIZADO (Acciones planificadas)	AVANZADO (Implementado como sistema)	IMPLANTADO Y MEJORANDO (Mejoras puntuales en procesos claves)	CONSOLIDADO (Innovación con investigación y desarrollo)
	<p>▼ ACCIONES REALIZADAS (Se debe anotar la evidencia objetiva que respalde el grado de avance seleccionado) ▼</p> <p>No se utilizan sistemas automatizados, únicamente algunos instrumentos elaborados en Excel para los diferentes procesos que se realizan, no obstante la información requerida por las autoridades de la institución se generan oportunamente y se ha logrado cumplir con los objetivos propuestos.</p>				
4.2 CALIDAD DE LA INFORMACIÓN 5.6					
Los sistemas de información utilizados en la Unidad generan información confiable, oportuna y útil, que permita la toma de decisiones de calidad y que responda a las necesidades de los distintos usuarios. .	INICIAL (Acciones aisladas)	ORGANIZADO (Acciones planificadas)	AVANZADO (Implementado como sistema)	IMPLANTADO Y MEJORANDO (Mejoras puntuales en procesos claves)	CONSOLIDADO (Innovación con investigación y desarrollo)
	<p>▼ ACCIONES REALIZADAS (Se debe anotar la evidencia objetiva que respalde el grado de avance seleccionado) ▼</p> <p>Aunque la información se obtiene de instrumentos semi automatizados, la información que se obtiene de ellos es confiable y responde a las necesidades de la sub área y de las dependencias de la gerencia en las que también se aplican.</p>				
4.3 CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN 5.7					
La información generada en su Unidad se comunica por los canales y medios establecidos, se entrega a los destinatarios adecuados y según sus necesidades, así como con la oportunidad y seguridad debida.	INICIAL (Acciones aisladas)	ORGANIZADO (Acciones planificadas)	AVANZADO (Implementado como sistema)	IMPLANTADO Y MEJORANDO (Mejoras puntuales en procesos claves)	CONSOLIDADO (Innovación con investigación y desarrollo)
	<p>▼ ACCIONES REALIZADAS (Se debe anotar la evidencia objetiva que respalde el grado de avance seleccionado) ▼</p> <p>Se utiliza por excelencia el correo electrónico, mediante el cual se divulgan los lineamientos, se envían los instrumentos y se recibe la información que generan los facilitadores de control interno, los cuales se envían tan pronto como se reciben por parte de las unidades técnicas competentes. Se han establecido plazos para la recepción de la información, los cuales se han logrado cumplir la mayoría de las veces.</p>				
4.4 CONTROL DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN (MANUAL, DIGITAL O COMBINACIÓN DE AMBOS) 5.8					
El titular subordinado asigna las responsabilidades y la administración de los niveles de acceso a la información y datos sensibles, garantizando su confidencialidad y el acceso a la información pública, según corresponda.	INICIAL (Acciones aisladas)	ORGANIZADO (Acciones planificadas)	AVANZADO (Implementado como sistema)	IMPLANTADO Y MEJORANDO (Mejoras puntuales en procesos claves)	CONSOLIDADO (Innovación con investigación y desarrollo)
	<p>▼ ACCIONES REALIZADAS (Se debe anotar la evidencia objetiva que respalde el grado de avance seleccionado) ▼</p> <p>No se utiliza ningún sistema institucional automatizado, cada funcionario tiene su clave de acceso a su computadora personal y a internet. Se cuenta con una carpeta compartida de uso de las funcionarias de la sub área en la cual se incluyen los documentos e instrumentos de uso común.</p>				



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

5 AUTOEVALUACIÓN SEGUIMIENTO					
Atributo					Grado de Avance
5.1 PARTICIPANTES 6.1					
El titular subordinado es parte activa en las labores de seguimiento y promueve la participación de sus colaboradores en dicho proceso.	INICIAL (Acciones aisladas)	ORGANIZADO (Acciones planificadas)	AVANZADO (Implementado como sistema)	IMPLANTADO Y MEJORANDO (Mejoras puntuales en procesos claves)	CONSOLIDADO (Innovación con investigación y desarrollo)
	<p>▼ ACCIONES REALIZADAS (Se debe anotar la evidencia objetiva que respalde el grado de avance seleccionado) ▼</p> <p>Se realiza el seguimiento semestral a los planes de mejora producto de la auto evaluación del año anterior, se da seguimiento al cumplimiento de las metas del PAO que corresponden a la sub área y se hacen los ajustes correspondientes. También se hace la revisión anual de los SEVRI de la sub área y si se requiere se hacen los ajustes. Como labor adicional corresponde a la sub área hacer el seguimiento de los planes de mejora de la auto evaluación de todos los titulares subordinados de la Dirección, el cual se hace dos veces al año. En estas actividades participan las dos funcionarias de la sub área. También se da el seguimiento adecuado a los trabajos que se realizan en tiempos prolongados.</p>				
5.2 ORIENTACIONES PARA EL SEGUIMIENTO 6.2					
El titular subordinado define y divulga las estrategias y los mecanismos para el efectivo seguimiento del Sistema de Control Interno, según los lineamientos institucionales.	INICIAL (Acciones aisladas)	ORGANIZADO (Acciones planificadas)	AVANZADO (Implementado como sistema)	IMPLANTADO Y MEJORANDO (Mejoras puntuales en procesos claves)	CONSOLIDADO (Innovación con investigación y desarrollo)
	<p>▼ ACCIONES REALIZADAS (Se debe anotar la evidencia objetiva que respalde el grado de avance seleccionado) ▼</p> <p>Se divulgan las estrategias y mecanismos mediante correo electrónico y mediante la presentación en el Consejo Técnico de la Dirección al resto de titulares subordinados, se participa a la funcionaria colaboradora en las reuniones en las que se comunican lineamientos y en las capacitaciones.</p>				
5.3 ACCIONES PARA EL SEGUIMIENTO 6.3					
Implementa las actividades programadas en la estrategia de seguimiento, con miras a identificar las debilidades del Sistema de Control Interno de su Unidad.	INICIAL (Acciones aisladas)	ORGANIZADO (Acciones planificadas)	AVANZADO (Implementado como sistema)	IMPLANTADO Y MEJORANDO (Mejoras puntuales en procesos claves)	CONSOLIDADO (Innovación con investigación y desarrollo)
	<p>▼ ACCIONES REALIZADAS (Se debe anotar la evidencia objetiva que respalde el grado de avance seleccionado) ▼</p> <p>Se realiza el seguimiento semestral a los planes de mejora producto de la auto evaluación del año anterior, se da seguimiento al cumplimiento de las metas del PAO que corresponden a la sub área y se hacen los ajustes correspondientes. También se hace la revisión anual de los SEVRI de la sub área y si se requiere se hacen los ajustes. Lo anterior se realiza según los plazos y fechas establecidas institucionalmente.</p>				
5.4 ACCIONES PARA EL FORTALECIMIENTO 6.4					
La Unidad implementan las acciones de mejora, preventivas y correctivas, para el perfeccionamiento del Sistema de Control Interno, incluyendo las recomendaciones de los Órganos de Control y Fiscalización.	INICIAL (Acciones aisladas)	ORGANIZADO (Acciones planificadas)	AVANZADO (Implementado como sistema)	IMPLANTADO Y MEJORANDO (Mejoras puntuales en procesos claves)	CONSOLIDADO (Innovación con investigación y desarrollo)
	<p>▼ ACCIONES REALIZADAS (Se debe anotar la evidencia objetiva que respalde el grado de avance seleccionado) ▼</p> <p>Cuando se requiere se realizan acciones correctivas con el fin de cumplir con los objetivos y metas de la sub área, sobre todo en lo que tiene que ver con las metas del PAO se revisan y se ajustan según se requiera en las dos modificaciones que se hacen en el año. Se atienden los informes de Auditoría que la jefatura superior traslada y que tienen que ver con el tema de control interno.</p>				

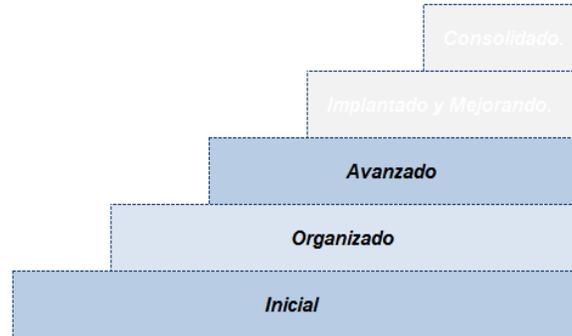


DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

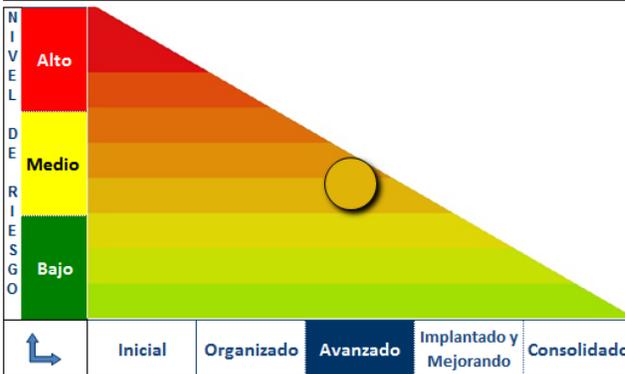
Año	2012	Número Unidad Ejecutora	2915	Nombre Unidad Ejecutora	DIRECCION PROYECCION DE SALUD	Dependencia	Sub área Control y Evaluación	Nombre Titular Subordinado	Sonia Torres Montero
------------	------	--------------------------------	------	--------------------------------	-------------------------------	--------------------	-------------------------------	-----------------------------------	----------------------

Informe de Resultados Autoevaluación 2012

Grado de Avance por Componente **Grado de Avance SCI**



Vulnerabilidad del Sistema de Gestión



Interpretación vulnerabilidad del sistema

Un sistema de control interno con un grado de implementación Avanzado, tiene la posibilidad de que el sistema de gestión se encuentre en un estado de vulnerabilidad Media para el logro de sus objetivos, debido a que los riesgos pueden materializarse con cierta frecuencia.

Fortalecer la Gestión en los siguientes componentes:
 Ambiente de Control, Valoración de Riesgos, Actividades de Control, Sistemas de Información, Seguimiento

Análisis de Resultados

En términos generales la sub área se ubica en grado de avance "avanzado", por lo que la vulnerabilidad del Sistema de Gestión también se ubica en un nivel "avanzado". Esta ubicación lo que indica es que el nivel de riesgo se ubica en un punto medio bajo. El componente mejor evaluado para este año fue el de actividades de control, el cual se encuentra en el grado de implantado y mejorando, el resto de componentes se ubican en el grado de avanzado.

Se han realizado esfuerzos para documentar todas las actividades que se realizan en la sub área, por medio de minutas, listas de asistencia, respaldos de los archivos modificados. También se programan todas las actividades y los productos de cada proceso se incluyen en el PAO de la sub área y del área. A pesar de que la carpeta de control interno que se había compartido con todos los funcionarios se perdió al hacer el cambio de servidor, se llevan respaldos de toda la información. Por otra parte, todos los asuntos de relacionados con Informes de Auditoría que se le asignan a la sub área se atienden de forma oportuna. Se elaboran informes de actividades mensuales y anuales, los cuales se envían a la Jefatura inmediata, según sus requerimientos. Todos los procesos que se realizan en la Sub área se han levantado, documentado y además se revisan anualmente, igual sucede con la valoración de riesgos de cada proceso, los cuales se han revisado y ajustado, en cumplimiento con los lineamientos institucionales.

Al hacer una comparación con la situación en que se encontraba la sub área al 2011, se evidencia una mejoría en los componentes: valoración de riesgos que pasó de organizado a avanzado; el de actividades de control que mejoró de avanzado a implantado y mejorando y el de sistemas de información que también pasó de organizado a avanzado. En lo que respecta al grado de avance del Sistema de Control Interno como un todo, hubo una mejora ya que pasamos de un grado de avance de organizado a avanzado, así mismo en relación con la vulnerabilidad del Sistema de Gestión hubo una mejora ya que en el año 2011 la sub área se ubicaba en un grado medio alto y para el año 2012 en un grado medio bajo.



DIRECCION DE PROYECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Área de Soporte Estratégico de Servicios de Salud
Sub Área Control y Evaluación

Avance del Plan de Mejora, auto evaluación año 2012, Sub área Control y Evaluación								
▼ Resultado Autoevaluación ▼			▼ Plan de Mejora ▼			▼ Seguimiento Plan de Mejora I Semestre ▼		
Atributo	Grado de Avance	Acción a Realizar	Acción de Mejora	Responsable Acción	Plazo de Ejecución	Seguimiento Semestre I	% Avance	Acciones Correctivas
1. AMBIENTE DE CONTROL								
1.3 - Ética	Avanzado	Indique forma de tratamiento	La Dirección está realizando actividades para promover los valores en el personal, en las cuales las funcionarias de la sub área están participando.	Despacho de la Dirección	dic-13	No se han realizado actividades en lo que va del año, al 15 de mayo 2013	0%	
2.4 - Documentación y comunicación	Avanzado	Indique forma de tratamiento	Se trasladará la valoración de riesgos a la nueva herramienta institucional	Sonia Torres y Selenia Ramírez	dic-13	Al 15 de mayo 2014 no se ha recibido oficialmente la nueva herramienta de SEVRI, ni los nuevos lineamientos por parte de la Dirección Sistemas Administrativos	0%	
			Se incluirán en el PAO de la sub área las estrategias que requieran recursos	Sonia Torres y Selenia Ramírez	dic-13	Al 15 de mayo 2014 no se ha recibido oficialmente la nueva herramienta de SEVRI, ni los nuevos lineamientos por parte de la Dirección Sistemas Administrativos	0%	
4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN								
4.1 - Sistemas de Información (Manual, Digital o combinación de ambos)	Avanzado	Indique forma de tratamiento	Se coordinará con el Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud, para la inclusión de información, herramientas, metodologías y para la recolección de información, mediante la página Web de la Dirección, para garantizar el respaldo de la información	Sonia Torres y Selenia Ramírez	dic-13	Programado para el segundo semestre 2013	0%	
5.4 - Acciones para el fortalecimiento del SCI	Avanzado	Indique forma de tratamiento	Se iniciará con la verificación de las acciones que los titulares indiquen en sus auto evaluaciones, para garantizar que la información indicada es fidedigna	Sonia Torres y Selenia Ramírez	dic-13	La Dirección de Sistemas Administrativos tenía que proveer la herramienta y los lineamientos para cumplir con esta meta, pero a la fecha, 15-05-13 no los ha enviado.	0%	