E.S.E. HOSPITAL
CARISMA

ACUERDO N. 06
Medellín, 22 de septiembre de 2022

POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA EL MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS ORGANIZACIONALES (SIGRO) EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CARISMA.

La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado, en uso de sus atribuciones legales y estatutaria, especialmente las conferidas por el Decreto 780 de 2016 (compiló el Decreto 1876 de 1994) y la Circular Externa 20211700000004-5 y la Circular Externa 20211700000005-5 Súper Intendencia Nacional de Salud.

CONSIDERANDO QUE:

1. Que la constitución Política en su artículo 209, establece que la Administración Pública, en todos sus órdenes tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señala la Ley.

2. Que la ley 87 de 1993 en su artículo 6, dispuso que el establecimiento y desarrollo del sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la cuidad, eficiencia y eficacia del Control Interno, también será responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos.

3. El literal f) del Artículo 2 de la Ley en mención, establece como uno de los objetivos del Sistema de control interno definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos.

4. Que la Ley 1474 de 2011 en su artículo 12 Estatuto Anticorrupción, crea el Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas Financieras y de Atención en Salud del SGSSS y ordena a la SNS, el cual define que, para sus sujetos vigilados, un conjunto de medidas preventivas para control, así como la implementación de indicadores de alerta temprana y ejercer sus funciones de IVC sobre la materia.

5. Esta misma Ley, en el artículo 73, establece la obligatoriedad para las entidades públicas de elaborar anualmente la "estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano", la cual contempla mapa de riesgos anticorrupción, medidas de mitigación, estrategias anti-trámites y mecanismos de mejora a la atención (lo cual considera la conducta y trato por parte del servidor público).
6. De igual forma, en desarrollo del modelo de supervisión basada en riesgos, fue expedida la Resolución 4559 de 2018 "Por la cual se adopta el modelo de Inspección, Vigilancia y Control para la Superintendencia Nacional de Salud para el ejercicio de la supervisión de los riesgos

inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud", la cual en los artículos 2, 3 y 4 insta a las entidades vigiladas a la implementación de un Sistema Integrado de gestión de riesgos, estableciendo el mecanismo para hacer exigible el sistema para cada tipo de vigilado, así como las instrucciones con los lineamientos mínimos que el mismo debe tener.

7. En esa misma línea, por medio de la expedición de la Circular Externa 003 de 2018, se impartieron recomendaciones para la implementación y la ejecución de mejores prácticas organizacionales (Código de Conducta y de Buen Gobierno empresarial) para las IPS vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud pertenecientes a los grupos C1 y C2 establecidos en la Circular Externa 018 de 2015 y las normas que la modifiquen, sustituyan o eliminen.

8. La Circular Externa 003 de 2018 parte del principio de voluntariedad (cumpla o explique) con el fin de incentivar una política de autorregulación, autocontrol y autogestión, fortalecer los criterios de idoneidad y reputación para la Alta Gerencia, información pública oportuna y de calidad en pro de lograr una mayor eficiencia, transparencia y optimización del uso de los recursos del SGSSS, un mayor compromiso y responsabilidad frente a la gestión de riesgos que se vea reflejado en mejores resultados en la atención del paciente y la protección de los usuarios.

9. Como consecuencia de las actividades propias y operaciones diarias de las IPS, estas se ven expuestas a diversos riesgos inherentes, que deben ser identificados y administrados en un Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, que promueva el autocontrol y permita generar alertas tempranas al interior de cada entidad sometida a la Inspección, Vigilancia y Control IVC de la Súper Intendencia Nacional de Salud SNS.

10. Es así, como este Sistema Integrado de Gestión de Riesgos Organizacionales (SIGRO) debe estar alineado con los planes estratégicos que tenga cada entidad. Sin embargo, se precisa que la SNS llevará a cabo seguimiento a los Subsistemas de Administración de los Riesgos priorizados de acuerdo con la Resolución 4559 de 2018, con fines de supervisión.

11. Los elementos y procedimientos mínimos que se deben tener en cuenta en el ciclo de gestión para cada uno de los riesgos prioritarios estipulados por esta Superintendencia se desarrollarán en los siguientes literales y numerales.

12. A su vez, los principios y directrices genéricos para la gestión del riesgo en una organización sin importar su naturaleza, industria y sector se encuentran establecidas bajo la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 31000 expedida por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), la cual es una adopción idéntica por traducción de la norma internacional ISO 31000 de 2009. Cabe resaltar que su adopción es voluntaria.
13. Que mediante la resolución 26 del 15 de enero del 2020, emitida por la gerencia de la ESE Hospital Carisma, se establecieron los lineamentos para la Administración de Riesgos en la Empresa Social del Estado Hospital Carisma con carácter prioritario, estratégico y fundamentada por MIPG.

E.S.E. HOSPITAL
CARISMA

14. Circular Externa 20211700000004-5 de septiembre 15 de 2021, Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y buen gobierno organizacional, el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus subsistemas de Administración de Riesgos.

15. Circular Externa 20211700000005-5 de septiembre 15 de 2021: Instrucciones generales relativas al Subsistema de Administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015,009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.

Es por lo que la ESE HOSPITAL CARISMA, se encuentra comprometida con el cumplimiento de las Circulares y por la cual expide el presente Sistema Integrado de Gestión de Riesgos Organizacionales (SIGRO) para estandarizar y unificar aspectos metodológicos que se ajusten a las normas vigentes.

Es función de la Junta Directiva de la ESE Hospital Carisma, adoptar dicho Manual.

Por lo anteriormente expuesto,

ACUERDA:

ARTÍCULO PRIMERO: Adoptar el Manual del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos Organizacionales (SIGRO) en la Empresa Social del Estado Hospital Carisma, Código: M-GD-P-SIGRO: 03 del 22 de septiembre de 2022 versión 1, el cual hace parte integral del presente Acuerdo.

ARTICULO SEGUNDO: El presente Acuerdo deberá ser publicado en la página web de la entidad; así mismo socializado con todos los empleados púbicos de la ESE.

ARTICULO TERCERO: El presente Acuerdo rige a partir de su aprobación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLIQUESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Medellín a los veintidós (22) días del mes de septiembre de dos mil veintidós (2022).

NATALIA MONTOYA PALACIO
Presidente

WILLIAM ANDRES ECHAVARRIA BEDOYA
Gerente

Contenido

E.S.E. HOSPITAL
CARISMA

1. INTRODUCCION

El Manual del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos Organizacionales (SIGRO) aquí expresado, es el resultado del desarrollo del Artículo 269 de la Constitución Política de Colombia, el cual predice lo siguiente: "En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad con lo que disponga la ley", establecido como un elemento de control interno, conforme lo fija el literal (l) del artículo 4º de la Ley 87 de 1.993, sobre la simplificación y actualización de normas y procedimientos. De igual forma, en cumplimiento con la circular externa 20211700000004-5 "código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos"

Acorde a lo anterior, la Administración del Riesgo se entiende como el conjunto de elementos de control que, al interrelacionarse, permiten a la Empresa Social del Estado Hospital Carisma (en adelante ESE) evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos, que permitan identificar oportunidades para el adecuado cumplimiento de sus competencias. La administración del Riesgo tiene como fin, hacer énfasis en la necesidad imperiosa de que la ESE tenga inmersos en sus procesos, los controles necesarios para lograr prestar servicios con altos estándares de seguridad y calidad.

El Manual del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos Organizacionales (SIGRO), es la herramienta técnico administrativa para que el servidor público pueda identificar, analizar y manejar permanentemente el riesgo inherente a su actividad, garantizando el cumplimiento de los objetivos institucionales, la supervivencia de la entidad y fortaleciendo continuamente la credibilidad de la misma ante los usuarios y la comunidad en general.

2. OBJETIVO

Maximizar las oportunidades y minimizar los efectos negativos asociados a la identificación de riesgos organizacionales, que permitan asegurar la sostenibilidad de los procesos, planes y programas, contribuyendo al logro de los objetivos estratégicos, generando responsabilidad sobre la administración de los riesgos en cada uno de los niveles de la organización.

2.1. Objetivos Específicos

1. Identificar y gestionar de manera sistemática los riesgos relevantes para la organización, según la identificación de los mismos y que puedan tener incidencia sobre los objetivos estratégicos, la

continuidad y sostenibilidad del negocio, generando información útil, como apoyo a las decisiones estratégicas y al desarrollo de sus actividades.

2. Fortalecer el entendimiento y control de los riesgos en los diferentes procesos y estrategias de la compañía.

3. Anticipar los eventos de riesgo que pueden presentarse y, en consecuencia, potencializar o amenazar el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

4. Asegurar la aplicación de las medidas necesarias para prevenir y mitigar los riesgos de manera efectiva.

5. Establecer un sistema sostenible, a través, de la autogestión de los riesgos en las actividades del día a día con intervención de cada uno de los responsables.

6. Involucrar y comprometer a todos los servidores de las entidades de la Administración Pública en la búsqueda de acciones encaminadas a prevenir y administrar los riesgos.

7. Cumplir con los requisitos legales y reglamentarios pertinentes.

3. REFERENTE NORMATIVO

- **Constitución Política**: Artículos 209. La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones y Articulo 269. En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad con lo que disponga la ley, la cual podrá establecer excepciones y autorizar la contratación de dichos servicios con empresas privadas colombianas.
- **Ley 1121 de 2006**: Por la cual se dictan normas para la prevención, detección, investigación y sanción de la financiación del terrorismo y otras disposiciones y Artículo 102. Régimen General. Le asigna funciones a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) en materia de Financiación del Terrorismo.
- **Decreto 1083 de 2015:** Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).
- **Circular Externa 009 del 21 de abril de 2016:** Emitida por la Superintendencia Nacional de Salud. Toda la norma imparte instrucciones relativas al sistema de administración del Riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo- SARLAFT.
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas.
- **Circular Externa 20211700000004-5 DE 2021 15-09-2021:** Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos.

Además de las anteriores, este manual consideró lineamientos establecidos en referentes, tales como:

- ✓ NTC ISO 900: Sistema de Gestión de la Calidad.
- ✓ NTC ISO 31000: Gestión del Riesgo.
- ✓ NTC ISO 45001: Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
- ✓ NTC ISO 14001: Sistemas de Gestión Ambiental.

4. ALCANCE

Aplica desde el establecimiento del contexto interno y externo, de objetivos estratégicos, de las actividades propias o tercerizadas de la entidad, hasta el tratamiento del riesgo e intervención de los mismos, con el compromiso y la gestión de todos los niveles de la organización, evitando poner en riesgo el objetivo misional de la ESE Hospital Carisma.

5. CONCEPTOS GENERALES

a. Administrador: De acuerdo con el artículo 22 de la Ley 222 de 1995, "son administradores el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detenten esas funciones". El administrador debe obrar de buena fe, con lealtad y con diligencia. Sus actuaciones se cumplirán en interés de la sociedad, teniendo en cuenta los intereses de sus asociados, y en el cumplimiento de su función, deben realizar como mínimo las expresadas en el artículo 23 de la mencionada Ley.

b. Atención en Salud: Servicios o tecnologías en salud suministrados a los individuos y a la comunidad para promover, mantener, monitorizar o restaurar el estado de salud.

c. Categorías de riesgos prioritarios: Agrupadores de distintos tipos de riesgos en torno a un elemento común, prioritarios para fines de supervisión definidos por la SNS.

Cabe resaltar que las IPS deben gestionar todos los riesgos que se presenten dentro de su operación, y dependerá de la discrecionalidad y organización que cada entidad les quiera dar para su tratamiento. Sin embargo, deberán contemplar como mínimo, los siguientes riesgos: Riesgo en Salud, Riesgo Actuarial; Riesgo de Crédito, Riesgo de Liquidez, Riesgo de Mercado de Capitales, Riesgo Operacional, Riesgo de Grupo y Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

d. Ciclo general de gestión de riesgo: Son las etapas que incorpora un Subsistema de Administración de Riesgos para cada uno de los tipos o categorías de riesgo identificadas.

e. Conflicto de interés: Se considera que existe un conflicto de interés cuando por una situación de control, influencia directa o indirecta entre entidades, personas naturales o jurídicas, se realicen operaciones, transacciones, decisiones, traslado de recursos, situaciones de ventaja, mejoramiento en la posición de mercado, competencia desleal, desviaciones de recursos de seguridad social, o cualquier situación de hecho o de derecho que desequilibre el buen funcionamiento financiero, comercial o de materialización del riesgo al interior del sector. Estos desequilibrios tienen su fundamento en un "interés privado" que motiva a actuar en contravía de sus obligaciones y puede generar un beneficio personal, comercial o económico para la parte que incurre en estas conductas.

f. Contralor Normativo: Cargo o área especializada dentro o fuera de la organización, el cual es nombrado por la Junta Directiva o quien haga sus veces, y ejerce control para asegurar la observancia de las disposiciones normativas aplicables. Sus funciones son dependientes de la Junta o quien haga sus veces, a quien debe asesorar y rendir cuentas.

g. Controles: Medidas prudenciales, preventivas y correctivas que ayudan a contrarrestar la exposición a los diferentes riesgos. Entre estas se encuentra la implementación de políticas, procesos, prácticas u otras estrategias de gestión.

h. Cultura de autocontrol: Concepto integral que agrupa todo lo relacionado con el ambiente de control, gestión de riesgos, sistemas de control interno, información, comunicación y monitoreo. Permite a la entidad contar con una estructura, unas políticas y unos procedimientos ejercidos por toda la organización (desde la Junta Directiva y la Alta Gerencia, hasta los propios funcionarios y contratistas), los cuales pueden proveer una seguridad razonable en relación con el logro de los objetivos de la entidad.

i. Evento: Situación que se presenta en un lugar específico y durante un intervalo de tiempo determinado.

j. Eventos externos: Son eventos ocasionados por terceros, o, asociados a la naturaleza que, debido a su causa y origen, se escapan del control de la entidad.

k. Evento de pérdida: Son las situaciones que generan pérdidas a las entidades al exponerse a cualquier riesgo.

l. Factores de riesgo: Fuentes generadoras de eventos tanto internas como externas a la entidad y que pueden o no llegar a materializarse en pérdidas. Cada riesgo identificado puede ser originado por diferentes factores que pueden estar entrelazados unos con otros. Son factores de riesgo el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, los acontecimientos externos, entre otros.

m. Falla de mercado: Una situación en la que un mercado no asigna eficientemente los recursos por sí solo.

n. Gestión de Riesgo: Es un enfoque estructurado y estratégico liderado por la Alta Gerencia acorde con las políticas de gobierno organizacional de cada entidad, en donde se busca implementar un

conjunto de acciones y actividades coordinadas para disminuir la probabilidad de ocurrencia o mitigar el impacto de un evento de riesgo potencial (incertidumbre) que pueda afectar los resultados y, por ende, el logro de los objetivos de cada entidad, así como el cumplimiento de los objetivos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) o sus obligaciones. Dentro de este conjunto de acciones se incluye, entre otros, el ciclo general de gestión de riesgo.

o. Grupos de Riesgo: Conjunto procesos y/o personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios.

p. Gobierno Organizacional: Es el conjunto de normas, procedimientos y órganos internos aplicables a cualquier tipo de entidad, mediante los cuales se dirige y controla la gestión de estas de conformidad con las disposiciones contenidas en la presente Circular y demás disposiciones sobre la materia. Tiene como objeto la adopción de mejores prácticas para garantizar que la gestión de las entidades se realice bajo los principios de trasparencia, eficiencia, equidad, y propender por la calidad en la prestación de los servicios de salud centrados en el usuario; además proporciona herramientas técnicas y jurídicas que permitan el balance entre la gestión de cada órgano y el control de dicha gestión.

q. Influencia Significativa: El poder de intervenir en las decisiones de política financiera y de operación en la participación, sin llegar a tener el control ni el control conjunto de dichas decisiones.

r. Mapa de riesgos: La herramienta conceptual y metodológica para la valoración de los riesgos en la ESE Hospital Carisma. La cual debe ser actualizada cada que se materialice eventos adversos y/o materialización, cambios en los procesos y/o nuevos procesos.

s. Pérdidas: Cuantificación económica que representa la materialización de un evento de Riesgo Operacional, donde se incluyen los gastos derivados de su atención.

t. Perfil de riesgo: Resultado consolidado de la medición de los riesgos a los que se ve expuesta una entidad.

u. Pruebas de desempeño o de autocomprobación (Back Testing): Se desarrolla para evaluar y calibrar la consistencia y confiabilidad de la medición de los indicadores de riesgos estimados por parte del modelo que se está utilizando, mediante la comparación de los resultados que el modelo arrojó, frente a los resultados observados. De esta manera se pueden identificar y ajustar los supuestos, parámetros y demás elementos que hacen parte del modelo de cálculo.

v. Pruebas de tensión (Stress Testing): Herramienta de diagnóstico donde bajo varios escenarios de estrés, se simulan diferentes choques extremos a los factores de riesgo para evaluar su sensibilidad e impacto, además de la capacidad de respuesta que las entidades tienen para enfrentarlos. Busca identificar fortalezas y vulnerabilidades de los Subsistemas de Administración de Riesgos de manera individual para cada riesgo, y así cada entidad pueda comprender mejor sus propios perfiles de riesgo y validar los límites establecidos.

w. Reputación: Percepción agregada que sobre una organización tienen los agentes relacionados con ella, sean estos clientes, accionistas, grupos de interés, partes vinculadas o público en general, la cual tiene el potencial de afectar la confianza en la entidad, influenciando su volumen de negocios, y su situación general. Esta puede variar por factores tales como el desempeño, escándalos, menciones en prensa, entre otros.

- **Riesgo:** Posibilidad que ocurra un evento que pueda afectar negativamente el cumplimiento de la operación de una Entidad y que atenten contra los objetivos del SGSSS.

- **Riesgo inherente:** Nivel de riesgo propio de la actividad, cuya evaluación se efectúa sin considerar el efecto de los mecanismos de mitigación y de control.

- **Riesgo neto o residual:** Nivel de riesgo que resulta luego de la aplicación de las medidas de control o mitigación existentes a los riesgos inherentes.

- **Riesgo neto global:** Resultado de la combinación de cada uno de los riesgos residuales de la entidad, teniendo en cuenta la importancia relativa que a cada categoría de riesgo le haya asignado la Entidad.

- **Riesgo significativo:** Riesgo identificado y valorado de incorreción material que, a juicio del auditor, requiere una consideración especial en la auditoria.

y. Seguridad del Paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

z. SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

6. CONCEPTO BÁSICO DE RIESGO

Cualquier actividad que el ser humano realice está expuesta a riesgos de diversa índole, los cuales influyen de diferente forma en los resultados esperados en particular o colectivamente. La capacidad de identificar estas probables eventualidades su origen y posible impacto, constituye ciertamente una tarea difícil pero necesaria para el logro de los objetivos propuestos.

Actualmente, las tendencias internacionales vienen registrando un importante cambio de visión en cuando a la gestión del riesgo empresarial, es decir, de un enfoque de gestión cotidiano, hacia una gestión apoyada en la identificación, análisis, valoración, monitoreo, control y divulgación de los riesgos institucionales, llámense por procesos, de corrupción o de lavado de activos y financiación del terrorismo.

En las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), su desempeño depende de la gestión de los riesgos inherentes a sus procesos, subprocesos y actividades en la prestación de servicios de salud a los usuarios.

En consecuencia, gestionar eficazmente los riesgos para garantizar resultados concordantes con los objetivos estratégicos de la ESE Hospital Carisma, quizás sea uno de los mayores retos de la alta dirección y gestores de los servicios de salud. Por ello, la gestión integral de los riesgos se vuelve parte fundamental de la estrategia y factor clave de éxito, en la creación de valor agregado para los usuarios, servidores públicos, gobierno y demás partes interesadas.

En este orden de ideas, es imprescindible que la ESE Hospital Carisma cuente con herramientas que le permitan:

1. Definir y establecer criterios a partir de los cuales, se gestionen los riesgos de la Entidad.
2. Estructurar y definir a través de un mapa de riesgo, los procesos y su exposición a los riesgos inherentes a sus actividades y/o tareas y en consecuencia establecer los controles para su mitigación.
3. Monitorear y realizar la medición de todas las categorías de riesgo que pueden impactar la operatividad de la empresa en forma global por proceso.
4. Establecer e implementar las políticas de control (Directivo, preventivo, correctivo y de recuperación) a los riesgos con una visión integral y acorde con la naturaleza de la Entidad.

7. CLASES DE RIESGO

7.1. Gestión del Riesgo en Salud

Se entiende por Riesgo en Salud la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. El evento, es la ocurrencia de la enfermedad, traumatismos o su evolución negativa, desfavorable o complicaciones de esta; y las causas, son los diferentes factores asociados a los eventos.1 De esta manera, se incluyen el marco institucional y el ciclo de gestión de riesgo en salud. Asimismo, lo dispuesto en el presente numeral se entiende sin perjuicio de los requisitos establecidos que deben acreditar las entidades por normas superiores de las autoridades competentes que regulen la materia.

7.2. Gestión del Riesgo Operacional

El Riesgo Operacional corresponde a la probabilidad que una entidad presente desviaciones en los objetivos misionales, como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal y biomédicos, en la infraestructura, por fraude, corrupción y opacidad, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros. Es importante resaltar que, la anterior definición incluye una amplia variedad de factores de riesgo que pueden afectar los objetivos de las entidades, y que pueden materializarse como resultado de una deficiencia o ruptura en los controles internos o procesos de control, fallas tecnológicas, errores humanos, deshonestidad, prácticas inseguras y catástrofes naturales, entre otras causas, que afectan diferentes procesos, según las características propias de cada entidad. Es así como los Riesgos Operacionales en la entidad pueden generar pérdidas de tres tipos:

a) Pérdidas en los resultados en salud de los pacientes, los cuales, por su relevancia son tratados como riesgos en salud.

b) Pérdidas en los resultados operativos esperados, incluyendo la satisfacción de la población en su área de influencia, que deben ser tratados en el resultado de la gestión de los riesgos operacionales.

c) Pérdidas financieras en la entidad, que corresponden a la contabilización de los eventos de riesgo y los riesgos que se materializaron, tratados en la evaluación de los riesgos financieros.

7.3. Gestión del Riesgo Actuarial

Se entiende por riesgo actuarial la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos según los diferentes tipos de contratos (cápita, evento, Grupo Relacionado de Diagnóstico, Pago Global Prospectivo entre otros) por venta de servicios, de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir las obligaciones futuras que se acordaron. Estas estimaciones deben realizarse teniendo en cuenta algunos eventos futuros e inciertos que podrían ocurrir como:

a. Desconocimiento de la demanda efectiva de servicios que van a atender, de la situación en salud de la población y de las frecuencias de uso.
b. Concentración poblacional, con un enfoque diferencial de género, étnico, grupos etarios, regiones, grupo de riesgo, curso de vida, entre otros.
c. Atención en zonas de difícil acceso y alta dispersión de la población.
d. Hechos catastróficos o situaciones similares que afecten un número elevado de la población incluida en los contratos.
e. Variaciones en las condiciones de morbi-mortalidad de la población incluida en los contratos.
f. Incrementos inesperados en los costos de proveedores.
g. Incorporación de tecnología nueva que requiera recursos de inversión considerables.

7.4. Gestión del Riesgo de Crédito

El Riesgo de Crédito corresponde a la posibilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, como, por ejemplo, monto, plazo y demás condiciones. Teniendo en cuenta la anterior definición, las entidades deben evaluar permanentemente el riesgo inherente que sus activos pierdan valor, como consecuencia de que un deudor o contraparte incumpla sus obligaciones.

Es así como dentro de esta evaluación debe incorporar oportunamente los cambios significativos de las condiciones de cumplimiento de sus deudores. Para esto, la entidad deberá desarrollar políticas, procedimientos y mecanismos idóneos que le permitan llevar a cabo en forma oportuna el ciclo general de gestión de este riesgo particular.

7.5. Gestión del Riesgo de Liquidez

El Riesgo de Liquidez corresponde a la posibilidad que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente) como en el mediano y largo plazo (riesgo latente). Como consecuencia de las actividades y operaciones diarias, las entidades se ven expuestas a este riesgo de liquidez. La gestión de liquidez de la entidad está relacionada con:

a. Una adecuada recuperación de cartera (gestión de riesgo de crédito),
b. Una adecuada modelación y monitoreo a las volatilidades del mercado financiero (gestión de riesgo de mercado de capitales).
c. Una adecuada modelación y gestión de la razón combinada entre costos e ingresos por venta de servicios de salud contratados bajo modalidades diferentes al pago por evento (gestión de riesgo actuarial), dado que los flujos esperados de ingresos se ajustarían a las proyecciones de la entidad para cubrir con sus obligaciones.

La materialización del riesgo de liquidez genera necesidades de recursos líquidos por parte de las entidades, las cuales pueden verse limitadas para realizar los pagos a terceros como pueden ser a proveedores, empleados y demás acreedores, lo que podría conllevar, entre otras consecuencias, a deficiencias en la prestación de los servicios de salud. Lo expuesto, puede generar un riesgo sistémico y afectar la percepción de los usuarios al servicio de salud y la viabilidad financiera de las entidades del sector.

Con el objetivo de evitar que las situaciones antes descritas se materialicen, la Superintendencia Nacional de Salud considera necesario que las entidades desarrollen e implementen un Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez que les permita tomar decisiones oportunas para mitigar este riesgo.

7.6. Gestión del Riesgo de Mercado de Capitales

El Riesgo de Mercado de Capitales corresponde a la posibilidad de incurrir en pérdidas derivadas de un incremento no esperado, de sus obligaciones con acreedores tanto internos como externos, o la pérdida en el valor de sus activos, por causa de las variaciones en los parámetros del mercado tales como la tasa de interés, la tasa de cambio o cualquier otra variable de referencia que afecte los precios del mercado financiero y asimismo los estados financieros de la entidad.

7.7. Gestión del Riesgo de Grupo

El Riesgo de Grupo corresponde a la posibilidad de pérdida que surge como resultado de participaciones de capital o actividades u operaciones con entidades que forman parte del mismo grupo empresarial. Este se deriva de la exposición a fuentes de riesgo adicionales a las propias del negocio de la entidad, dentro de las que se encuentran, por ejemplo:

a) riesgo de contagio financiero
b) detrimentos patrimoniales por filtración de flujos o concentración de pasivos
c) posibles conflictos de intereses, que generen condiciones desfavorables en las transacciones de la entidad. La exposición a las fuentes de riesgo puede ser directa, mediante exposición financiera u operativa, o indirecta, mediante daño a la reputación.

7.8. Otros Riesgos

7.8.1. Gestión del Riesgo de Fallas de Mercado

El Riesgo de fallas de mercado corresponde a la posibilidad que la estructura del mercado de salud genere pérdidas en el bienestar y beneficios de la entidad. Ejemplos: mercado monopólico u oligopólico; prácticas de competencia desleal (como lo son la selección de riesgo, barreras de acceso a los servicios, entre otros).

7.8.2. Gestión del Riesgo Reputacional

El Riesgo Reputacional corresponde a la posibilidad de toda acción propia o de terceros, evento o situación que pueda afectar negativamente el buen nombre y prestigio de una entidad, tales como el impacto de la publicidad negativa sobre las prácticas comerciales, conducta o situación financiera de la entidad. Tal publicidad negativa, ya sea verdadera o no, puede disminuir la confianza pública en la entidad, dar lugar a litigios costosos, a una disminución de su base de usuarios, clientes, negocios o

los ingresos, entre otros. Estos pueden ser desagregados, en situacional o previsto, de acuerdo con la capacidad de prevención-mitigación.

E.S.E. HOSPITAL
CARISMA

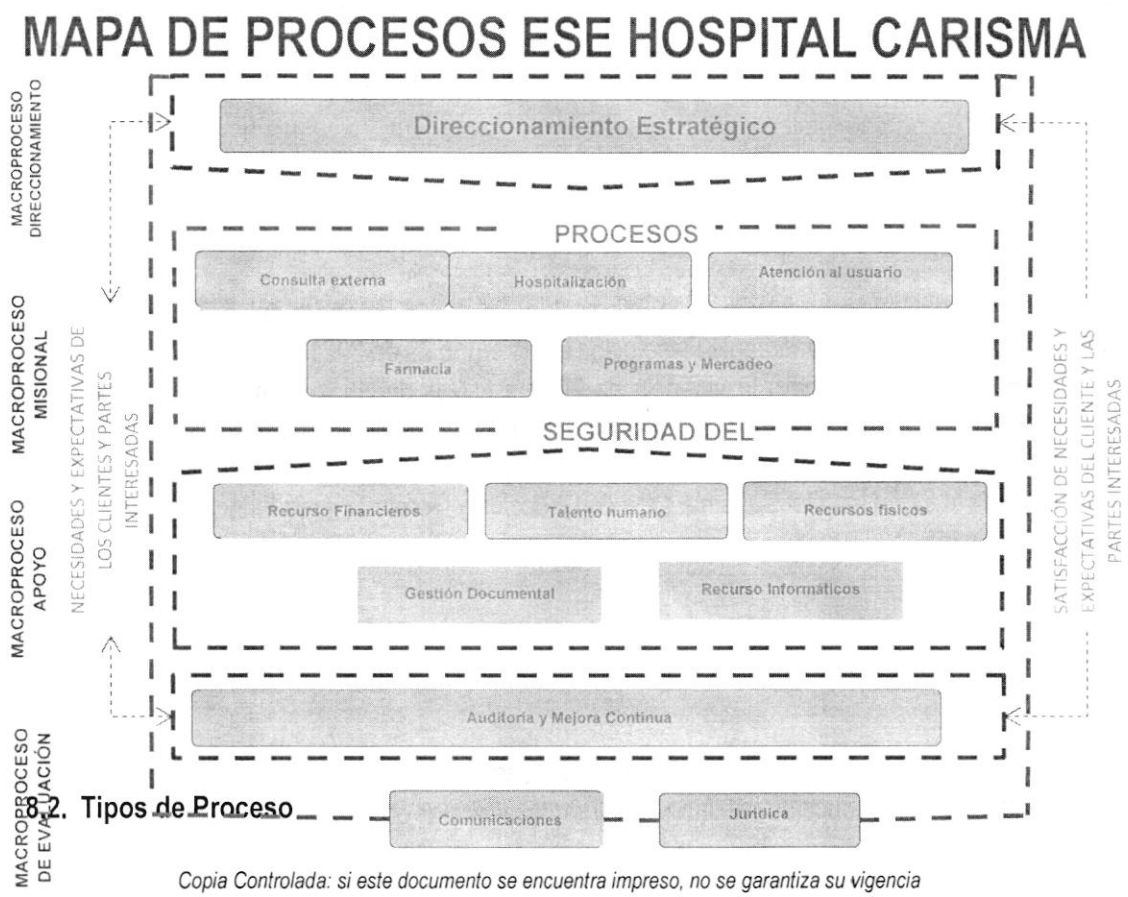
8. MODELO DE OPERACION

8.1. Mapa de Procesos

El Mapa de proceso, es la ruta de navegación que armoniza la misión y la visión de la Empresa Social del Estado Hospital Carisma, en una gestión por procesos. La gestión por proceso define las interacciones o acciones secuenciales, mediante las cuales se logra la transformación de unos insumos hasta obtener un producto y/o servicio con características previamente definidas, de acuerdo con los requerimientos de los usuarios y/o demás partes interesadas.

En la ESE Hospital Carisma los procesos están representados gráficamente en el Mapa de Procesos, el cual ilustra los cuatro niveles de ordenamiento de procesos, a saber: Macroproceso Direccionamiento Estratégico, Macroproceso Misional, Macroproceso de Apoyo y Macroproceso de Evaluación.

Grafica No. 1: Mapa de Procesos



8.2. Tipos de Proceso

Entender la importancia de la operación por procesos, implica conocer con más detalle el concepto de **proceso,** entendido este como el conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan entre sí para genera valor y las cuales transforman elementos o insumos de entrada en resultados o productos o servicios para los usuarios y/o demás partes interesadas. En la ESE los procesos se identifican y se clasifican así:

- **Procesos Estratégicos:** Procesos orientados al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, comunicación, disposición de recursos necesarios y revisiones por la Dirección de la Entidad. Para la ESE Hospital Carisma es: Direccionamiento Estratégico.
- **Procesos Misionales:** Procesos que proporcionan el resultado previsto por la Entidad Social del Estado, en el cumplimiento del objeto social o razón de ser. Para la ESE Hospital Carisma estos son: Consulta Externa, Hospitalización, Atención al usuario, Farmacia, Programas y Mercadeo.
- **Procesos de Apoyo:** Procesos que proveen los recursos necesarios para el desarrollo de los procesos, estratégicos, misionales y los de evaluación. Dentro de estos se identifican: Recursos Financieros, Talento Humano, Recursos Físicos, Gestión Documental Recursos Informáticos.
- **Procesos de Evaluación:** Son aquellos procesos necesarios para medir y recopilar datos para el análisis del desempeño y mejora de la eficacia y de la eficiencia y son una parte integral de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo. Para la ESE estos son: Auditoria y Mejora continua.

- **Procesos transversales:** son aquellos que rompen el esquema del flujo de actividades en silos, abarcando toda la estructura del negocio y haciendo uso de la tecnología como vehículo de automatización. Para la ESE estos son: Comunicaciones y Jurídica.

8.3. Planeación Estratégica

La ESE Hospital Carisma a través de la Resolución 26 del 15 de enero del 2020 adoptó el Plan de administración del riesgo y mediante Resolución 20 de enero 29 de 2021 por medio de cual se adoptan los planes institucionales para la vigencia de 2021 a través del cual, se materializa la ejecución y cumplimiento del Plan de Gestión 2020 - 2023 y en especial el cumplimiento de los indicadores y metas anualizadas para la vigencia fiscal de 2021, inherentes con el desarrollo de las tres (3) áreas de gestión de la ESE Hospital Carisma, área de Dirección y Gerencia, área Financiera y Administrativa y área Asistencial.

8.4. Marco Estratégico

MISIÓN: Prestar servicios en salud mental especializados en conductas adictivas, bajo un modelo de atención integral y de reducción del daño. Igualmente, acciones orientadas a la promoción, prevención,

Asesoría e investigación en temas de adicciones; a través de un equipo interdisciplinario logrando a nivel nacional e internacional el mejoramiento de la salud de las personas y sus ecosistemas.

VISIÓN: La Empresa Social del Estado Hospital Carisma para el año 2030, será una institución referente en el ámbito nacional e internacional en salud mental, con énfasis en el manejo de conductas adictivas.
Reconocida por la atención integral, segura y humanizada para las personas y sus ecosistemas; integrando las TIC's en los procesos institucionales.

8.5. Política del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos Organizacionales (SIGRO)

POLÍTICA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS ORGANIZACIONALES (SIGRO)

La ESE HOSPITAL CARISMA se compromete a la Gestión de los Riesgos derivados de sus procesos organizacionales, incluyendo dentro de su gestión la metodología para la identificación de riesgos, las medidas de tratamiento, monitoreo y transferencia de riesgos para el cumplimiento de los objetivos misionales y conocimiento de todas las partes interesadas.

De acuerdo a lo anterior, la organización ha designado responsabilidades, lineamientos de ética y conducta que orienten el actuar de los funcionarios y partes interesadas de la entidad para el oportuno y efectivo funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos Organizacionales (SIGRO).

Para el cumplimiento de la Política, la ESE HOSPITAL CARISMA ha diseñado el manual para la gestión integral del riesgo y determinado los siguientes lineamientos con base en su valoración, permitiendo tomar decisiones adecuadas para evitar, reducir, compartir, transferir, y asumir el riesgo:

- **Identificar el riesgo:** La organización debe identificar el riesgo en sus procesos, el impacto que este genera, como sus causas y consecuencias con el fin de generar el tratamiento del mismo. Consiste en reconocer y documentar todos los riesgos internos y externos.
- **Evaluación y medición de riesgos:** Es la valoración de los efectos asociados a los riesgos que han sido identificados, considerando la frecuencia y la severidad de su ocurrencia.
- **Evitar el riesgo:** Medidas encaminadas a prevenir su materialización, generando cambios sustanciales al interior de los procesos por mejoramiento, rediseño o eliminación, resultado de unos adecuados controles y acciones emprendidas.
- **Reducir el riesgo:** Medidas encaminadas a disminuir tanto la probabilidad como el impacto del riesgo, adoptando actividades de prevención y de protección al interior de la entidad, optimizando los procedimientos y la implementación de los controles.
- **Compartir o Transferir el riesgo:** Medidas encaminadas a reducir los efectos de los riesgos a través del traspaso de estos a otras áreas.

- **Asumir un riesgo:** Los riesgos residuales se aceptan como pérdida y se elaboran planes de contingencia para su manejo.
- **Mapa de riesgos:** La herramienta conceptual y metodológica para la valoración de los riesgos en la ESE Hospital Carisma.

La responsabilidad de la gestión del Mapa de Riesgos estará a cargo de desarrollo organizacional y de los responsables de cada uno de los procesos. Los Lideres de proceso serán los encargados de implementar los controles, verificar su efectividad, proponer cambios, velar por su adecuada documentación, socialización y aplicación al interior de su proceso. La documentación de la gestión de riesgos se llevará a cabo a través de la plataforma tecnológica de la ESE HOSPITAL CARISMA.

En el Comité Institucional de Control Interno hará seguimiento a la gestión de los riesgos e informes de gestión, como apoyo a la toma de decisiones en función del cumplimiento de los objetivos misionales.

Lo anterior con el fin de dar cumplimiento a legislación nacional vigente circular externa 20211700000004-5 de 2021, Circular 20211700000005-5 de 2021 y demás normas que apliquen a la organización.

Esta política es revisada por: Junta Directiva, Gerencia General, Asesor de Desarrollo Organizacional, Asesor en Riesgos, Profesional de Seguridad y Salud en el Trabajo y deberá ser revisada anualmente y divulgarse a todos los niveles de la organización, funcionarios y partes interesadas.

8.6. Etapas para La Administración del Riesgo

A continuación, se presenta cada una de las etapas a desarrollar durante la administración del riesgo; en la descripción de cada etapa se desplegarán los aspectos conceptuales y operativos que se deben tener en cuenta.

• **Contexto estratégico**: Determinar los factores externos e internos del riesgo.

• **Identificación**: Identificación de causas, riesgo, consecuencias y clasificación del riesgo.

• **Análisis**: Calificación y evaluación del riesgo inherente.

• **Valoración**: Identificación y evaluación de controles; incluye la determinación del riesgo residual.

• **Manejo**: Determinar, si es necesario, acciones para el fortalecimiento de los controles.

• **Seguimiento**: Evaluación integral de los riesgos.

8.7. Niveles de aceptación o tolerancia al riesgo.

En los riesgos por procesos diferentes al riesgo de corrupción y riesgo del Sistema de Administración de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), la ESE aceptará los riesgos asociados a los de baja probabilidad de ocurrencia y a los de bajo impacto, es decir los de riesgo bajo, los cuales deberán estar debidamente controlados.

La ESE no tolerará la corrupción, toda vez que la materialización de los riesgos de corrupción es inaceptable e intolerable. Por consiguiente, se establecerán las medidas para controlarlos y evitarlos.

La ESE sólo aceptará riesgos asociados al riesgo de LA/FT que tengan un nivel bajo o "riesgo aceptable". La aceptación de un riesgo de LA/FT, sugiere que el riesgo inherente ya está dentro de las tolerancias del riesgo, o que después de tratado, el riesgo residual de LA/FT se encuentra dentro de un nivel bajo o "riesgo aceptable" y los monitoreará, con el fin de confirmar que se mantienen dentro de dicho límite.

Todos los demás riegos identificados y realizada su valoración, deberán ser objeto de controles efectivos por parte de los responsables de los procesos, sopena de incurrir en omisiones a las responsabilidades que le son propias como servidor público.

8.8. Gestión del riesgo.

Cualquier esfuerzo que emprenda la ESE Hospital Carisma en torno a la gestión del riesgo llega a ser en vano, si no culmina en un adecuado tratamiento, manejo, seguimiento y control a los riesgos, estableciendo acciones factibles y efectivas, tales como la implementación de políticas de administración del riesgo institucional, mejoramiento de procedimientos, adecuaciones físicas, auditorias y planes de mejoramiento, autoevaluaciones por procesos, entre otros, que hagan parte de un plan de manejo de riesgo. La ESE, para la gestión de los riesgos por procesos, implementa acciones orientadas a:

- **Evitar el riesgo:** Implementando medidas encaminadas a prevenir su materialización, lo cual, se logra cuando al interior de los procesos, cada responsable genera cambios sustanciales, mediante la implementación de acciones de mejora, rediseño o eliminación de tareas, como resultado de la aplicación de adecuados controles a los riesgos identificados. Entre las acciones están las de realizar el control de calidad, manejo adecuado de los insumos, mantenimiento preventivo a la infraestructura física, los equipos biomédicos, de computo, de transporte, entre otros.

- **Reducir el riesgo:** Realizando medidas encaminadas a disminuir tanto la probabilidad de que se presente el riesgo (medidas de prevención), como el impacto o daño que produce el riesgo (medidas de protección). La reducción del riesgo es probablemente el método más sencillo y económico para superar las debilidades antes de aplicar medidas más costosas y difíciles. Se consigue mediante la optimización de los procedimientos y la implementación de controles a los riesgos, la capacitación del talento humano, entre otras.

- **Dispersar y atomizar el riesgo:** Se logra mediante la distribución o localización del riesgo en diversos lugares. Es así como, por ejemplo, la información de gran importancia se puede duplicar y almacenar en un lugar distante y de ubicación segura, en vez de dejarla concentrada en un solo lugar.

- **Compartir o transferir el riesgo**: Reducir su efecto a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones, como en el caso de los contratos de seguros o a través de otros medios que permiten distribuir una porción del riesgo con otra entidad, como en los contratos a riesgo compartido.

- **Asumir el riesgo:** Luego de que el riesgo ha sido reducido o transferido puede quedar un riesgo residual que se mantiene, en este caso el responsable del proceso simplemente acepta la pérdida residual probable y elabora planes de contingencia para su manejo.

8.9. Responsabilidades

Para el desarrollo de las actividades propias de la gestión de los riesgos. La ESE Hospital Carisma define las siguientes responsabilidades y asigna los responsables de las mismas:

8.9.1. Junta Directiva/Gerencia

1. Aprobar las políticas y manuales de la ESE HOSPITAL CARISMA en materia de administración de riesgos, así como sus respectivas actualizaciones.
2. Aprobar el Código de Conducta y de Buen Gobierno, el sistema de control interno, la estructura organizacional y tecnológica del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos Organizacionales (SIGRO).
3. Aprobar el diseño y definir la periodicidad de los informes internos para los reportes de la gestión de los riesgos, especialmente los prioritarios que se van a presentar a las diferentes áreas de la entidad.
4. Aprobar el marco general de indicadores de alerta temprana y los límites de exposición como mínimo a los riesgos prioritarios.
5. Aprobar las actuaciones en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición como mínimo frente a los riesgos prioritarios o cualquier excepción de las políticas, así como los planes de contingencia a adoptar en caso de presentarse escenarios extremos.
6. Conocer los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos, presentado por el Comité Institucional de Control Interno u órgano equivalente.

7. Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos Organizacionales (SIGRO), teniendo en cuenta las características de cada riesgo y el tamaño y complejidad de la entidad.
8. Realizar el nombramiento del Comité de Gestión de Riesgos en caso de que la entidad decida establecerlo, definir sus funciones y aprobar su reglamento, de acuerdo con las normas legales que le apliquen.
9. Pronunciarse y hacer seguimiento sobre los informes periódicos que elabore el Comité de Institucional de Coordinación de Control Interno y la Revisoría Fiscal, respecto a los niveles de riesgo asumidos por la entidad, las medidas correctivas aplicadas para que se cumplan los límites de riesgo previamente establecidos y las observaciones o recomendaciones adoptadas para el adecuado desarrollo de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgo.
10. Designar la(s) instancia(s) responsable(s) del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de la exposición como mínimo a los riesgos prioritarios en los casos que aplique.
11. Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, diseñadas por la instancia responsable.

8.9.2. Gestor de Riesgos

1. Identificar, evaluar, medir, controlar y monitorear eficazmente como mínimo los riesgos prioritarios a los que está expuesta la ESE Hospital Carisma en el desarrollo de sus operaciones y prevenir posibles impactos negativos teniendo en cuenta la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 donde se definen los estándares mínimos para la Administración de Riesgos.
2. Informar a la supervisión del contrato y Comité de Institucional de Coordinación de Control Interno sobre el funcionamiento y los resultados del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos Organizacionales (SIGRO).

8.9.3. Las funciones del Comité de Gestión del Riesgo son competencia del Comité de Institucional de Coordinación de Control Interno, según artículo 3 de la Resolución 55 de marzo 22/2022 expedida por el gerente de la ESE.

Dentro de sus funciones se contempla, coadyuvar con la gestión de los riesgos que puedan tener incidencia sobre los objetivos estratégicos, la continuidad y sostenibilidad del negocio, generando información útil, como apoyo a las decisiones estratégicas y al desarrollo de las actividades.

1. Evaluar y formular a la Junta Directiva o quien haga sus veces, las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se

expone la entidad, para mitigar su impacto, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos. Asimismo, las actualizaciones a las que haya lugar.

2. Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento del ciclo general de gestión de riesgos, incluyendo todas las etapas que se mencionaron en el punto anterior, para cada uno de los riesgos identificados.
3. Evaluar y formular a la Junta Directiva o quien haga sus veces, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos.
4. Evaluar y proponer a la Junta Directiva o quien haga sus veces, el manual de procesos y procedimientos y sus actualizaciones, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
5. Identificar las consecuencias potenciales que pueda generar la materialización de los diferentes riesgos sobre las operaciones que realiza la entidad.
6. Evaluar los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar a la Junta Directiva y al Representante Legal, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos.
7. Objetar la realización de aquellas operaciones que no cumplan con las políticas o límites de riesgo establecidas por la entidad o grupo empresarial oficialmente reconocido al cual esta pertenezca. Cabe resaltar que de acuerdo con las políticas que establezca la entidad, cada instancia podrá tener diferentes atribuciones para aprobar operaciones que incumplan las políticas establecidas inicialmente por la entidad y que violen los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados.
8. Conocer y discutir los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos para informarlo a la Junta Directiva, Consejo de Administración u órgano que haga sus veces.
9. Informar a la Junta Directiva y al Representante Legal sobre los siguientes aspectos:
   - El comportamiento y los niveles de exposición de la entidad a cada uno de los riesgos (como mínimo los riegos prioritarios), así como las operaciones objetadas. Los informes sobre la exposición de riesgo deben incluir un análisis de sensibilidad por escenarios y pruebas bajo condiciones extremas basadas en supuestos razonables (stress testing).
   - Las desviaciones con respecto a los límites de exposición de riesgo previamente establecidos, si se llegasen a presentar (posibles incumplimientos frente a los límites), operaciones poco convencionales o por fuera de las condiciones de mercado y las operaciones con vinculados.
   - Validar e informar a la Junta Directiva y al Representante Legal, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos Organizacionales (SIGRO).

8.9.4. Jefe de Oficina De Control Interno

Realiza seguimiento al cumplimiento de los objetivos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos Organizacionales (SIGRO) de la E.S.E HOSPITAL CARISMA.

8.9.5. Líderes de Procesos

Es responsabilidad de los líderes de losprocesos, quienes tienen la función de identificar los riesgos en las actividades, establecer las medidas de control necesarias para administrarlos y definir los indicadores de riesgos que permitan sumonitoreo y control.

8.9.6. Funcionarios y Contratistas

Conocer el Sistema de Gestión de Riesgos Organizacionales, actuando conforme a su política y al código de ética y buena conducta.

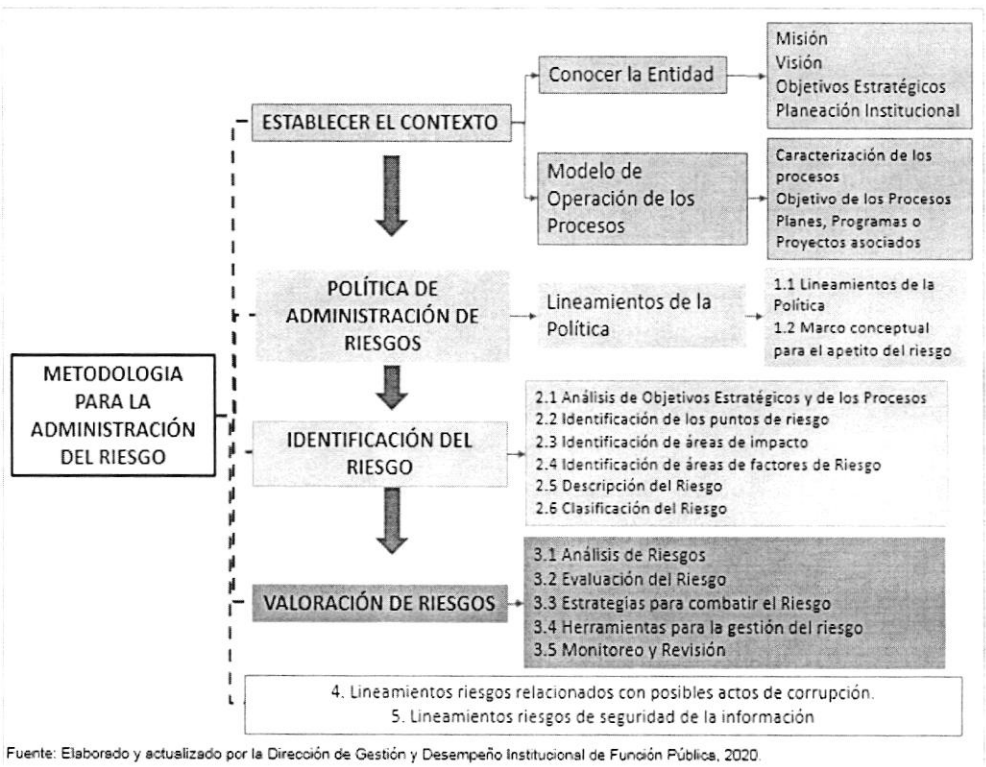
E.S.E. HOSPITAL
CARISMA

9. METODOLOGÍA

En la ESE HOSPITAL CARISMA se aplican las diferentes metodologías de administración de riesgos expedidas por los órganos competentes de manera articulada y coordinadas, con el propósito de salvaguardar y proteger los recursos de la entidad, contra la materialización de los riesgos por procesos.

Entre ellas está la metodología Risicar, tomada como referencia para identificación de riesgos y ajustada con los riesgos propios de la organización, los definidos en la circular 2021170000004-5 y la guía para la administración de riesgos y el diseño de controles en entidades Públicas donde se requiere de un análisis inicial relacionado con el estado actual de la estructura de riesgos y su gestión en la entidad, además del conocimiento de esta desde un punto de vista estratégico de la aplicación de los tres (3) pasos básicos para su desarrollo como son: política de administración del riesgo, identificación del riesgo y valoración del riesgo, finalmente, de la definición e implantación de estrategias de comunicación transversales a toda la entidad para que su efectividad pueda ser evidenciada.

A continuación, se puede observar la estructura completa con sus desarrollos básicos



Fuente: Elaborado y actualizado por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

9.1. Identificación del Riesgo

Se realiza determinando las causas, fuentes del riesgo y los eventos con base en el análisis de contexto para la ESE Hospital Carisma y de sus procesos, que pueden afectar el logro de los objetivos. Es importante centrarse en los riesgos más significativos para la empresa relacionados con los objetivos de los procesos y los objetivos institucionales.

9.1.1. Establecimiento del Contexto Externo e Interno

El análisis de los riesgos por procesos deben partir del conocimiento de los factores del entorno de la ESE Hospital Carisma, tanto de carácter político, legal, social, económico, ambiental y/o cambios tecnológicos, entre otros; así como del examen de la situación actual de la empresa, basado en los resultados plasmados en los informes de auditorías internas y externas, de auditorías de calidad, de autoevaluación de procesos, de autoevaluación de las condiciones de habilitación, de autoevaluación para la acreditación en salud, de las Unidades de Análisis realizadas por los Comités institucionales, del seguimiento a eventos adversos de la atención en salud, de los informes de quejas y reclamos de los usuarios, de los informes de gestión, entre otros.

En resumen, los factores externos e internos, que tienen incidencia en la operación de la ESE, son los que a continuación se describen:

Factores/ Riesgos externos		**Factores /Riesgos Internos**	
Políticos	Cambio de Gobierno	Operacional: Infraestructura, tecnología, salud.	Vulnerabilidad sísmica de la planta física
	Politización del sector salud		Proliferación de construcciones, adecuaciones y/o remodelaciones sin una debida planeación
Legales	Improvisación en la legislación de salud y normas no favorables al sector.		Fallas en los procesos
			Accidentes laborales
			Fallas en la atención de pacientes
			Falta de recursos para inversión en tecnología de punta.
	Privatización del Sector Salud		Falta de recursos para implementar las tecnologías de las comunicaciones hacia los usuarios
			Poca accesibilidad a las tecnologías de las comunicaciones
Económicas	Crisis Financiera del Sector Salud		Inestabilidad laboral e intermediación laboral
	EPS no cancelan los servicios en los términos de ley		Dificultad para la contratación de personal especializado y sub especializado en salud.
Sociales	Violencia social	Financieros, crédito, liquidez, mercado de	Iliquidez para funcionar adecuadamente.

		capitales, actuarial, grupo, lavado de activos y financiación del terrorismo	Alta cartera morosa de las EPS y demás pagadores
			Aumento de los precios/costos
			Calculo inadecuado de costos
			Riesgos de contagio con lavado de activos o financiación del terrorismo
Ambientales	Contaminación ambiental	Archivo e Historias clínicas	Deterioro de la documentación del archivo central
			Perdida y/o extravío de Historias clínicas

Como se observa en el cuadro anterior, todos los factores externos e internos del entorno de la ESE de una u otra manera, genera efectos que pueden ser catastróficos o leves, por tal circunstancia es fundamental que los servidores públicos al momento de realizar la identificación, análisis, valoración y estructuración de los mapas de riesgos por procesos, los tengan en cuenta en sus análisis.

En la práctica los servidores públicos de la ESE en las fases de identificación, análisis, valoración y estructuración de los mapas de riesgos por proceso utilizaran las herramientas que se adopten para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

Sin embargo, la ESE Hospital Carisma preparó una matriz en Excel a través de la cual, los responsables de cada proceso pueden realizar la autogestión y autocontrol de los riesgos inherentes al proceso a su cargo. La matriz en Excel consta de cinco (5) hojas, donde se indica la parametrización de la matriz, identificadas así: Criterios de evaluación de la probabilidad, criterios de impacto, Riesgo Inherente, calificación y controles Identificación de Riesgos, Evaluación del riesgo Residual.

La matriz consta de tres (3) partes, Origen del riesgo, Evaluación del riego inherente, Calificación y controles y evaluación del riesgo residual, información que debe ser diligenciada por cada responsable de procesos y su equipo de trabajo según corresponda, siguiendo el siguiente procedimiento:

9.1.2. Identificación del Riesgo:

Para establecer el riesgo se parte del Objetivo estratégico, el objetivo del Proceso nivel u objetivo de Plan sobre el cual se va a realizar el estudio de riesgos, con el fin de identificar todos aquellos eventos que pueden de alguna manera afectar o impedir el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Determinar los riesgos de un proceso partiendo de su objetivo, garantiza que estos correspondan sólo a ese proceso y no se desvíe el análisis hasta incluir riesgos de otros procesos.

9.1.3. Descripción del riesgo:

Identificados los riesgos y nombrados en forma precisa, se describe en que consiste cada uno, es decir, la forma como se considera podría presentarse.

La descripción de cómo se podría presentar el riesgo, permite vislumbrar las fallas de control para impedir su ocurrencia. El riesgo podría darse de diversas maneras, por lo cual se sugiere realizar las descripciones correspondientes, tantas como se considere necesarias para obtener la información completa.

Una ventaja importante de la descripción de los riesgos, es que clarifique su identificación y evita que se tomen diferentes riesgos que no lo son.

9.1.4. Identificación de agente generador:

Una vez identificados y descritos los riesgos, se determinan los agentes que pueden generarlos. Se clasifican en cinco categorías:

1. **Personas:** funcionarios, clientes, proveedores, contratistas o cualquier persona o grupo de personas que pueda, de alguna manera, poner en riesgo las actividades de la organización.
2. **Materiales:** Conjunto de insumos necesarios para procesar resultados en una actividad determinada, que puede causar riesgos en las personas o el ambiente donde se desarrolla la actividad.
3. **Equipos:** Instrumentos, herramientas y aparatos, utilizados para desarrollar las tareas y actividades de los procesos.
4. **Instalaciones:** Estructura física en la cual se llevan a cabo los procesos y se desarrollan las actividades de la empresa.
5. **Entorno:** Eventos, situaciones o aspectos del ambiente económico, político, social tecnológico, o fenómenos naturales que pueden afectar el desarrollo y cumplimiento de los objetivos del Proceso o Plan.
6. **Método:** Procedimiento bajo el cual se realiza la actividad.

Normalmente loa agentes generadores son varios y están relacionados con el Proceso o Plan al cual se identifican los riesgos. La importancia de establecer los agentes generadores radica en que esta información, junto con las causas de los riesgos permitan posteriormente implementar los controles necesarios para evitar que los agentes efectivamente los generen.

9.1.5. Identificación de las causas:

Las causas siempre están relacionadas con los agentes generadores. Ellas son el motivo o las circunstancias por las cueles el agente generador puede ocasionar el riesgo. Con el conocimiento de los agentes y las causas de los riesgos se tiene información suficiente para establecer políticas y controles para su manejo.

Se recomienda, al momento de identificar las causas de los riesgos, enfocarse principalmente sobre las causas producidas al interior o al exterior de la institución y que puedan controlarse. Generalmente las que no pueden controlarse sólo sirven de información general, ya que la ESE Hospital Carisma no puede incidir sobre ella, solo se diseñan medidas de control más para disminuir los efectos que sus causas.

Una buena clave para identificar las causas es el uso de las siguientes palabras: Falta de, ausencia de, Fallas en, Exceso de. Estas palabras conducen a la deficiencia que se pueda propiciar con la ocurrencia de los riesgos.

9.1.6. Identificación de efectos

Los efectos representan perdidas que la ocurrencia de los riesgos le genera a la ESE Hospital Carisma, al verse afectado el cumplimiento de sus objetivos. Estos inciden sobre los recursos primordiales de la entidad, como las personas, los bienes materiales o los intangibles.

Entre los efectos más representativos son: Pérdidas económicas, Pérdida de información, Pérdida de bienes, Interrupción del servicio, Daño al ambiente, Deterioro de la imagen, Pérdida de mercado y Muerte o Lesiones a personas.

N°	ORIGEN	Riesgo	Descripción	Agente Generador	Causas	Efecto
1	PROCESO DE COMPRAS	Fraude	La posibilidad de... facturar mercancía que nunca se recibe	Personas	Falta de políticas de selección de proveedores	Pérdidas económicas Deterioro de la imagen
					Falta de normas para el proceso de compras	
					Exceso de poder	
					Ausencia del perfil de cargo para el jefe de compra	
					Ausencia de procedimientos de validación y verificación de los productos o servicios comprados	

9.2. Análisis y valoración del riesgo

El objetivo de esta fase es valorar el riesgo y determinar su nivel a partir de zonas de aceptabilidad y tratamiento, considerando clasificaciones cualitativas de la probabilidad de ocurrencia y el impacto que representaría en caso de llegar a materializarse, teniendo en cuenta los criterios previamente definidos y las medidas de control existentes. De esta forma, se separan los riesgos menores de aquellos riesgos mayores que podrían generar una mayor afectación en el cumplimiento de los hitos establecidos.

9.2.1. Calificación del riesgo

El riesgo se califica multiplicando variables frecuencia e impacto. Para ponderar estas dos variables se utilizan tablas con cinco niveles cada una.
Cada nivel de la tabla tiene asignado un nombre, valor y descripción del significado del nombre.

- Los valores asignados a los niveles de la frecuencia se incrementan en forma lineal, es decir, de uno en uno.
- Los del impacto de incrementan en forma geométrica, dando un valor mayor a cada nivel subsiguiente de la tabla, con el fin de asignar un peso más representativo a los valores del impacto, porque esta es la variable que afecta a la ESE Hospital Carisma cuando se materializa un riesgo.

Para calificar el riesgo, se ubica primero en la tabla de frecuencia el número de veces que pudiera presentarse el riesgo analizado y se le asigna el valor correspondiente.

Luego se ubica en la columna de impacto y se determina en cuales aspectos de los definidos en la tabla se afectaría más la Ese Hospital Carisma con la ocurrencia del riesgo.

Se busca confrontar los resultados del análisis de riesgo inicial frente a los controles establecidos, con el fin de determinar la zona de riesgo final (Riesgo Residual). Estos controles pueden ser preventivos o correctivos.

probabilidad de ocurrencia en cada una de las matrices de riesgos diseñadas para cada factor, identificando cada una de las fuentes de riesgo, así como el impacto en caso de materializarse el riesgo, valorados por la probabilidad de ocurrencia y el impacto económico, humano, imagen y legal.

Probabilidad						
Muy Alta	5	5	25	100	250	500
Alta	4	4	20	80	200	400
Media	3	3	15	60	150	300
Baja	2	2	10	40	100	200
Muy Baja	1	1	5	20	50	100
		1	5	20	50	100
		1	2	3	4	5
		Leve	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico

Impacto

Leve	1

Menor	5
Moderado	20
Mayor	50
Catastrófico	100

En la medición de los riesgos se hace la evaluación de los siguientes aspectos:

9.2.2. Probabilidad de Ocurrencia

Es el porcentaje en que puede presentarse un evento de riesgo en un año basado en el número de veces que se repite la actividad. Para estimar la probabilidad de ocurrencia de los eventos de riesgos se definieron los siguientes rangos para el nivel de frecuencia.

para su determinación se utiliza la tabla de probabilidad de ocurrencia de los eventos de riesgos en los siguientes rangos:

	Nivel	Nivel	Descripción	Criterios de evaluación de probabilidad
Probabilidad	5	Muy Alta	Constante - Frecuente	La deficiencia tuvo materialización. - Sucede casi siempre -La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año Todo evento de fraude materializado
	4	Alta	Habitual - Probable	La deficiencia tuvo materialización y sucede con alguna frecuencia. La actividad que conlleva al riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año.
	3	Media	Moderado - Ocasional	Existen antecedentes de ocurrencia - Puede suceder y ya ha ocurrido ocasionalmente. La actividad que conlleva al riego se ejecuta de 24 a 500 veces por año.
	2	Baja	Remoto – Poco probable	No ha ocurrido, pero puede ocurrir - No ha sucedido aún, pero puede suceder. La actividad que conlleva al riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año
	1	Muy Baja	Esporádica – Muy improbable	Es causada por temas excepcionales - Solo se presenta en situaciones extremas. La actividad que conlleva al riesgo se ejecuta como máximo 2 veces por año.

Es importante que cada responsable del proceso, valore lo más acertadamente la probabilidad e impacto de cada riesgo identificado, para efectos de lograr establecer acertadamente **el control al riesgo** que debe implementar para evitar o mitigar su ocurrencia.

9.2.3. Impacto

Corresponde a la evaluación del efecto al materializarse un riesgo. Es el resultado de un riesgo expresado ya sea cualitativa o cuantitativamente. Para su análisis, se definen rangos sobre los posibles resultados asociados a un riesgo: crítico, mayor, moderado y menor.

Las "áreas de impacto" se definen determinando cómo las fuentes de riesgos pueden afectar el logro de los objetivos en una o varias fases y su correlación con respecto a aspectos tales como: costo, tiempo y alcance. Las áreas de impacto a considerar son: financiero, reputacional o imagen, productividad y calidad, entre otros.
El líder del análisis de riesgos debe seleccionar una o varias áreas considerando la magnitud del impacto, considerando que no es necesario evaluar áreas con impacto no significativo frente a un riesgo determinado.

			Capacidad financiera %	
Nivel	Impacto	Nivel	Severidad (% de TR)	Afectación Económica
5	Catastrófico	100	> 10%	Perdidas mayores a 500 SMMLV
4	Mayor	50	6%-10%	Perdida entre 101 y 500 SMMLV
3	Moderado	20	3%-6%	Perdida entre 51 y 100 SMMLV
2	Menor	5	<3%	Perdida entre 10 y 50 SMMLV
1	Leve	1	< 1%	Afectación menor de 10 SMMLV

9.3. Tratamiento del Riesgo

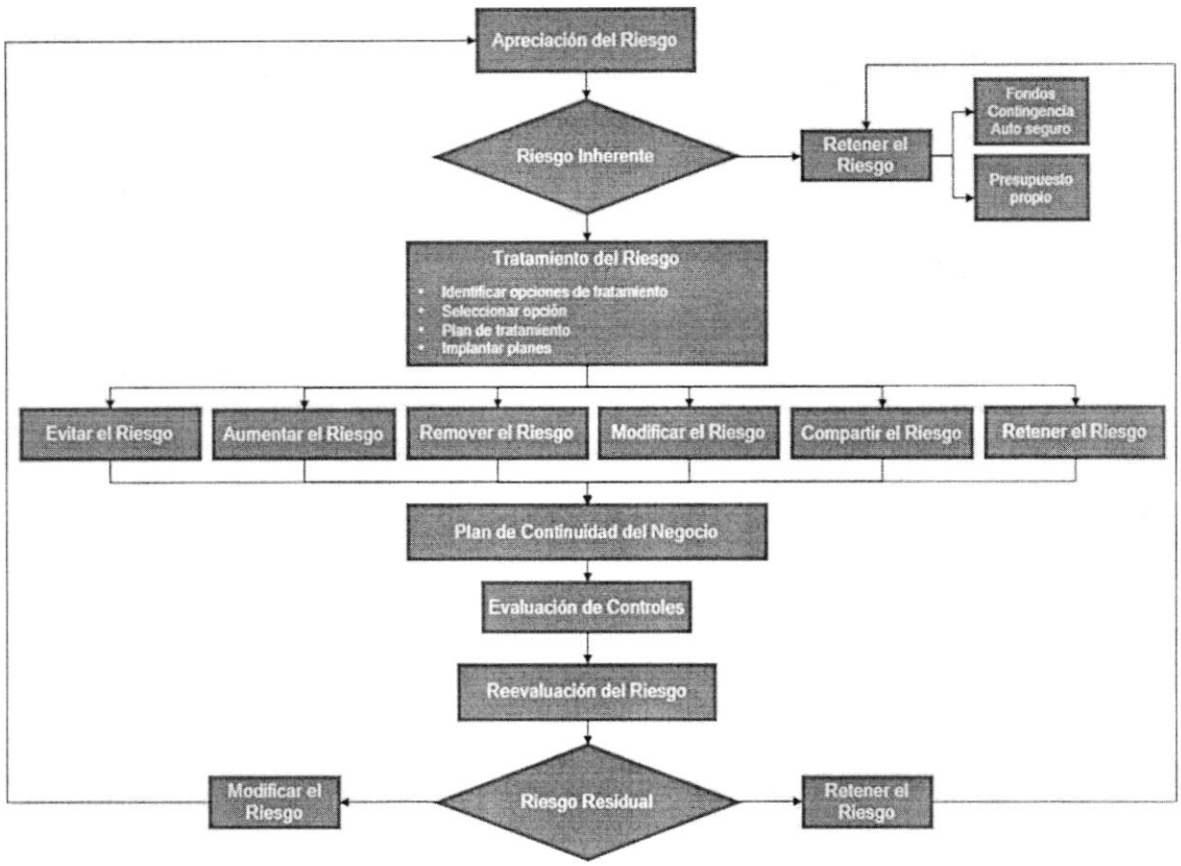
El tratamiento del riesgo es un conjunto de opciones de controles físicos y financieros que por separado o mediante una combinación de éstas tienen el propósito de:

a) Identificar opciones para tratar los riesgos de acuerdo con el nivel de riesgo residual obtenido, en caso que no cumpla con los niveles tolerables aceptados por la ESE, de forma tal que se garantice el desarrollo del proceso en un rango razonable o aceptable respecto al nivel de riesgo.
b) Aplicación en toda su extensión del Modelo de Operación por Proceso, entendido este como el elemento de control, que permite conformar el estándar organizacional que soporta la operación de la Entidad Pública, armonizando con enfoque sistémico la Misión y Visión Institucional,

orientándola hacia una **Organización por Procesos**, los cuales en su interacción, interdependencia y relación causa-efecto garantizan una ejecución eficiente, y el cumplimiento de los objetivos de la Entidad Pública.

c) Actualización permanente de los procedimientos administrativos y asistenciales, guías de manejo médico y de enfermería dentro la continuidad y sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos Organizacionales (SIGRO) y Control, dando cumplimiento con las condiciones mínimas de habilitación, con los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud y el reporte de la información en salud a los órganos de control dentro de los términos de ley.
d) El seguimiento y evaluación a los controles a los riesgos por proceso.
e) La actualización del Mapa de Riesgo institucional, a través de los cuales se hace la identificación priorizada de riesgos y la definición de los controles que se deben implementar para minimizar el riesgo en la prestación de los servicios a cargo de la ESE y cuando se materialicen eventos adversos.
f) El Autocontrol que ejercen los servidores dentro de la ejecución de sus procedimientos y/o tareas fortalecido por la asesoría y acompañamiento del Jefe de Control Interno, a través de los cuales los servidores adquieren la capacidad de evaluar su trabajo, detectar desviaciones, efectuar correctivos y mejorar su desempeño.
g) Monitoreo y seguimiento permanente a la ejecución de las acciones de las diferentes unidades funcionales, a través del cual, se mide el desempeño institucional y se establecen las acciones de mejoramiento frente a las limitaciones halladas.
h) Los procesos de auditoría interna de Control Interno y los de auditoría de la Calidad de la atención en salud, que permiten medir el desempeño de los procesos, retroalimentar el trabajo institucional y establecer las directrices de mejoramiento.
i) Los procesos de auditoría externa realizada por los órganos de inspección, vigilancia y control y los de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, que contribuyen con el mejoramiento de los procesos y al control de los riesgos institucionales.

Es importante tener en cuenta que las medidas recomendadas para la disminución del riesgo deben evaluarse teniendo en cuenta el nivel de riesgo identificado. La priorización en la atención de los riesgos depende del nivel de riesgo, siendo los que tienen nivel inaceptable o significativo (rojos y naranjas) los de mayor importancia para la organización, y a continuación los de nivel moderado (amarillos).



9.3.1. Opciones de tratamiento

Las opciones de tratamiento son las siguientes:

a) **Evitar el riesgo:** Se decide no proceder con la actividad que probablemente generaría el riesgo (cuando esto es practicable). Evitar inadecuadamente algunos riesgos puede aumentar la significación de otros.
b) **Disminuir la probabilidad de ocurrencia:** Entre las acciones para reducir o controlar la probabilidad de ocurrencia se encuentran:

- Mejora en las condiciones contractuales.
- Inspecciones y controles de procesos.
- Administración de inversiones y cartera.
- Administración de proyectos.
- Mantenimiento preventivo.
- Aseguramiento de calidad, administración y estándares.
- Investigación y desarrollo, y desarrollo tecnológico.
- Capacitación estructurada y otros programas.

- Comprobaciones.
- Acuerdos organizacionales.
- Controles técnicos.

9.3.2. Disminuir el impacto: Dentro de las acciones para reducir o controlar el impacto se encuentran

- Plan de contingencia / Emergencia
- Planes de recuperación de desastres
- Relaciones públicas, comunicación
- Planes de Continuidad de Negocio

9.3.3. Transferir los Riesgos

Esto involucra que un tercero soporte o comparta parte del riesgo. Los mecanismos incluyen el uso de contratos, arreglos de seguros y estructuras organizacionales tales como sociedades y "joint ventures".

9.3.4. Retener los Riesgos

Luego de que los riesgos hayan sido reducidos o transferidos, podría haber riesgos residuales que sean retenidos. Para éstos deben ponerse en práctica planes para administrar las consecuencias de esos riesgos si los mismos ocurrieran, incluyendo identificar medios de financiar dichos riesgos.

9.3.5. Definición de un plan de acción y controles de prevención y mitigación

Para la definición del plan de acción, se deben considerar:

a) **Establecer para cada control las siguientes variables:**

- Descripción del control: describir claramente el control y sus actividades (qué, cómo, cuándo, para qué y porqué).
- Responsable del control.
- Frecuencia del control: Cada cuanto se ejecuta el control (Anual, Semestral, Bimestral, Mensual, Bimensual, Semanal, Diario, Múltiples veces en el día, A demanda).

b) **Clasificación de los Controles:**

En la ESE HOSPITAL CARISMA la identificación e implementación de controles se realizará de acuerdo con su tipo y según las siguientes clasificaciones:

Por su naturaleza:

a) **Control Detectivo:** Corresponde a las alarmas que se disparan frente a una situación anormal, de acuerdo a las señales de alarma que tiene la entidad.

b) **Controles Correctivos:** permiten enfrentar la situación una vez se ha presentado y corregir y prevenir que cierta situación se vuelva a repetir. Por ejemplo, en caso de un desastre natural haciendo efectivas las pólizas de seguro y otros mecanismos de recuperación y respaldo.

Por su forma:

c) **Controles Manuales:** Son las acciones que realizaran las personas responsables de un proceso o actividad para mitigar el riesgo.

d) **Controles Automáticos:** Serán los procedimientos aplicados desde un computador con un software de soporte, diseñado para prevenir, detectar o corregir errores o deficiencias, sin que exista manualidad en el proceso; es decir, sin la intervención del recurso humano.

Por su estado de implementación:

e) **Control Implementado:** El control requerido existe y funciona de manera adecuada.

f) **Control en Desarrollo:** El control existe, pero aún no funciona de manera adecuada o no surte los efectos requeridos.

g) **Control No Existe:** El control no se ha diseñado ni implementado.

La valoración final resultante del análisis de la efectividad y el estado de implementación de los controles será la siguiente:

Muy efectivo o efectivo: Los controles son adecuados y se encuentran operando correctamente.

Periódicamente se debe realizar una evaluación de los controles actuales, estableciendo su contribución a la disminución del riesgo, con un uso adecuado de los recursos (eficiencia) con base en la utilización y reducción del riesgo; en caso contrario deben ser eliminados, reemplazados por otros y/o modificados

Los controles que se implementen como nuevos deben contribuir a la detección y/o reducción de los riesgos, y deben ser: Suficientes, comprensibles, económicos, eficaces, eficientes, efectivos, oportunos y estar inmersos en los procedimientos.

Con la calificación y aplicación de los controles y la determinación del riesgo inherente, se calcula el riesgo residual, definido como el riesgo al cual se encuentra expuesta la entidad luego de la ejecución de los controles sobre el riesgo inicial.

c) Definición de un plan de contingencia o manejo de la emergencia

A partir de los resultados del análisis adelantado, incluyendo la priorización de escenarios de riesgo, señales advertencia y controles existentes, se determinan las acciones requeridas para atención de contingencias y emergencias, con una mirada integral. En consideración de la implicación del evento, del tamaño del proyecto, oferta, o aspecto estratégico, puede desarrollarse un plan de contingencia y/o manejo de escenario de crisis específico

10. SEGUIMIENTO Y MONITOREO

La ESE Hospital Carisma ha definido que el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos Organizacionales (SIGRO) desde su implementación, debe servir para que se asegure el cumplimiento de los objetivos estratégicos que se ha fijado para el mediano y largo plazo.

Con el fin de asegurar este propósito es necesario contar con un proceso de seguimiento que verifique que todos aquellos riesgos, entendidos como oportunidades y/o amenazas son revisados, ajustados y capitalizados en la medida que sean costo - efectivos con una relación costo - beneficio positiva para la organización.

En esta etapa se verifica primordialmente que se lleven los procedimientos establecidos para garantizar el éxito de la implantación del plan de tratamiento del riesgo.

Este procedimiento debe tener claramente definido quienes son los responsables de la gestión, la frecuencia del monitoreo y los indicadores que se van a analizar, estableciendo el mecanismo adecuado de supervisión.

Se debe hacer un seguimiento y/o monitoreo de las etapas de la administración de riesgos y de los indicadores de gestión para asegurar que el plan de tratamiento permanezca consistente con la realidad. Los factores que pueden afectar la probabilidad y consecuencias pueden cambiar tanto, como cambian los factores que afectan la conveniencia o el costo de las opciones de tratamiento. Lo anterior hace necesario mantener dinámico el ciclo de administración del riesgo una y otra vez, comparando con el ciclo anterior ajustando las decisiones para el nuevo ciclo

Dentro del Mapa de Riesgos por Procesos, se establecen los controles a los riesgos, las acciones a desarrollar, los responsables y los indicadores a lograr, constituyéndose ello, en el plan para la administrar los riesgos por procesos, el cual, debe ser monitoreado y evaluado permanentemente por cada responsable del proceso.

No obstante, a la evaluación independiente realizadas por la Oficina de Control Interno, es responsabilidad de cada uno de los servidores públicos de la ESE, realizar el **autocontrol** de sus actividades o tareas a su cargo, generando acciones de mejora para el control de los riesgos propios de cada actividad.

El **Autocontrol** es la capacidad que deben desarrollar todos y cada uno de los servidores públicos de la ESE, independientemente de su nivel jerárquico, para evaluar y controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos de manera oportuna para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función, de tal manera que la ejecución de los procesos, actividades y/o tareas bajo su responsabilidad, se desarrollen con fundamento en los principios establecidos en la Constitución Política y ley.

10.1. Informe de riesgos

El líder del Comité de Institucional de Coordinación de Control Interno debe implementar reportes del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos Organizacionales (SIGRO) dirigidos a la Junta Directiva y a la Alta Gerencia, que deben contener:

- El comportamiento de los principales riesgos corporativos.
- Variaciones negativas de la medición de riesgos. (Ej, riesgos que incrementen su valoración de bajo o medio a Alto o Muy Alto, según calificación actual)
- Reporte de la implementación de planes de mejoramiento.
- Reporte de eventos materializados y su impacto económico en la organización.

10.2. Monitoreo del (SIGRO)

El objetivo del monitoreo del sistema es verificar que las políticas y procedimientos se estén ejecutando de acuerdo con lo previsto, evaluar si existen cambios en el contexto estratégico y organizacional que requieran cambios en el modelo e identificar oportunidades de mejora que faciliten el mejoramiento continuo del sistema.

Este monitoreo incluye actividades tales como:

- Verificar la difusión y aplicación de las políticas para la gestión de riesgos
- Evaluar la validez y el cumplimiento de las funciones de los diferentes entes que participan en la gestión de riesgos.
- Evaluar la aplicación de la metodología de gestión de riesgos
- Evaluar la oportunidad y la efectividad de la identificación de riesgos con respecto a los eventos que se hayan presentado.

- Verificar la evaluación de las competencias técnicas y personales, y la inclusión de las brechas identificadas dentro de los planes de capacitación.
- Evaluar si el proceso de toma de decisiones por parte de la Dirección y de los responsables de procesos está soportado en los resultados de la evaluación de riesgos.
- Verificar la ejecución de los programas de capacitación en temas relacionados con la gestión de riesgos y la efectividad de dichas actividades (incluyendo la publicación y divulgación de políticas, procesos y procedimientos).

10.3. Mejora continua del (SIGRO)

El mejoramiento continuo del Sistema se logra a partir de la identificación de cambios en el entorno de la Organización que requieren ajustes en el modelo. Estas oportunidades de mejora surgen de las revisiones de desempeño del Sistema que realiza el equipo directivo. Estos cambios pueden estar orientados a mejorar y/o actualizar, entre otros:

- Políticas
- Objetivos
- Estructura
- Manuales
- Procedimientos
- Tecnología
- Criterios de Evaluación

10.3.1. Monitoreo a la efectividad de los planes de acción

En la medida que se identifiquen planes de acción, el éxito de una adecuada gestión de riesgos radica en la implementación a tiempo y con el alcance definido de estos nuevos controles.
Para ello es necesario que se garantice que:

- Se hace seguimiento a los planes de tratamiento definidos con el fin de verificar su implementación.
- Se evalúe el impacto de los planes de acción, nuevos controles, una vez se han implementado, en el comportamiento de los riesgos, calificando la nueva probabilidad y cuantificando los nuevos impactos.

10.4. Indicadores

Nombre del indicador	Formula del indicador
Eficiencia en la identificación de riesgos	# de riesgos identificados en el período / # de riesgos identificados inicialmente
Tolerancia al riesgo	# de riesgos con calificación "Catastrófico" o "Mayor" / # de riesgos totales
Riesgos materializados	# de riesgos materializados / # de riesgos totales
Impacto de los riesgos	# de riesgos "Catastrófico" o "Mayor" materializados / # de riesgos "Catastrófico" o "Mayor" totales
Transferencia del Riesgo	# de riesgos identificados en el período / # de riesgos con transferencia.

10.4.1. Reporte de eventos ocurridos

Los responsables de los procesos pueden reportar al Comité de Institucional de Coordinación de Control Interno representante de la alta dirección, por ejemplo, mediante un mail con el asunto Reporte de Eventos de Riesgo – Área o proceso, los incidentes de riesgo, inmediatamente éstos ocurran.

El reporte debería incluir, como mínimo:

- Riesgo que se materializó.
- Descripción del evento (Qué sucedió)
- Por qué causas se generó.
- Si generó una pérdida económica directa, es decir, si como resultado del evento se pagaron multas, sanciones, incapacidades, entre otros.
- Si hubo mención en algún medio de comunicación
- Valor de la pérdida.
- Cuentas contables donde se reporta la pérdida asociada.

11. COMUNICACIÓN, PARTICIPACIÓN Y CONSULTA

Las comunicaciones internas relacionadas con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos Organizacionales (SIGRO) tienen como principales objetivos:

a) Informar sobre la forma como está estructurado el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos Organizacionales (SIGRO).
b) Fomentar valores culturales orientados a la gestión del riesgo al interior de la organización, en diferentes áreas y niveles.

c) Motivar y conocer la opinión de los empleados, lo que contribuye al mejoramiento continuo del sistema.
d) Actualizar a la organización con relación a la evolución y gestión de los riesgos que enfrenta en el desarrollo de su objeto social.
e) Mantener debidamente informados a los grupos de interés de la forma en la cual se gestionan los riesgos de la organización y los cambios en los mismos.
f) Informar los medios de comunicación con el fin de que los empleados de la ESE conozcan y apliquen las políticas y procedimientos, así como los resultados esperados de su gestión, se pueden implementar talleres de capacitación y espacios de divulgación, así como los siguientes medios:
    - Reuniones en comités y grupos de interés.
    - Boletines internos y correos electrónicos.
    - Sistema de Información corporativa.
    - Intranet corporativa y documentos del sistema de gestión de la calidad.
    - Sesiones de acompañamiento específica.

11.1. Comunicación

Los sistemas de comunicación utilizados por la ESE HOSPITAL CARISMA son:

- Carteleras informativas.
- Canales virtuales (correos, intranet).
- Charlas informativas y capacitaciones.

El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos Organizacionales (SIGRO) estará documentado en la intranet de la entidad, para conocimiento, revisión y control.

Los documentos de consulta pública estarán cargados en la página principal de la ESE HOSPITAL CARISMA.

11.2. Participación y Consulta

A través de las actividades de formación en reuniones y capacitaciones la ESE HOSPITAL CARISMA busca brindar a las partes interesadas los mecanismos de identificación, reporte y/o notificación de eventos de riesgo. Anexo al documento se encuentra el plan de capacitación para el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos Organizacionales (SIGRO).

12. ANEXOS

1. Política de riesgos.
2. Plan de trabajo del SIGRO.
3. Designación de responsabilidades.
4. Matriz de riesgos.
5. Subsistemas de riesgos.
6. Plan de capacitación.

13. BIBLIOGRAFÍA

- Circular Externa 20211700000004-5 de septiembre 15 de 2021: Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y buen gobierno organizacional, el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus subsistemas de Administración de Riesgos.
- Circular Externa 20211700000005-5 de septiembre 15 de 2021: Instrucciones generales relativas al Subsistema de Administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015,009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.
- ICONTEC. (2011). Gestión del Riesgo Principios y Directrices. Bogotá: Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC).
- Quijano, R. C. (2016). Administración de riesgos Un enfoque empresarial. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.