

I. COMUNIDAD AUTÓNOMA

3. OTRAS DISPOSICIONES

Consejería de Salud

Servicio Murciano de Salud

3792 Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se aprueba la Instrucción n.º 1/2021, de medidas adicionales y complementarias para la implantación del Sistema Propio de Control de la Gestión (SPCG-SMS).

El 19 de junio de 2018, el Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud (en adelante Consejo de Administración), adoptó el Acuerdo 31/2018, por el que se aprobaron las Directrices para la definición e implantación del régimen, organización y funcionamiento de un Sistema Propio de Control de la Gestión en el Servicio Murciano de Salud (en adelante SPCG-SMS) y se ordena su implantación. Fue publicado en el Boletín Oficial de la Región de Murcia (en adelante BORM) el 10 de octubre de 2018.

El 11 de junio de 2020, se publicó en el BORM, la Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se publicó el Acuerdo del Consejo de Administración por el que se aprueba la Política de Gestión de Riesgos no sanitarios, ni asistenciales ni en materia de prevención de riesgos laborales del Servicio Murciano de Salud (en adelante PGR-NSAL). Se trata del reconocimiento y asunción expresos de los principios, medidas e instrumentos que informan y definen una nueva sistemática basada en la planificación y análisis de riesgos en esas materias.

El 17 de junio de 2020, el BORM publicó la Resolución del Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se aprobó la Instrucción 3/2020, de desarrollo de las Directrices aprobadas por Acuerdo del Consejo de Administración de 19 de junio de 2018 y se adoptan medidas específicas para iniciar su implantación a partir de 2021.

Las tres normas anteriores conforman el bloque normativo básico del nuevo SPCG-SMS, caracterizado por la implantación de un nuevo modelo de control interno basado en la planificación de objetivos en todas las materias de competencia del SMS, excepto las sanitarias, asistenciales o las de prevención de riesgos laborales (en adelante materias NSAL), como instrumento ordinario de gestión, en la evaluación y seguimiento de los riesgos que les afectan y en la inserción y atribución del concepto y actividad de control interno en las actuaciones cotidianas en las propias unidades gestoras.

Desde la aprobación de las Directrices en 2018 y, especialmente durante el último trimestre de 2020, se han llevado a cabo actuaciones para la implantación del SPCG-SMS mediante la parametrización de una aplicación informática y la elaboración de Planes piloto de Objetivos y Riesgos NSAL en cada Unidad Gestora, con la finalidad de conformar el denominado "Plan Piloto Integrado de Objetivos y Riesgos NSAL del SMS para 2021". De acuerdo con lo dispuesto en la Instrucción 3/2020, se trataba de definir para 2021 una serie de objetivos (hasta 5 objetivos) por Unidad Gestora, con la finalidad de practicar la metodología

de la identificación de objetivos, de los riesgos inherentes a los mismos y de definir indicadores de medición de los riesgos para asociar el seguimiento de los objetivos con valores determinados del indicador y detectar el momento de aplicación de medidas preventivas o correctivas.

No ha sido posible llevar a cabo la creación de unos puestos de trabajo específicos en el seno de las unidades gestoras, los llamados supervisores de control interno, previstos tanto en las Directrices de 2018 como en la Instrucción 3/2020. Son recursos personales esenciales para que las unidades gestoras puedan asumir el papel del control interno de su propia actividad. Por ello es necesario reformular el calendario y las propias dotaciones previstas, incorporándolos también a la gestión en las unidades gestoras directivas en los Servicios Centrales.

La incorporación de los puestos de trabajo denominados supervisores de control interno, previstos y definidos en la Directrices de 2018, contribuirá a mejorar la toma de decisiones por los responsables gestores, como actores de su propio control interno, así como al logro de los propios objetivos en tales unidades.

La experiencia adquirida, la evolución del proceso de implantación del SPCG-SMS incluyendo el cierto retraso padecido por diversas circunstancias, entre ellas la priorización de la actividad anti Covid, aconsejan complementar el actual bloque normativo con algunas disposiciones que facilitarán y mejorarán la aplicación del nuevo sistema.

Así, se define y se concreta el nivel de vinculación de objetivos en las unidades gestoras a efectos del sistema y se establece, de forma ordinaria y habitual, el instrumento de planificación NSAL en el ámbito de la organización periférica del SMS y en los propios Servicios Centrales. Igualmente se concreta el ámbito de actuación del sistema de control interno y las líneas de defensa que ello representa.

Para asegurar unos medios mínimos imprescindibles para que el SPCG-SMS pueda consolidarse y desplegar toda la potencialidad de mejora en la gestión, se proponen unas medidas relativas a la plantilla tipo de puestos de personal operativo del control interno que serán efectivas cuando los órganos competentes para ello culminen las actuaciones necesarias, así como se atiende a su formación especializada, tanto inicial como en etapas posteriores. Para ello, se complementa con las previsiones de despliegue de los supervisores de control interno, de forma que también en los Servicios Centrales del SMS se habilite esta figura clave para la aplicación del SPCG-SMS.

De igual forma, en los entornos actuales y futuros de toda administración electrónica y para clarificar la situación y evitar dudas, se reconoce a todo el personal operativo de control interno, expresamente, facultades de acceso a las aplicaciones corporativas mediante las que se gestionan los expedientes y procedimientos en materias NSAL en las mismas condiciones, limitaciones y obligaciones que se establezcan para el personal gestor.

Por todo ello, a propuesta de la Secretaría General Técnica, de conformidad con el artículo 6 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público y con el artículo 8.1 x) del Decreto 148/2002, de 27 de diciembre, por el que se establece la estructura y funciones de los órganos de participación, administración y gestión del Servicio Murciano de Salud, se dicta la siguiente

Instrucción

Primera. Objeto y finalidad.

El objeto de la presente Instrucción es completar la regulación normativa básica del Sistema Propio de Control de la Gestión (SPCG-SMS), conforme a las Directrices y Acuerdos aprobados por el Consejo de Administración en relación con la implantación del nuevo sistema para facilitar su aplicación.

En cuanto a la finalidad, también hay que destacar un aspecto importante, implícito en el SPCG-SMS como nuevo modelo de gestión que integra su propio control interno. Todas las unidades gestoras de las materias NSAL conforman el núcleo de lo que se define como "función o parte no asistencial" dentro del organigrama del SMS como contrapunto a la "función o parte asistencial" que es la que tiene un mayor peso en el conjunto de la organización.

La función no asistencial se configura en el nuevo sistema, como proveedora interna de bienes, servicios, medios y recursos a la función asistencial, que aparece como cliente interno de la primera. Son dos realidades funcionales que interactúan coordinadamente y sin interferirse para lograr, entre ambas, la prestación del mejor servicio asistencial.

Segunda. La responsabilidad de la implantación del SPCG-SMS.

Conforme a la Directriz Tercera del Acuerdo del Consejo de Administración de 19 de junio de 2018 (en adelante las Directrices), además del Consejo de Administración y la Dirección Gerencia del SMS, la implantación del nuevo sistema de control interno, corresponde a:

- a) Quien ostente la titularidad de la Secretaría General Técnica.
- b) Los titulares de las Direcciones y Subdirecciones Generales en los Servicios Centrales.
- c) Los titulares de las jefaturas de los Servicios integrados en los órganos centrales del SMS.
- d) Los directores gerentes, los directores de gestión, los subdirectores y los jefes de Servicio en las Áreas de Salud, en las esferas propias de sus competencias.
- e) Los directores gerentes, los directores de gestión y quienes ostenten puestos de jefatura en las gerencias, centros regionales y servicios cuyas competencias tengan ámbito regional.

Sus funciones y competencias son las establecidas en el Decreto 148 /2002, de 27 de diciembre de 2002, por el que se establece la estructura y funciones de los órganos de participación, administración y gestión del Servicio Murciano de Salud (BORM n.º 7 de 10 de enero de 2003), así como en las Directrices Cuarta y Quinta del Acuerdo del Consejo de Administración de 19 de junio de 2018.

Tercera. La planificación de los objetivos y riesgos NSAL y nivel de vinculación.

1. La planificación de objetivos y riesgos como forma ordinaria de actuación.

De conformidad con lo dispuesto en la instrucción primera, punto 2 de la Instrucción 3/2020, de desarrollo de las Directrices aprobadas por Acuerdo del Consejo de Administración de 19 de junio de 2018 (en adelante, la Instrucción 3/2020), la planificación de los objetivos y de sus riesgos en materias no sanitarias, asistenciales o de riesgos laborales (en adelante NSAL) constituye la forma ordinaria de actuar en todas las Unidades gestoras dependientes del Servicio Murciano de Salud.

En el marco de las competencias atribuidas por el Decreto 148/2002, de 27 de diciembre de 2002, por el que se establece la estructura y funciones de los órganos de participación, administración y gestión del Servicio Murciano de Salud (BORM de 10 de enero de 2003) y en su condición de unidad administrativa de coordinación y órgano de apoyo y asistencia inmediata al Director Gerente, corresponde a la Secretaria General Técnica, organizar e impulsar la planificación de objetivos NSAL, determinar su nivel de vinculación y coordinar, a estos efectos, a las unidades gestoras afectadas, tanto en los Servicios Centrales como en la organización periférica del SMS, estableciendo, conjuntamente con los responsables de las respectivas Unidades Gestoras, los objetivos prioritarios y los recursos necesarios para ello.

Los responsables de las unidades situadas en los niveles de vinculación 2 y 3 planificarán, según líneas de actuación homogéneas, los objetivos a alcanzar, los riesgos que los amenacen y las medidas a adoptar para neutralizarlo, conforme a las indicaciones y decisiones adoptadas por la Secretaría General Técnica.

La planificación de los objetivos y riesgos NSAL tendrá carácter anual y se llevará a cabo de acuerdo con el calendario ordinario siguiente:

a) Entre el 1 de noviembre y el 15 de diciembre, a la vista de los resultados de los objetivos planificados en el ejercicio corriente, se determinarán para el ejercicio siguiente las líneas de actuación, los objetivos dentro de cada una de ellas y los riesgos potenciales que puedan afectarles, mediante la elaboración de las fichas correspondientes, según el modelo aprobado por la Dirección Gerencia del SMS.

b) El personal de los órganos operativos de control interno participarán del proceso planificador, asistiendo técnicamente a las unidades gestoras en el proceso de fijación de los objetivos NSAL y en el análisis de sus riesgos potenciales, proponiendo los ajustes y modificaciones necesarias para que la planificación sea coherente, los objetivos sean posibles, los indicadores representativos, los riesgos sean reales y las medidas preventivas y correctivas sean eficaces, todo ello conforme a la normativa que regula el SPCG-SMS.

c) La planificación, como propuesta de cada Unidad Gestora, será aprobada antes del 25 de enero, por sus respectivos responsables, atendiendo al nivel de vinculación de los objetivos. Con las propuestas se formará en el Servicio de Control Interno, la propuesta de **Plan Integrado de Objetivos y Riesgos NSAL del SMS** (en adelante el Plan Integrado) que se tramitará por la Secretaría General Técnica y, antes del 15 de febrero, se someterá a la aprobación del Director Gerente del SMS, dando cuenta de ello al Consejo de Administración en su inmediata siguiente sesión.

d) Aprobado el Plan Integrado de Objetivos y Riesgos, será publicado mediante Resolución de la Dirección Gerencia del SMS y para general conocimiento en el Portal de la Transparencia, sin perjuicio de su difusión entre las distintas unidades.

e) La vigencia del Plan Integrado será establecida por la Dirección Gerencia, pudiendo ser ampliada cuando las circunstancias así lo aconsejen.

f) Una vez aprobado el Plan Integrado, los objetivos, indicadores y riesgos así como las medidas preventivas y/o correctivas contempladas, obligan a la Unidad Gestora correspondiente y a las unidades jerárquicamente superiores, siendo plenamente ejecutivo.

2. Los Instrumentos de planificación.

Se señalan como instrumentos prioritarios de planificación de objetivos o de nivel 1, el Contrato Programa con la Consejería competente en materia sanitaria, el Plan Estratégico del Servicio Murciano de Salud o el Plan que se acompañe al proyecto de presupuestos generales anuales. Ambos, de existir, vinculan a todos los niveles de la organización.

En defecto de lo anterior, cada Unidad Gestora del nivel 2 de vinculación elaborará su propia propuesta de "Plan de Objetivos y Riesgos NSAL del ejercicio XXXX", en el que podrán fijar objetivos vinculantes para las unidades gestoras del nivel 3.

Las Unidades gestoras que formalicen Acuerdos o Contratos de Gestión, integrarán en éstos todos los objetivos y riesgos NSAL, tanto propios como vinculados.

La Dirección Gerencia del SMS podrá establecer cuáles son los instrumentos de planificación que deban tomarse como referencia a efectos de vinculación de objetivos dentro de la organización.

3. Las líneas de actuación.

Dentro de cada instrumento de planificación podrán existir tantas líneas de actuación como materias diferentes estén afectadas por objetivos NSAL. Cada línea estará referida a materias homogéneas y estará integrada por objetivos concretos y cada uno de éstos tendrá definidos sus propios riesgos potenciales.

Cada objetivo tendrá asignado, al menos, un indicador objetivo, medible y cuantificable que determine el grado de consecución de ese objetivo.

Cada riesgo, de acuerdo con su valoración, tendrá definidas, al menos, una medida preventiva y/o correctiva que estarán asociadas a un rango de valores determinados del indicador o indicadores de medición del objetivo.

4. Clases de objetivos NSAL, según origen. Los objetivos objeto de planificación pueden ser propios o vinculados.

Son **objetivos propios**, aquellos que se fijan en cada Unidad Gestora de cualquier nivel y cuya definición, ejecución y consecución así como la capacidad para imponer y ejecutar las medidas preventivas o correctivas en relación con los riesgos que puedan afectarles, depende de decisiones, competencias, recursos o actuaciones radicadas exclusivamente en la propia Unidad.

Los objetivos propios pueden venir establecidos por los responsables de la propia Unidad Gestora o asignados a cada Unidad Gestora por la Alta Dirección o por los Centros y Unidades Directivas de los Servicios Centrales.

Son **objetivos vinculados**, aquellos que se fijan y determinan en una Unidad Gestora situada en un nivel superior, denominada Unidad Vinculante y que, según su naturaleza, deban ser asumidos, total o parcialmente, por la Unidad de que se trate, denominada Unidad Vinculada.

En este caso, la actividad de la Unidad Gestora vinculada al objetivo, se centrará en el logro del mismo, informando a la unidad vinculante de la aparición de los riesgos a efectos de que por ésta se adopten las medidas preventivas o correctivas que correspondan según valor del indicador que se señale.

5. Vinculación de objetivos según nivel jerárquico de las unidades gestoras.

A efectos de aplicación del SPCG-SMS, se establecen tres niveles jerárquicos y de vinculación de los objetivos y riesgos NSAL de las unidades gestoras del SMS:

a. **Nivel 1 o Alta Dirección.** Los objetivos de carácter general que establezca el Consejo de Administración o el Director Gerente vinculan a todas las Unidades gestoras de los niveles 2 y 3. Éstas deberán participar, en función de sus respectivas competencias, en los objetivos que se fijen en este nivel, incorporándolos a su propia planificación.

Los objetivos de este nivel podrán tener carácter plurianual y estarán fijados en un único instrumento de planificación.

b. **Nivel 2 o Dirección Servicios Centrales.** Los objetivos de carácter general que se fijen por las Unidades Directivas Secretaría General Técnica y Subdirecciones Generales vinculan, para los objetivos que se identifiquen como vinculantes, a todas las Unidades gestoras del nivel 3 que deberán incorporarlos a su propia planificación como objetivos vinculados, si bien la aplicación de las medidas preventivas y correctivas previstas corresponderá a la unidad vinculante.

En cada unidad de este nivel, habrá un único instrumento de planificación para un mismo período, que podrá ser plurianual y en el que se integrarán todos los objetivos cuya ejecución corresponda a los Servicios de ellas dependientes, incluyendo los procedentes del nivel 1 que sean objeto de vinculación.

c. **Nivel 3 o Unidades gestoras periféricas.** Integran este nivel, las Direcciones Gerencia de Área (DGA), el Centro Regional de Hemodonación (CRH), la Dirección Gerencia de Urgencias y Emergencias (G061) y la Dirección Gerencia del Hospital Psiquiátrico Román Alberca y Salud Mental (HPRA).

En cada unidad de este nivel, habrá un único instrumento de planificación anual en el que se integrarán todos los objetivos cuya ejecución corresponda a las respectivas Direcciones de Gestión y a las unidades de ellas dependientes, incluidos los objetivos vinculados procedentes de los niveles 1 y 2.

Los Acuerdos de Gestión, en aquellas unidades en las que existan, serán los instrumentos de planificación ordinaria de los objetivos NSAL.

6. Los indicadores de los objetivos.

Cada uno de los objetivos NSAL que se fijen tendrá asociado, al menos, un Indicador representativo que mida el grado de consecución del mismo. Deberá ser representativo del objetivo, medible y objetivable.

El indicador deberá recoger, al menos, la relación existente entre la magnitud realmente alcanzada del objetivo en cada fecha de evaluación y la magnitud esperada a esa misma fecha, permitiendo convertir esa relación en una magnitud que oscile entre 0 y 1, donde 0 representa que no se ha logrado alcanzar ningún logro en ese objetivo y 1 que se ha alcanzado la totalidad del objetivo esperado.

Logros superiores al objetivo esperado, implican automáticamente una modificación por elevación de la magnitud esperada del objetivo y denotan unos objetivos iniciales deficientemente calculados.

En cada una de las evaluaciones establecidas para el objetivo se determinará el valor del indicador o indicadores alcanzado y se pondrá en relación con el indicador esperado en la forma señalada.

Podrán fijarse indicadores dinámicos asignados a hitos o fechas temporales dentro de la vigencia del instrumento de planificación.

7. Determinación de los riesgos.

Para cada uno de los objetivos fijados se señalará, al menos, un riesgo potencial relevante cuya aparición comprometa realmente la consecución del objetivo.

El riesgo así definido debe afectar al objetivo, debe ser el más relevante de todos los posibles, debe estar identificado de forma clara, asociado a un rango de valores del indicador objetivo.

Definidos los riesgos que afectan a un objetivo, éstos deben ordenarse de mayor a menor en función del valor resultante entre probabilidad e impacto.

8. Las medidas preventivas y correctivas.

Cada uno de los riesgos identificados deberá tener definidas desde el momento inicial de la planificación y asociadas al mismo, unas medidas que permitan su neutralización y anulación. Esas medidas podrán ser de carácter preventivo o correctivo.

Son preventivas las medidas que, ante la aparición de los primeros signos de riesgo, permitan detenerlo e invertir la tendencia para lograr la consecución del objetivo. Son medidas de contención del riesgo en casos leves.

Son correctivas aquellas medidas de carácter intensivo ante la aparición de riesgos en un estadio que amenacen seriamente el logro del objetivo.

Con carácter general, las medidas previstas deberán:

a) Estar totalmente definidas desde el inicio, en cuanto a su contenido, duración, órgano o unidad responsable que las ordena, ejecuta, supervisa y evalúa sus efectos en la neutralización del riesgo.

b) La competencia para aplicarlas y los medios necesarios para ello deben hallarse en la propia Unidad Gestora del objetivo, sin que sea necesario el concurso o asistencia de unidades jerárquicamente superiores.

c) Estar asociadas a rangos de valor del indicador objetivo, de forma que cuando el indicador se encuentre en ese rango, la medida prevista se aplique de forma inmediata y automática.

d) Ser inmediatamente ejecutivas en sus propios términos.

e) Ser evaluables al término de su vigencia mediante la determinación comparativa del indicador o indicadores objetivos con relación a su valor antes y después de la aplicación de la medida.

Cuarta. Régimen del personal de los órganos operativos del control interno en el SPCG-SMS.

1. Integración en las unidades gestoras.

El Sistema Propio de Control de la Gestión en el SMS, caracterizado por la planificación de objetivos, determinación de los riesgos y ejercicio del control interno en las propias unidades gestoras, se integra en éstas constituyendo la primera línea de defensa de los objetivos NSAL fijados.

Por tanto, la función de control interno y la función de gestión forman parte, conjunta e inseparablemente, de la gestión ordinaria y operativa de los órganos y unidades gestoras, tal y como se describen en las Directrices de 2018 y en la Instrucción Tercera de la Instrucción 3/2020 y, aunque cada función se ejerce

por separado, la de control interno actúa respecto del área de gestión, de forma proactiva e independiente para que los responsables gestores adopten la mejor decisión en términos de cumplimiento de la legalidad, eficacia en las decisiones y eficiencia en las actuaciones gestoras.

2. Competencias.

Los denominados órganos operativos del sistema de control interno descritos en el punto 2.3 de la Instrucción Tercera de la Instrucción 3/2020 son el Servicio de Control Interno, como unidad de dirección técnica del SPCG-SMS y los Supervisores de Control Interno, integrados en las propias unidades gestoras.

Para que el nuevo sistema de control interno pueda llevar a cabo el escrutinio y supervisión proactiva de la actividad gestora, así como obtener los efectos de mejora y corrección de debilidades en la organización, se hace necesario complementar algunos aspectos competenciales y funcionales del personal operativo de control interno que les permita conocer las actuaciones y actividades de las unidades gestoras con igual grado de detalle que el resto de personal de la unidad.

Así, según la atribución de funciones específicas que establezca, coordine y lleve a cabo la jefatura del Servicio de Control Interno, además de las descritas en el artículo 14 del Decreto 148/2002, de 27 de diciembre de 2002, por el que se establece la estructura y funciones de los órganos de participación, administración y gestión del Servicio Murciano de Salud y de las atribuidas en la Directriz sexta de las Directrices de 2018 y en la Instrucción 3/2020, el personal de los órganos operativos del sistema de control interno del SPCG-SMS:

a) Asumirá la realización de las actuaciones que se les atribuyan por el Consejo de Administración en el Plan de Actuaciones de Control Interno que ejecutará bajo el principio de coordinación y dirección técnica a cargo del Servicio de Control Interno.

b) Participará, junto a los responsables de las unidades administrativas dentro de cada Unidad Gestora, en los procesos de planificación, fijación de líneas de actuación, determinación de objetivos NSAL, asignación de indicadores, identificación y valoración de los riesgos y establecimiento de las medidas preventivas y correctivas correspondientes así como en el análisis de coherencia y viabilidad del conjunto de la planificación.

c) Realizará el seguimiento y análisis de las evaluaciones periódicas, proponiendo ajustes y correcciones en la identificación y valoración de los riesgos o en la eficacia de las medidas aplicadas.

d) Tendrá acceso a todos los expedientes completos, en cualquier tipo de soporte y a los procedimientos NSAL iniciados o tramitados en la Unidad Gestora, tanto a los que se encuentren en curso como a los terminados.

En el caso de los expedientes en curso, podrá formular recomendaciones no vinculantes de posibles riesgos incluidos en el Mapa de Riesgos del SMS o de los incluidos en el Plan Integrado, por escrito y deberán ser tomadas en consideración por el responsable de la Unidad Gestora. Tanto las recomendaciones como la decisión de asumirlas o no, formarán parte del expediente.

En el caso de expedientes y procedimientos concluidos, formulará recomendaciones en relación con aquellos riesgos producidos, de los incluidos en el Mapa de Riesgos del SMS. Tales recomendaciones, una vez refrendadas por el jefe de Servicio de Control Interno, integrarán el Plan de Acción del ejercicio siguiente y serán de obligado cumplimiento para la unidad gestora.

e) En los términos establecidos en la normativa vigente, tendrá acceso a todos los módulos habilitados en las aplicaciones utilizadas en la gestión y al software informático corporativo por los que se tramiten, procesen y registren materias y procedimientos NSAL y a la totalidad de los documentos integrantes del expediente electrónico en las mismas condiciones que el resto del personal habilitado como usuarios.

En todo caso, el acceso a la información, expedientes, procedimientos y datos personales se llevará a cabo en modo "consulta" sin que el personal de control interno pueda modificar o alterar el contenido de los registros. El acceso incluirá la facultad de emitir e imprimir la información concreta, individual y agregada, los listados, registros y datos estadísticos que se generen en la aplicación.

f) El personal de los órganos operativos de control interno que realice funciones de control interno no podrá realizar tareas de gestión.

g) El personal que se incorpore a los órganos operativos de control interno no podrá participar en actuaciones de control, en las que se estén revisando expedientes o procedimientos en cuya gestión hubiese intervenido.

En el Plan anual de actuaciones, aprobado por el Consejo de Administración, se detallarán las que deba realizar el personal integrante de los órganos operativos de control interno.

3. Formación especializada.

El personal de los órganos operativos de control interno estará formado y especializado en las áreas de gestión de personal estatutario, contratación administrativa, gestión de ingresos, análisis funcional y diseño de procedimientos, logística y planificación de la distribución, planificación y evaluación de objetivos, identificación, gestión y neutralización de riesgos, determinación de indicadores, diseño de medidas y gestión de ayudas y subvenciones, así como en técnicas de fiscalización, auditoría y control permanente.

Para ello, la Dirección General de Recursos Humanos programará, a propuesta de la Secretaría General Técnica, anualmente, al menos una acción formativa específica relativa a materias NSAL, sobre planificación de objetivos y fijación de indicadores, análisis y gestión de riesgos, evaluación y aplicación de medidas correctivas, técnicas de auditoría y control interno. Las acciones formativas estarán orientadas al personal de las unidades gestoras en materias NSAL, siendo obligatorias para el personal técnico y administrativo de los órganos operativos de control interno.

Quinta. Plantilla tipo inicial de los órganos operativos de control interno.

La implantación efectiva del nuevo sistema precisa, al menos, de la previsión de dotación de los recursos materiales y personales necesarios, especialmente en la categoría de supervisor de control interno que, de acuerdo con lo establecido por el Consejo de Administración en las Directrices, constituyen el elemento personal que en las unidades gestoras va a asumir esa primera línea defensiva de los objetivos planificados mediante la detección precoz de los riesgos que los amenacen.

Por ello, previo cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios, los órganos competentes del Servicio Murciano de Salud en la materia, adoptarán las medidas adecuadas para dar cumplimiento a lo previsto en esta instrucción en cuanto a la creación de los puestos de trabajo en la plantilla orgánica del SMS, aprobación de los perfiles adecuados y su provisión por los cauces reglamentarios.

Para lograr una implantación efectiva y eficaz del sistema SPCG-SMS, se estima que la plantilla tipo del personal integrante de los órganos operativos de control interno debe estar formada, al menos, por las siguientes categorías y perfiles, quedando sin efecto la instrucción sexta de la Instrucción 3/2020:

1. Personal del Servicio de Control Interno.

La plantilla tipo del Servicio de Control Interno, como unidad de dirección técnica del SPCG-SMS, tras los trámites de aprobación oportunos, se fija en un mínimo de seis asesores o técnicos responsables y contará con el personal de apoyo administrativo necesario para el cumplimiento de sus funciones.

2. Supervisores de Control Interno.

De acuerdo con lo establecido en la Directriz Tercera, punto 4.4, de las Directrices de 2018, del Consejo de Administración, el puesto de supervisor de control interno podrá ser desempeñado por funcionarios de carrera, personal estatutario o personal laboral fijo que se encuentren ocupando puestos de trabajo en el Servicio Murciano de Salud y estén encuadrados, preferentemente en los subgrupos A1 y A2.

Los órganos competentes en materia de Recursos Humanos, previo informe de la Secretaría General Técnica, establecerán las condiciones y requisitos necesarios para optar a estos puestos, así como la apertura de la oferta a personal de la Administración regional y sus organismos autónomos, conforme a lo establecido en la disposición adicional duodécima del Decreto Legislativo 1/2001, de 26 de enero, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Función Pública de la Región de Murcia.

La plantilla de Supervisores de Control Interno, tras los trámites oportunos en los que se establecerán, por grupos de acceso, los perfiles, requisitos y experiencia para el acceso al puesto así como el régimen de dedicación, podrá estar integrada por los siguientes efectivos.

Nivel de vinculación de la Unidad Gestora	Unidad Gestora	Número de puestos y destino en 2021	Dotación total acumulada para 2022
2	Todas las situadas en el nivel de vinculación	0	4
3	D.G. Área I	1	1
	D.G. Área II	1	1
	D.G. Área III	1	1
	D.G. Área IV	1	1
	D.G. Área V	1	1
	D.G. Área VI	1	1
	D.G. Área VII	1	1
	D.G. Área VIII/	1	1
	D.G. Área IX	1	1
	Gerencia 061	0	1
	Salud Mental y HPRA	0	1
Total dotación prevista		9	15

El calendario de incorporación anterior está condicionado al previo cumplimiento de los requisitos y condiciones que estén, legal o reglamentariamente, establecidos.

3. Materialización.

Por la Secretaría General Técnica y la Dirección General de Recursos Humanos, en el ámbito de sus respectivas competencias, se adoptarán las medidas necesarias para dar cumplimiento a lo establecido en los puntos anteriores de esta instrucción.

Sexta. Documentación de las actuaciones de los órganos operativos de control interno.

De conformidad con lo dispuesto en el punto 7 de la Directriz Sexta de las Directrices, las actuaciones de los órganos operativos de control interno se documentarán mediante alguno de los documentos siguientes:

1. Comunicaciones de Control Interno (CCI). Son documentos que recogen y trasladan observaciones y consideraciones relacionadas con hechos y comportamientos actuales y puntuales observados por los supervisores o por los técnicos de control adscritos al SPCG-SMS y que denoten, a priori, la existencia de supuestos casos de incumplimiento del ordenamiento jurídico, o evidencien indiciariamente posibles riesgos de incumplimiento de objetivos o de aplicación de criterios dispares, pero sin que revistan la importancia o complejidad para llevar a cabo una actuación formal. Su contenido es de obligado cumplimiento para la unidad gestora afectada, sin perjuicio de que se formulen alegaciones, en cuyo caso, se procederá a la apertura de una actuación formal. Las Comunicaciones de Control Interno pueden contener recomendaciones, propuestas y sugerencias para la unificación de criterios. Se use modelo como Anexo 01.

2. Instrucciones de control interno (ICI). Son documentos dirigidos al personal adscritos orgánica y/o funcionalmente al SPCG-SMS y que sirven para ordenar los aspectos técnicos de las actuaciones de control interno. Son emitidos por el jefe del servicio de Control Interno. Se use modelo como Anexo 02.

3. Consultas (CNS). Sirven para documentar y recoger por escrito los criterios técnicos generados en el SPCG-SMS en relación con determinadas cuestiones o consultas puntuales, planteadas por las unidades gestoras. Unifican criterios de procedimiento o de actuación. Se use modelo como Anexo 03.

4. Requerimientos de control interno (RCI). Son documentos de inicio de actuaciones formales y pueden revestir la forma de comunicaciones mediante correo electrónico, Comunicaciones Interiores u oficios. Se dirigirán siempre al máximo responsable del órgano gestor al que se refieran las actuaciones formales y constituyen a éste en la obligación de atenderlos. Se use modelo como Anexo 04.

5. Diligencias de chequeo y/o verificación de procesos (DIC). Están constituidas por las anotaciones o documentos insertos en los procesos que hayan sido objeto de chequeo o control por parte de los supervisores de control interno en los que se ponen de manifiesto la conformidad, los reparos, las observaciones y recomendaciones que resulten pertinentes. Se use modelo como Anexo 05.

6. Diligencias de constancia de hechos (DCH). En las actuaciones ordinarias de control interno, cuando el actuario se encuentre presencialmente en la unidad gestora con la que se lleven a cabo las gestiones y sea necesario dejar constancia de hechos y circunstancias relevantes para la actuación. Serán extendidas y suscritas por el Técnico de Control Interno actuario y por la persona con quien se hayan realizado y se entregará copia de la misma. Sirven para documentar hechos y para la incorporación a las actuaciones de documentos o elementos de prueba relevantes. Se use modelo como Anexo 06.

7. Notas provisionales y avances de actuación (NAA). Son documentos expedidos por los actuarios encargados de las actuaciones, estarán visados por el jefe de Servicio de Control Interno y sirven para reflejar avances de actuaciones. Sus destinatarios son los órganos de dirección del SPCG-SMS y tienen valor informativo del estado de las actuaciones. Se une modelo como Anexo 07.

8. Informes provisionales (INFP), en los que se pone de manifiesto, antes de alegaciones, la opinión técnica, fundada y motivada de los actuarios de control en los antecedentes, consideraciones, conclusiones y recomendaciones. Ponen fin a las actuaciones formales de control y antes de ser elevados a definitivos, los informes provisionales se pondrán de manifiesto al titular del órgano de gestión para que, en un plazo de diez días naturales, pueda formular las alegaciones finales que considere oportunas. Se une modelo de informe provisional como Anexo 08.

9. Informes definitivos (INFD), en los que se pone de manifiesto la opinión técnica, fundada y motivada de los actuarios de control, tras haber tomado en consideración las alegaciones y pruebas documentales aportadas al informe provisional. Ponen fin a las actuaciones formales de control y las recomendaciones en él contenidas vinculan a la unidad gestora y le obliga a formular el plan de actuaciones correspondiente. Se une modelo de informe definitivo como Anexo 09.

10. Actas (ACT), en las que, en el curso de actuaciones formales, se extienden circunstancias y consideraciones en relación con determinadas actuaciones o hechos que concluyen con acuerdos y puntos de vista compartidos por las partes que las suscriben y adquieren el compromiso de actuar conforme a lo reflejado en las mismas. Se une modelo de informe definitivo como Anexo 10.

Séptima. Plan Piloto de Objetivos y Riesgos NSAL.

Se modifica la Instrucción Primera, apartado 4. Calendario de implantación del SPCG-SMS, letras a. y b., de la Resolución del Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se aprueba la Instrucción 3/2020, de desarrollo de las directrices aprobadas por Acuerdo del Consejo de Administración de 19 de junio de 2018, para la definición e implantación del régimen, organización y funcionamiento de un sistema propio de control de la gestión en el Servicio Murciano de Salud (SPCG-SMS). (BORM 17 junio), quedando redactado en la forma siguiente:

"4. Calendario de implantación del SPCG-SMS.

a. El nuevo sistema de control interno y de gestión de objetivos y riesgos-NSAL se aplicará en todas las Unidades Gestoras a las que se refiere esta Instrucción el día 1 de enero de 2021 y se proyectará durante 2021 y 2022, en modo piloto, sobre un máximo de cinco objetivos-NSAL señalados como prioritarios por el instrumento de planificación que se haya designado.

b. A partir de 1 de enero de 2023, el nuevo sistema de control interno (SPCG-SMS) y de gestión de objetivos y riesgos-NSAL se aplicará a todos los objetivos de igual naturaleza, que se hayan fijado en cualquier instrumento de planificación a cada Unidad Gestora. De existir varios instrumentos de planificación en el SMS, se tomará como referencia el que afecte al mayor número de unidades gestoras, sin perjuicio de integrar los objetivos específicos y diferenciados de cada una de ellas."

Octava. Entrada en vigor.

La presente Instrucción entrará en vigor el día de su publicación en el Boletín Oficial de la Región de Murcia.

Murcia, 18 de mayo de 2021.—El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, Francisco José Ponce Lorenzo.



Región de Murcia
Consejería de Salud

SISTEMA PROPIO CONTROL DE LA GESTIÓN (SPCG-SMS)
**COMUNICACIÓN DE CONTROL INTERNO
(CCI)**



ANEXO 01.
Mod. Comunicación Control Interno

Destinatario		Número de CCI
Unidad Gestora		
Referencias		
Supervisor/Técnico Control Interno		
Fecha		

COMUNICACIÓN DE CONTROL INTERNO	
01.Hechos	
02.Consideraciones	
03.Comunicación	

Localidad, fecha.

El

(documento firmado electrónicamente al margen)

Destinatario y Unidad Gestora

Región de Murcia
Consejería de Salud

SISTEMA PROPIO CONTROL DE LA GESTIÓN (SPCG-SMS)

**INSTRUCCIONES DE CONTROL INTERNO
(ICI)****ANEXO 02. Mod. Instrucciones de
Control Interno**

Destinatarios		Número de ICI
Materia		
Fecha		
Entrada en vigor		
Vigencia		

INSTRUCCIONES DE CONTROL INTERNO	
01.Normativa	
02.Antecedentes	
03.Consideraciones	
04.Instrucciones	

Localidad, fecha.

El Jefe de Servicio de Control Interno
(documento firmado electrónicamente al margen)

Destinatarios:

Personal de los órganos operativos de Control Interno



Región de Murcia
Consejería de Salud

SISTEMA PROPIO CONTROL DE LA GESTIÓN (SPCG-SMS)
**CONSULTAS UNIFICACIÓN DE CRITERIO
(CNS)**



ANEXO 03.
Mod. Consultas SPCG-SMS

Unidad Gestora		Número de CNS
Materia consulta		
Fecha consulta		
Fecha respuesta		

CONSULTA A SPCG-SMS PARA UNIFICACIÓN DE CRITERIO	
01. Normativa de referencia	
02. Antecedentes de la consulta	
03. Consideraciones	
04. Consulta concreta	
05. Respuesta. Criterio del SPCG-SMS.	

Localidad, fecha.

El

(documento firmado electrónicamente al margen)

Destinatario:

SERVICIO DE CONTROL INTERNO
SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA



Región de Murcia
Consejería de Salud

SISTEMA PROPIO CONTROL DE LA GESTIÓN (SPCG-SMS)

**REQUERIMIENTO DE CONTROL INTERNO
(RCI)**



**ANEXO 04.
Mod. Requerimientos SPCG-SMS**

Unidad Gestora		Número de RCI					
Actuación control interno							
Materia							
Datos para localización							
Fecha requerimiento							
Plazo							
Forma de envío del requerimiento	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Correo electrónico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>COMINTER</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Oficio</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>	Correo electrónico	<input type="checkbox"/>	COMINTER	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Correo electrónico						
<input type="checkbox"/>	COMINTER						
<input type="checkbox"/>	Oficio						

REQUERIMIENTO SPCG-SMS	
01.Normativa de referencia	
02.Antecedentes de la actuación que se inicia	
03.Documentos, datos, información que se solicitan	
04.Plazo para contestar	

Localidad, fecha.

El

(documento firmado electrónicamente al margen)

Destinatario:

Región de Murcia
Consejería de Salud

SISTEMA PROPIO CONTROL DE LA GESTIÓN (SPCG-SMS)

**DILIGENCIA DE CHEQUEO O
VERIFICACIÓN DE PROCESOS (DIC)**

ANEXO 05.

Mod. Diligencia chequeo SPCG-SMS

Unidad Gestora		Número de DIC					
Actuación de control interno							
Proceso							
Nº Expediente							
Fecha chequeo o verificación							
Resultado del chequeo y verificación	<table border="1"><tr><td></td><td>Conforme total</td></tr><tr><td></td><td>Conforme parcial</td></tr><tr><td></td><td>Reparos</td></tr></table>			Conforme total		Conforme parcial	
	Conforme total						
	Conforme parcial						
	Reparos						

DILIGENCIA DE CHEQUEO SPCG-SMS	
01.Descripción del chequeo	
02.Normativa reguladora	
03.Consideraciones	
04.Resultado y recomendaciones	

La presente Diligencia deberá constar y mantenerse en el expediente de gestión al que se refiere junto con las actuaciones adoptadas para dar cumplimiento a las recomendaciones que, en su caso, se hayan formulado por control interno.

Localidad, fecha.

El

(documento firmado electrónicamente al margen)

Región de Murcia
Consejería de Salud

SISTEMA PROPIO CONTROL DE LA GESTIÓN (SPCG-SMS)

**DILIGENCIA DE CONSTANCIA DE HECHOS
(DCH)**ANEXO 06.
Mod. Diligencia constancia hechos
SPCG-SMS

Unidad Gestora		Número de DCH
Actuación control interno		
Proceso		
Nº Expediente		
Fecha visita		
Apellidos y nombre de la persona con la que se extiende		
Cargo en la Unidad Gestora		

DILIGENCIA DE CONSTANCIA DE HECHOS SPCG-SMS	
01.Actuación de control interno	
02.Hechos que se constatan	

La presente Diligencia se incorporará a los antecedentes documentales de la actuación a la que se refiere.

Localidad, fecha.

El



Región de Murcia
Consejería de Salud

SISTEMA PROPIO CONTROL DE LA GESTIÓN (SPCG-SMS)

**NOTAS PROVISIONALES Y AVANCES DE
ACTUACIÓN (NAA)**



ANEXO 07.
Mod. Notas provisionales y avances
SPCG-SMS

Unidad Gestora		Número de NAA
Actuación control interno		
Fecha inicio actuación		
Fecha emisión Nota		
Destinatario		

NOTA DE AVANCE DE ACTUACIÓN SPCG-SMS	
01.Finalidad de la actuación	
02.Actuario	
03. Estado de la actuación	

Fecha:

El actuario	Visado. El jefe de Servicio de Control Interno

Destinatario:

Región de Murcia
Consejería de Salud

SISTEMA PROPIO CONTROL DE LA GESTIÓN (SPCG-SMS)

**INFORME PROVISIONAL DE CONTROL
INTERNO (INFP)**

ANEXO 08.

Mod. Informe provisional SPCG-SMS

Unidad/es Gestora/s	Número de INFP
Actuación (identificación)	
Fecha inicio actuación	
Fecha emisión Informe provisional	
Actuario de Control Interno	

INFORME PROVISIONAL DE CONTROL INTERNO SPCG-SMS

01. Descripción de la Actuación (según plan de actuaciones)	
02. Descripción de antecedentes, hechos constatados y Anexos.	
03. Normativa que regula la materia y la actividad de control interno	
04. Consideraciones sobre los hechos en relación con la normativa de la materia	
05. Conclusiones provisionales	
06. Recomendaciones provisionales	
07. Plazo para alegaciones	La Unidad Gestora objeto de la actuación dispone de un plazo de DIEZ DÍAS NATURALES para formular las alegaciones que considere oportunas y aportar los documentos y pruebas que las apoyen. Transcurrido dicho plazo, con o sin alegaciones, se emitirá el informe definitivo correspondiente.

Fecha:

El actuario	Visado. El jefe de Servicio de Control Interno

Destinatario:

Región de Murcia
Consejería de Salud

SISTEMA PROPIO CONTROL DE LA GESTIÓN (SPCG-SMS)

**INFORME DEFINITIVO DE CONTROL
INTERNO (INFID)**ANEXO 09.
Mod. Informe Definitivo SPCG-SMS

Unidad/es Gestora/s	Número de INFID
Actuación (identificación)	
Fecha inicio actuación	
Fecha emisión Informe definitivo	
Actuario de Control Interno	

INFORME DEFINITIVO DE CONTROL INTERNO SPCG-SMS

01. Descripción de la Actuación (según plan de actuaciones)	
02. Descripción de antecedentes, hechos constatados y Anexos.	
03. Alegaciones formuladas y Anexos	
04. Normativa que regula la materia y la actividad de control interno	
05. Consideraciones sobre los hechos en relación con la normativa de la materia, tras alegaciones	
06. Conclusiones definitivas, tras alegaciones	
07. Recomendaciones definitivas tras alegaciones	
08. Plan de Acción	La Unidad Gestora deberá formular un Plan de Acción para resolver las recomendaciones definitivas que se incluyen en el presente Informe. El plazo y contenido del Plan de Acción se ajustará a lo dispuesto en la Resolución del Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se aprueba la Instrucción 1/2020, sobre elaboración de Planes de Acción del Servicio Murciano de Salud para la implementación de las recomendaciones de los órganos de control (BORM 3 junio 2020).

Fecha:

El actuario	Visado. El jefe de Servicio de Control Interno
--------------------	---

Destinatario:

Región de Murcia
Consejería de Salud

SISTEMA PROPIO CONTROL DE LA GESTIÓN (SPCG-SMS)

ACTA DE CONTROL INTERNO (ACT)

ANEXO 10.
Mod. Acta SPCG-SMS

Unidad/es Gestora/s			Número de ACT
Actuación control interno			
Lugar del Acta			
Fecha			
Intervinientes y cargos			

ACTA DE CONTROL INTERNO SPCG-SMS	
01. Encabezado	En el lugar y fecha arriba indicados, los intervinientes que se relacionan, con el carácter y cargos que actúan, ponen de manifiesto lo siguiente.
02. Antecedentes y hechos	
03. Consideraciones relevantes	
04. Acuerdos que se adoptan y votos particulares contrarios	
05. Cierre	Y para que conste, se firma la presente por todos los intervinientes en el lugar y fecha arriba indicados.

Intervinientes

Apellidos y nombre	Cargo	Firma