

ACUERDO No. 011
AGOSTO 30 DE 2022

**"POR EL CUAL SE APRUEBA LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL
DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E."**

La Junta Directiva del Hospital Departamental. Psiquiátrico Universitario del Valle, Empresa Social del Estado, en uso de sus atribuciones legales, y

CONSIDERANDO

Que el Capítulo 5, Artículo 209 de la Constitución Política de Colombia, dispone *"La administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señale la ley."*

Que el Artículo 2° de la Ley 87 de 1993 consagró los objetivos del Sistema de Control Interno y en su literal f, dispuso: *"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."*

Que el literal b del Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, establece: *"Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal, cualquiera que sea su régimen de contratación, deberá implementar Programas de Transparencia y Ética Pública con el fin de promover la cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollo de su misionalidad. Este programa contemplará, entre otras cosas: (...) b) Prevención, gestión y administración de riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo y proliferación de armas y riesgos de corrupción, incluidos los reportes de operaciones sospechosas a la UIAF, consultas en las listas restrictivas y otras medidas específicas que defina el Gobierno nacional dentro del año siguiente a la expedición de esta norma;"*

Que el Artículo 2.2.22.3.1 del Decreto 1083 de 2015 adopta la versión actualizada del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y éste a su vez establece la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas.

Que a través de la Circular Externa No. 20211700000004-5 del 15 de Septiembre de 2021 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, dirigida a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de los grupos B, C1, C2 y D1 públicos entre otros, 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.



ACUERDO No. 011
AGOSTO 30 DE 2022

**"POR EL CUAL SE APRUEBA LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL
DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E."**

Que el numeral 2° del Capítulo II-I de la Circular en mención, trata sobre las Políticas de Gestión de Riesgos e indica que: *"Las entidades deben adoptar como mínimo, en relación con el marco de su Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, las políticas o lineamientos generales que permitan el desarrollo del ciclo de la gestión de los riesgos prioritarios de forma eficiente y oportuna. (...) Estas políticas de Gestión de Riesgos deberán ser adoptadas por la Junta Directiva..."*

Que dando cumplimiento a la normativa expuesta y en especial a las instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud, la Honorable Junta Directiva,

ACUERDA


ARTICULO PRIMERO: Aprobar la POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE, Según el anexo que se adjunta al presente acuerdo y que hace parte integral del mismo, el cual consta de 18 folios y se denomina Política de Gestión de Riesgo.

ARTICULO SEGUNDO: El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición.

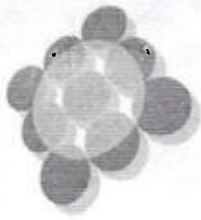
Dado en Santiago de Cali a los Treinta (30) días del mes de agosto del año dos mil veintidós (2022).

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE


MARÍA CRISTINA LESMES DUQUE
Presidente


MARÍA FERNANDA BURGOS CASTILLO
Secretario

Proyecto: Helio José Ramírez Maldonado - Jefe Oficina Asesora de Planeación
Dra. Martha Cecilia Valdés - Jefe Oficina Asesora de Control Interno
Revisión: Dra. Gloria Elizabeth Ruiz García - Subgerente Administrativo y Financiero
Dra. Magali Ramos Calderón - Jefe Oficina Asesora Jurídica



Hospital Departamental Psiquiátrico
Universitario Del Valle E.S.E.

"Salud Mental para todos con Calidad y Eficiencia"

Página 1 de 18

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL
VALLE E.S.E.

PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

POLITICA DE GESTION DEL RIESGO

Anexo 1. ACUERDO No. 011 AGOSTO 30 DE 2022

Aprobada mediante Acuerdo No No. 011 AGOSTO 30 DE 2022
de la Junta Directiva del HDPUV





TABLA DE CONTENIDO

1.	OBJETIVO	3
2.	ALCANCE	3
3.	RESPONSABLES	3
4.	DEFINICIONES	3
5.	DESCRIPCIÓN	7
5.1.	MARCO NORMATIVO	7
5.2.	DEFINICIÓN DE LA POLITICA	8
5.3.	OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA POLITICA DE RIESGO	8
5.4.	ESTRATEGIAS	8
5.5.	INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y REPORTE	8
5.6.	PROCESO DE GESTION DEL RIESGO	9
5.6.1.	EVALUACIÓN DEL RIESGO: CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS	11
5.6.2.	TRATAMIENTO DEL RIESGO	16
5.6.3.	SEGUIMIENTO Y REVISIÓN	17
5.6.4.	REGISTRO E INFORME	18
6.	PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS	20
7.	DOCUMENTACIÓN	20
8.	INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	20
9.	INDICADORES	20



1. OBJETIVO

En el HDPUV estamos comprometidos con el establecimiento de los lineamientos para la identificación, priorización, evaluación y seguimiento de los riesgos, mediante la aplicación de las políticas, procedimientos, metodologías, instrumentos y el fomento de una cultura de control, que permitan brindar una seguridad razonable para controlar y responder a los acontecimientos potenciales, que puedan afectar a los pacientes, los funcionarios, los objetivos estratégicos y de calidad y los resultados institucionales.

2. ALCANCE

La Presente Política de Administración de Riesgos aplica a todos los Procesos, a los funcionarios, estudiantes en práctica formativa, contratistas, subcontratistas y proveedores del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E., independiente de su forma de contratación y desarrollo de actividades para el desempeño de sus funciones o labores encomendadas que aporten a la gestión del Hospital para la prestación de los servicios de salud mental integral.

3. RESPONSABLES

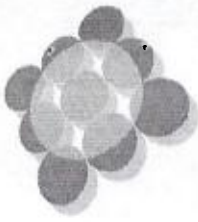
Junta Directiva
Gerencia
Planeación y Calidad
Subgerencia Administrativa y Financiera
Subgerencia Científica
Oficial de Cumplimiento SARLAFT/PADM
Oficial de Cumplimiento SICOF
Coordinadores y Líderes de procesos

4. DEFINICIONES

- **Identificación de Riesgos:** Establecer la estructura del riesgo; fuentes o factores, internos o externos, generadores de riesgos; puede hacerse a cualquier nivel: total entidad, por áreas, por procesos, incluso, bajo el viejo paradigma, por funciones; desde el nivel estratégico hasta el más sencillo operativo.
- **Indicador:** Es la valoración de una o más variables que informa sobre una situación y soporta la toma de decisiones. Es un criterio de medición y de evaluación cuantitativa o cualitativa.
- **Mapas de Riesgos:** Herramienta metodológica que permite hacer un inventario de los riesgos ordenada y sistemáticamente, definiéndolos, haciendo la descripción de cada uno de estos y las posibles consecuencias. Matriz en la que se presentan los eventos particulares que pueden amenazar el logro de la función de la entidad pública, con efectos desfavorables para sus grupos de interés, a partir de los cuales se analizan los agentes generadores de las causas y los efectos que se pueden presentar, planteando acciones de mejoramiento.



- **Política:** Una política institucional, es una decisión escrita que se establece como una guía, para los miembros de una organización, sobre los límites dentro de los cuales pueden operar en distintos asuntos. Es decir, proporciona un marco de acción lógico y consistente. De esta manera se evita, que la dirección, tenga que decidir sobre temas de rutina una y otra vez en desmedro de la eficiencia.
- **Retroalimentación:** Información sistemática sobre los resultados alcanzados en la ejecución de un plan, que sirven para actualizar y mejorar la planeación futura.
- **Riesgo:** Efecto que se causa sobre los objetivos de las entidades, debido a eventos potenciales.
- **Riesgo de Seguridad de la Información:** Posibilidad de que una amenaza concreta pueda explotar una vulnerabilidad para causar una pérdida o daño en un activo de información.
- **Riesgo de Corrupción:** Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.
- **Riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva SARLAFT:** Es el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo, el cual se debe implementar en las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia para prevenir el riesgo del lavado de activos y financiamiento del terrorismo, es un sistema que está compuesto por dos componentes. El componente de prevención del riesgo y el componente de control.
- **Riesgo de Corrupción, opacidad y Fraude (CICOF):** es el conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por el máximo órgano social, la alta dirección y demás funcionarios de una organización para cumplir los siguientes objetivos, Realizar una adecuada gestión de los riesgos, Mejorar la eficiencia y eficacia en las operaciones de las entidades para evitar situaciones de corrupción, opacidad y fraude, Prevenir y mitigar la ocurrencia de actos de corrupción, opacidad y fraudes tanto al interior como al exterior de las organizaciones.
- **Probabilidad:** se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo. Estará asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad que se esté analizando. La probabilidad inherente será el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año.
- **Causa:** todos aquellos factores internos y externos que solos o en combinación con otros, pueden producir la materialización de un riesgo.
- **Consecuencia:** los efectos o situaciones resultantes de la materialización del riesgo que impactan en el proceso, la entidad, sus grupos de valor y demás partes interesadas.
- **Impacto:** las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.



- **Riesgo Inherente:** Nivel de riesgo propio de la actividad. El resultado de combinar la probabilidad con el impacto nos permite determinar el nivel del riesgo inherente, dentro de unas escalas de severidad.
- **Riesgo Residual:** El resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente.
- **Control:** Medida que permite reducir o mitigar un riesgo.
- **Causa Inmediata:** Circunstancias bajo las cuales se presenta el riesgo, pero no constituyen la causa principal o base para que se presente el riesgo.
- **Causa Raíz:** Causa principal o básica, corresponde a las razones por la cuales se puede presentar el riesgo.
- **Factores de Riesgo:** Son las fuentes generadoras de riesgos.
- **Confidencialidad:** Propiedad de la información que la hace no disponible o sea divulgada a individuos, entidades o procesos no autorizados.
- **Integridad:** Propiedad de exactitud y completitud.
- **Disponibilidad:** Propiedad de ser accesible y utilizable a demanda por una entidad.
- **Vulnerabilidad:** Representan la debilidad de un activo o de un control que puede ser explotada por una o más amenazas.
- **Activo:** En el contexto de seguridad digital son elementos tales como aplicaciones de la organización, servicios web, redes, Hardware, información física o digital, recurso humano, entre otros, que utiliza la organización para funcionar en el entorno digital.
- **Nivel de riesgo:** Es el valor que se determina a partir de combinar la probabilidad de ocurrencia de un evento potencialmente dañino y la magnitud del impacto que este evento traería sobre la capacidad institucional de alcanzar los objetivos. En general la fórmula del Nivel del Riesgo poder ser Probabilidad * Impacto, sin embargo, pueden relacionarse las variables a través de otras maneras diferentes a la multiplicación, por ejemplo, mediante una matriz de Probabilidad – Impacto.
- **Apetito de riesgo:** Es el nivel de riesgo que la entidad puede aceptar, relacionado con sus Objetivos, el marco legal y las disposiciones de la Alta Dirección y del Órgano de Gobierno. El apetito de riesgo puede ser diferente para los distintos tipos de riesgos que la entidad debe o desea gestionar.
- **Tolerancia del riesgo:** Es el valor de la máxima desviación admisible del nivel de riesgo con respecto al valor del Apetito de riesgo determinado por la entidad.

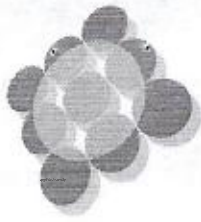


- **Capacidad de riesgo:** Es el máximo valor del nivel de riesgo que una Entidad puede soportar y a partir del cual se considera por la Alta Dirección y el Órgano de Gobierno que no sería posible el logro de los objetivos de la Entidad.
- **Capacidad de riesgo:** Es el máximo valor del nivel de riesgo que una Entidad puede soportar y a partir del cual se considera por la Alta Dirección y el Órgano de Gobierno que no sería posible el logro de los objetivos de la Entidad.
- **Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano:** Plan que contempla la estrategia de lucha contra la corrupción que debe ser implementada por todas las entidades del orden nacional, departamental y municipal.
- **Satisfacción del usuario:** Percepción del cliente/usuario sobre el grado en que se han cumplido los requisitos.
- **Seguimiento:** Recolección regular y sistemática sobre la ejecución del plan, que sirven para actualizar y mejorar la planeación futura.

5. DESCRIPCIÓN

5.1. MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de Colombia, artículos 209 269.
- Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.
- Ley 489 de 1998, Estatuto Básico de Organización y Funcionamiento de la Administración Pública.
- Directiva Presidencial 09 de 1999, lineamientos para la implementación de la política de lucha contra la corrupción.
- Decreto 1083 de 2015. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.
- Que la resolución 393 DE 2007 de la Contaduría General de la Nación, adopta el Manual para la Implementación del Modelo de Control Interno Contable MCICO 2007:1
- Ley 1474 de 2011. Artículo 73 establece el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
- Guía para la Administración de Riesgos del DAFP versión 5 – diciembre de 2020
- Norma técnica colombiana NTC-ISO 9001 SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD
- Norma técnica NTC-ISO 14001 SISTEMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL
- Norma técnica NTC-ISO 45001 SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
- Circular externa 2021170000004-5 - septiembre 15 de 2021 Mediante la cual la Supersalud imparte instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional que deben adoptar las IPS de los grupos B, C1, C2, y D1; a su vez, emite disposiciones relativas al sistema integrado de gestión de riesgos y a los subsistemas de administración de riesgos.



- Circular externa 2021170000005-5 - septiembre 17 de 2021 a través de la cual emite 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. De acuerdo a lo anterior, esta circular presenta las modificaciones realizadas a la Circular Externa 000009 de 2016; por la cual se imparten instrucciones relativas al sistema de administración de riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo.

5.2. DEFINICION DE LA POLITICA

El Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, se compromete a establecer todas las acciones tendientes a gestionar con efectividad los riesgos que afecten el logro de los Objetivos Estratégicos, los procesos y los recursos de la institución, propendiendo por asegurar la continuidad en la prestación de los servicios de salud, bienestar laboral y confianza en los grupos de interés.

5.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA POLITICA DE RIESGO

- Identificar y realizar análisis y control de los riesgos asociados a los puntos críticos de los procesos del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle.
- Efectuar el control y seguimiento de los riesgos que después de la calificación de los controles se valoren como importantes o inaceptables, mediante la definición de acciones orientadas a evitar o reducir el riesgo.
- Generar en todos los niveles del Hospital una cultura de autocontrol, de gestión del riesgo en todos los niveles administrativos y asistenciales.

5.4. ESTRATEGIAS

- ✓ Establecer metodología para la identificación, análisis, evaluación, monitoreo, revisión y seguimiento de los riesgos.
- ✓ Monitorear periódica y oportunamente los resultados de la implementación de los controles de cada proceso y tomar acciones necesarias para el tratamiento y manejo de los riesgos.
- ✓ Monitorear y tomar decisiones a partir de los resultados de la implementación de la política.
- ✓ Realizar seguimiento a la actualización de la matriz de riesgos y el cumplimiento de los planes de acción que de ella se pudieran generar.

5.5. INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y R

5.6. EPORTE

Responsabilidades por línea de defensa para información, comunicación y reporte.



Línea estratégica de defensa: está conformada por la Junta Directiva, Alta Dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. La responsabilidad de esta línea de defensa se centra en la emisión, revisión, validación y supervisión de cumplimiento de políticas, manuales y procedimientos en materia de control interno, gestión del riesgo, seguimientos a la gestión y auditoría interna para toda la entidad.

Primera Línea de Defensa: esta línea de defensa está conformada por los subgerentes, quienes tienen el poder de decisión de gestionar los riesgos de manera transversal en cada uno de los procesos, y deben aplicar las medidas de control interno en las operaciones del día a día del Hospital. Esta línea se encarga del mantenimiento efectivo de controles internos, por consiguiente, identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos.

Segunda Línea de Defensa: esta línea de defensa está conformada por los asesores, coordinadores de área, líderes de proceso y el responsable de la gestión del riesgo designado por la entidad, quienes realizan labores de supervisión sobre temas transversales para la entidad y rinden cuentas ante la línea estratégica. Esto le permite a la entidad hacer un seguimiento o autoevaluación permanente de la gestión, de manera que pueda orientar y generar alertas a las personas que hacen parte de la Línea estratégica de defensa y la primera línea de defensa. Esta línea se asegura de que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente, además, se encarga de supervisar la eficacia e implementación de las prácticas de gestión de riesgo, ejercicio que implicará la implementación de actividades de control específicas que permitan adelantar estos procesos de seguimiento y verificación con un enfoque basado en riesgos

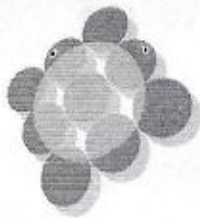
Tercera Línea de Defensa: Responsable: esta línea de defensa está conformada por la Oficina de Control Interno, quienes evalúa de manera independiente y objetiva los controles de la Línea estratégica, primera y segunda línea de defensa. La Oficina Asesora de control interno, a través de un enfoque basado en el riesgo, proporcionará aseguramiento sobre la eficacia de gobierno, gestión de riesgos y control a la alta dirección de la organización, incluidas las maneras en que funcionan las líneas de defensa.

La Gestión del Riesgo del Hospital está soportado en la política de gestión del riesgo, el procedimiento gestión del riesgo y el Manual de gestión del riesgo.

5.7. PROCESO DE GESTION DEL RIESGO

El proceso de gestión del riesgo es una parte integrante de la gestión de la Administración y se integra en la cultura y en las prácticas del Hospital adaptándose a los procesos.

Comunicación y Consulta



En esta etapa se asistirá a las partes interesadas pertinentes a comprender el riesgo, las bases con las que se toman decisiones y las razones por las que son necesarias acciones específicas. La comunicación busca promover la toma de conciencia y la comprensión del riesgo. La consulta implica obtener retroalimentación e información para apoyar la toma de decisiones.

La comunicación y consulta se realizará en todas y cada una de las etapas del proceso de la gestión del riesgo.

Alcance, contexto y criterios

El propósito del establecimiento del alcance, contexto y criterios es adaptar el proceso de la gestión del riesgo, para permitir una evaluación del riesgo eficaz y un tratamiento apropiado del riesgo.

Alcance

Al interior de la entidad, la gestión del riesgo se aplicará a niveles estratégico, operacionales (procesos), de proyecto u otras actividades que puedan surgir, tomando como consideración entre otros aspectos los objetivos y las decisiones que se necesitan tomar, así como los resultados esperados de las etapas a ejecutar en el proceso.

Contexto Externo e Interno

Los contextos externo e interno son el entorno en el cual el Hospital busca definir y lograr sus objetivos. En el contexto externo se incluye entre otros aspectos sin limitarse a ellos:

Entorno social y cultural, político, legal, reglamentario, financiero, tecnológico, económico, natural y competitivo.

Factores y las tendencias clave que tengan impacto en los objetivos de la organización. Relaciones con las partes interesadas externas, sus percepciones y sus valores.

En el contexto interno: Constituye todo aquello al interior del Hospital que puede influir en la manera en la que una organización gestionará el riesgo. Incluye entre otros aspectos sin limitarse a ellos:

- El gobierno, la estructura, las funciones y las responsabilidades.
- Las políticas, los objetivos y las estrategias que se establecen para conseguirlos;
- Las aptitudes, entendidas en términos de recursos y conocimientos (capital, tiempo, personas, procesos, sistemas y tecnologías).
- La cultura de la organización;
- Los sistemas de información, los flujos de información y los procesos de toma de decisiones (tanto formales como informales)

Criterios del riesgo



Los criterios del riesgo reflejan los valores, objetivos y recursos de la organización y son coherentes con las políticas y declaraciones acerca de la gestión del riesgo. En el documento se encuentra el nivel de detalle de los criterios tanto del impacto como de la probabilidad.

Apetito / Tolerancia de Riesgo

El apetito/tolerancia al riesgo estará alineado con los límites de la matriz de impacto x probabilidad y por las directrices de Casa Matriz. La organización tratará de que el apetito/tolerancia sea categoría "BAJO" en sus riesgos residuales.

5.7.1. Evaluación del Riesgo: Ciclo General de Gestión de Riesgos

La evaluación del riesgo es el proceso global de identificación del riesgo, análisis del riesgo y valoración del riesgo. Se llevará a cabo de manera sistemática, iterativa y colaborativa, basándose en el conocimiento y los puntos de vista de las partes interesadas. Utilizará la mejor información disponible, complementada por investigación adicional, si fuese necesario.

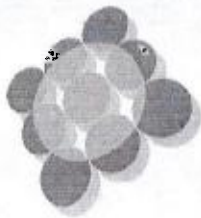
Identificación

El propósito de la identificación del riesgo es encontrar, reconocer y describir los riesgos que pueden ayudar o impedir al Hospital lograr sus objetivos. Para la identificación de los riesgos es importante contar con información pertinente, apropiada y actualizada y para ello se deben tener en cuenta los siguientes factores:

- Las fuentes de riesgo tangibles e intangibles
- Las causas y los eventos
- Las amenazas y las oportunidades;
- Las vulnerabilidades y las capacidades;
- los cambios en los contextos externo e interno;
- los indicadores de riesgos emergentes;
- las consecuencias y sus impactos en los objetivos;
- las limitaciones de conocimiento y la confiabilidad de la información;
- los sesgos, los supuestos y las creencias de las personas involucradas.

Análisis del riesgo: Evaluación y Medición

El propósito del análisis del riesgo es comprender la naturaleza del riesgo y sus características incluyendo, cuando sea apropiado, el nivel del riesgo. El hospital efectuará este análisis de riesgo tanto para el riesgo inherente (calificación del riesgo antes de controles) como para el riesgo residual (calificación del riesgo después de que se ha implementado los controles y se encuentran en funcionamiento).



Realizar el análisis de los riesgos de forma inherente como residual, permitirá determinar la madurez de los controles al interior de la organización.

Metodología de calificación de los riesgos

El modelo adoptado por el Hospital se ha basado en la Guía metodológica versión 5 del DAFP, NTC 31000 y nuestros Sistemas Integrados Gestión.

Los lineamientos para cada calificación son los siguientes:

Impacto	Índice de criticidad
Alto	Superior al 80%
Moderado	Entre 40% y 79%
Bajo	Entre 10% y 39%

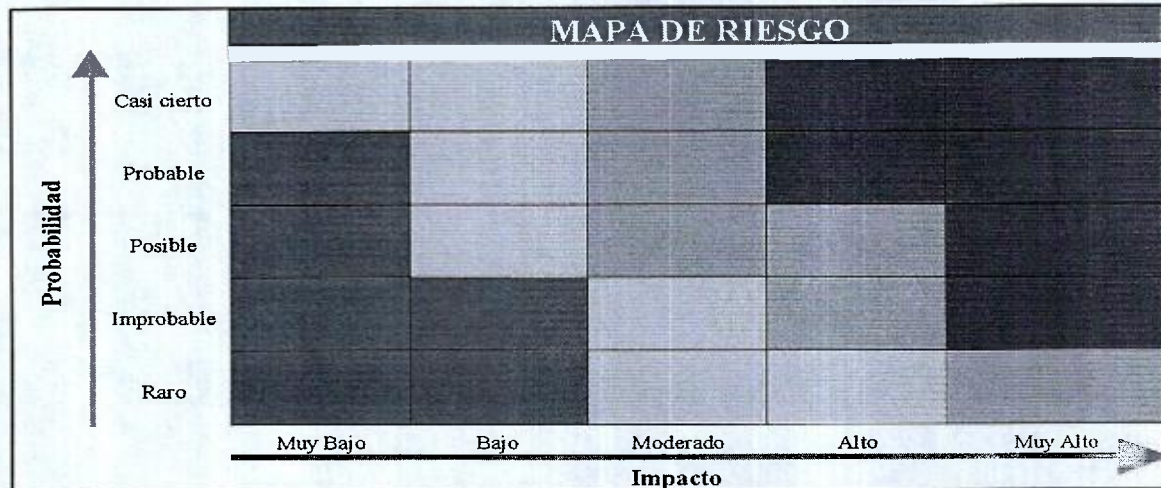
Severidad de los riesgos

Las siguientes son las calificaciones de los niveles de severidad establecidos en Hospital y las acciones que se deben seguir para cada uno de ellos:

Extremo
Alto
Moderado
Bajo

Mapa de riesgos

El mapa de riesgo se construye ubicando en la matriz las calificaciones de la probabilidad y del impacto. El mapa de riesgos para el Hospital es el siguiente:



Calificación del Riesgo Inherente

Es aquel que puede existir de manera intrínseca en toda actividad. No tiene en cuenta el efecto de los controles.

Las calificaciones las asignará el líder del proceso de acuerdo con el nivel de criticidad de las variables las cuales se encuentran definidas en el mapa de riesgos, conforme a lo establecido en la guía del DAFP versión 5 procedimiento. En este orden Los riesgos no se promedian: La calificación estará determinada por la mayor exposición del riesgo en cualquiera de los factores.

Calificación del Riesgo Residual

Es el riesgo que resulta tras la aplicación de los oportunos controles que hayan sido considerados por el Hospital.

La calificación del riesgo residual estará a cargo de cada líder de proceso, después de haber calificado los riesgos inherentes. La calificación del riesgo residual está basada en un juicio cualitativo teniendo en cuenta el diseño y la ejecución de los controles.

Los controles para que sean eficaces deben tener las siguientes características tanto en diseño como ejecución:

Diseño del Control:

- Responsabilidad del control: Estar asignados a un responsable con una adecuada segregación de funciones



- Tipo de Control: Se refiere a si el control es manual o automático. Se considera más fuerte el control cuando es automático.
- Naturaleza del control: Preventivo o Detectivo. Se considera más fuerte el control cuando es Preventivo.
- Frecuencia del control: Cada cuanto se ejecuta el control. Se considera más fuerte el control si la periodicidad de ejecución es la más apropiada para prevenir el riesgo.
- Documentación: Se considera más fuerte el control cuando el mismo se encuentra documentado en una política, procedimiento, etc. en la plataforma habilitada para ello.
- Los riesgos residuales administrativos calificados en "EXTREMO" y "ALTO" serán monitoreados por el funcionario encargado de la gestión del riesgo, por el Comité de Coordinación de Control Interno en forma semestral, igualmente serán monitoreados para los riesgos asistenciales calificados en esta categoría.

Ejecución del Control:

Un control puede estar adecuadamente diseñado, pero sino se ejecuta por parte de los responsables el riesgo tiene más probabilidad de materializarse. Las siguientes serán las calificaciones de la ejecución del control:

Alto: El control está diseñado y funciona eficazmente según lo previsto y puede ser probado y evidenciado.

Medio: El control existe, pero hay deficiencias en su diseño y/o eficacia operativa.

Bajo: El control está establecido, pero es ineficaz, debido a un diseño inadecuado y/o a un funcionamiento incoherente que ha sido identificado o el control no está funcionando.

La evidencia de la ejecución del control estará a cargo del líder del proceso quién deberá demostrar el cumplimiento de estos por cualquiera de los mecanismos que considere adecuado.

Un control se considera no satisfactorio cuando no se cumplan todos o alguno de los elementos mencionados anteriormente, para ello, cada líder de proceso deberá tomar las acciones necesarias para garantizar el cumplimiento de estos elementos.

Valoración del Riesgo

El propósito de la valoración del riesgo es apoyar a la toma de decisiones. La valoración del riesgo implica comparar los resultados del análisis del riesgo con los criterios del riesgo establecidos para determinar las acciones a seguir. Al interior del Hospital las siguientes acciones se deberán realizar según la severidad del riesgo residual:



Resultado del Riesgo Residual	Acción a seguir
Extremo	Debe ser puesto en conocimiento de la Junta Directiva la alta dirección y del Comité de Coordinación de Control Interno y ser objeto de tratamiento inmediato.
Alto	Exige la atención de la primera y segunda línea de defensa y debe ser tratado y monitoreado y debe ser informado a la Junta Directiva y Comité de Coordinación de Control interno.
Moderado	Debe ser gestionado adecuadamente por los líderes de los procesos y ser objeto de monitoreo continuo. Debe informarse a la primea y segunda línea de defensa.
Bajo	Debe continuar gestionándose con los controles actuales existentes en la organización.

Los líderes de los procesos implementarán los controles necesarios para que sus riesgos residuales sean bajos basados en la premisa costo/beneficio donde el control no puede ser más costoso que la materialización del riesgo. No obstante, los riesgos residuales pueden estar en un nivel de severidad mayor justificando los motivos de estos.

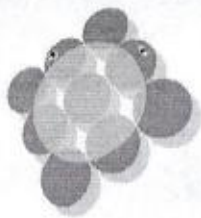
Los niveles de tolerancia de riesgos estarán determinados por la organización con base en sus indicadores de gestión.

5.7.2. Tratamiento del Riesgo.

El propósito del tratamiento del riesgo es seleccionar e implementar opciones para abordar el riesgo. El tratamiento del riesgo implica un proceso iterativo de:

Las opciones de tratamiento de riesgo son los siguientes:

Tratamiento	Descripción
Evitar	Consiste en no realizar la actividad que genera el riesgo. Evitar supone salir de las actividades que generen riesgos, puede incluir acciones como: <ul style="list-style-type: none"> ● Retirar la fuente de riesgo. ● Prescindir de una unidad de negocio, línea de producto o segmento geográfico. ● Decidir no emprender nuevas iniciativas/ actividades que podrían dar lugar a riesgos
Reducir	Implica llevar a cabo acciones para reducir la probabilidad o el impacto del riesgo o ambos conceptos a la vez.



Tratamiento	Descripción
Transferir	La probabilidad o el impacto del riesgo se reduce trasladando, o compartiendo el riesgo con una o varias de las partes que integran las líneas de defensa.
Aceptar	Consiste en retener el riesgo para perseguir una oportunidad y establecer un plan apropiado de gestión del riesgo <ul style="list-style-type: none">● Provisionar las posibles pérdidas.● Aceptar el riesgo si se adapta a la tolerancia al riesgo existente.

La selección de la opción más apropiada de tratamiento del riesgo implica obtener un análisis de los costos/beneficios.

El tratamiento de los riesgos estará a cargo de cada Líder de proceso y debe ser revisada por cada para cumplir con los siguientes objetivos:

- Tener un mejor conocimiento de los controles establecidos y determinar si dichos controles mitigan los riesgos de su proceso.
- Validar que el costo de la implementación de los controles es menor que los beneficios recibidos.
- Adicionar o eliminar nuevos controles o cambiar el tratamiento.

Los planes de tratamiento deben incluir por lo menos los siguientes aspectos:

- Las razones que justifican la selección del tratamiento, incluyendo los beneficios previstos;
- Las personas responsables de la aprobación del plan y de la implementación del plan.
- Las acciones propuestas;
- Las necesidades de recursos, incluyendo las contingencias;
- Las medidas del desempeño y las restricciones;
- Los requisitos en materia de información y de seguimiento; y
- El calendario y la programación.

La aceptación del riesgo estará a cargo del Gerente y/o de la Junta Directiva según su nivel de criticidad y exposición para la organización.

5.7.3. Seguimiento y Revisión

El propósito del seguimiento y la revisión es asegurar y mejorar la calidad y la eficacia del diseño, la implementación y los resultados del proceso.



La revisión de los riesgos se realiza por lo menos cada año y es realizada por el funcionario que gestiona los riesgos en el hospital, por los líderes de los procesos.

Este manual se revisará anualmente por el funcionario que gestiona los riesgos en la entidad y las modificaciones serán de conocimiento de la junta directiva, la línea estratégica, la primera y segunda línea y cualquier modificación al mismo, se debe presentar ante la Junta Directiva y al Comité de Coordinación de Control Interno para su revisión y aprobación.

Lo anterior no exime a que, si antes de esta periodicidad se identifica un riesgo, el mismo debe ser analizado con lo indicado en esta política.

Cada líder de proceso implementará indicadores de ejecución que tienen como finalidad informar, controlar, evaluar y ayudar a tomar las decisiones

De llegarse a presentar desviaciones o que se incumplan los indicadores, los líderes de los procesos deben establecer planes de contingencia para intervenir y tratar los diferentes riesgos, teniendo en cuenta la variabilidad de los riesgos identificados, con el propósito de ajustar las desviaciones lo más pronto posible.

Cada líder será responsable de los plazos, periodicidad, reportes de avance y de las evaluaciones periódicas sobre las estrategias para la gestión del riesgo.

El proceso de seguimiento y revisión abarcan todos los aspectos del proceso de gestión del riesgo, con la finalidad de:

- Hay que asegurar que los controles son eficaces y eficientes tanto en su diseño como en su utilización.
- Obtener la información adicional para mejorar la valoración del riesgo;
- Analizar y sacar conclusiones de los sucesos, cambios, tendencias, éxitos y fallos;
- Detectar los cambios en el contexto interno y externo, incluidos los cambios en los criterios de riesgo y en el propio riesgo, que puedan requerir la revisión de los tratamientos de riesgo y de las prioridades; e
- Identificar los riesgos emergentes.

5.7.4. Registro e informe

La línea estratégica y la primera línea de defensa proporcionarán comunicaciones específicas, orientadas a dirigir las expectativas de comportamiento y las responsabilidades del personal, incluyendo un claro enfoque de la gestión de riesgos, su delegación y autoridad.

Divulgación de la Información Interna



Como resultado del monitoreo y control de cada uno de los riesgos identificados, el Hospital elaborará reportes semestrales como mínimo, que permitan establecer el perfil de riesgo de éstas.

Así mismo, al cierre del ejercicio contable informará sobre el cumplimiento de las políticas, los límites establecidos y su grado de cumplimiento, el nivel de exposición a los diferentes riesgos a los que se ven expuestas las entidades y la cuantificación de los efectos de la posible materialización de estos sobre la salud de la población de su área de influencia, las utilidades, el patrimonio y el perfil de riesgo del Hospital.

Estos informes serán presentados al Representante Legal, a la Junta Directiva y los líderes de los procesos involucrados, los cuales deben quedar plasmados en acta donde se socialicen estos informes.

Divulgación de la Información Externa

El Gerente, en el informe de gestión anual incluirá en las notas a los estados financieros un apartado sobre la gestión adelantada en materia de administración de los diferentes subsistemas de gestión de riesgos el contendrá un resumen de su situación en materia de la administración de dichos riesgos con información cualitativa y cuantitativa.

En la información cualitativa se informará sobre los objetivos, estrategias y filosofía en la gestión de riesgos y los controles implementados en cada uno para mitigarlos, así como los cambios potenciales en los niveles de riesgo, cambios materiales en las estrategias y límites de exposición para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

En la información cuantitativa sobre la gestión integral de los riesgos se informará el resultado de la políticas y metodologías internas aplicadas prevaleciendo el carácter privilegiado, confidencial o reservado de la información.

Capacitaciones

La comunicación sobre procesos y procedimientos estará alineada con la cultura deseada, la cual se reforzará en todo momento. Para lograr lo anterior el Hospital contará con una estrategia de capacitación sobre el sistema de Gestión de Riesgos.

La estrategia de capacitación se basa en el plan para la comunicación y consulta de cada paso del proceso de gestión de riesgo. El mismo abarca tanto las partes interesadas internas como externas.

6. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS

El Hospital establecerá los procesos y procedimientos para instrumentar la Política de Gestión de Riesgo, para ello, cada subsistema de gestión de riesgos contará con documentación en forma separada de este manual y que hace parte integral del mismo.



7. DOCUMENTACIÓN

Las etapas del ciclo general de riesgos y los elementos específicos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos estarán soportados en documentos y registros, garantizando la integridad, oportunidad, trazabilidad, confiabilidad y disponibilidad de la información allí contenida.

8. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

El Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, dispondrá y utilizará la infraestructura tecnológica y los sistemas necesarios para garantizar el funcionamiento efectivo, eficiente y oportuno del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos para generar informes confiables. Contará con un soporte tecnológico acorde con sus actividades, operaciones, riesgos asociados y tamaño que le permita centralizar la información relacionada con la gestión de riesgos el cual debe ser validado por lo menos una vez al año.

9. INDICADORES

- ✓ % de alcance de los procesos del Hospital con el correcto diligenciamiento de la Matriz de Riesgos institucional.
- ✓ Indicador Clave de control: evalúa el diseño y desempeño de los controles específicos para el manejo de los riesgos identificados
- ✓ Porcentaje de riesgos importantes e inaceptables con medidas de tratamiento implementadas por la Alta Gerencia

Proyecto: Helio José Ramírez Maldonado – Jefe Oficina Asesora de Planeación

Dra. Martha Cecilia Valdés – Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Revisión: Dra. Gloria Elizabeth Ruíz García - Subgerente Administrativo y Financiero

Dra. Magali Ramos Calderón - Jefe Oficina Asesora Jurídica

Aprobó: Maria Fernanda Burgos Castillo - Gerente