# I. Comunidad Autónoma

## 3. Otras disposiciones

Consejería de Salud

Servicio Murciano de Salud

**2891 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).**

El 19 de junio de 2018, el Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud (en adelante Consejo de Administración del SMS), adoptó el Acuerdo 31/2018, por el que se aprueban 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. El Acuerdo fue publicado en el Boletín Oficial de la Región de Murcia el 10 de octubre de 2018.

El Consejo de Administración del SMS, a través de sus Directrices, ha introducido importantes cambios en la configuración de lo que tradicionalmente se ha venido identificando como modelo de control interno en el entorno de esta organización.

Con las Directrices, el Consejo orienta el control interno hacia un modelo homologado, en el que el autochequeo, la autoevaluación y el autocontrol en las unidades gestoras de la organización, dentro del marco de la gestión y el control de los riesgos, son una de las principales señas de identidad del sistema.

Las Directrices del Consejo de Administración del SMS se concretan en la aplicación de un marco de control interno integrado, según el modelo aprobado por el denominado "Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway" (en adelante COSO II), en el que el control interno comprende planes, métodos, políticas y procedimientos de control de riesgos, con los que la organización puede cumplir con su misión, con su plan estratégico, con sus metas y con sus objetivos, formando un componente integrado y continuo de operaciones realizadas por el elemento personal de la organización, capaz de proporcionar una seguridad razonable de que los objetivos de la organización serán alcanzados.

El modelo COSO II recoge desde 2014, una tercera propuesta de revisión, destacando en dicha propuesta consideraciones específicas aplicables a entornos públicos.

Este modelo de control interno no es otro que un modelo de protección de la organización para minimizar y reducir los riesgos de incumplimiento de sus objetivos. Por ello se manifiesta en tres líneas de defensa.

Una primera línea de defensa, cuyo control comienza en el órgano gestor que es el propietario de los riesgos.

Una segunda línea de defensa que se refuerza con las unidades o servicios que supervisan los riesgos, y

Finalmente, una tercera línea de defensa en la que la actuación del órgano de control interno o de auditoría interna proporciona un aseguramiento independiente.

El Servicio de Control Interno (en adelante SCI-SMS) creado por el artículo 14 del Decreto 148/2002, tiene atribuido el ejercicio de los controles internos que el propio Ente puede establecer. El SCI-SMS ostenta funciones dirigidas al control de riesgos de naturaleza económica y financiera mayoritariamente.

La creación de una Intervención Delegada en el Servicio Murciano de Salud (Disp. Final 1.ª Ley 14/2013, de medidas tributarias, administrativas y de función pública), a la que se atribuyen funciones de control financiero y de fiscalización previa sobre las actividades del Ente, ha vaciado, en la práctica, el contenido tradicional de las funciones atribuidas al Servicio de Control Interno del SMS.

El marco de la definición actual contenida en COSO II y denominada "Gestión de Riesgos Corporativos" debe ser entendida bajo la premisa de que las entidades existen con el fin último de generar valor para sus grupos de interés y en ese proceso de generación de valor, éste se puede ver afectado, negativa o positivamente, por los riesgos y las oportunidades que se presentan en el contexto de una organización.

Así, el valor del control interno se incrementa y justifica cuando la alta dirección de la organización establece una estrategia que toma en consideración, no solo los objetivos de crecimiento y rentabilidad, sino también los riesgos que pueden afectar la consecución de dichos objetivos y las oportunidades que pueden consolidar o revertir la estrategia organizacional.

En el caso del SMS, cuyo objetivo no es la rentabilidad, sino el mejor servicio público sanitario prestado a costes sostenibles, la identificación, definición y gestión de los riesgos corporativos son una excelente forma de asegurar esos objetivos.

Por tanto, en la actualidad, un sistema de control interno de la gestión, según las normas técnicas internacionales, se identifica como un Sistema de Gestión de Riesgos, integrado en la estrategia de una entidad que contribuye al logro de los objetivos definidos en ella.

La implantación del SPCG-SMS, basado en el control de los riesgos no sanitarios ni laborales (en adelante, riesgos-NSAL), implica a todas las unidades gestoras y a la Alta Dirección del SMS, que debe, de manera progresiva y en la medida de las posibilidades organizativas y presupuestarias, dotar de forma suficiente al sistema que se implanta con los medios personales y técnicos necesarios para poder cumplir sus funciones y objetivos.

Y en esa implantación del SPCG-SMS adquieren especial importancia los trabajos que se están llevando a cabo para definir y establecer tanto un Mapa de Riesgos-NSAL, como el documento con la Política de Gestión de Riesgos-NSAL del Servicio Murciano de Salud, aprobada por Acuerdo del Consejo de Administración de fecha 8 de mayo de 2020. Ambos documentos constituyen hitos necesarios en el proceso, así como la disponibilidad de una herramienta de gestión y seguimiento de los riesgos NSAL que se pondrá a disposición de la estructura gestora.

Y conectado también con el SPCG-SMS y con el control de riesgos-NSAL, se encuentra el proyecto UNIFICA que dará lugar a un conjunto de procedimientos-tipo en el conjunto del SMS, que facilitarán la fijación de objetivos y el seguimiento de los riesgos basados en los procesos unificados que se pretenden implantar.

Por el impacto en la cultura y modos de trabajo de la organización, se considera conveniente hacer una implantación escalonada de forma que todas las áreas implicadas en la aplicación del SPCG-SMS vayan adoptando sus pautas y principios de una forma progresiva.

La presente Instrucción, junto con las Directrices de 2018, cierra el bloque normativo y regulatorio previsto para la implantación del SPCG-SMS.

Por todo lo expuesto, 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 en uso de las atribuciones que me están conferidas por el artículo 8, apartado x) 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 SMS, se dicta la siguiente:

**Instrucción**

**Primera. Objeto, concepto, finalidad e implantación.**

**1. Objeto.**

a. La presente Instrucción tiene por objeto la implantación de 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 aprobadas por el Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud, mediante Acuerdo de fecha 19 de junio de 2018, (BORM de 10 de octubre) (en adelante, las Directrices).

b. Dentro de dichas Directrices, el Sistema Propio de Control de la Gestión en el Servicio Murciano de Salud (en adelante SPCG-SMS), implanta una nueva modalidad de control interno basado en el seguimiento de objetivos no sanitarios, asistenciales o laborales (en adelante, objetivos-NSAL) y en la gestión de los riesgos de igual naturaleza, que puedan poner en peligro su consecución (en adelante, riesgos-NSAL) que afectan a esta organización.

c. El SPCG-SMS se define como el conjunto de competencias, funciones, actuaciones, actividades y procedimientos, sobre materias no estrictamente sanitarias, asistenciales o laborales, (en adelante, materias-NSAL) que ejercen las diferentes unidades gestoras, conforme al régimen y estructura organizativa del SMS, con el objetivo de minimizar riesgos y verificar y reportar a los órganos directivos, el cumplimiento de los objetivos fijados en la planificación de sus actividades y ello bajo criterios de eficacia y eficiencia.

**2. La planificación de objetivos y la determinación de riesgos-NSAL.**

a. La implantación del SPCG-SMS está basada en:

i. La planificación como herramienta de trabajo en el SMS

ii. La fijación de objetivos posibles, realizables y medibles

iii. La identificación de los riesgos-NSAL, potenciales e inherentes a los objetivos-NSAL

b. Los objetivos-NSAL se deberán concretar, para cada una de las Unidades Gestoras que integran el SMS, anualmente y según el instrumento de planificación que se utilice.

c. A estos efectos, se entiende por Unidad Gestora a las Direcciones Gerencia de Área en la estructura periférica, a la Dirección Gerencia del Hospital Psiquiátrico Román Alberca y de Salud Mental, a la Dirección Gerencia de

Urgencias y Emergencias 061 y a la del Centro Regional de Hemodonación y en el ámbito central a las diferentes Subdirecciones Generales y a la Secretaría General Técnica.

d. El instrumento de planificación de objetivos-NSAL puede identificarse, bien con el Contrato Programa que se pueda suscribir con la Consejería a la que se halla adscrito el SMS, con la propia planificación estratégica del SMS en su caso o con los Acuerdos de Gestión que se formalicen, dentro del SMS, con las respectivas Unidades Gestoras o, en defecto de todos los anteriores instrumentos de planificación, con la planificación interna de objetivos en cada Unidad Gestora.

e. La Dirección Gerencia del SMS determinará anualmente, cual es el instrumento o instrumentos de planificación en materias-NSAL que serán utilizados como referencia a efectos de objetivos y determinación de sus riesgos. En defecto de tal determinación, se adoptará el instrumento de planificación por el que, cada responsable de una Unidad Gestora, atribuya objetivos concretos a las unidades y centros dependientes de aquélla.

f. El instrumento de planificación de materias-NSAL atribuirá a cada Unidad Gestora unos objetivos medibles y cuantificables, unos plazos de ejecución, así como las actuaciones necesarias y los indicadores que permitan medir de forma objetiva su consecución.

g. Para cada uno de los objetivos-NSAL, señalados a cada Unidad Gestora, se definirán por ésta motivadamente y por escrito, en un plazo máximo de dos semanas naturales, los riesgos-NSAL potenciales que puedan amenazar su cumplimiento.

h. Para cada objetivo-NSAL, los riesgos que lo amenacen se definirán y describirán con arreglo al ámbito, grupo de objetivos, área de influencia, valor de la probabilidad de ocurrencia, valor del impacto, valor total del riesgo y tipo y medidas preventivas o correctivas aplicables conforme con lo establecido en el Cuadro "Mapa de riesgos no asistenciales del Servicio Murciano de Salud" que figura como anexo.

**3. Implantación del SPCG-SMS y líneas de defensa de los objetivos-NSAL.**

a. El nuevo sistema de control interno identificado como SPCG-SMS, se implantará en todas las Unidades Gestoras en las que se estructura el SMS, conforme con el "Calendario de implantación" que incorpora a la Instrucción.

b. Los Planes de Acción del SMS, elaborados para resolver las recomendaciones de los órganos de control y fiscalización, formarán parte del mapa de riesgos-NSAL y se integrarán en los instrumentos de planificación de los objetivos y riesgos.

c. A partir de la implantación del SPCG-SMS, como nuevo sistema de control interno basado en la gestión de riesgos-NSAL, existirán en el ámbito del control interno del SMS, dos líneas de defensa o niveles competenciales, respecto de los objetivos de igual naturaleza.

d. Una primera línea de defensa o primer nivel de competencia en el ejercicio del control interno, radicado en las propias unidades gestoras. Los responsables de las Unidades Gestoras, en ese primer nivel deben cumplir con los objetivos que se les asignen y para ello deberán definir, establecer y autoevaluar de forma continua los riesgos inherentes que puedan amenazar tales objetivos.

e. Los denominados "supervisores de control interno" a los que se refieren las Directrices, designados por las Unidades Gestoras serán los encargados de

realizar el seguimiento y control de los objetivos y de los riesgos no sanitarios, ni asistenciales, ni en materia de prevención de riesgos laborales, de acuerdo con la metodología y bajo las indicaciones procedentes del Servicio de Control Interno.

f. El nivel marcado por esa primera línea de defensa es, por tanto, el primero de los niveles de control interno en el SMS. El seguimiento y evaluación de los riesgos que les competan se llevará por cualquier medio que permita su seguimiento y evaluación y preferentemente, mediante las aplicaciones y medios puestos al servicio del SPCG-SMS.

g. La segunda línea de defensa o segundo nivel de competencia en el control interno del SMS, se aplicará, sin perjuicio de las funciones atribuidas a la Intervención General y Delegada, por el Servicio de Control Interno del SMS, como unidad administrativa que tiene atribuidas las funciones señaladas en el Decreto 148/2002, de 27 de diciembre de 2002.

h. Conforme con lo establecido en las Directrices y en relación con la estructura de la primera línea de defensa de los objetivos-NSAL, al Servicio de Control Interno le compete su coordinación, seguimiento y unificación de criterios, directamente o por medio de los "supervisores de control interno".

i. La tercera línea de defensa y de control de riesgos-NSAL corresponde a la Intervención General y al resto de órganos externos de control y fiscalización, como son el Tribunal de Cuentas, que la ejercerán conforme a sus propias competencias y facultades.

**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, 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 2022, 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.

c. Durante el ejercicio 2020, los Planes de Acción aprobados para atender las recomendaciones de los órganos de control y fiscalización se gestionarán por medio de la aplicación informática adquirida para ello, con independencia del resto de objetivos y riesgos-NSAL que puedan implantarse en modo de prueba.

**Segunda. Ámbito de los objetivos y riesgos NSAL, componentes definitorios e interlocutores SPCG-SMS.**

El sistema que se implanta está basado en la fijación, en el instrumento de planificación correspondiente, de los objetivos concretos y específicos, medibles y factibles en el período temporal que se determine, así como en la determinación, definición, seguimiento y adopción de medidas preventivas y correctivas en relación con los riesgos potenciales que amenazan el logro de tales objetivos.

**1. Ámbito de los objetivos-NSAL.** Se fijan inicialmente los siguientes ámbitos a efectos de objetivos y riesgos-NSAL:

a. Acuerdos de gestión, en cuanto a objetivos-NSAL contenidos en ellos.

b. Gestión de los aprovisionamientos.

c. Gestión del resto de la contratación administrativa.

d. Gestión de la facturación a terceros.

e. Gestión de productos farmacéuticos.

f. Gestión de inventario de activos y de existencias.

g. Gestión de los recursos humanos.

h. Gestión de subvenciones y ayudas.

Los ámbitos anteriores podrán ser objeto de revisión y modificación anual, a propuesta del Servicio de Control Interno.

**2. Áreas de influencia.** Tanto los objetivos como los riesgos-NSAL en los ámbitos respectivos, se atribuirán a una o varias de las siguientes áreas de competencia o influencia, según donde resida la competencia para establecer y gestionar los objetivos y adoptar las medidas preventivas o correctivas de los riesgos, conforme a las normas de estructura y funciones:

**a. Alta Dirección**, formada por el Consejo de Administración y por la Dirección Gerencia del SMS.

**b. Dirección Servicios Centrales**, integrada por la Secretaría General Técnica, las Direcciones Generales y las Subdirecciones Generales, así como por el resto de unidades administrativas de nivel orgánico inferior, situadas en los Servicios Centrales.

**c. Dirección periférica**, integrada por las Gerencias de Área, Gerencia del Hospital Psiquiátrico Román Alberca y de Salud Mental y Centro Regional de Hemodonación.

**d. Otras**, integrada por la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061.

**3. Valor de la probabilidad**. Variable que determina la estimación en cuanto a la ocurrencia del riesgo. La probabilidad puedes oscilar entre los valores 1 y 5, siendo 1, baja probabilidad y 5, máxima probabilidad de ocurrencia.

**4. Valor del impacto**. Variable que mide la intensidad o gravedad con la que el riesgo impacta en la organización, atendiendo a las consecuencias para el objetivo marcado. El valor del impacto puede oscilar entre los valores 1 y 5, siendo 1 para escaso o reducido impacto y 5, máximo impacto en la consecución del objetivo.

**5. Valor del riesgo**. Variable que relaciona la probabilidad y el impacto y determina el valor final del riesgo. Es el resultado de multiplicar el valor de la probabilidad por el valor del impacto. Sus valores oscilan entre 1, mínimo valor de riesgo y 25, máximo valor.

**6. Calificación del riesgo**. Atendiendo al valor del riesgo, se utiliza la siguiente Tabla de calificación:

| VALORES DEL RIESGO | CALIFICACIÓN DEL RIESGO |
|---|---|
| 1 a 3 | Riesgo razonablemente aceptable |
| 4 a 8 | Riesgo aceptable con controles |
| 9 a 14 | Riesgo indeseable |
| 15 a 25 | Riesgo intolerable |

**7. Medidas.** En función del valor del riesgo, se aplicarán:

a. Valores del riesgo < 9. Se aplicarán las medidas preventivas que se hayan definido.

b. Valores del riesgo ≥ 9. Se aplicarán medidas correctivas previstas previamente.

**8. Interlocución de las Unidades Gestoras con los órganos del SPCG-SMS**. A efectos de interlocución, requerimientos y firma de documentos relacionados con los órganos operativos de control interno, serán interlocutores autorizados en representación de la Unidad Gestora:

a. En las unidades periféricas y en el resto de unidades no integradas en los Servicios Centrales, asumirán la interlocución con los supervisores y técnicos de control interno, los directores gerentes y los directores de gestión y asuntos generales indistintamente, en representación de la unidad gestora.

b. En el ámbito central, serán los titulares de las subdirecciones generales quienes actuarán como interlocutores de los órganos operativos de control interno del SPCG-SMS.

c. En el ámbito central y en relación con las unidades administrativas dependientes de la Secretaría General Técnica, serán los titulares de las jefaturas de Servicio quienes ostenten la interlocución con los órganos operativos de control interno que forman parte del SPCG-SMS.

**Tercera. Órganos que intervienen en la implantación del SPCG-SMS y funciones, competencias y responsabilidades respectivas**

1. El SPCG-SMS como nuevo sistema de control interno, está conformado por la estructura, los órganos y los puestos de trabajo que se indican, asumiendo cada uno de ellos un papel concreto en el proceso de implantar el SPCG-SMS.

2. Los órganos con responsabilidades en el SPCG-SMS, son:

2.1. Órganos de dirección del sistema o Alta Dirección. Son órganos de dirección del SPCG-SMS:

a) El Consejo de Administración.

b) La Dirección Gerencia del Servicio Murciano de Salud.

2.2. Órganos directivos y unidades administrativas responsables. Son responsables de la implantación efectiva del SPCG-SMS:

a. La Secretaría General Técnica.

b. Las Direcciones Generales y quienes desempeñen puestos calificados como directivos en la organización central del Servicio Murciano de Salud, a las que corresponde impartir las instrucciones pertinentes para la determinación de objetivos-NSAL concretos y la fijación de los riesgos inherentes a los mismos y promover la aplicación del sistema de control de riesgos entre las unidades gestoras dependientes.

c. Las Jefaturas de Servicio integradas en los órganos centrales del SMS. Son las responsables operativas de las actividades encaminadas al logro de los objetivos-NSAL, al análisis y seguimiento de los riesgos a ellos asociados, así como proponer a sus superiores las medidas preventivas y correctivas previstas y ejecutarlas.

d. Las direcciones gerencia de Área, las direcciones de gestión y asuntos generales, las subdirecciones y quienes ostenten la condición de personal directivo en la organización periférica, así como las jefaturas de Servicio y las supervisiones, en las Áreas de Salud. Les corresponde la determinación de los objetivos NSAL en relación con los planes y acuerdos de gestión aprobados, así como la fijación, análisis, seguimiento y determinación del nivel de riesgos asociados a dichos objetivos, informando mediante autoevaluaciones con la periodicidad que se establezca y que no podrá ser inferior a tres autoevaluaciones anuales y por medio de los informes de verificación de los Supervisores de control interno, a la Alta dirección del estado de cumplimiento de tales objetivos y de los riesgos a ellos asociados, así como de las medidas preventivas o correctivas adoptadas y sus efectos.

e. Las gerencias y las direcciones y jefaturas de las gerencias, centros regionales y servicios cuyas competencias tengan ámbito regional. Les corresponden las mismas funciones señaladas en el punto inmediato anterior, en el ámbito de sus respectivas demarcaciones.

2.3. Órganos operativos del sistema de control interno.

1. El Servicio de Control Interno. Es la unidad administrativa encargada de la dirección técnica del SPCG-SMS.

2. Los supervisores de control interno.

a. Los supervisores de control interno, son aquellos empleados del Servicio Murciano de Salud, que cumpliendo los requisitos señalados en la directriz tercera, punto 4.4 y habiendo sido designados conforme a lo dispuesto en las mismas, ocupen los puestos de trabajo así denominados, asumiendo las funciones de asistencia, asesoramiento, supervisión, verificación de autoevaluaciones y chequeo de los objetivos y riesgos-NSAL asignados a la Unidad Gestora en la que se encuentre destinado, de acuerdo con los planes de actuación de control interno que se implanten y de las instrucciones recibidas del Servicio de Control Interno.

b. Los supervisores de control interno tendrán plena dedicación a las funciones que se le atribuyen, estando relevados de otras tareas salvo las actividades conexas con el control interno, tales como las relativas al control de la gestión de la actividad sanitaria o a la obtención de indicadores de cualquier naturaleza para cuadros de mando, cuyos resultados también serán incorporados al SPCG-SMS.

c. En materia de Planes de Acción para las recomendaciones de los órganos de control y fiscalización, supervisarán las autoevaluaciones, pudiendo verificarlas.

d. Como supervisores de control interno gozarán de plena independencia y capacidad de actuación, sin sometimiento a las órdenes del responsable de la unidad u órgano gestor. Las observaciones, conclusiones y recomendaciones que formulen serán reportadas al responsable del órgano gestor y al Servicio de Control Interno, a través de los Técnicos de Control Interno asignados como coordinadores y validadores de los procedimientos utilizados y ello, sin perjuicio

de que desarrollen una labor constante de apoyo, asesoramiento, asistencia y detección de riesgos en el cumplimiento de los objetivos de la unidad gestora.

e. Sin perjuicio de las funciones anteriores y de las señaladas en las Directrices, la finalidad primordial de los supervisores de control interno es la asistencia, asesoramiento y supervisión de la buena gestión de su unidad, así como para la detección precoz de los posibles riesgos de incumplimiento de objetivos, de cualquier naturaleza, en el ámbito de aplicación de los procedimientos de gestión habituales de la unidad y en las materias integradas en alguno de los ámbitos a que se refiere el apartado 1 de la instrucción segunda.

f. El personal dependiente de cualquier Servicio o Unidad administrativa que se halle adscrito al SPCG-SMS ostentará los derechos y obligaciones establecidos en la directriz séptima de las Directrices del Consejo y los responsables de dichas unidades estarán obligados a permitir y facilitar el ejercicio pacífico de sus funciones de control interno.

**Cuarta. Documentación de las actuaciones del SPCG-SMS**

1. Las actuaciones realizadas por los diferentes órganos y unidades administrativas integradas en el SPCG-SMS, se documentarán mediante alguno de los siguientes documentos establecidos en las Directrices y que integran el catálogo documental del sistema de control interno.

2. El Director Gerente del SMS podrá modificar el catálogo documental, así como incluir nuevos tipos de documentos normalizados, para su uso por los órganos del SPCG-SMS, a propuesta del Jefe de Servicio de Control Interno, a través de la Secretaría General Técnica.

3. Las conclusiones, recomendaciones, propuestas o acuerdos que se contengan en los Informes definitivos o en las actas de Control Interno, vinculan al órgano gestor al que se refieran y su responsable está obligado a ponerlas en práctica con la mayor diligencia. El Jefe de Servicio de Control Interno ante el incumplimiento reiterado de esa obligación y tras haber formulado, sin resultado, el oportuno requerimiento, deberá ponerlo en conocimiento del Director Gerente del SMS, a través de la Secretaría General Técnica.

**Quinta. Designación de supervisores de control interno**

1. En el plazo de tres meses desde la entrada en vigor de esta Instrucción, los responsables de las Unidades Gestoras propondrán a la Secretaría General Técnica a quienes van a ejercer como supervisores de control interno en su ámbito.

2. El personal designado deberá cumplir con los requisitos fijados en la directriz tercera punto 4.4. La designación de supervisores de control interno se llevará a cabo, preferentemente, de entre el personal que se halle destinado en las unidades de control de la gestión existentes en las respectivas Unidades Gestoras.

3. La Secretaría General Técnica y la Dirección General de Recurso Humanos adoptarán las medidas necesarias para formalizar las designaciones y modificar, en su caso, la plantilla orgánica.

4. El personal así designado será formado técnicamente por el Servicio de Control Interno y estará coordinado y supervisado por técnicos de dicho Servicio.

5. Los supervisores de control interno actuarán en el ámbito de todos los centros y unidades dependientes de la Unidad Gestora.

6. Las unidades de control de la gestión que existan en las estructuras orgánicas de las Unidades Gestoras pasarán a denominarse "unidades de control interno", a partir de la entrada en vigor de la presente Instrucción.

**Sexta. Número de supervisores de control interno por Unidades Gestoras**

La plantilla de supervisores de control interno quedará integrada por los siguientes efectivos y Unidades Gestoras:

| Unidad Gestora | Dotación 2020 | Dotación 2021 | Dotación 2022 |
|---|---|---|---|
| D.G. Área I | 1 | 2 | 3 |
| D.G. Área II | 1 | 2 | 2 |
| D.G. Área III | 1 | 1 | 2 |
| D.G. Área IV | 1 | 1 | 1 |
| D.G. Área V | 1 | 1 | 1 |
| D.G. Área VI | 1 | 1 | 1 |
| D.G. Área VII | 1 | 1 | 1 |
| D.G. Área VIII | 1 | 1 | 1 |
| D.G. Área IX | 1 | 1 | 1 |
| Gerencia 061 | 1 | 1 | 1 |
| Salud Mental y HPRA | 1 | 1 | 1 |
| **Total dotación** | **11** | **13** | **15** |

**Séptima. Modelo de ficha de objetivo y riegos-NSAL**

Se adjunta un modelo de ficha para describir cada uno de los objetivos y riesgos-NSAL, que podrá ser modificada o adaptada por el Servicio de Control Interno.

**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, 28 de mayo de 2020.—El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, Asensio López Santiago.

## ANEXO.- FICHA Líneas Actuación/Objetivos/Riesgos-NSAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **I.PLANIFICACIÓN.**<br>**Instrumento Planificación (1)** | | | | | |
| **Vigencia hasta (2)** | | **Ejercicio actual (3)** | | **Nº Líneas Actuación (4)** | |
| **II.LINEA DE ACTUACIÓN 0# (5)** | | | | **Nº objetivos incluidos en la Línea (6)** | |
| **III.OBJETIVO 0# (descripción) (7)** | | | | **Plazo ejecución hasta (8)** | |
| **Ámbito (9)** | **Grupo de objetivos (10)** | **Área Influencia (11)** | **Indicador objetivo (12)** | **Magnitud indicador objetivo (13)** | **Fechas-Test Autoevaluación (14)** |
| | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **IV.RIESGOS asociados al objetivo 0# (11)** | | | | | | | |
| **Cód. Riesgo nº 01 (15)** | **Valor probabilidad (16)** | **Valor impacto (17)** | **Valor Riesgo (18)** | **Calificación del Riesgo (19)** | **Valor Indicador Objetivo para aplicar Medidas (20)** | **Medidas preventivas aplicables (21)** | **Medidas correctivas aplicables (22)** |
| **LA##-OB##-R01** | | | | | | | |
| **Observaciones adicionales a las medidas aplicables en caso de ocurrencia del riesgo (Impacto en otros objetivos y en el Instrumento de Planificación) (23)** | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| **Fecha y firma del responsable de la unidad** | | | | | | | |

(1). Plan Estratégico, Contrato-Programa, Acuerdo Gestión.
(2) Vigencia, indicar período de vigencia (p.ej: 2020-2022). Si la vigencia es anual, indicar sólo el ejercicio.
(3) Ejercicio al que se aplica dentro del período de vigencia.
(4) Líneas de actuación diferenciadas dentro del instrumento de planificación.
(5) Descripción de la Línea de actuación 1ª. Cada Línea de Actuación se numerará correlativamente desde 01 a ## y se identificará con el acrónimo LA01 a LA##.
(6) Número de Objetivos asociados a la Línea de actuaciones. Cada Objetivo se numerará correlativamente dentro de cada Línea de Actuación, con el formato "LA##-OB##
(7) Describir el objetivo 01
(8) Última fecha para lograr el objetivo
(9) Ámbito. Hace referencia a alguno de los ámbitos de objetivos fijados en el Mapa de riesgos:

- Acuerdos de Gestión
- Gestión de los aprovisionamientos
- Gestión del resto de la contratación administrativa
- Gestión de la facturación a terceros
- Gestión de productos farmacéuticos
- Gestión de inventario de activos y de existencias
- Gestión de los Recursos Humanos
- Gestión de Subvenciones y Ayudas

Los ámbitos anteriores podrán ser objeto de revisión y modificación anual, a propuesta del Servicio de Control Interno.
(10) Grupo. Se refiere a la inclusión de uno de los siguientes Grupos de Objetivos:
OEI. Objetivos estratégicos integrales
OOP. Objetivos operativos
OIN. Objetivos de información
OCL. Objetivos de cumplimiento legal
(11) Área de Influencia. Indica el área de competencia en la que está residenciado el objetivo. Puede ser:
AD. Alta Dirección (Consejo de Administración y Director Gerente)
DSC. Dirección Servicios Centrales
DA. Dirección de Áreas y unidades periféricas
(12) Indicador objetivo. Recoge en descripción el Indicador principal que mide el cumplimiento del objetivo. Es un texto expresivo del indicador principal del objetivo.

(13) Magnitud del indicador. Recoge la cifra numérica del valor del indicador (cantidad, coste, número de actuaciones, etc… Debe ser medible y demostrable objetivamente)
(14) Fechas Test Autoevaluación: Recoge las fechas concretas o la referencia temporal (mensual, trimestral, cuatrimestral) en las que se harán autoevaluaciones y análisis del objetivo.
(15) Código de Riesgo. Se asignará un código numérico a cada uno de los riesgos asociados a un mismo objetivo, comenzando por 01 y hasta 0#, siendo # un número secuencial 1, 2, 3, … El símbolo # indica un valor numérico correlativo.
(16) Valor probabilidad. Se trata de recoger el valor dado al objetivo y riesgo concreto en el Mapa de Riesgos. Puede adoptar valores entre 1 y 5, donde 1 es poco probable y 5 muy probable.
(17) Valor impacto. Recoge el valor numérico que tenga asignado el objetivo y riesgo concreto en el Mapa de Riesgos. Puede adoptar valores entre 1 y 5, donde 1 es poco impacto o impacto inapreciable y 5 impacto máximo y relevante para el objetivo.
(18) Valor del riesgo. Recoge el producto de multiplicar valor de probabilidad y valor impacto.
(19) Calificación del riesgo. Se utilizará la tabla siguiente en función del valor del riesgo:

| VALORES DEL RIESGO | CALIFICACIÓN DEL RIESGO |
|---|---|
| 1 a 3 | RRA. Riesgo razonablemente aceptable |
| 4 a 8 | RAC. Riesgo aceptable con controles |
| 9 a 14 | RID. Riesgo indeseable |
| 15 a 25 | RIT. Riesgo intolerable |

(20) Valor indicador objetivo para aplicar medidas. Recoge el rango de valores del indicador, a partir de cuyo límite mínimo se iniciará la aplicación de las medidas preventivas o correctivas asociadas al riesgo.
(21) Medidas preventivas aplicables. Se describirán de forma estructurada y numerada si son varias, debiendo acompañarse de un documento descriptivo de cada medida: contenido, puesto que debe autorizar su aplicación, plazo para hacerlo, consecuencias y efectos esperados, así como evaluación de esos efectos.
(22) Medidas correctivas aplicables. Se describirán de forma estructurada y numerada si son varias, debiendo acompañarse de un documento descriptivo de cada medida: contenido, puesto que debe autorizar su aplicación, plazo para hacerlo, consecuencias y efectos esperados, así como evaluación de esos efectos.
(23) Observaciones ampliatorias o adicionales para recoger aspectos importantes del objetivo y del riesgo y que sean relevantes para su conocimiento y análisis.