

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE  
RIESGO, BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL  
RIESGO DEL DAFP PARA LA E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO

HÉCTOR LUIS PANA CÓRDOBA

JONATHAN JAVIER GALVIS CANO

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

FACULTAD DE INGENIERÍAS FISICOMECAÓNICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES

BUCARAMANGA

2016

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE  
RIESGO, BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL  
RIESGO DEL DAFP PARA LA E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO

HÉCTOR LUIS PANA CÓRDOBA

JONATHAN JAVIER GALVIS CANO

Trabajo de grado para optar el título de

Ingeniero Industrial

Director

JUAN CAMILO LEZMES PERALTA

Ingeniero Industrial

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

FACULTAD DE INGENIERÍAS FISICOMECAÑICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES

BUCARAMANGA

2016

## **DEDICATORIA**

*A María Santísima por su poderosa Intercesión  
A mis Padres y Hermanos por ser mi motivación*

*Jonathan Javier Galvis Cano*

## DEDICATORIA

*A Dios por darme vida y sabiduría para alcanzar mis sueños.*

*A mi madre María Rosa Córdoba De Pana.*

*A mi padre Wilmer Pana López.*

*A mis hermanos.*

*A mis familiares y amigos.*

*Héctor Luis Pana Córdoba.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A la E.S.E Hospital San Camilo por brindarnos la oportunidad de aplicar nuestros conocimientos para el desarrollo de este proyecto.*

*A la Ingeniera Olga Lucía Mantilla Uribe por su apoyo en el direccionamiento de este proyecto*

*Al profesor Juan Camilo Lesmez Peralta por la orientación y dirección de este proyecto.*

*A la Universidad Industrial De Santander y a la Escuela de Estudios Industriales y Empresariales por formarnos académicamente y permitir brindar nuestro aprendizaje a lo largo de nuestra profesión.*

## CONTENIDO

|                                                                                                          | Pág. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| INTRODUCCIÓN .....                                                                                       | 22   |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....                                                                       | 24   |
| 2. JUSTIFICACIÓN.....                                                                                    | 27   |
| 3. OBJETIVOS.....                                                                                        | 28   |
| 3.1 OBJETIVO GENERAL.....                                                                                | 28   |
| 3.1.1 Objetivos Específicos.....                                                                         | 28   |
| 4. MARCO TEÓRICO .....                                                                                   | 29   |
| 4.1 NORMA NTC ISO 31000:2011 .....                                                                       | 29   |
| 4.2 GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DEL DEPARTAMENTO<br>ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA..... | 33   |
| 4.3 ESTRATEGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN<br>Y ATENCIÓN AL CIUDADANO .....            | 38   |
| 5. METODOLOGÍA .....                                                                                     | 41   |

|                                                        |    |
|--------------------------------------------------------|----|
| 5.1 DIAGNÓSTICO.....                                   | 41 |
| 5.2 PLANIFICACIÓN .....                                | 41 |
| 5.3 DOCUMENTACIÓN.....                                 | 51 |
| 5.4 IMPLEMENTACIÓN.....                                | 51 |
| 5.5 EVALUACIÓN.....                                    | 52 |
| 5.6 SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN .....               | 52 |
| 6. MARCO DE REFERENCIA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO..... | 54 |
| 6.1 DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL.....                    | 54 |
| 6.1.1 Componente de Talento Humano .....               | 54 |
| 6.1.2 Componente Direccionamiento Estratégico .....    | 55 |
| 6.1.3 Componente de Administración del Riesgo .....    | 57 |
| 6.1.4 Nivel de Cumplimiento .....                      | 57 |
| 6.2 CONTEXTO ORGANIZACIONAL .....                      | 58 |
| 6.2.1 Contexto externo.....                            | 59 |
| 6.2.2 Contexto Interno .....                           | 62 |

|                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| 6.3 POLÍTICA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO.....                               | 71 |
| 6.3.1. Objetivo Específico de la Política para la Gestión del Riesgo ..... | 71 |
| 6.4 RENDICIÓN DE CUENTAS Y RECURSOS .....                                  | 71 |
| 6.5 PLAN PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO.....                                   | 71 |
| 6.6 MANUAL PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO .....                                | 72 |
| 7. GESTIÓN DEL RIESGO PARA LOS PROCESOS INSTITUCIONALES .....              | 73 |
| 7.1 COMUNICACIÓN Y CONSULTA.....                                           | 73 |
| 7.1.1 Mecanismos de comunicación efectiva y continua .....                 | 74 |
| 7.2 ESTABLECIMIENTO DEL CONTEXTO .....                                     | 76 |
| 7.3 VALORACIÓN DEL RIESGO.....                                             | 78 |
| 7.3.1. Identificación del riesgo.....                                      | 80 |
| 7.3.1.1 Identificación de riesgos de corrupción. ....                      | 81 |
| 7.3.2 Análisis y evaluación de los riesgos.....                            | 81 |
| 7.3.2.1 Análisis de riesgo inherente. ....                                 | 82 |
| 7.3.2.2 Análisis de los riesgos inherentes.....                            | 84 |



|                                                  |     |
|--------------------------------------------------|-----|
| 7.4 TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS .....             | 85  |
| 7.5 MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL .....          | 88  |
| 7.6 MONITOREO Y REVISIÓN .....                   | 89  |
| 8. AUDITORÍA DE LA GESTIÓN DEL RIESGO .....      | 90  |
| 8.1 PRIMERA AUDITORÍA .....                      | 90  |
| 8.2 SEGUNDA AUDITORÍA.....                       | 92  |
| 8.3 VERIFICACIÓN DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO ..... | 93  |
| 9. CONCLUSIONES .....                            | 94  |
| 10. RECOMENDACIONES .....                        | 98  |
| BIBLIOGRAFÍA.....                                | 100 |
| ANEXOS.....                                      | 15  |

## LISTA DE TABLAS

|                                                                      | <b>Pág.</b> |
|----------------------------------------------------------------------|-------------|
| Tabla 1. Tabla de Criterios de calificación.....                     | 19          |
| Tabla 2. Lista de chequeo.....                                       | 21          |
| Tabla 3. Formato DI-R-03 Contexto estratégico .....                  | 42          |
| Tabla 4. Identificación del Riesgo .....                             | 43          |
| Tabla 5. Identificación de riesgos de corrupción .....               | 43          |
| Tabla 6. Valoración de Probabilidad .....                            | 44          |
| Tabla 7. Valoración de Consecuencia .....                            | 44          |
| Tabla 8. Matriz de calificación y evaluación de riesgos .....        | 45          |
| Tabla 9. Riesgo Inherente.....                                       | 45          |
| Tabla 10. Riesgo Residual.....                                       | 46          |
| Tabla 11. Valoración de Controles.....                               | 47          |
| Tabla 12. Rangos de calificación de controles.....                   | 48          |
| Tabla 13. Opciones de tratamiento del riesgo.....                    | 48          |
| Tabla 14. Tratamiento del Riesgo .....                               | 48          |
| Tabla 15. Documento para el monitoreo y revisión de Riesgos .....    | 49          |
| Tabla 16. Criterios de calificación .....                            | 57          |
| Tabla 17. Lista de chequeo.....                                      | 58          |
| Tabla 18. Matriz DOFA Institucional .....                            | 76          |
| Tabla 19. Probabilidad de Ocurrencia del Riesgo.....                 | 82          |
| Tabla 20. Consecuencia del Riesgo .....                              | 83          |
| Tabla 21. Matriz de calificación y evaluación de riesgos .....       | 83          |
| Tabla 22. Parámetros y Criterios de Valoración de los controles..... | 84          |
| Tabla 23. Rangos de Calificación de los Control .....                | 85          |
| Tabla 24. Hallazgos Primera Auditoría .....                          | 91          |
| Tabla 25. Hallazgos Segunda Auditoría.....                           | 92          |
| Tabla 26. Nivel de cumplimiento .....                                | 93          |

## LISTA DE IMÁGENES

|                                                                                                                      | <b>Pág.</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Imagen 1. Indicador de recaudo de ingresos totales .....                                                             | 24          |
| Imagen 2. Relaciones entre los principios, el marco de referencia y los procesos<br>para la gestión del riesgo ..... | 30          |
| Imagen 3. Mapa de Procesos .....                                                                                     | 68          |
| Imagen 4. Estructura Organizacional.....                                                                             | 70          |
| Imagen 5. Proceso de identificación del riesgo.....                                                                  | 80          |

## LISTA DE ANEXOS

|                                                                             | Pág |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| ANEXO A. Guía Metodológica del Riesgo .....                                 | CD  |
| ANEXO B. Caracterizaciones de Los Procesos.....                             | CD  |
| ANEXO C. Formatos de Procedimiento de acciones correctivas y preventivas... | CD  |
| ANEXO D. Formatos de Procedimiento Causa Raíz .....                         | CD  |
| ANEXO E. Procedimiento acciones correctivas y preventivas.....              | CD  |
| ANEXO F. Mapa de riesgos por procesos .....                                 | CD  |
| ANEXO G. Mapa de Riesgos Institucional.....                                 | CD  |
| ANEXO H. Formato de Indicadores de Gestión.....                             | CD  |

### NOTA :

**LOS ANEXOS CORRESPONDIENTES A ESTE PROYECTO PUEDEN SER CONSULTADOS EN BIBLIOTECA UIS : SALA BASE DE DATOS.**

## RESUMEN

**TÍTULO:** DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO, BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DEL DAFP PARA LA E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO\*

**AUTORES:**

GALVIS CANO, JONATHAN JAVIER

PANA CÓRDOBA, HÉCTOR LUIS\*\*

**PALABRAS CLAVES:** Gestión del Riesgo, ISO 31000, Sistema de Gestión, Mejora Continua, Auditoría Interna.

**DESCRIPCIÓN:** Debido a las políticas de modernización del Estado y la necesidad de administrar óptimamente los riesgos de las Instituciones Públicas, la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo ha establecido a través de los lineamientos propuestos en la Guía para la Administración del Riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública el sistema que le permite evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales para un mejor cumplimiento de su función.

El presente Trabajo de Grado posibilita conocer y definir el proceso llevado a cabo para la formulación efectiva del Sistema de Gestión de Riesgos del Hospital Psiquiátrico San Camilo el cual contempla las actividades de: Análisis Estratégico de los Riesgos potenciales de la institución, Identificación de riesgos, valoración y tratamiento integrados dentro de la Matriz o Mapa de riesgos, incluyendo el seguimiento de dicha Matriz a través de todos los responsables de los procesos y la oficina de sistemas integrados para cumplir las regulaciones legales, objetivos y metas institucionales de forma eficaz. Es importante señalar que de manera novedosa se integra dentro de la administración del Riesgo los posibles riesgos de corrupción en relación al cumplimiento de la Ley 1474 de 2011 por la cual se dictan las normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

---

\* Trabajo de grado

\*\* Facultad de Ingenierías Físico-Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. Director: Juan Camilo Lesmez Peralta

## ABSTRACT

**TITLE:** DESIGN, DOCUMENTATION AND IMPLEMENTATION OF RISK MANAGEMENT SYSTEM UNDER THE GUIDELINES OF THE GUIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DEL DAFP FOR E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO\*.

**AUTHORS:**

GALVIS CANO, JONATHAN JAVIER

PANA CÓRDOBA, HÉCTOR LUIS\*\*

**KEYWORDS:** Risk Management, ISO 31000, Management System, Continuous Improvement, Internal Audit.

**DESCRIPTION:** Due to the policies of modernization of the State and the need to optimally manage the risks of public institutions, the E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo has established through the lines proposed in the Guía para la Administración del Riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública the system that allows you to evaluate those internal and external , that may affect or prevent the achievement of corporate goals for a better performance of their duties adverse events.

This project allows us to know and define the process undertaken for the effective formulation of the Risk Management System of the Hospital Psiquiátrico San Camilo which includes the following activities: Strategic Analysis of the potential risks of the institution, Risk identification, assessment and integrated treatment within the Matrix or Map of risks, including monitoring of its parent through all those responsible processes and the integrated office systems to meet legal regulations, institutional objectives and goals effectively. Importantly novel manner is integrated into risk management the risks of corruption in relation to compliance with the Ley 1474 de 2011 by which the rules designed to strengthen mechanisms to prevent, investigate and punish acts are held corruption and effectiveness of public management control.

---

\* Degree Work

\*\* Faculty of Phisico-Mechanics Engineering. School of Industrial Studies And Business. Director : Juan Camilo Lesmez Peralta

## GLOSARIO

**Aceptar el riesgo:** Decisión informada de aceptar las consecuencias y probabilidad de riesgo en particular

**Administración de Riesgos:** Conjunto de elementos de control que al interrelacionarse, permiten a la entidad pública 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 un mejor cumplimiento de su función. Se constituye en el componente de control que al interactuar sus diferentes elementos le permite a la entidad pública auto controlar aquellos eventos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos.

**Análisis del riesgo:** Elemento de control que permite establecer la probabilidad de ocurrencia de los eventos positivos y/o negativos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos a fin de determinar la capacidad de la entidad pública para su aceptación y manejo. Se debe llevar a cabo un uso sistemático de la información disponible para determinar qué tan frecuentemente pueden ocurrir eventos especificados y la magnitud de sus consecuencias.

**Autoevaluación del control:** Elemento de control que, basado en un conjunto de mecanismos de verificación y evaluación, determina la calidad y efectividad de los controles internos a nivel de los procesos y de cada área organizacional responsable, permitiendo emprender las acciones de mejoramiento del control requeridas. Se basa en una revisión periódica y sistemática de los procesos de la entidad para asegurar que los controles establecidos son aún eficaces y apropiados.

**Causa:** (Factores Internos o Externos): son los medios, las circunstancias y agentes generadores de riesgo. Los agentes generadores se entienden como las personas,

materiales, equipos, instalaciones o entorno quienes son los causantes o generadores del riesgo identificado.

**Compartir el riesgo:** Se asocia con la forma de protección para disminuir las pérdidas que ocurran luego de la materialización de un riesgo, es posible realizarlo mediante contratos, seguros, cláusulas contractuales u otros medios que puedan aplicarse

**Consecuencia:** Es el resultado de un evento expresado cualitativa o cuantitativamente, sea este una pérdida, perjuicio, desventaja o ganancia, frente a la consecución de los objetivos de la entidad o el proceso

**Control Correctivo:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación no deseable

**Control Preventivo:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.

**Control:** Son las políticas, procesos, dispositivos, practicas u otras acciones que actúan para eliminar o minimizar los riesgos, adversos o mejorar oportunidades positivas. Proveen una seguridad razonable relativa al logro de los objetivos.

**Evaluación del riesgo:** Proceso utilizado para determinar las prioridades de la Administración del Riesgo comparando el nivel de un determinado riesgo con respecto a un estándar determinado.

**Evento:** Incidente o situación que ocurre en un lugar determinado durante un periodo de tiempo determinado. Este puede ser cierto o incierto y su ocurrencia puede ser única o ser parte de una serie.



**Frecuencia:** Medida del coeficiente de ocurrencia de un evento expresado como la cantidad de veces que ha ocurrido un evento en un tiempo dado

**Fuente de Riesgo:** Es toda persona, grupo humano, entidad, elemento físico o fenómeno del entorno, de los cuales se pueden derivar eventos que podrían afectar las áreas de impacto, cuya ocurrencia se debe evitar (minimizar) o maximizar para incrementar la posibilidad del logro de los objetivos y metas.

**Identificación del riesgo:** Elemento de control que posibilita conocer los eventos potenciales, estén o no bajo el control de la entidad pública, que ponen en riesgo el logro de su misión, estableciendo los agentes generadores, las causas y los efectos de su ocurrencia, se puede entender como el proceso que permite determinar qué podría suceder, por qué sucedería y de qué manera se llevaría a cabo.

**Impacto:** Consecuencia que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

**Monitorear:** Comprobar, supervisar, observar, o registrar la forma en que se lleva a cabo una actividad con el fin de identificar sus posibles cambios.

**Probabilidad:** Se entiende como la oportunidad de que algo suceda. Puede ser medida con criterios de *Frecuencia*, si se ha materializado (por ejemplo: No. De veces en un tiempo determinado), o de *Factibilidad* teniendo en cuenta la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, aunque éste no se haya materializado.

**Proceso:** Conjunto de actividades que para su desarrollo utiliza recursos, y que se gestionan con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados.

**Riesgo de Corrupción:** Es la posibilidad de que por acción u omisión, mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información, se lesionen los intereses de una entidad y en consecuencia del Estado, para la obtención de un beneficio particular.

**Riesgo inherente:** Es aquel al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones de la dirección para modificar su probabilidad o impacto.

**Riesgo residual:** Nivel de riesgo que permanece luego de tomar medidas de tratamiento de riesgo.

**Riesgo:** Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre los objetivos institucionales o el proceso. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.

**Sistema de Administración de Riesgo:** Conjunto de elementos del direccionamiento estratégico de una entidad concerniente a la Administración del Riesgo.

**Valoración del riesgo:** Es el proceso total de identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo.

## INTRODUCCIÓN

El presente proyecto muestra todo el proceso realizado para la implementación del Sistema de Gestión del riesgo en la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo debido a que en su proceso de acreditación requirió del establecimiento e implementación de un proceso de Gestión del Riesgo Institucional. Para el desarrollo del proyecto se formuló una metodología que le permitiera gestionar de manera correcta todo el marco de referencia creado, siguiendo una estructura lógica en la cual se contemplan las actividades de: Análisis Estratégico de los riesgos potenciales de la Institución, identificación de riesgos, valoración y tratamiento dentro de la Matriz o Mapa de riesgo, incluyendo el seguimiento de dicha matriz en base a la documentación que soporta cada actividad y le permite administrar los escenarios concernientes al riesgo que se puedan presentar en la Organización. Esto se fundamenta en los parámetros establecidos por El Departamento Administrativo de La Función Pública, complementados en el estatuto anticorrupción y se realiza tomando como referente la Guía de Administración del Riesgo direccionada por este ente regulador y el Manual para la formulación del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano. Permitiendo así el cumplimiento Normativo referencial de la Política de Administración de Riesgos de la E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO.

Éste documento es de suma importancia ya que contribuye a elevar la productividad y a garantizar la eficiencia y la eficacia en los procesos organizacionales, permitiendo definir estrategias que disminuyan la incertidumbre en el logro de los objetivos institucionales. El estudio del Riesgo en el Hospital Psiquiátrico San Camilo involucra a todos los actores que interactúan con la organización: trabajadores, usuarios, comunidad y organismos de control externos para que la gestión se haga de manera integral y a todo nivel organizacional.

Los resultados alcanzados con el desarrollo del presente proyecto son:

- Diagnóstico inicial y final del estado de los procesos de la E.S.E San Camilo
- Caracterización de cada uno de los procesos involucrados en la E.S.E San Camilo

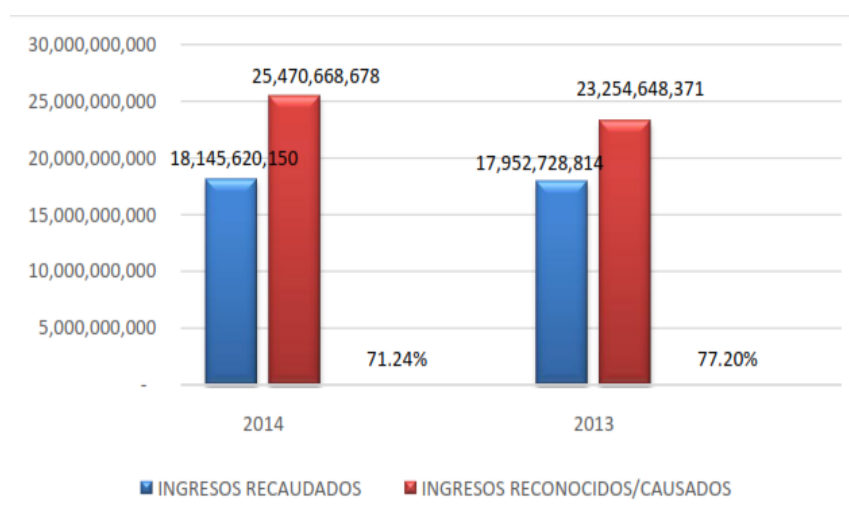
- Matriz DOFA institucional
- Documentación del Sistema de Gestión de Riesgo ( Mapa de Riesgos y Manual para la Administración del Riesgo) basado en la Guía para la Administración del Riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública
- Informe de auditoría para el establecimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento.
- Planes de mejoramiento
- Matriz de indicadores de gestión para medir el desempeño del sistema de Gestión del Riesgo para la E.S.E San Camilo.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo, es una entidad de categoría especial de entidad pública descentralizada del orden Departamental, dotada de personería, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, artículo 194, 195 y 197 de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios y adscrita a la Dirección del Sistema Seccional de Seguridad Social en Salud del Departamento de Santander.

Actualmente el hospital Psiquiátrico cuenta con 30 procesos para la satisfacción del cliente, 75 empleados de planta y 100 empleados por contrato. Durante el 2014, la E.S.E facturó por ventas de servicios de salud, la suma de \$19.233.631.712 un incremento del 38% con relación a la vigencia de 2013, así mismo, el recaudo de la vigencia cerró con \$12.648.393.646 representando un incremento del 43% con relación a la vigencia de 2013.

Imagen 1. Indicador de recaudo de ingresos totales



Fuente: [www.hospitalsancamilo.gov.co/images/documentos/gestion/INFORME-DE-GESTION-2014-E.S.E-SAN-CAMILO.pdf](http://www.hospitalsancamilo.gov.co/images/documentos/gestion/INFORME-DE-GESTION-2014-E.S.E-SAN-CAMILO.pdf)

A través de estos datos se refleja la magnitud empresarial que ha creado San Camilo y su importancia en la prestación de servicios de salud mental para el nororiente colombiano. La E.S.E por medio de la revisión de sus procesos y de cada uno de sus indicadores realiza una evaluación para determinar su estado actual mediante una lista de chequeo sugerida por la Guía para la gestión del riesgo del DAFP (Departamento Administrativo de la Función Pública)

Tabla 1. Tabla de Criterios de calificación

| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN LISTA DE CHEQUEO DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS DE LA GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DEL DAFP EN LA E.S.E HPSC |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| CRITERIO                                                                                                                                                        | PUNTUACIÓN |
| No cumple con el requisito de la Guía                                                                                                                           | 0          |
| Cumple parcialmente con el requisito de la Guía                                                                                                                 | 1          |
| Cumple satisfactoriamente con el requisito de la Guía                                                                                                           | 2          |

Tabla 2. Lista de chequeo

| NÚM. | TÍTULO                                         | NIVEL DE CUMPLIMIENTO |
|------|------------------------------------------------|-----------------------|
| 1    | GENERALIDADES                                  | 1                     |
| 2    | DIRECCIÓN Y COMPROMISO                         | 1                     |
| 3    | DISEÑO DEL MARCO DE REFERENCIA PARA LA GESTIÓN | 0                     |
| 4    | POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO         | 0                     |
| 5    | IMPLEMENTAR LA GESTIÓN DEL RIESGO              | 0                     |
| 6    | MONITOREAR Y REVISAR EL MARCO DE REFERENCIA    | 0                     |
| 7    | COMUNICACIÓN Y CONSULTA                        | 0                     |

|    |                                                 |                       |
|----|-------------------------------------------------|-----------------------|
| 8  | ESTABLECIMIENTO DEL CONTEXTO                    | 0                     |
| 9  | VALORACIÓN DEL RIESGO                           | 0                     |
| 10 | TRATAMIENTO DEL RIESGO                          | 0                     |
| 11 | MONITOREO Y REVISIÓN                            | 0                     |
| 12 | REGISTRO DEL PROCESO PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO | 0                     |
|    | TOTAL                                           | 2                     |
|    | % de cumplimiento                               | 8.3                   |
| 0  | % por cumplir                                   | % cumplimiento actual |
|    | 91.7                                            | 8.3                   |

A partir del análisis estadístico realizado sobre el nivel de cumplimiento de los lineamientos de la Guía para La Administración del Riesgo del DAFP se encontró a nivel institucional un cumplimiento del 8.3% el cual representa la cantidad de actividades que realiza para la gestión eficiente del riesgo por ello es de vital importancia formular planes, programas y proyectos que garanticen el manejo adecuado de la incertidumbre, entendida como una problemática de eventos adversos o contrarios que le quitan certeza a la posibilidad de alcanzar el logro de los objetivos Institucionales.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Debido a las políticas de modernización del Estado y la necesidad de administrar óptimamente los riesgos de las Instituciones Públicas, la E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO se da en la necesidad de alinearse a las exigencias establecidas en el MECI por medio del Decreto Nacional 943 de 2014, además de los posibles riesgos de corrupción de los cuales se indican en el Decreto Nacional 2641 de 2012 y sus respectivos manuales técnicos aplicables

Teniendo en cuenta que los procesos actuales de la organización no disponen de puntos de control ni de recursos eficaces para lograr gestionar el riesgo de manera eficiente se hace necesario establecer los procesos de mejoramiento, revisión y aprobación, que permitan concretar esfuerzos para la mejora continua y poder afrontar los cambios globales que mueven a las organizaciones a interactuar de forma más productiva a través de decisiones con probabilidades más propensas al logro de los objetivos. Así pues se hace oportuno y justificable el acompañamiento académico para dar soporte en conocimiento y aprendizaje a la organización para proceder con la formulación del Mapa de Riesgos Institucional que involucra de manera novedosa la identificación de los posibles riesgos de corrupción exigidos por el Gobierno Nacional para toda entidad de carácter público.

Al tratarse pues de una entidad pública, EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO ve la necesidad de adoptar como guía la metodología planteada por la Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites del Departamento Administrativo de la Función Pública, que tiene como fin, facilitarle a las entidades el ejercicio de la administración del riesgo; base de esta guía es la NTC ISO 31000:2011.



### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar, documentar e implementar el Sistema de Gestión del Riesgo, bajo los lineamientos de la Guía para la Administración del riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública para la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo.

##### **3.1.1. Objetivos Específicos.**

- Realizar el diagnóstico del estado actual de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo con respecto a los lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Establecer el contexto de la E.S.E Hospital psiquiátrico San Camilo para la definición de los parámetros internos y externos que se han de tomar en consideración para la gestión del riesgo.
- Realizar el análisis y evaluación de los riesgos por proceso de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo.
- Diseñar el Manual para la Administración de los Riesgos en los procesos de la organización.
- Diseñar un Mapa de Riesgos, para establecer el proceso de la administración del riesgo.
- Establecer los mecanismos de comunicación efectiva y continua, que permitan la gestión del riesgo.
- Realizar dos auditorías internas con el objetivo de producir la revisión y evaluación de la Gestión del Riesgo efectuada en la organización.
- Formular las acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento de acuerdo a la auditoría realizada.

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1 NORMA NTC ISO 31000:2011<sup>1</sup>**

La NTC ISO 31000:2011 es una norma de carácter general y no certificable, cuya fecha de publicación fue noviembre de 2009 por la organización Internacional de Normalización (ISO) en colaboración con IEC, y tiene como objetivo que organizaciones de todos los tipos y tamaños puedan gestionar los riesgos en la empresa de forma efectiva. Conjuntamente tuvo lugar la publicación de la Guía ISO 137:2011, el vocabulario de gestión de riesgos, que complementa la norma ISO 31000, proporcionando una colección de términos y definiciones relativas a la gestión del riesgo.

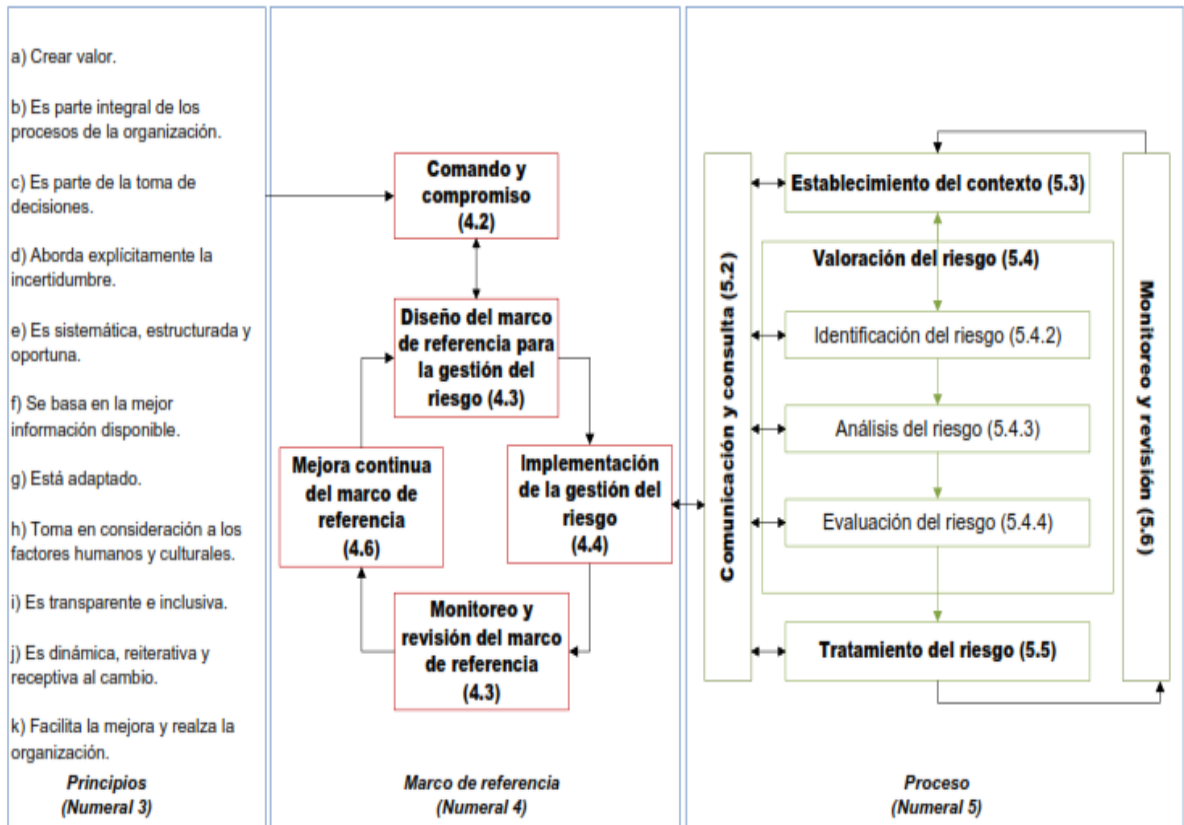
Aunque esta norma suministra directrices genéricas, no se pretende promover la gestión del riesgo en todas las organizaciones. Será necesario que el diseño y la implementación de planes y marcos de referencia para la gestión del riesgo tomen en consideración las diversas necesidades de una organización específica, sus objetivos particulares, contexto, estructura, operaciones, procesos, funciones, proyectos productos servicios o activos, y las prácticas específicas empleadas.

La relación y descripción de la estructura de la NTC ISO 31000:2011 se muestran a continuación:

---

<sup>1</sup> INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Compendio de Gestión del Riesgo. Bogotá: ICONTEC, 2011.p.i (NTC ISO 31000:2011)

Imagen 2. Relaciones entre los principios, el marco de referencia y los procesos para la gestión del riesgo



Fuente: Norma Técnica Colombiana NTC ISO 31000:2011, pg. 3

**Principios (3):** Para que la aplicación de la gestión del riesgo sea eficaz, la organización debe cumplir con una serie de principios entre los que se incluye crear y proteger el valor, debiendo contribuir al logro demostrable de los objetivos, debe ser parte integral de todos los procesos de la empresa, debe ayudar a quienes toman decisiones a hacer elecciones informadas, priorizar acciones, debe abordar la incertidumbre, debe considerar los factores humanos y culturales, debe ser transparente e inclusiva y debe facilitar la mejora continua de la organización.

**Marco de referencia (4):** Es el conjunto de componentes que brindan las bases (política, los objetivos, comando y compromiso) y las disposiciones (planes, relaciones, rendición de cuentas, recursos, procesos y actividades), de la

organización para diseñar, implementar, monitorear, revisar y mejorar continuamente la gestión del riesgo a través de toda la organización.

Los Componentes del marco de referencia necesarios para gestionar el riesgo se derivan de un compromiso permanente, fuerte y sostenido de parte de la dirección de la organización que debe garantizar su eficacia continua y compromiso en todos los niveles de la empresa (establecimiento de políticas, determinación de indicadores de desempeño, garantía la conformidad legal, y de recursos, comunicación de beneficios y garantizar que el marco siga siendo adecuado) y estos contemplan cuatro fases que incluyen:

- **Diseño del marco de referencia:** Se debe entender la organización y su contexto, se deben designar responsables, se debe integrar a los procesos de la empresa, se deben establecer los mecanismos de comunicación interna y externa y de presentación de informes.
- **Implementación de la gestión del riesgo:** Comprende la definición de estrategias para la implementación del marco, aplicación del proceso y la política para la gestión del riesgo, cumplimiento de requisitos legales, comunicación y consulta con las partes involucradas y la implementación del proceso para la gestión del riesgo.
- **Monitoreo y revisión del marco de referencia:** Se debe medir el desempeño de la gestión del riesgo frente a los indicadores, se debe revisar si el marco, la política y el plan para la gestión del riesgo siguen siendo adecuados según el contexto de la interno y externo, se deben presentar informes sobre el riesgo y su progreso y revisar la eficacia del marco de referencia para la gestión del riesgo.

- **Mejora continua del marco de referencia:** De acuerdo a los resultados del monitoreo y revisión se deben tomar decisiones sobre la forma de mejorar el marco, la política, el plan para la gestión del riesgo.

El marco de referencia ayuda a la gestión eficaz del riesgo a través de la aplicación del proceso para la gestión del riesgo y garantiza que la información acerca del riesgo derivada del proceso se reporte de manera adecuada y se utilice como base para la toma de decisiones y la rendición de cuentas en todos los niveles pertinentes de la organización.

**Proceso (5):** El proceso para la gestión del riesgo comprende los componentes de:

- **Comunicación y consulta:** Son las partes involucradas en todas las etapas del proceso para la gestión del riesgo y se deben abordar aspectos tales como el propio riesgo, sus causas y consecuencias y las medidas que se deben tomar para tratarlo y así entender las bases sobre las cuales se toman las decisiones y las razones por las cuales se requieren acciones particulares.
- **Establecimiento del contexto:** Para definir la política, parámetros externos e internos que se consideran al gestionar el riesgo, el alcance y los criterios para el resto del proceso
- **Valoración del riesgo:** Es aquella parte de la gestión de riesgos que suministra un proceso estructurado que identifica cómo pueden verse afectados los objetivos y analiza el riesgo en términos de consecuencias y sus probabilidades antes de decidir si se requiere tratamiento posterior y sus etapas son: Identificación del riesgo ( proceso de encontrar, reconocer y describir el riesgo), Análisis del riesgo ( proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar el nivel del riesgo) y Evaluación del riesgo ( proceso de comparación de los resultados del análisis del riesgo con los criterios del riesgo, para determinar si el riesgo, su magnitud o ambos son aceptables o tolerables). La

Valoración del riesgo proporciona un entendimiento de los riesgos, sus causas, consecuencias y probabilidades y suministra elementos de entrada para la toma de decisiones sobre si se debería o no emprender una actividad, si es necesario tratar los riesgos, decidir cuál es la estrategia más adecuada. En el cuadro 1 se enlistan algunas técnicas para el proceso de valoración del riesgo que pudieran aplicarse a las etapas de identificación, análisis y evaluación de los diferentes riesgos en la empresa, que hacen parte de la **NTC ISO 31010:2013, Gestión de riesgos. Técnicas de Valoración del riesgo.**

## **4.2 GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA<sup>2</sup>**

El dinamismo actual de la administración pública ha implicado que las políticas públicas se encuentren en constante revisión y redimensionamiento por ello el Departamento Administrativo de la Función Pública –DAFP, presenta la actualización del documento original denominado Administración del Riesgo, que tiene como fin entregar lineamientos y aclaraciones sobre la aplicación de la metodología planteada en la guía emitida en el año 2009, esto considerando la importancia cada vez mayor, que para las entidades representa su aplicación como elemento básico en su planeación estratégica.

La actualización de la cartilla “Guía Administración del Riesgo”, obedece a la armonización entre el Modelo Estándar de Control Interno-MECI y la Norma Técnica de Calidad NTCGP1000:2009, donde se sugiere adoptar la metodología planteada por la Dirección de Control interno y Racionalización de Trámites del Departamento Administrativo de la Función Pública, con el fin de facilitarle a las entidades el ejercicio de la administración del Riesgo. Cabe anotar que el ICONTEC a través de

---

<sup>2</sup> DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Guía para la Administración del Riesgo. Bogotá, D.C, Septiembre de 2011. Cuarta edición

la norma NTC ISO 31000 actualizó la norma NTC5254 base para el documento original.

## **METODOLOGÍA DE LA GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DEL DAFP<sup>3</sup>**

La identificación, análisis, valoración y definición de las alternativas de acciones de mitigación de los riesgos, se da en desarrollo de los siguientes elementos:

**CONTEXTO ESTRATÉGICO:** Son las condiciones internas y del entorno, que pueden generar eventos que originan oportunidades o afectan negativamente el cumplimiento de la misión y objetivos de una institución.

Para determinar el contexto estratégico de la institución es posible utilizar herramientas y técnicas como las que se relacionan a continuación:

1. Inventario de eventos:

- Son listas de eventos posibles utilizadas con relación a un proyecto, proceso o actividad determinada
- Son útiles para asegurar una visión coherente con otras actividades similares dentro de la entidad

2. Talleres de trabajo:

- Habitualmente reúnen a funcionarios de diversas funciones o niveles
- El propósito es aprovechar el conocimiento colectivo del grupo y desarrollar una lista de acontecimiento que están relacionados con un proceso, proyecto o programa

3. Análisis de flujo de procesos:

- Representación esquemática de interrelaciones de entradas, tareas, salidas y responsabilidades.

---

<sup>3</sup> DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Guía para la Administración del Riesgo. Bogotá, D.C., Septiembre de 2011. Cuarta edición

- Una vez realizado el esquema los eventos son analizados frente a los objetivos del proceso
- Esta técnica puede utilizarse para tener una visión a cierto nivel de detalle del proceso analizado.

**IDENTIFICACION DEL RIESGO:** Entender la importancia del manejo del riesgo implica conocer con más detalle los siguientes conceptos:

- Proceso: Nombre del procesos
- Objetivo del procesos: se debe transcribir el objetivo que se ha definido para el procesos al cual se le están identificando los riesgos
- Riesgo: represente la posibilidad de ocurrencia de un evento que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y afectar el logro de sus objetivos
- Causas (factores internos o externos): Son los medios, las circunstancias y agentes generadores de riesgo. Los agentes generadores que se entienden como todos los sujetos u objetos que tienen la capacidad de originar un riesgo.
- Descripción: Se refiere a las características generales o las normas en que se observa o manifiesta el riesgo identificado.
- Efectos: Constituyen las consecuencias de la ocurrencia del riesgo sobre los objetivos de la entidad; generalmente se dan sobre las personas o los bienes materiales o inmateriales con incidencias importantes tales como: daños físicos y fallecimiento, sanciones, pérdidas económicas, de información, de bienes, de imagen, de credibilidad y de confianza, interrupción del servicio y daño ambiental

**ANÁLISIS DEL RIESGO:** El análisis del riesgo depende de la información obtenida en la fase de identificación de riesgos

**Pasos claves en el análisis de los riesgos:**

- Determinar la probabilidad
- Determinar las consecuencias



- Clasificación del riesgo
- Estimar el nivel del riesgo

**VALORACIÓN DEL RIESGO:** Las acciones fundamentales para valorar el riesgo son:

- Identificar controles existentes
- Verificar efectividad de los controles
- Establecer prioridades de tratamiento

**ELABORACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS:** El mapa de riesgos es una representación final de la probabilidad e impacto de uno o más riesgos frente a un proceso, proyecto o programa.

Se debe tener en cuenta:

- Mapa de riesgos institucional: Contiene a nivel estratégico los mayores riesgos a los cuales está expuesta la entidad, permitiendo conocer las políticas inmediatas de respuesta ante ellos
- Mapa de riesgos por procesos: facilita la elaboración del mapa institucional, que se alimente de éstos, teniendo en cuenta que solamente se trasladan al institucional aquellos riesgos que permanecieron en las zonas más altas de riesgo y que afecten el cumplimiento de la misión institucional y objetivos de la entidad

**POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO:** Las políticas identifican las opciones para tratar y manejar los riesgos basadas en la valoración de los mismos, permiten tomar decisiones adecuadas y fijar los lineamientos, que van a transmitir la posición de la dirección y establecen las guías de acción necesarias a todos los servidores de la entidad.

#### **Formulación de las políticas**

Debe contener los siguientes aspectos:

- Los objetivos que se esperan lograr

- Las estrategias para establecer cómo se va a desarrollar las políticas, a largo, mediano y corto plazo
- Los riesgos que se van a controlar
- Las acciones a desarrollar contemplando el tiempo, los recursos, los responsables y el talento requerido
- El seguimiento y evaluación a la implementación y efectividad de las políticas

**COMUNICACIÓN Y CONSULTA:** La comunicación y consulta con las partes involucradas tanto internas como externas debería tener lugar durante todas las etapas (pasos dentro de la metodología) del proceso para la gestión del riesgo.

**MONITOREO Y REVISIÓN:** El monitoreo es esencial para asegurar que las acciones se están llevando a cabo y evaluar la eficiencia en su implementación adelantando revisiones sobre la marcha para evidenciar todas aquellas situaciones o factores que pueden estar influyendo en la aplicación de las acciones preventivas. El monitoreo debe estar a cargo de:

- Los responsables de los procesos y
- La oficina de control interno

Su finalidad será la de aplicar y sugerir los correctivos y ajustes necesarios para asegurar un efectivo manejo del riesgo.

### **4.3 ESTRATEGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO<sup>4</sup>**

La herramienta “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano” es un instrumento de tipo preventivo para el control de la gestión, su metodología incluye cuatro componentes autónomos e independientes, que contienen parámetros y soporte normativo propio. El primero de ellos hace énfasis en la metodología del mapa de riesgos de corrupción. Para los demás componentes se deben tener en cuenta los lineamientos dados por las normas y entidades rectoras de las diferentes políticas.

El diseño de la metodología para la elaboración del mapa de riesgos de corrupción y las medidas para mitigarlos desarrollada en el primer componente, tomó como punto de partida los lineamientos impartidos por el Modelo Estándar de Control Interno -MECI- contenidos en la Metodología de Administración de Riesgos del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Esta metodología debe ser aplicada por todas las entidades del orden nacional, departamental y municipal.

#### **IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.**

Se entiende por Riesgo de Corrupción la posibilidad de que por acción u omisión, mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información, se lesionen los intereses de una entidad y en consecuencia del Estado, para la obtención de un beneficio particular.

---

<sup>4</sup> SECRETARÍA DE TRANSPARENCIA-PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

Es necesario identificar las DEBILIDADES (factores internos) y las AMENAZAS (factores externos) que pueden influir en los procesos y procedimientos que generan una mayor vulnerabilidad frente a riesgos de corrupción.

Estos son algunos de los procesos y procedimientos susceptibles de actos de corrupción, a partir de los cuales la entidad podrá identificar sus riesgos de corrupción. Estos necesariamente no serán los únicos que se tengan en cuenta, por lo que cada entidad deberá contemplar en el análisis aquellos procesos que en su quehacer resulten propensos a la corrupción:

- Direccionamiento Estratégico (Alta Dirección).
- Financiero (Está relacionado con áreas de Planeación y Presupuesto).
- De contratación (Como proceso o los procedimientos ligados a éste).
- De información y documentación.
- De investigación y sanción.
- De actividades regulatorias
- De trámites y/o servicios internos y externos.
- De reconocimiento de un derecho, como la expedición de licencias y/o permisos.

### **ANÁLISIS DEL RIESGO: PROBABILIDAD DE MATERIALIZACIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN.**

El análisis del riesgo busca determinar el grado en el cual se puede materializar un evento. Teniendo en cuenta la Guía para la Administración del Riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública, para la probabilidad de materialización de los riesgos de corrupción se considerarán los siguientes criterios: (i) Casi seguro: se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias y (ii) Posible: el evento puede ocurrir en algún momento.

### **VALORACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN.**

Una vez identificados los riesgos de corrupción, la entidad debe establecer los controles teniendo en cuenta: (i) Controles preventivos, que disminuyen la probabilidad de ocurrencia o materialización del riesgo; y (ii) Controles correctivos, que buscan combatir o eliminar las causas que lo generaron, en caso de materializarse.

### **POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.**

La política de administración de riesgos es el conjunto de “actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto al riesgo”. Esta política debe estar alineada con la planificación estratégica de la entidad, con el fin de garantizar de forma razonable la eficacia de las acciones planteadas frente a los posibles riesgos de corrupción identificados.

### **SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN**

Teniendo en cuenta que la dinámica en la cual se desenvuelve la corrupción puede variar y en algunos casos sofisticarse, dificultando o incluso impidiendo su detección, es necesario que permanentemente se revisen las causas del riesgo de corrupción identificado. En este sentido las entidades deberán realizar seguimiento a los mapas de riesgo por los menos tres (3) veces al año, esto es con corte a abril 30, agosto 31 y diciembre 31.

### **RECOMENDACIONES GENERALES**

Las entidades deberán contemplar iniciativas que permitan fortalecer su estrategia de lucha contra la corrupción. En este sentido, se extiende una invitación a las entidades del orden nacional, departamental y municipal, para que incorporen dentro de su ejercicio de planeación, estrategias encaminadas a fomentar la participación ciudadana, brindar transparencia y eficiencia en el uso de los recursos físicos, financieros, tecnológicos y de talento humano, con el fin de visibilizar el accionar de la administración pública.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1 DIAGNÓSTICO**

En esta etapa del proyecto se llevó a cabo la identificación del estado actual de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo respecto a la Guía para la Administración del Riesgo del DAFP, que se basa en la Norma ISO 31000:2011 e involucró las siguientes actividades:

- Revisión de los documentos y registros existentes.
- Identificación de los procesos clave dentro del sistema de gestión del Riesgo
- Análisis DOFA e identificación de los procesos clave dentro del sistema de Gestión del Riesgo
- Caracterización de los procesos claves dentro del Sistema de Gestión del Riesgo

### **5.2 PLANIFICACIÓN**

Después de tener identificados los procesos gerenciales, misionales, de apoyo y de evaluación y cumplimiento se realizaron las siguientes actividades:

- Revisión de la Misión, Visión, Objetivos y Valores.
- Diseño de la política, objetivos e indicadores de gestión del sistema de Gestión del Riesgo.
- Organización de los grupos primarios, sus integrantes, responsabilidades, plan de trabajo, entre otros.
- Definición de los procesos que hacen parte del Sistema de Gestión del Riesgo

- Se llevó a cabo la documentación requerida, así como la planeación de las temáticas a tratar en las capacitaciones de ésta manera:

➤ Contexto Estratégico:

Para determinar el contexto estratégico del Hospital Psiquiátrico se utiliza la herramienta que se relaciona a continuación, que busca recopilar las situaciones de riesgo de la administración, basándose en las Amenazas y Debilidades que afectan a la entidad.

Tabla 1. Formato DI-R-03 Contexto estratégico

|                                                                                                                                                                     |                                                    |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------|
|   | <b>E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO</b>      | Código: DI -R-03 |
|                                                                                                                                                                     | <b>ESTABLECIMIENTO DEL CONTEXTO EN LOS RIESGOS</b> | Versión: 01      |
| Página de                                                                                                                                                           |                                                    |                  |
| FECHA ELABORACIÓN:                                                                                                                                                  |                                                    |                  |
| PROCESO:                                                                                                                                                            |                                                    |                  |
| OBJETIVO DEL PROCESO:                                                                                                                                               |                                                    |                  |
| <b>ESTABLECIMIENTO DEL CONTEXTO</b>                                                                                                                                 |                                                    |                  |
| <b>ANÁLISIS INTERNO</b>                                                                                                                                             |                                                    |                  |
| DEBILIDADES                                                                                                                                                         | FORTALEZAS                                         |                  |
| <b>ANÁLISIS EXTERNO</b>                                                                                                                                             |                                                    |                  |
| AMENAZAS                                                                                                                                                            | OPORTUNIDADES                                      |                  |

Fuente: Guía metodológica de gestión del riesgo E.S.E San Camilo.pg.7

➤ Valoración del Riesgo:

La Valoración del Riesgo es el proceso total de identificación, análisis y evaluación del riesgo.

Tabla 2. Identificación del Riesgo

|                                                                                   |                                         |       |              |                |                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------|--------------|----------------|-----------------|--|
|  | E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO |       |              |                | Código DI -R-04 |  |
|                                                                                   | MATRIZ DE RIESGOS                       |       |              |                | Versión 01      |  |
|                                                                                   |                                         |       |              |                | Página 1 de 1   |  |
| PROCESO:                                                                          |                                         |       |              |                |                 |  |
| OBJETIVO DEL PROCESO:                                                             |                                         |       |              |                |                 |  |
| IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO                                                         |                                         |       |              |                |                 |  |
| RIESGO                                                                            | FUENTE                                  | CAUSA | CONSECUENCIA | TIPO DE RIESGO | CORRUPCIÓN      |  |
|                                                                                   |                                         |       |              |                |                 |  |
|                                                                                   |                                         |       |              |                |                 |  |

Fuente: Guía metodológica de gestión del riesgo E.S.E San Camilo.pg.9

➤ Identificación de Riesgos de Corrupción:

Tabla 3. Identificación de riesgos de corrupción

|                                                                                    |                                                |       |              |                |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------|--------------|----------------|-----------------|
|  | <b>E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO</b> |       |              |                | Código DI -R-04 |
|                                                                                    | <b>MATRIZ DE RIESGOS</b>                       |       |              |                | Versión 01      |
|                                                                                    |                                                |       |              |                | Página 1 de 1   |
| PROCESO:                                                                           |                                                |       |              |                |                 |
| OBJETIVO DEL PROCESO:                                                              |                                                |       |              |                |                 |
| IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO                                                          |                                                |       |              |                |                 |
| RIESGO                                                                             | FUENTE                                         | CAUSA | CONSECUENCIA | TIPO DE RIESGO | CORRUPCIÓN      |
|                                                                                    |                                                |       |              |                | SI              |
|                                                                                    |                                                |       |              |                | NO              |

Fuente: Guía metodológica de gestión del riesgo E.S.E San Camilo.pg 10

➤ Análisis y Evaluación de los Riesgos

Para la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo el análisis y evolución del riesgo inherente se realiza bajo los criterios de probabilidad y consecuencia, teniendo en cuenta para su calificación las siguientes tablas de valoración:



Tabla 4. Valoración de Probabilidad

| PROBABILIDAD |              |                                                                      |                                           |
|--------------|--------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| NIVEL        | DESCRIPTOR   | DESCRIPCIÓN                                                          | FRECUENCIA                                |
| 1            | Improbable   | El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales         | No se ha presentado en los últimos 5 años |
| 2            | Remoto       | El evento puede ocurrir en algún momento                             | Al menos 1 vez en los últimos 5 años      |
| 3            | Factible     | El evento podría ocurrir en algún momento                            | Al menos de 1 vez en los últimos 2 años   |
| 4            | Probable     | El evento probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias | Al menos 1 vez en el último año           |
| 5            | Muy Probable | Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias   | Más de 1 vez al año                       |

Tabla 5. Valoración de Consecuencia

| CONSECUENCIA |                |                                                                                                 |
|--------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NIVEL        | DESCRIPTOR     | DESCRIPCIÓN                                                                                     |
| 1            | Insignificante | Si el hecho llegara a presentarse, tendría consecuencias o efectos mínimos sobre la entidad     |
| 2            | Bajo           | Si el hecho llegara a presentarse, tendría bajo impacto o efecto sobre la entidad               |
| 3            | Medio          | Si el hecho llegara a presentarse, tendría medianas consecuencias o efectos sobre la entidad    |
| 4            | Grave          | Si el hecho llegara a presentarse, tendría altas consecuencias o efectos sobre la entidad       |
| 5            | Muy Grave      | Si el hecho llegara a presentarse, tendría desastrosas consecuencias o efectos sobre la entidad |

Fuente: Guía metodológica de gestión del riesgo E.S.E San Camilo.pg 13

Luego de establecer los criterios anteriores, se realiza la calificación del Nivel del riesgo (cuantitativa) y Evaluación del riesgo (cualitativa o zona de riesgo), esta calificación se logra de multiplicar la probabilidad con la consecuencia, con el fin de ubicarlos en una determinada zona de riesgo, de acuerdo a la Tabla 9. Matriz de Calificación y Evaluación de Riesgos.

Tabla 6. Matriz de calificación y evaluación de riesgos

| MATRIZ DE CALIFICACION Y EVALUACION DE RIESGOS |                    |          |           |           |               |
|------------------------------------------------|--------------------|----------|-----------|-----------|---------------|
| PROBABILIDAD                                   | CONSECUENCIA       |          |           |           |               |
|                                                | INSIGNIFICANTE (1) | BAJO (2) | MEDIO (3) | GRAVE (4) | MUY GRAVE (5) |
| Improbable (1)                                 | B                  | B        | M         | A         | A             |
| Remoto (2)                                     | B                  | B        | M         | A         | E             |
| Factible (3)                                   | B                  | M        | A         | E         | E             |
| Probable (4)                                   | M                  | A        | A         | E         | E             |
| Muy Probable (5)                               | A                  | A        | E         | E         | E             |

Fuente: Guía metodológica de gestión del riesgo E.S.E San Camilo.pg 15

A continuación se muestra el formato DI-R-04 Matriz del riesgo, en el cual se realiza toda la valoración del riesgo inherente, así:

Tabla 7. Riesgo Inherente

|                                                                                                                                                                                               |        |       |               |                |                                         |            |                           |   |   |              |   |   |   |   |                       |   |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|---------------|----------------|-----------------------------------------|------------|---------------------------|---|---|--------------|---|---|---|---|-----------------------|---|------------|
| <div></div> <div></div> |        |       |               |                | E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO |            |                           |   |   |              |   |   |   |   |                       |   |            |
| PROCESO:                                                                                                                                                                                      |        |       |               |                |                                         |            |                           |   |   |              |   |   |   |   |                       |   |            |
| OBJETIVO DEL PROCESO:                                                                                                                                                                         |        |       |               |                |                                         |            |                           |   |   |              |   |   |   |   |                       |   |            |
| VALORACIÓN DEL RIESGO                                                                                                                                                                         |        |       |               |                |                                         |            |                           |   |   |              |   |   |   |   |                       |   |            |
| IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO                                                                                                                                                                     |        |       |               |                |                                         | CORRUPCIÓN | ANÁLISIS RIESGO INHERENTE |   |   |              |   |   |   |   |                       |   | EVALUACIÓN |
| RIESGO                                                                                                                                                                                        | FUENTE | CAUSA | CONSECUENCIAS | TIPO DE RIESGO | PROBABILIDAD                            |            |                           |   |   | CONSECUENCIA |   |   |   |   | NIVEL DE RIESGO (P°C) |   |            |
|                                                                                                                                                                                               |        |       |               |                | 1                                       |            | 2                         | 3 | 4 | 5            | 1 | 2 | 3 | 4 |                       | 5 |            |
|                                                                                                                                                                                               |        |       |               | Financiero     | NO                                      |            |                           |   |   |              |   |   |   |   |                       |   |            |

Fuente: Guía metodológica de gestión del riesgo E.S.E San Camilo.pg 15

### ➤ Análisis y Evaluación del riesgo residual

Para esta valoración es necesario tener en cuenta los resultados obtenidos del análisis de riesgos inherente y una correcta identificación de los controles existentes en las actividades de los procesos y procedimientos. Al momento de confrontar esta información se puede determinar el impacto que los controles ejercen sobre el

riesgo, dando como resultado un nuevo nivel de exposición y una nueva calificación que conlleva a que se convierta en un riesgo residual.

Tabla 8. Riesgo Residual

|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|--------------|---|---|---|---|-----------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------|--------------|---|---|---|---|--------------|---|---|---|------------|------------------------------------------------|---|
|  |   |   |   |   |              |   |   |   |   | E.S.E. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
| MATRIZ DE RIESGOS                                                                 |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
| PROCESO:                                                                          |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
| OBJETIVO DEL PROCESO:                                                             |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
| VALORACIÓN DEL RIESGO                                                             |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
| ANÁLISIS RIESGO INHERENTE                                                         |   |   |   |   |              |   |   |   |   | EVALUACIÓN                              | Contr<br>oles<br>exist<br>entes | ANÁLISIS RIESGO RESIDUAL                       |              |   |   |   |   |              |   |   |   | EVALUACIÓN |                                                |   |
| PROBABILIDAD                                                                      |   |   |   |   | CONSECUENCIA |   |   |   |   |                                         |                                 | NIV<br>EL<br>DE<br>RIE<br>SGO<br>(P*<br>C<br>) | PROBABILIDAD |   |   |   |   | CONSECUENCIA |   |   |   |            | NIV<br>EL<br>DE<br>RIE<br>SGO<br>(P*<br>C<br>) |   |
| 1                                                                                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1            | 2 | 3 | 4 | 5 |                                         |                                 |                                                | 1            | 2 | 3 | 4 | 5 | 1            | 2 | 3 | 4 |            |                                                | 5 |
| 2                                                                                 |   |   |   |   | 2            |   |   |   |   | 4                                       |                                 |                                                | 3            |   |   |   | 3 |              |   | 9 |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |
|                                                                                   |   |   |   |   |              |   |   |   |   |                                         |                                 |                                                |              |   |   |   |   |              |   |   |   |            |                                                |   |

Fuente: Guía metodológica de gestión del riesgo E.S.E San Camilo.pg 17

➤ Identificación y Valoración de los controles

De acuerdo a la metodología definida por la E.S.E. los controles tan solo lograrán modificar la probabilidad de ocurrencia de los sucesos no esperados, Los cuadros son:

Tabla 9. Valoración de Controles

| PARAMETRO                            | CRITERIO                                                                          | PROBABILIDAD |                             | PONDERACIONES DE ACUERDO AL ESTADO DEL CRITERIO  |                                                                                                   |                                                          |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                                      |                                                                                   | Control 1    | PUNTAJE MAXIMO DEL CRITERIO | No posee nada del criterio solicitado califique: | Se posee el criterio solicitado, pero está en construcción, actualización, entre otros califique: | Se posee completamente el criterio solicitado califique: |
| Herramientas para ejercer el control | Posee una herramienta para ejercer el control                                     |              | 16                          | 0                                                | 8                                                                                                 | 16                                                       |
|                                      | Existen manuales, instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta. |              | 16                          | 0                                                | 8                                                                                                 | 16                                                       |
|                                      | En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva.                 |              | 28                          | 0                                                | 14                                                                                                | 28                                                       |
| Seguimiento al control               | Están definidos los responsables de la ejecución del control y del seguimiento.   |              | 16                          | 0                                                | 8                                                                                                 | 16                                                       |
|                                      | La frecuencia de ejecución del control y seguimiento es adecuada.                 |              | 24                          | 0                                                | 12                                                                                                | 24                                                       |
| <b>TOTAL</b>                         |                                                                                   |              | 100                         |                                                  |                                                                                                   |                                                          |

Fuente: Guía metodológica de gestión del riesgo E.S.E San Camilo.pg 19

Tabla 10. Rangos de calificación de controles

| RANGOS DE CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES | DEPENDIENDO SI EL CONTROL AFECTA LA PROBABILIDAD DESPLAZA EN LA MATRIZ DE CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y RESPUESTA A LOS RIESGOS |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                         | CUADRANTES A DISMINUIR EN LA PROBABILIDAD                                                                                    |
| Entre 0-50                              | 0                                                                                                                            |
| Entre 51-75                             | 1                                                                                                                            |
| Entre 76-100                            | 2                                                                                                                            |

Fuente: Guía metodológica de gestión del riesgo E.S.E San Camilo.pg 20

➤ Tratamiento de los riesgos

Las opciones de tratamiento están determinadas por el desplazamiento dentro de la Tabla 14. Matriz de Calificación y evaluación de riesgos integrada (riesgos operativos, estratégicos y de corrupción) luego de la valoración del riesgo. Así:

Tabla 11. Opciones de tratamiento del riesgo

| OPCIONES           | TRATAMIENTO                            |
|--------------------|----------------------------------------|
| <b>B: BAJA</b>     | Asumir                                 |
| <b>M: MODERADA</b> | Asumir, Reducir                        |
| <b>A: ALTA</b>     | Reducir, Evitar, Transferir, Compartir |
| <b>E: EXTREMA</b>  | Reducir, Evitar, Transferir, Compartir |

Fuente: Guía metodológica de gestión del riesgo E.S.E San Camilo.pg 22

Tabla 12. Tratamiento del Riesgo

|                                                                                     |                            |                                                        |                            |                       |                    |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------|--------------------|------------------|
|  |                            | <b>E.S.E. HOSPITAL<br/>PSIQUIÁTRICO SAN<br/>CAMILO</b> |                            | Código DI -R-04       |                    |                  |
|                                                                                     |                            |                                                        |                            | Versión               |                    |                  |
|                                                                                     |                            | <b>MATRIZ DE RIESGOS</b>                               |                            | Página de             |                    |                  |
| PROCESO:                                                                            |                            |                                                        |                            | Fecha de elaboración: |                    |                  |
| OBJETIVO DEL PROCESO:                                                               |                            |                                                        |                            |                       |                    |                  |
| <b>TRATAMIENTO DEL RIESGO</b>                                                       |                            |                                                        |                            |                       |                    |                  |
| <b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>                                                    | <b>EVALUACIÓN</b>          | <b>TRATAMIENTO</b>                                     | <b>PLAN DE ACCION</b>      |                       |                    |                  |
| <b>RIESGO</b>                                                                       |                            |                                                        | <b>ACCIONES PROPUESTAS</b> | <b>CRONOGRAMA</b>     | <b>RESPONSABLE</b> | <b>EVIDENCIA</b> |
|                                                                                     | <b>Zona de riesgo Alta</b> | Reducir el riesgo                                      |                            |                       |                    |                  |
|                                                                                     |                            |                                                        |                            |                       |                    |                  |
|                                                                                     |                            |                                                        |                            |                       |                    |                  |

Fuente: Guía metodológica de gestión del riesgo E.S.E San Camilo.pg 23

➤ **Monitoreo y Revisión**

**Autocontrol:** Formato MI-R-17 del procedimiento Acciones Correctivas y Preventivas Sección 5. (VER ANEXO E)

Luego del establecimiento del Plan de Acción que se realizara en el monitorio y revisión del Plan de Acción se realizara bajo el principio del Autocontrol, donde cada líder de proceso gestionara las acciones de mitigación propuestas en cada riesgo

Tabla 13. Documento para el monitoreo y revisión de Riesgos

| 1. Codificación                                         |                                                         |                                         |                   |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------|
| <i>(Diligencia la Oficina de Mejoramiento Continuo)</i> |                                                         |                                         |                   |
| <b>Código de Acción correctiva o preventiva</b>         | <b>Asignado por la Oficina de Mejoramiento Continuo</b> | <b>Fecha de generación de la acción</b> | <b>dd/mm/aaaa</b> |

| 2. Identificación del problema presentado / situación que se quiere prevenir / mejora propuesta                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                            |  |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|---------------------------------------------|
| <i>(Diligencia la persona que identifica el problema / incumplimiento / situación a prevenir / mejora propuesta)</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                            |  |                                             |
| <b>Nombre del Proceso</b>                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                            |  |                                             |
| <b>¿Cómo o en dónde se identificó?</b><br><br>(Marque con una X)                                                     | Auditoría externa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Internamente en el proceso |  | Producto conforme no                        |
|                                                                                                                      | Auditoría interna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Gestión del Riesgo         |  | Seguridad del paciente                      |
|                                                                                                                      | Incumplimiento a indicadores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Comité                     |  | Satisfacción del Cliente, Quejas y reclamos |
| <b>Descripción del problema presentado / situación que se quiere prevenir / mejora propuesta</b>                     | <p>(estas instrucciones se deben borrar al momento de presentar la acción)</p> <p>Si se va a documentar una acción correctiva, se debe describir cuál fue el problema o incumplimiento detectado. La descripción debe responder como mínimo a las siguientes preguntas: ¿cuál fue el problema?, ¿cómo o dónde se puede ver o evidenciar?, <u>¿qué se está incumpliendo</u> (norma, ley, procedimiento, requisito)?</p> <p>Para el caso de las acciones preventivas se describir el posible problema o incumplimiento que se puede presentar respondiendo como mínimo a las siguientes preguntas: ¿cuál es la situación actual?, ¿cuál es el problema o situación no deseada que se quiere prevenir? y ¿cuál es el riesgo al que se está expuesto?</p> <p>Si la acción es de mejora, se debe describir la mejora propuesta respondiendo como mínimo a las siguientes preguntas: ¿cuál es la situación</p> |  |                            |  |                                             |

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |            |  |        |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|--|--------|
|                    | actual?, ¿cuál va a ser la mejora que se va a implementar? y de manera cuantificable ¿cuáles van a ser los beneficios esperados de la mejora? (reducción de costos en un X%, reducción del resultado del indicador en un X%, mejora de la productividad en un X% frente a lo que se tiene actualmente, etc.) |  |            |  |        |
| <b>Tipo Acción</b> | Correctiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Preventiva |  | Mejora |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p align="center"><b>3. Análisis de causa raíz</b></p> <p align="center"><i>(Diligencia la persona o el equipo responsable de la ejecución del plan de acción)</i></p> <p>(estas instrucciones se deben borrar al momento de presentar la acción)</p> <p>En este espacio se debe escribir:</p> <p>a) Para acciones correctivas: cuál es la causa o causas principales por las que se presentó el problema o el incumplimiento</p> <p>b) Para acciones preventivas: cuál es la causa o causas principales por las que existen actualmente los riesgos y porqué se puede llegar a presentar un problema.</p> <p>c) Para acciones de mejora: cuál es la causa o causas principales por las que surgió la mejora</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                |                                                     |                                                                                |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <p align="center"><b>4. Plan de Acción</b></p> <p align="center"><i>(Diligencia la persona o el equipo responsable de la ejecución del plan de acción)</i></p> <p align="center"><i>Se debe escribir una actividad por fila e insertar cuantas filas sean necesarias.</i></p> <p align="center"><i>El objetivo del plan de acción debe ser medible, <b>cuantificable</b> y alcanzable y se debe redactar con verbo en infinitivo</i></p> <p align="center"><i>(Ejemplos: Analizar, Establecer, Definir, Evaluar, Identificar, Reducir, Aumentar)</i></p> <p align="center"><i>La evidencia del cumplimiento es el resultado de cada una de las actividades. Para una fácil identificación se debe preguntar: ¿Dónde o como se pueden evidenciar los resultados del desarrollo de la actividad propuesta? (documento actualizado, registro, acta de reunión, informe, indicador, listado de asistencia, etc.)</i></p> |                                                |                                                     |                                                                                |                                  |
| <b>Objetivo a cumplir con la implementación del plan de acción</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                                                     |                                                                                |                                  |
| <b>Nombre, cargo, correo electrónico del responsable del cumplimiento del plan de acción</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                | <i>Nombre y cargo</i>                               |                                                                                | <i>Correo</i>                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                |                                                     |                                                                                |                                  |
| <b>Actividades propuestas</b><br><i>(Verbo en infinitivo)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Fecha programada</b><br><i>(dd/mm/aaaa)</i> | <b>Fecha de cumplimiento</b><br><i>(dd/mm/aaaa)</i> | <b>Responsable del cumplimiento de la actividad</b><br><i>(Nombre y cargo)</i> | <b>Evidencia de cumplimiento</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                |                                                     |                                                                                |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                |                                                     |                                                                                |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                |                                                     |                                                                                |                                  |

|                                                                                                                                        |                                  |                      |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------|--------------------|
| <p align="center"><b>5. Seguimiento al plan de acción</b></p> <p align="center"><i>(Diligencia el Auditor Interno Responsable)</i></p> |                                  |                      |                    |
| <b>Fecha de seguimiento</b>                                                                                                            | <b>Estado del Plan de Acción</b> | <b>Observaciones</b> | <b>Responsable</b> |
|                                                                                                                                        |                                  |                      |                    |

|              |                                  |                                                                                            |                                          |
|--------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| (dd/mm/aaaa) | (Implementado o no implementado) | (Grado de avance de las actividades, compromisos o conclusiones derivadas del seguimiento) | (Nombre del Auditor Interno Responsable) |
|              |                                  |                                                                                            |                                          |

| <b>6. Verificación de la eficacia</b><br><i>(Diligencia el Auditor Interno Responsable)</i> |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                             |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Fecha propuesta de evaluación de la Eficacia<br>(dd/mm/aaaa)                                | Resultado de la evaluación de la eficacia<br>(Eficaz o no eficaz)<br>¿Se cumplió o no con el objetivo propuesto? | Observaciones<br>(Si el plan de acción no fue eficaz se da cierre, se solicita generar uno nuevo y se debe dejar constancia del nuevo código para facilitar el seguimiento) | Responsable<br>(Nombre del Auditor Interno Responsable) |

Fuente: Formato Acciones Correctivas y Preventivas ES-SIG-R-17

### 5.3 DOCUMENTACIÓN

El objetivo de esta etapa fue adecuar los documentos existentes y generar los documentos adicionales necesarios, teniendo en cuenta los requisitos de la Guía para la administración del Riesgo del DAFP. Involucró las siguientes actividades:

- Revisión de los documentos existentes y diseño de los necesarios para dar cumplimiento a los requisitos de la Guía para la Administración de Riesgo del DAFP.

### 5.4 IMPLEMENTACIÓN

En esta etapa se realizó la socialización de los documentos y registros elaborados con el fin de que el personal implicado en los procesos de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo tuviera conocimiento de ellos y los adoptaran en el desarrollo de sus tareas. Las actividades que se llevaron a cabo en la etapa de implementación fueron las siguientes:



- Desarrollo de las actividades de socialización de la documentación en cada proceso.
- Socialización de las directrices del Sistema de Gestión del Riesgo (Misión, Visión, Política y Objetivos de Calidad).
- Capacitación en la elaboración de informes, seguimiento de no conformidades, elaboración de acciones preventivas y correctivas.
- Realización de ajustes a los documentos en los casos en que fue necesario.
- Recopilación de la información sobre el desempeño del Sistema de Gestión del Riesgo (indicadores de gestión), acciones preventivas y correctivas, análisis de datos de esta información, análisis de los indicadores de los diferentes programas con el fin orientar las acciones a desarrollar.

## **5.5 EVALUACIÓN**

En ésta etapa se evaluó el sistema, verificando el cumplimiento de los requisitos de la Guía para la Administración del Riesgo. Las actividades involucradas en la evaluación fueron las siguientes:

- Revisión del Sistema de Gestión de Riesgo por parte de la Dirección
- Desarrollo de dos auditorías internas.
- Elaboración e implementación de los planes de mejoramiento producto de las dos (2) auditorías.

## **5.6 SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN**

Teniendo en cuenta que un proyecto de estas características involucra a todo el personal de la empresa, resultó importante e indispensable realizar jornadas de sensibilización y capacitación con el objetivo de documentarlos sobre el tema de Gestión del Riesgo, aclarando el papel de cada uno en el proceso, sus

responsabilidades, etc. Cabe notar que esta etapa se desarrolló a lo largo de todo el trabajo mediante reuniones, charlas, comunicados, publicaciones.

## **6. MARCO DE REFERENCIA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO**

Para el establecimiento del proceso de Gestión del Riesgo es importante definir las bases y las disposiciones que se introducirán en todos los niveles de la organización para la eficacia del marco de referencia. El marco permite que la información acerca del riesgo derivada del proceso para la Gestión del Riesgo se notifique de manera adecuada y se utilice como base para la toma de decisiones. De acuerdo a la norma ISO 31000:2011, las organizaciones deberían adaptar los componentes del marco a sus necesidades específicas es por ello que se considera establecer inicialmente el contexto en el cual se desenvuelve la organización, se plantea la política para la gestión del Riesgo, la rendición de cuentas y los recursos y el Plan para la gestión del riesgo.

### **6.1 DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL**

El diagnóstico se estructura en tres componentes: Talento Humano, Direccionamiento Estratégico y Administración del Riesgo

**6.1.1 Componente de Talento Humano.** La E.S.E cuenta con unos principios y valores adoptados mediante la resolución interna 168 de 2014 , los cuales están contenidos en la plataforma estratégica a través de documentos que han sido socializados en todos los niveles institucionales, por parte del mejoramiento continuo junto con Desarrollo Institucional en coordinación de Talento Humano, en los ejercicios de inducción y reinducción de toda la E.S.E con el fin de interiorizar a los servicios de los principios y valores de la E.S.E para que sean adheridos en la prestación de los servicios.

En lo relacionado con el desarrollo del talento humano , se cuenta con el respectivo manual de funciones institucional; se ejecutó a satisfacción el Plan Institucional de

Capacitación, que contenía actividades de inducción y reinducción, faltando evaluar la efectividad de las capacitaciones, inducciones y reinducciones; así mismo se ejecutó el programa de Bienestar Social, Estímulos e Incentivos y el Programa de Salud Ocupacional ; el desarrollo de las competencias, habilidades y aptitudes de los servidores públicos a través de las políticas y prácticas de gestión humana, que se han evaluado mediante las Evaluaciones de Desempeño de los funcionarios de carrera.

**6.1.2 Componente Direccionamiento Estratégico.** En lo relacionado con el elemento Planes, Programas y Proyectos, la alta dirección ha generado lineamientos para fortalecer el sistema de control interno, en los criterios de la estructura del MECI y el Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad de Salud en pro de la gestión para obtener la acreditación institucional de la E.S.E.

La E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo cuenta con una plataforma estratégica adoptada por acto administrativo, que integra: Misión, Visión, Objetivos Institucionales, Principios, Valores, Políticas, El modelo de operación por procesos, que muestra la interrelación y articulación entre los procesos en los diferentes niveles estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y seguimiento de la siguiente manera: Procesos estratégicos (Desarrollo Institucional, Gestión Gerencial, Mejoramiento Institucional), Procesos Misionales (Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización), Procesos Misionales (Urgencias, Servicio Ambulatorio, Servicios de Hospitalización, Promoción y Prevención, Apoyo Diagnóstico, Apoyo Terapéutico), SIAU, Procesos de apoyo (Gestión del Talento Humano, Gestión de la Tecnología, Gestión de las Comunicaciones, Gestión de los Recursos Físicos, Gestión Jurídica, Gestión de Convenios de Docencia y Servicios, Gestión de Suministros, Gestión Financiera, Gestión de la Información), Procesos de Evaluación y Seguimiento (Control Interno, Auditoría a la Prestación de Servicios en Salud ). Lo anteriormente indicado se correlaciona con la actualización y reporte del

portafolio de servicios del hospital, dentro del registro especial de prestadores de servicios de salud.

El mapa de operación por procesos esta soportado por las caracterizaciones de los procesos y procedimientos, indicadores y riesgos, elementos que en la actualidad se encuentran en revisión, actualización y mejora por parte del equipo de mejoramiento y los respectivos líderes de procesos, y no están formulados y documentados en su totalidad, igualmente no se dispone del manual de operación. La estructura organizacional de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo, se encuentra enmarcada dentro de lo establecido por los estatutos institucionales, ha permitido dar cumplimiento a su direccionamiento estratégico, estableciendo niveles de responsabilidad que sin embargo requieren de la revisión técnica de la estructura actual para que se armonice totalmente con el modelo de operación institucional definido.

En relación con los indicadores de gestión se presentan los que permiten evaluar la gestión institucional de la E.S.E y observar la situación y tendencias de cambios , en la ejecución del plan de desarrollo institucional y plan de gestión de la gerencia; estos han sido evaluados en cumplimiento de la normatividad vigente; en lo relacionado con los indicadores de proceso, no se tienen en su totalidad, lo cual no permite desarrollar una medición en enfoque de gestión por procesos, teniendo en cuenta que se encuentran en construcción y actualización en algunos procesos.

La E.S.E cuenta con políticas de operación adoptadas y socializadas dentro de la plataforma estratégica, estas se enmarcan en: Política de Talento Humano, Política de Atención Centrada en el Usuario, Política de Seguridad del Paciente, Política de Humanización, Política de Responsabilidad Social, Política de Gestión Integral HSEQ, Política de Gestión de Tecnología y Política de Gestión del Riesgo, las cuales aplican a nivel institucional.

**6.1.3 Componente de Administración del Riesgo.** En lo relacionado con este componente, se dispone de la Política Institucional para la Gestión del Riesgo y se encuentran en proceso de revisión y actualización los mapas de riesgos de los procesos de acuerdo a los nuevos lineamientos de la Guía Metodológica del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, expedida para la materia, esto teniendo en cuenta que los procesos se encuentran en mejoramiento, revisión y aprobación. Al igual se evidencia que los procedimientos no disponen de puntos de control, lo cual se requiere para proceder con la formulación de los mapas de riesgo por procesos que integrarían el mapa de riesgo institucional y al igual se le debe identificar los posibles riesgos de corrupción, estos últimos en cumplimiento al decreto 2641 del 2012, fueron publicados en la página web dentro del plan Anticorrupción de la vigencia 2014 y 2015

**6.1.4 Nivel de Cumplimiento.** Para saber el estado actual de la organización en cuanto a los procesos de gestión del riesgo según los criterios establecidos por la Guía de la Administración del Riesgo del DAFP se elaboró una lista de chequeo con cada uno de estos criterios y su nivel de cumplimiento

Tabla 14. Criterios de calificación

| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN LISTA DE CHEQUEO DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS DE LA GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DEL DAFP EN LA E.S.E HPSC |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| CRITERIO                                                                                                                                                        | PUNTUACIÓN |
| No cumple con el requisito de la Guía                                                                                                                           | 0          |
| Cumple parcialmente con el requisito de la Guía                                                                                                                 | 1          |
| Cumple satisfactoriamente con el requisito de la Guía                                                                                                           | 2          |

Tabla 15. Lista de chequeo

| NÚM. | TÍTULO                                          | NIVEL DE CUMPLIMIENTO |
|------|-------------------------------------------------|-----------------------|
| 1    | GENERALIDADES                                   | 1                     |
| 2    | DIRECCIÓN Y COMPROMISO                          | 1                     |
| 3    | DISEÑO DEL MARCO DE REFERENCIA PARA LA GESTIÓN  | 0                     |
| 4    | POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO          | 0                     |
| 5    | IMPLEMENTAR LA GESTIÓN DEL RIESGO               | 0                     |
| 6    | MONITOREAR Y REVISAR EL MARCO DE REFERENCIA     | 0                     |
| 7    | COMUNICACIÓN Y CONSULTA                         | 0                     |
| 8    | ESTABLECIMIENTO DEL CONTEXTO                    | 0                     |
| 9    | VALORACIÓN DEL RIESGO                           | 0                     |
| 10   | TRATAMIENTO DEL RIESGO                          | 0                     |
| 11   | MONITOREO Y REVISIÓN                            | 0                     |
| 12   | REGISTRO DEL PROCESO PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO | 0                     |
|      | TOTAL                                           | 2                     |
|      | % de cumplimiento                               | 8.3                   |

| Nivel general de cumplimiento de requisitos | % por cumplir | % cumplimiento actual |
|---------------------------------------------|---------------|-----------------------|
|                                             | 91.7          | 8.3                   |

## 6.2 CONTEXTO ORGANIZACIONAL

El contexto organizacional permite identificar las condiciones internas y del entorno, que pueden generar eventos que originan oportunidades o afectan negativamente el cumplimiento de la misión y objetivos de la institución.

Las situaciones del entorno externo pueden ser de carácter social, cultural, económico, tecnológico, político y legal.

Las situaciones internas están relacionadas con la estructura, cultura organizacional, el modelo de operación, el cumplimiento de los planes y programas, los sistemas de información, los procesos y procedimientos y los recursos humanos y económicos con los que cuenta la entidad.

### 6.2.1 Contexto externo

- **Factores Socio-culturales**<sup>5</sup> Las pautas culturales van desde los procesos síquicos que definen la violencia, el apetito, la saciedad, hasta las representaciones culturales que expresan la violencia que vivimos en términos de secuestro, desplazados, abuso sexual, violencia intrafamiliar. Las personas estructuran patrones violentos a través de códigos culturales en las pandillas y en las diferentes fuerzas armadas fuera de la ley —y también dentro de la ley—, las cuales alimentan la venganza incontrolable y los miedos hacia un enemigo, a quien hay que matar por nuestro bienestar, elementos básicos para descifrar las reglas de la violencia.

De igual manera, el hombre estructura la etiqueta, identidad, pertenencia e interrelaciones en un grupo social. La evolución cultural parece ser muchísimo más acelerada que la evolución biológica, el genoma que nos protegía de aquel ambiente actualmente se ha tornado en nuestro enemigo.

- **Factores Legales.**<sup>6</sup> La normatividad asociada a la salud en Colombia, en términos de información estadística, se remota a la Ley 9 de 1979 y la Ley 30 de 1986, a través de la cual se delegó como responsabilidad de laboratorios, clínicas

---

<sup>5</sup> TOBÓN M. Flor Ángela. La salud mental: una visión acerca de su atención integral. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Volumen 23. No 1. Medellín. Junio 2005.

<sup>6</sup> <http://www.dane.gov.co/files/sen/caracterizaciones/planificacion/CS.pdf>



y hospitales la clasificación, el control, manejo y mantenimiento de la información relativa a: sustancias peligrosas, epidemiología y demás de carácter sanitario, importaciones y exportaciones de medicamentos de dependencia, drogas y sus insumos, expedición y diligenciamiento de los registros de defunciones y de las causas de mortalidad. La necesidad de descentralizar el funcionamiento del sector salud se hizo realidad a través de la Ley 10 de 1990, en la cual se entregó a los municipios la dirección y prestación del primer nivel de atención en salud; lo cual implicó también la responsabilidad por parte de los municipios de llevar un registro de información sobre la atención en salud, en términos de un régimen de registro especial definido por el Ministerio de Salud para el control, inspección, vigilancia, seguimiento y evaluación del servicio (Art. 1, par. f, h, Ley 10 de 1990) Así, en materia de información, la responsabilidad del Estado fue instaurada inicialmente en la Ley 60 de 1993. Se definió como obligación del hoy Ministerio de la Protección Social y del Departamento Nacional de Planeación, la organización y puesta en marcha de un sistema de información soporte para el proceso de toma de decisiones; y a los departamentos y municipios el papel de suministro de información (Art. 28, sub 4 y 5). Por su parte, la Ley 100 de 1993, facilitó la reestructuración el sistema tradicional de salud en un sistema de seguridad social integral<sup>12</sup>; dando, entre otras cosas, claridad en torno a los sistemas de información para que faciliten el diseño de políticas públicas de la salud, tanto en términos de prestación del servicio como del financiamiento para el mismo.

- **Factores demográficos y socioeconómicos**<sup>7</sup>. Los trastornos mentales en Colombia afectan especialmente a niños, adolescentes y adultos jóvenes, situación que empeora en gran medida el pronóstico, la productividad académica y económica de la población y, en últimas, el capital global, que incluye los factores personales, simbólicos, culturales y relacionales (5). Estos trastornos

---

<sup>7</sup> <http://www.semana.com/educacion/articulo/estigmatizar-enfermedades-mentales-en-colegios/417682-3>

inician entre los 9 y los 23 años. La mediana en la edad para las primeras manifestaciones de los trastornos afectivos como el episodio depresivo mayor se sitúa en los 24 años; para la manía, en los 20 años, y para la hipomanía, en los 27 años. La edad de inicio de los trastornos de ansiedad se encuentra entre los 7 y los 28 años, con un promedio a los 17 años, y los trastornos por uso de sustancias entre los 20 y los 27 años, con un promedio a los 22 años. La edad de inicio de otros trastornos como el trastorno de ansiedad de separación en la infancia, trastorno por déficit de atención, trastorno de conducta, trastorno oposicional desafiante, trastorno de ansiedad de separación del adulto y bulimia nerviosa se encuentra entre los 8 y 20 años, con un promedio a los 11 años .

En relación con los correlatos demográficos, se conoce que las mujeres tienen una mayor probabilidad de presentar trastornos del estado de ánimo o trastornos de ansiedad, mientras que los hombres tienen mayor probabilidad de sufrir trastornos relacionados con el control de impulsos; además, los hombres jóvenes y no casados tienen más probabilidad de presentar trastornos por uso de sustancias. Las personas encuestadas con ingresos de hogares

Clasificados como de promedio bajo, que nunca se habían casado y que no tenían educación secundaria tuvieron mayores probabilidades de tener una enfermedad de severidad moderada o grave.

En el Estudio Nacional de Salud Mental en Personal Uniformado de la Policía 1997 se definió la prevalencia de trastorno mental en el 6,3% de esa población, con una morbilidad sentida del 5,6%; la población con mayor riesgo fueron los separados y los viudos; se observó, en general, una psicopatología ligeramente aumentada en las personas menores de 25 años y mayores de 35.

Es importante resaltar que según los datos nacionales, las personas jóvenes entre los 14 y los 34 años de edad representan el 60% de los suicidios en Colombia; se

observa en la misma una razón de cuatro hombres por cada mujer que se suicida. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (7) reportó para el año 2007 una tasa de suicidios de 4 por 100.000 habitantes. Los suicidios representan el 6% de todas las lesiones fatales de causa externa; esto equivale a un promedio mensual de 162 casos de suicidio a razón de cinco al día, o uno cada cinco horas.

La manifestación de las conductas suicidas entendidas como ideación, plan e intento suicida en el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 (3), discriminadas por grupos de edad, evidenciaron mayores prevalencias de vida tanto de ideación como de plan e intento suicida en el grupo de 30 a 44 años; durante el último año la prevalencia de estas variables es mayor en personas más jóvenes (de 18 a 29 años)<sup>8</sup>.

### **6.2.2 Contexto Interno**

- **Perfil de la organización<sup>9</sup>:**

**Misión:** La E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga, es una organización sostenible financiera y administrativamente, comprometida con la mejora continua de sus procesos y servicios, con más de 60 años de experiencia en la prestación especializada de servicios integrales de salud mental en el nororiente Colombiano.

Garantizamos un proceso de atención humanizada y segura al usuario y su familia por medio de talento humano con las más altas calidades éticas, con infraestructura y dotación apropiada, en un ambiente confortable y amigable con el entorno que facilita la recuperación de la salud mental a quienes servimos.

---

<sup>8</sup> ARANGODÁVILA Cesar Augusto, ROJAS FERNANDEZ Juan Carlos, MORENO Mauricio. Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. Revista Colombiana de Psiquiatría. Volumen 37 no. 4 Bogotá. Diciembre. 2008.

<sup>9</sup> <http://www.hospitalsancamilo.gov.co>

**Visión:** La E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga se proyecta para el año 2016, como una institución prestadora de servicios integrales de salud mental con un modelo de atención centrado en el usuario y reconocida como entidad acreditada por contar con altos estándares de calidad a nivel nacional e internacional.

**Razón Social:** La Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo, tendrá por objeto la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, en desarrollo de este objeto, adelantara acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud.

**Representante legal:** Dra. Lipsamia Rendón Cross

**Dirección:** Calle 45 # 7 - 04

**Ciudad:** Bucaramanga

**Correo electrónico:** [siau@hospitalsancamilo.com](mailto:siau@hospitalsancamilo.com)

**Página web:** <http://www.hospitalsancamilo.gov.co/>

- **Talento Humano**

La E.S.E cuenta con unos principios y valores adoptados mediante la resolución interna 168 de 2014, los cuales están contenidos en la plataforma estratégica, durante esta periodo se socializó mediante presentación y folletos al comité de control interno y lo referente de procesos, con el fin de interiorizar a los servidores de los principios y valores de la E.S.E que se han adheridos a la prestación del servicio.

En lo relacionado con el desarrollo del talento humano, se formuló una Política Institucional del Talento Humano, se actualizó el Manual de Funciones de acuerdo a lo establecido en el decreto nacional 2484 de 2014, se formuló el Plan Institucional

de Capacitación para la vigencia que contiene actividades de inducción y re inducción, continuando pendiente evaluar la efectividad de las capacitaciones , inducciones y re inducciones; así mismo se tiene el programa de Bienestar Social, Estímulos e Incentivos y el Programa de Salud Ocupacional, se está actualizando el Reglamento Interno de Trabajo y formulando un manual institucional que contiene las políticas del talento humano y las directrices institucionales dentro del marco de la normatividad aplicable en la gestión del talento humano; en lo relacionado con el desempeño de los servidores de carrera se formularon las concertaciones de objetivos.

Actualmente la E.S.E Hospital Psiquiátrico San camilo cuenta con un talento humano compuesto por 175 empleados de los cuales 75 son empleados directos y 100 son empleados indirectos.

- **Cultura organizacional.**

La Cultura organizacional recoge el sentir de la institución en torno a los principios y valores que apropia para sí, los cuales le permitirán el liderazgo y compromiso de los servidores públicos para adelantar cualquier iniciativa en la organización en cumplimiento del papel fundamental de garantizar su viabilidad y efectividad.

➤ **PRINCIPIOS Y VALORES<sup>10</sup>**

**INTEGRIDAD**

Es la fortaleza de espíritu que nos hace permanecer fieles a nuestros principios de verdad, de respeto a los compromisos y de honestidad consigo mismo y con los demás, lo cual conlleva al fortalecimiento del capital social como base para construir un desarrollo integral y una mejor calidad de vida en la Institución.

---

<sup>10</sup> <http://www.hospitalsancamilo.gov.co/>

**PERSEVERANCIA**

Alcanzar lo propuesto y buscar soluciones a las dificultades que puedan surgir con un esfuerzo continuo.

**RESPECTO A LA DIGNIDAD HUMANA**

Todo ser humano debe ser tratado con respeto a su dignidad, máxime si se encuentra en condiciones de vulnerabilidad y/o afectación de su salud mental a fin de no destruir ni perturbar su consideración como individuo, respetando los derechos fundamentales establecidos por la constitución y las leyes.

**RESPONSABILIDAD SOCIAL**

Conjunto integral de políticas y programas en salud mental aplicados con ética y sentido de pertenencia, que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad, generando un impacto positivo a nivel social.

**CALIDEZ**

Trato amable y considerado que recibe el usuario por parte de la persona que lo atiende.

**RESPECTO**

Capacidad para mantener una actitud de comprensión y tolerancia hacia la persona tratándola con cortesía, reconocimiento de su integridad, dignidad, creencias, costumbres y derechos. Es la base fundamental de una sana convivencia.

**EQUIDAD**

Es la justicia e igualdad social, dándole a cada uno lo que le corresponde reconociendo, respetando y valorando el derecho de cada persona.

## **RESPONSABILIDAD**

Cumplir con lealtad, sinceridad, honestidad y compromiso las obligaciones como ser humano en la prestación de los servicios, dándole un buen manejo a los recursos de la Institución y a las normas que regulan la Entidad

## **SOLIDARIDAD**

Orientar los esfuerzos hacia la Entidad y la comunidad, con apoyo y colaboración hacia las demás personas. Es entendido además como el desarrollo del trabajo con sentido de fraternidad y unión, buscando la obtención de los logros y metas tanto personales como Institucionales

## **HONESTIDAD**

Cumplimiento de las acciones, deberes y obligaciones como persona, caracterizados por la rectitud de conducta, sinceridad, transparencia, legalidad, lealtad e integridad a los principios morales que competen hacia nuestros usuarios, clientes, proveedores y comunidad en general.

## **TRANSPARENCIA**

Conducta permanente que debe tener cada ser humano, orientada al respeto de los derechos de los ciudadanos, lo cual implica un compromiso en el manejo óptimo de la información, bienes y/o recursos públicos.

## **COMPROMISO**

Tener sentido de pertenencia con la comunidad, para prestar el mejor servicio de salud mental con actitud positiva de cooperación, responsabilidad, puntualidad y calidad en la función social que le compete.

## **CUMPLIMIENTO**

Cumplir con aquello que se prometió en un determinado tiempo y forma.

- **Mapa de Procesos<sup>11</sup>**

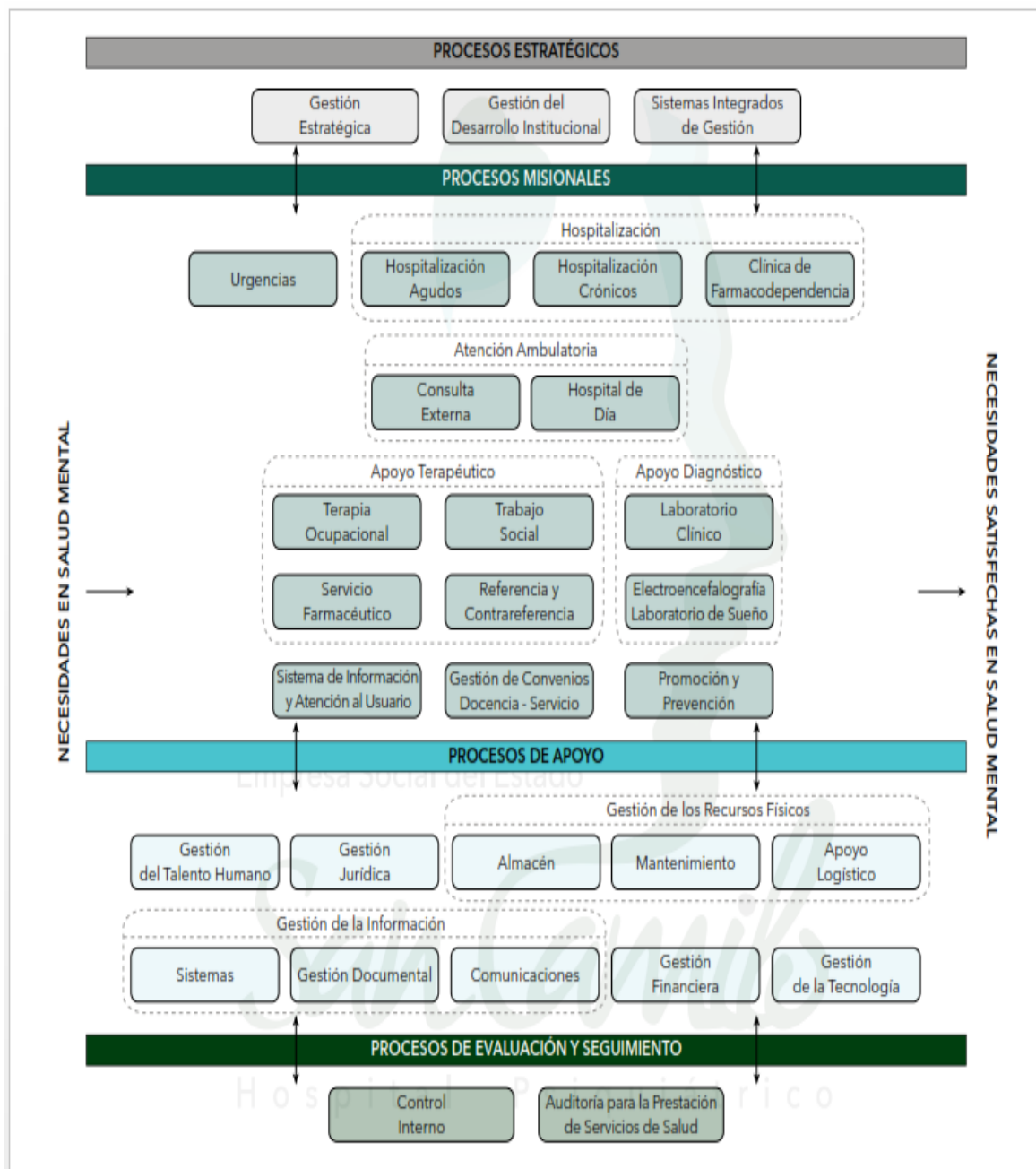
Actualmente el hospital san camilo cuenta con el Mapa de Procesos en el cual se representan los procesos que conforman la organización y la relación de sus componentes. Su estructura se muestra en la Imagen 3.

---

<sup>11</sup> <http://www.hospitalsancamilo.gov.co>



Imagen 3. Mapa de Procesos



Fuente: [www.hospitalsancamillo.gov.co/index.php/nuestra-gestion/politicas-y-planes/mapa-de-procesos](http://www.hospitalsancamillo.gov.co/index.php/nuestra-gestion/politicas-y-planes/mapa-de-procesos)

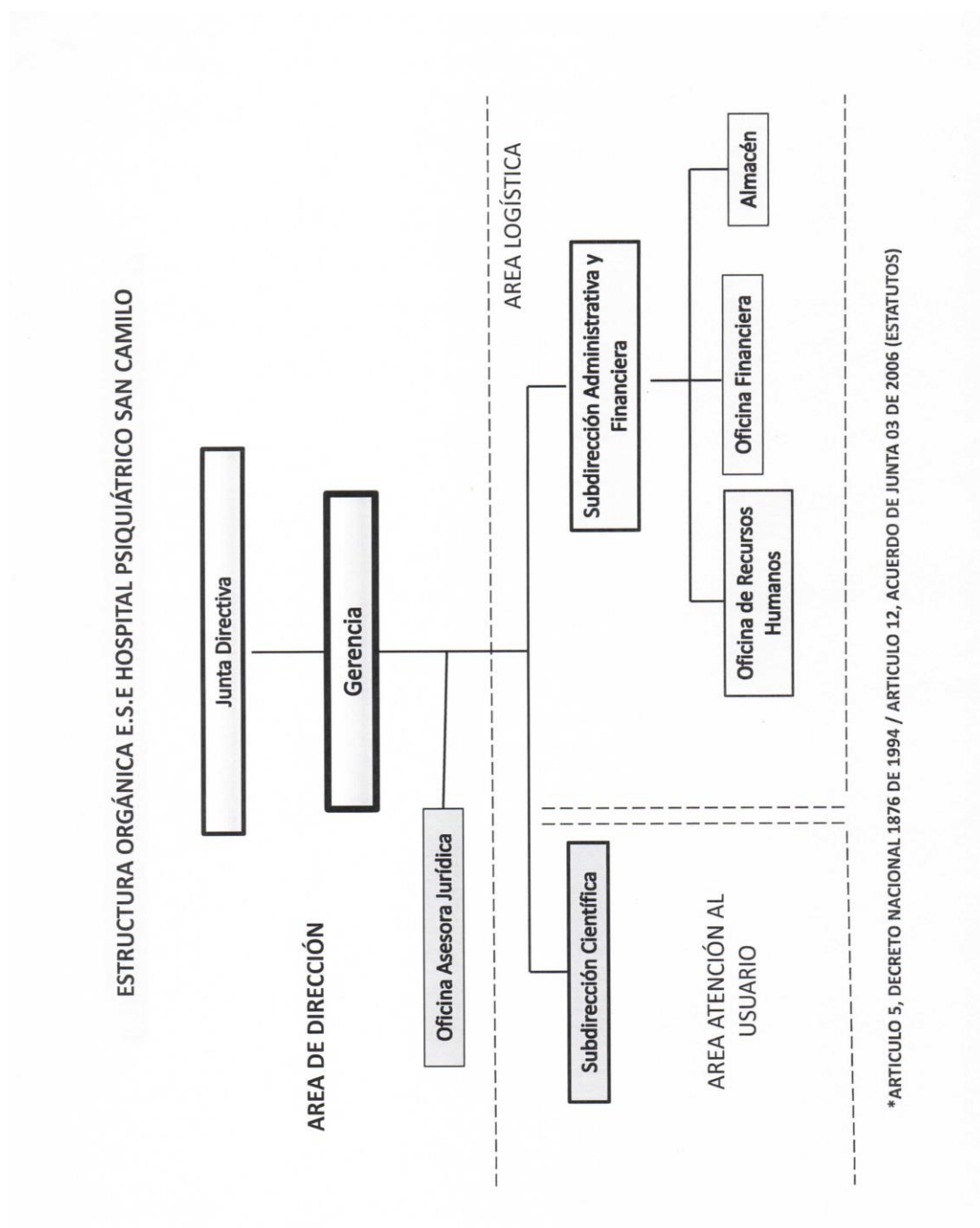
- **Estructura organizacional.**<sup>12</sup>

La estructura organizacional se define como la forma en que se encuentra dividido el trabajo dentro de la empresa, su coordinación, orden y orientación para el logro de sus objetivos (VER IMAGEN 4)

---

<sup>12</sup> <http://www.hospitalsancamilo.gov.co/>

Imagen 4. Estructura Organizacional



Fuente: [www.hospitalsancamilo.gov.co/index.php/quienes-somos/organigrama](http://www.hospitalsancamilo.gov.co/index.php/quienes-somos/organigrama)

### **6.3 POLÍTICA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO**

Durante el proceso de realización de este proyecto se elaboró una Guía metodológica para la gestión del riesgo en la cual se planteó una Política Institucional en la cual la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga, debe gestionar los riesgos identificados en el ámbito estratégico, operativo y posibles riesgos de corrupción en relación a la prestación de servicios integrales de salud mental, facilitando de esta manera el logro de sus objetivos estratégicos.

**6.3.1. Objetivo Específico de la Política para la Gestión del Riesgo.** Mitigar los riesgos identificados en el ámbito estratégico y operativo en los procesos de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo.

### **6.4 RENDICIÓN DE CUENTAS Y RECURSOS**

La E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo garantiza que existe responsabilidad, autoridad y competencia adecuada para gestionar el riesgo, incluyendo la implementación y mantenimiento del proceso para la gestión del riesgo garantizando la idoneidad, eficacia y eficiencia de todos los controles. La organización ha decidido gestionar el riesgo en primera instancia, desde la gerencia involucrando a cada uno de los procesos de la organización.

### **6.5 PLAN PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO**

La gestión del riesgo debe estar incluida en todas las prácticas y procesos de la organización teniendo como base la elaboración de los mapas de riesgos de acuerdo a los lineamientos de la Guía Metodológica del Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP, expedida para esta materia, y así proceder con la formulación de los mapas de riesgos por procesos que integran el

mapa de riesgos institucional y al igual que se deben identificar los posibles riesgos de corrupción, éstos últimos en cumplimiento del decreto 2641 del 2012.

Para facilitar la gestión de la administración de riesgos en el hospital, como producto MECI, se diseñó una Guía Metodológica Institucional bajo los lineamientos de la Guía del Departamento Administrativo de la Función Pública y lo establecido por la secretaría de transparencia a lo referente a mapas de riesgo de corrupción.

## **6.6 MANUAL PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO**

Se diseñó un manual en conjunto con la oficina de desarrollo Institucional con el fin de implementar una metodología para la E.S.E Hospital Psiquiátrico san camilo que le permita identificar, analizar, evaluar, dar tratamiento y monitorear los riesgos organizacionales y los posibles riesgos de corrupción través del Mapa de Riesgos por procesos, cumpliendo las regulaciones legales, objetivos y metas institucionales de forma eficaz. (ANEXO A)

## **7. GESTIÓN DEL RIESGO PARA LOS PROCESOS INSTITUCIONALES**

La administración del riesgo para las entidades públicas en todos sus órdenes cobra hoy mayor importancia, dado el dinamismo y constantes cambios que el mundo globalizado de hoy exige. Estos cambios hacen que dichas entidades deban enfrentarse a factores internos y externos que puedan crear incertidumbre en el logro de los objetivos. Así el efecto que dicha incertidumbre tiene en los objetivos de una organización se denomina riesgo.

La E.S.E Hospital san camilo desde la elaboración de sus propia guía institucional para la gestión del riesgo que está basada en la guía para la administración del riesgo del departamento administrativo de la función pública la cual se rige por la norma NTC ISO 31000:2011 describe los componentes del marco de referencia para su desarrollo.

### **7.1 COMUNICACIÓN Y CONSULTA**

En ésta etapa se establecieron los responsables del proceso para la Gestión del Riesgo siendo el proceso de Desarrollo Institucional el encargado ésta labor en conjunto con los practicantes universitarios además se establecieron los canales de comunicación con cada una de las partes involucradas dejando claro cuáles son las bases para la toma de decisiones y las razones por las cuales se requieren acciones particulares

Para dar cumplimiento a la comunicación y consulta se socializó con cada uno de los encargados de los procesos los siguientes ítems:

- Definiciones de Riesgo, gestión del riesgo
- Importancia de la gestión del riesgo para el procesos de acreditación institucional

- Establecimiento correcto del contexto de los procesos en la organización y de la organización en el medio
- Entendimiento y toma de consideración de los intereses de las partes involucradas
- Identificación correcta de los riesgos
- Manejo adecuado de los diferentes puntos de vista al momento de definir los criterios del riesgo y la evaluación de ellos
- Se fomentó la adopción de la cultura de gestionar el riesgo dentro de la organización

**7.1.1 Mecanismos de comunicación efectiva y continua.** El Mapa de riesgos de la E.S.E. Hospital San Camilo tendrá calificaciones periódicas trimestrales para el seguimiento de las acciones propuestas para el manejo de los riesgos, las cuales se llevaran a cabo por parte de cada dueño de proceso, realizando reporte de este seguimiento a la oficina de Desarrollo Institucional.

Además de lo anterior la oficina de control interno realizara verificaciones esporádicas del mapa de riesgos su respectiva gestión.

La actualización y revisión general del mapa de riesgos institucional se realizara de manera anual.

## **7.2 ESTABLECIMIENTO DEL CONTEXTO**

En la actualidad en el Departamento de Santander, en cuanto al sector de la prestación de servicios de salud mental, se vive un sistema oligárquico, en donde el mercado se encuentra en manos de dos Instituciones; la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo como entidad pública y la Clínica San Pablo perteneciente al sector privado.

A diferencia de la Clínica San Pablo que es una institución privada de segundo nivel de complejidad, el Hospital Psiquiátrico San Camilo está catalogada con los más altos estándares de calidad contando con una infraestructura y espacios físicos que

permiten brindar un mejor servicio, convirtiendo esta entidad en el líder en cuanto a salud mental en el nororiente colombiano, por eso mismo la entidad debe estar en constante mejoramiento y actualización para seguir cumpliendo con los más altos estándares de calidad y regulaciones propias expuestas por los entes de salud.

Siendo la E.S.E San Camilo una entidad pública que está atravesando por un proceso de acreditación en salud, se ha visto en la necesidad de establecer un sistema de mejoramiento para cumplir a cabalidad con los requisitos exigidos en el proceso de acreditación, donde uno de estos componentes esenciales es el establecimiento en la entidad de un sistema de gestión del riesgo. Es importante recordar que el Estado Colombiano mediante el decreto 1537 de 2001<sup>13</sup>, estableció una serie de elementos técnicos requeridos para el desarrollo adecuado y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno de las diferentes entidades y organismos de la Administración Pública, uno de ellos la “ Administración del Riesgo”, considerando que la identificación y análisis del riesgo, entrega información suficiente y objetiva que les permitirá aumentar la probabilidad de alcanzar sus objetivos institucionales.

De igual manera a través del Decreto 1599 de 2005 se adoptó el Modelo Estándar de Control Interno MECI para todas las entidades del estado, donde la “Administración del Riesgo” ha sido contemplada como uno de los componentes del subsistema de control estratégico.

La E.S.E Hospital San Camilo actualmente tiene como objetivo alinear todos sus planes, programas y proyectos hacia el cumplimiento del Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad de Salud, con los cuales se quieren dar continuidad a la gestión en los estándares bajo el equipo de acreditación de la E.S.E. Por eso al momento de iniciar el proceso se investigó el comportamiento de los indicadores de gestión del último año para ver su rendimiento. La gestión institucional para la vigencia 2014 se ve reflejada en el comportamiento de las cifras obtenidas:

---

<sup>13</sup> Guía para la Administración del Riesgo- DAFP. Pg. 4.



La E.S.E facturó por ventas de servicios de salud, la suma de \$19.233.631.712 un incremento del 38% con relación a la vigencia de 2013, así mismo, el recaudo de la vigencia cerró con \$12.648.393.646 representando un incremento del 43% con relación a la vigencia de 2013.

Del total de ingresos recaudados durante la vigencia de 2014, la E.S.E comprometió el 99.96% de gastos, en el año 2013 se comprometió el 70.30%, se debe tener en cuenta que dentro de estos gastos comprometidos, la E.S.E cubre la obligación de cancelar las mesadas pensionales los cuales representa el 10% del total del gasto, igualmente, durante la vigencia de 2014, la E.S.E suscribió convenios con la Secretaría Salud por valor de \$3,879 millones de pesos, se recaudaron \$2,840 millones de pesos, de los cuales \$2,052 millones de pesos se destinaron para pago de personal y gastos logísticos para la ejecución de los mismos. Lo que muestra que la E.S.E es una entidad 100% auto sostenible<sup>14</sup>.

Para complementar otros factores que pueden afectar la organización se realizó la siguiente matriz DOFA.

Tabla 16. Matriz DOFA Institucional

|                                                                                                                                                                         |                                                                                                 |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|   | <b>E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO</b>                                                   | Código: DI -R-03 |
|                                                                                                                                                                         | <b>ESTABLECIMIENTO DEL CONTEXTO EN LOS RIESGOS</b>                                              | Versión: 01      |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                 | Página de        |
| <b>ESTABLECIMIENTO DEL CONTEXTO</b>                                                                                                                                     |                                                                                                 |                  |
| <b>ANÁLISIS INTERNO</b>                                                                                                                                                 |                                                                                                 |                  |
| <b>DEBILIDADES</b>                                                                                                                                                      | <b>FORTALEZAS</b>                                                                               |                  |
| No existe una correcta disponibilidad de datos históricos                                                                                                               | Cuenta con personal idóneo para la prestación de los servicios                                  |                  |
| Faltan canales de comunicación efectivos                                                                                                                                | Forma de contratación (por monto y tiempo)                                                      |                  |
| Falta de infraestructura para la prestación de los servicios con calidad                                                                                                | Existencia de un sistema de información                                                         |                  |
| No se tiene estructurado un plan formal de capacitación                                                                                                                 | licenciamiento de antivirus actualizado para mantener la seguridad de la red de información     |                  |
| Gestión documental parcialmente aplicada                                                                                                                                | jornadas de bienestar para el trabajador                                                        |                  |
| Falta de documentación e implementación del Sistema de Gestión                                                                                                          | Guías estandarizadas para el reporte de eventos adversos suscitados por el uso de la tecnología |                  |

<sup>14</sup> <http://www.hospitalsancamilo.gov.co/images/documentos/gestion/INFORME-DE-GESTION-2014-E.S.E-SAN-CAMILO.pdf>

|                                                                                                         |                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ( Caracterización, Procedimientos, Indicadores, Mapas de Riesgos, Manuales, Guías, Protocolos)          |                                                                                                             |
| Capacidad de autocontrol, autogestión y autorregulación institucional en todos los niveles jerárquicos. |                                                                                                             |
| Deficiencia de la operación de la página Web                                                            |                                                                                                             |
| Falta de un equipo de talento Humano de apoyo para el ejercicio de auditorías y seguimientos            |                                                                                                             |
| Falta de indicadores y herramientas de medición de los procesos                                         |                                                                                                             |
| Software desactualizado                                                                                 |                                                                                                             |
|                                                                                                         |                                                                                                             |
| <b>ANÁLISIS EXTERNO</b>                                                                                 |                                                                                                             |
| <b>AMENAZAS</b>                                                                                         | <b>OPORTUNIDADES</b>                                                                                        |
| Cambios de gobierno que afecten las asignaciones gerenciales y estratégicas de la entidad               | Tecnología médica emergente                                                                                 |
| Políticas públicas y de regulación que burocraticen los procesos                                        | Procedimientos psiquiátricos modernos como el desarrollo de nuevas tecnologías biomédicas para diagnósticos |
| Problemas de orden público que congestionen los servicios                                               | El Plan de la Estrategia Gobierno en Línea- GEL                                                             |
| Catástrofes naturales y antrópicas                                                                      | Plan de trabajo de Actualización de los productos MECI                                                      |
| Disponibilidad de internet para consulta de información de entidades públicas                           | Programa de capacitación, Inducción y reinducción institucional                                             |
| Incremento de los costos de estampillas por parte de la normatividad departamental                      | Disposición y compromiso de la Gerencia con el Sistema de Control Interno                                   |
|                                                                                                         | Proceso de acreditación institucional                                                                       |

Después de establecer la Matriz DOFA basada en la metodología de la matriz de vulnerabilidades de análisis DOFA del libro Gerencia Estratégica de Humberto Serna Gómez se evidencia el contexto que está afectando la organización con cada uno de las debilidades y amenazas que afectan y pueden llegar a perjudicar de manera negativa a la organización como lo son por ejemplo: Falta de canales de comunicación efectivos, No se tiene estructurado un plan formal de capacitación, Falta de indicadores y herramientas de medición de los procesos, Cambios de gobierno que afectan las asignaciones gerenciales y estratégicas de la entidad. Siendo éstos puntos de partida para la identificación de las situaciones que pueden originar los riesgos; también muestra las fortalezas y oportunidades, con las cuales se pueden contar y requerir al momento de mitigar los riesgos que puedan llegar a

afectar los objetivos de la institución; ejemplos: Cuenta con personal idóneo para la prestación de los servicios, y se encuentra en un Proceso de acreditación institucional.

### 7.3 VALORACIÓN DEL RIESGO

En esta etapa se identificaron, analizaron y evaluaron los riesgos de la entidad, basados en los lineamientos de la guía desarrollada para la gestión del riesgo de la organización. La valoración del riesgo proporciona un entendimiento de los riesgos, sus causas, consecuencias, probabilidades y suministra elementos de entrada para las decisiones sobre:

- Cómo maximizar las oportunidades
- Si es necesario tratar los riesgos
- La selección más adecuada de las estrategias para tratar el riesgo

El resultado de la metodología que se describe a continuación fue el hallazgo de los riesgos más representativos por lo cual requirieron mayor prioridad en cuanto a la definición de las opciones de tratamiento

- **Riesgos Estratégicos:** ineficacia en la ejecución de las metas del Plan de Desarrollo, Falta de aprobación del plan de auditoría médica, Publicación de información errónea, No disponibilidad de los recursos presupuestados y requeridos para la ejecución del Plan de Desarrollo, Mal direccionamiento y adecuación de estudios previos, Ausencia y/o deficiencia en los proyectos, No evaluar el sistema de gestión de calidad.
- **Riesgos de Cumplimiento:** Vencimiento de términos para la respuesta de tutelas y derechos de petición, Incumplimiento de los requerimientos establecidos por el sistema único de habilitación, Incumplimiento en los tiempos para dar respuesta oportuna a las peticiones, quejas y reclamos del usuario, Demoras en la ejecución de las actividades de mantenimiento

programadas, No presentar los informes establecidos y solicitados por los entes que presentan inconformidades con los servicios prestados.

- **Riesgos Financieros:** Errores en los procesos de liquidación y pago de nómina, Incurrir en gastos sin contar con la disponibilidad de recursos presupuestales, No presentación oportuna de las obligaciones tributarias, Estados Financieros no veraces, Error voluntario o involuntario en la realización de las Transacciones Financieras.
- **Riesgos Operativos:** Representación indebida por parte del apoderado en los procesos judiciales que conllevan al daño del patrimonio de la entidad, Manipulación indebida de los documentos de la historia laboral, Digitación errónea de los movimientos del almacén, No prestación de un servicio médico integral, Valoración inadecuada hacia los pacientes por parte del personal médico, No evaluar la satisfacción real del cliente, por manipulación o fraude y sesgo, Mala orientación e información brindada al usuario por desconocimiento de la norma, Incoherencias involuntarias o voluntarias en el inventario físico de los bienes muebles e inmuebles no es coherente con el inventario registrado en el módulo de activos fijos, No suministro de medicamentos requeridos, Deterioro de la salud y/o fallecimiento del paciente.
- **Riesgos Tecnológicos:** Pérdida de la información digital deliberada o accidental, Daños en los equipos de cómputo, tecnología insuficiente para la prestación de los servicios ofrecidos, Deficiencias en el sistema de información para el registro y control de los ingresos y gastos de la institución.
- **Riesgos de Corrupción:** Extravío y deterioro de forma voluntaria o involuntaria de la información, Representación indebida por parte del apoderado en los procesos judiciales que conllevan al daño del patrimonio de la entidad, Favorecimiento a proveedores y contratistas en los procesos

de selección adelantados por la entidad, Manipulación indebida de los documentos de la historia laboral, Hurto o pérdida de medicamentos, Uso indebido de la información, Error voluntario o involuntario en la realización de las transacciones financieras, Vencimiento de términos de peticiones, quejas y reclamos.

Se continúa con la valoración de éstos riesgos siguiendo la metodología de la Guía de la administración del riesgo de la E.S.E San Camilo, la cual proporciona los lineamientos para identificar, analizar, evaluar y dar tratamiento a cada uno de los riesgos encontrados en los procesos que componen la organización.

**7.3.1. Identificación del riesgo.** La siguiente ilustración refleja la metodología utilizada para la identificación de riesgos en la entidad.

Imagen 5. Proceso de identificación del riesgo



La identificación del riesgo se llevó a cabo teniendo en cuenta el contexto que se ha establecido anteriormente para cada proceso en particular apoyado en la caracterización de cada uno de ellos, teniendo como prioridad el análisis del objetivo y de las actividades que componen a cada uno de los procesos (ANEXO B)

En esta primera fase de identificación de los riesgos se aplica la primera parte del formato ES-GDI-R-04 (ANEXO G)

Para la definición de la causa raíz del problema se establece la aplicación de la metodología análisis de dispersión o 6M descrita en el instructivo MI-P-07 Metodología 6M para el análisis de causa raíz, (ANEXO D) que consiste en agrupar las posibles causas en seis ramas o fuentes principales de la siguiente manera: Mano de obra, Métodos de trabajo, Mediciones, Maquinas, Materiales y Medio ambiente.

Es recomendable que la identificación y el análisis de causas sean realizados utilizando la técnica de lluvia de ideas por un equipo de trabajo conformado entre 4 y 8 personas, heterogéneo en edad y sexo y preferiblemente que incluya 1 o 2 personas ajenas al proceso que puedan proporcionar un punto de vista externo.

El análisis de causa raíz completo debe documentarse en el registro ES-SIG-R-18, Análisis de causa raíz y su conclusión en la sección 3 del registro ES-SIG-R-17 Acciones Correctivas y Preventivas (ANEXO D Y ANEXO C)

**7.3.1.1 Identificación de riesgos de corrupción.** Para la identificación de los riesgos en el hospital se debe tener en cuenta los lineamientos del DAFP que obliga a detectar los posibles riesgos de corrupción para hacer una transparente gestión de los recursos públicos por ello se identificó de manera idéntica a como se realiza la identificación de los demás riesgos en la organización por ellos para efectos metodológicos se incluyó dentro del Mapa de Riesgos el espacio pertinente para definir inmediatamente si un riesgo contemplado en un proceso determinado es también clarificado como posible riesgo de corrupción.

**7.3.2 Análisis y Evaluación de los riesgos.** Luego de haberse identificado los posibles riesgos se llevó a cabo un análisis de los mismos teniendo en cuenta su probabilidad de ocurrencia, el nivel de consecuencia que posteriormente daría el nivel en el cual estaría contemplado el riesgo, para proceder a su respectiva evaluación.

Para este análisis se llevaron a cabo dos etapas:

- Análisis de riesgo inherente
- Análisis de riesgo residual

**7.3.2.1 Análisis de riesgo inherente.** El primer análisis del riesgo se denomina Riesgo Inherente y se define como aquél al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones por parte de la Dirección para modificar su probabilidad de ocurrencia o consecuencia (impacto).

Para éste análisis se acudió al criterio del líder del proceso y a los datos históricos con los que se contaban para establecer el grado de probabilidad de ocurrencia y la consecuencia generada por la materialización del riesgo, en dónde se encontró con mayor frecuencia que el nivel de riesgo arrojado por la operación (Probabilidad por Consecuencia) era la ubicación en la Zona Alta y Zona Extrema; las cuales son las máximas calificaciones dadas para evaluar los riesgos.

El formato de calificación de probabilidad y consecuencia se encuentra estipulado en la Guía para la Administración del riesgo de la organización

- **PROBABILIDAD:** el riesgo se debe medir a partir de las siguientes especificaciones:

Tabla 17. Probabilidad de Ocurrencia del Riesgo

| PROBABILIDAD |              |                                                                      |                                           |
|--------------|--------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| NIVEL        | DESCRIPTOR   | DESCRIPCIÓN                                                          | FRECUENCIA                                |
| 1            | Improbable   | El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales         | No se ha presentado en los últimos 5 años |
| 2            | Remoto       | El evento puede ocurrir en algún momento                             | Al menos 1 vez en los últimos 5 años      |
| 3            | Factible     | El evento podría ocurrir en algún momento                            | Al menos de 1 vez en los últimos 2 años   |
| 4            | Probable     | El evento probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias | Al menos 1 vez en el último año           |
| 5            | Muy Probable | Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias   | Más de 1 vez al año                       |

Fuente: Guía metodológica de gestión del riesgo E.S.E San Camilo.pg 13

- **CONSECUENCIA:** el riesgo se debe medir a partir de las siguientes especificaciones:

Tabla 18. Consecuencia del Riesgo

| CONSECUENCIA |                |                                                                                                 |
|--------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NIVEL        | Descripción    | DESCRIPCIÓN                                                                                     |
| 1            | Insignificante | Si el hecho llegara a presentarse, tendría consecuencias o efectos mínimos sobre la entidad     |
| 2            | Bajo           | Si el hecho llegara a presentarse, tendría bajo impacto o efecto sobre la entidad               |
| 3            | Medio          | Si el hecho llegara a presentarse, tendría medianas consecuencias o efectos sobre la entidad    |
| 4            | Grave          | Si el hecho llegara a presentarse, tendría altas consecuencias o efectos sobre la entidad       |
| 5            | Muy Grave      | Si el hecho llegara a presentarse, tendría desastrosas consecuencias o efectos sobre la entidad |

Fuente: Guía metodológica de gestión del riesgo E.S.E San Camilo.pg 14

Luego de establecer los criterios anteriores, se realizó la calificación del Nivel del riesgo (cuantitativa) y Evaluación del riesgo (cualitativa o zona de riesgo), esta calificación se logra de multiplicar la probabilidad con la consecuencia, con el fin de ubicarlos en una determinada zona de riesgo, de acuerdo a la Ilustración Matriz de Calificación y Evaluación de Riesgos.

Tabla 19. Matriz de calificación y evaluación de riesgos

| PROBABILIDAD     | CONSECUENCIA       |          |           |           |               |
|------------------|--------------------|----------|-----------|-----------|---------------|
|                  | INSIGNIFICANTE (1) | BAJO (2) | MEDIO (3) | GRAVE (4) | MUY GRAVE (5) |
| Improbable (1)   | B                  | B        | M         | A         | A             |
| Remoto (2)       | B                  | B        | M         | A         | E             |
| Factible (3)     | B                  | M        | A         | E         | E             |
| Probable (4)     | M                  | A        | A         | E         | E             |
| Muy Probable (5) | A                  | A        | E         | E         | E             |

Fuente: Guía metodológica de gestión del riesgo E.S.E San Camilo.pg 15

Para visualizar la valoración del riesgo inherente remítase al (ANEXO G).



**7.3.2.2 Análisis de los riesgos inherentes.** En esta etapa de análisis de riesgos se evaluaron los controles existentes para cada uno de los riesgos identificados dándole una calificación según los criterios (posee una herramienta para ejercer el control, existen manuales, instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta, en el tiempo que llega la herramienta ha demostrado ser efectiva, están definidos los responsables de la ejecución del control y seguimiento, la frecuencia de ejecución del control y seguimiento es adecuada) que debía cumplir cada uno de los controles para ser efectivos a la hora de mitigar la probabilidad de materialización que se había establecido en el análisis del riesgo inherente. El resultado del análisis de estos controles arrojó que la mayoría de los riesgos contaban con controles insuficientes ya que no cumplían con los criterios de evaluación, por lo tanto se veía que después de éste análisis la probabilidad de ocurrencia seguía siendo la misma.

Tabla 20. Parámetros y Criterios de Valoración de los controles

| PARAMETRO                            | CRITERIO                                                                          | PROBABILIDAD |                             | PONDERACIONES DE ACUERDO AL ESTADO DEL CRITERIO    |                                                                                                   |                                                          |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                                      |                                                                                   | Control 1    | PUNTAJE MAXIMO DEL CRITERIO | No posee nada del criterio solicitado o califique: | Se posee el criterio solicitado, pero está en construcción, actualización, entre otros califique: | Se posee completamente el criterio solicitado califique: |
| Herramientas para ejercer el control | Posee una herramienta para ejercer el control                                     |              | 16                          | 0                                                  | 8                                                                                                 | 16                                                       |
|                                      | Existen manuales, instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta. |              | 16                          | 0                                                  | 8                                                                                                 | 16                                                       |
|                                      | En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva.                 |              | 28                          | 0                                                  | 14                                                                                                | 28                                                       |

|                        |                                                                                 |  |     |   |    |    |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--|-----|---|----|----|
| Seguimiento al control | Están definidos los responsables de la ejecución del control y del seguimiento. |  | 16  | 0 | 8  | 16 |
|                        | La frecuencia de ejecución del control y seguimiento es adecuada.               |  | 24  | 0 | 12 | 24 |
| <b>TOTAL</b>           |                                                                                 |  | 100 |   |    |    |

Fuente: Guía metodológica de gestión del riesgo E.S.E San Camilo.pg 19

Tabla 21. Rangos de Calificación de los Control

| RANGOS DE CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES | DEPENDIENDO SI EL CONTROL AFECTA LA PROBABILIDAD DESPLAZA EN LA MATRIZ DE CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y RESPUESTA A LOS RIESGOS |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                         | <b>CUADRANTES A DISMINUIR EN LA PROBABILIDAD</b>                                                                             |
| Entre 0-50                              | 0                                                                                                                            |
| Entre 51-75                             | 1                                                                                                                            |
| Entre 76-100                            | 2                                                                                                                            |

Fuente: Guía metodológica de gestión del riesgo E.S.E San Camilo.pg 20

## 7.4 TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS

Luego de haber realizado la valoración de los riesgos se procedió a darle tratamiento a los mismos, de acuerdo a la directriz de la organización el tratamiento que se le da a los Riesgos es el de Reducirlo, lo cual implica tomar medidas encaminadas a disminuir la probabilidad (medidas de prevención); la consecuencia se presume igual debido a que si se materializan los riesgos ésta será la misma. En el Mapa de Riesgos se relacionan los criterios para establecer las acciones de manera que cada una busque mitigar las causas raíces identificadas para cada riesgo; por lo general en las opciones de tratamiento se establecieron una o dos acciones con el fin de que el encargado de su realización pudiera dar cumplimiento a cabalidad de la ejecución de las acciones.

La información que se suministró en los Planes de Acción para el tratamiento de los riesgos incluyó:

- Acciones o actividades propuestas para desarrollar la opción de manejo seleccionada:
- Tiempo y cronograma para cada una de las acciones o actividades propuestas.
- Responsables de aprobar el plan y los responsables de implementar las acciones propuestas en el tiempo establecido.
- Evidencias, es decir aquellos requisitos de monitoreo y reporte que soporten la eficacia de las acciones propuestas.

Las acciones planteadas para mitigar cada uno de las causas de los riesgos, son las siguientes:

- **Riesgos Estratégicos:** Socialización de la política de información, Informar sobre la importancia de la aprobación del plan de auditoría médica, Evaluar periódicamente el cumplimiento en las juntas directivas, programadas por el Gerente, Revisión y visado de los estudios previos por parte de la oficina de Jurídica, Socializar la ficha de revisión técnica y documental de los proyectos, Aplicación correcta de la Norma de presupuesto que estipula que el Plan operativo anual de inversiones, debe incorporar los proyectos a ejecutarse durante la vigencia, Adelantar la medición programada de los indicadores, Revisar periódicamente el cumplimiento de metas a través del plan de acción.
- **Riesgos de Cumplimiento:** Emisión de informe de antecedentes, cronograma para seguimiento de solicitudes jurídicas, Socializar el Sistema único de habilitación, Plantear y divulgar una política de PQR, Mantenimiento preventivo de los equipos, Formular el cronograma para presentar los informes médicos.
- **Riesgos Financieros:** Formular el cronograma para presentar los informes a los entes de control, Elaboración de un cronograma de vencimientos de las obligaciones tributarias, planificación de entrega de la liquidación de los impuestos, Revisar y confrontar el portal de pagos con el listado de

transacciones a realizar, Generar estados financieros de prueba mensuales, Reuniones para socializar las necesidades de todas las áreas para una planeación efectiva del presupuesto, Seguimiento constante a la ejecución presupuestal.

- **Riesgos Operativos:** Incluir en los contratos tiempos de entrega de insumos, Inclusión del manejo de datos históricos de consumo en el software, Socialización del procedimiento para la custodia con los integrantes del proceso y los nuevos usuarios, Establecer el procedimiento para realizar una segunda revisión al momento de hacer el ingreso de los elementos al almacén, Sugerir a las directivas del hospital la realización del proyecto de infraestructura de la unidad de urgencias, Sugerir a la subdirección científica la necesidad de contar con psiquiatría las 24 horas, Capacitación al personal médico, Elaboración del instructivo para el manejo de la encuesta de satisfacción al cliente, Sugerir el diseño del protocolo unificado de criterios para el manejo de pacientes, Aplicar mensualmente el cuestionario de satisfacción al cliente, Rendición individual y toma física de inventarios
- **Riesgos Tecnológicos:** Capacitación del personal en el conocimiento de la tecnología emergente, Realizar el requerimiento formal sobre la necesidad de infraestructura para mantener los equipos tecnológicos, Capacitación del personal en el buen manejo de la información, Mantener actualizada la licencia antivirus, Actualización del software institucional.

Los encargados de la realización de las acciones propuestas serán los líderes de los procesos en donde se identificó cada riesgo, estableciendo un cronograma de entrega del cumplimiento de las acciones el cual se propuso para la mayoría de las acciones culminar el 31 de marzo del 2016 presentando ante la oficina de Desarrollo Institucional las evidencias que soporten la ejecución de las acciones como son: Actas de reuniones, Actas de asistencia a las capacitaciones, Informes y reportes de gestión, Procedimientos documentados, Planes, Formatos y Cronogramas.

Para elaborar el plan de acción de cada uno de los riesgos se utilizó el formato ES-SIG-R-17 Acciones Correctivas y Preventivas el cual se envió al Proceso de Sistemas Integrados de Gestión para su revisión y aprobación de cada actividad propuesta (ANEXO C)

## **7.5 MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL**

Es una herramienta administrativa que proporciona información relevante sobre los riesgos y las estrategias para administrarlos.

El mapa de riesgos de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo se encuentra enmarcado dentro de los parámetros exigidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, la ISO 31000 y la Ley 1474 de 2011 para la prevención, investigación y sanción de actos de corrupción los cuales son los mismos utilizados para la elaboración de los mapas de riesgos de cada proceso. La metodología para la elaboración se encuentra contenida en la Guía Metodológica para la Gestión del Riesgo ES-GDI-G-02 Versión 1 (ANEXO A).

Para elaborar el mapa de riesgos institucional se tuvieron en cuenta los mapas de riesgos establecidos en cada uno de los procesos, haciendo un consolidado en reunión con la Oficina de Desarrollo Institucional donde se estableció que se deben incluir cada uno de los riesgos encontrados en los procesos, debido a que la mayoría de estos se encontraban en las zonas de mayor nivel de evaluación, lo que significa que en caso de ocurrir la materialización de alguno de estos riesgos se pueden tener consecuencias considerables que afectarían de manera negativa a la organización; todos los riesgos incluidos en este mapa fueron anteriormente mencionados en la etapa de valoración de los riesgos junto con sus respectivos planes o acciones de mejora.

Luego de haber elaborado el mapa de riesgos institucional se socializó a cada uno de los líderes de los procesos con el fin de darles conocimiento sobre los riesgos que afectan a la organización para que adquirieran un mayor compromiso en el

cumplimiento de las acciones de tratamiento propuestas por cada uno de ellos.(ANEXO G)

## **7.6 MONITOREO Y REVISIÓN**

Luego del establecimiento del plan de acción se realizó un acompañamiento junto con los encargados de cada proceso para el desarrollo de las actividades propuestas debido a que como política institucional el hospital establece que el monitoreo debe realizarse bajo el principio del Autocontrol donde cada líder del proceso debe gestionar las acciones de mitigación propuestas en cada uno de los riesgos.

Para hacer el proceso de monitoreo y revisión de una manera más efectiva se debe diligenciar el numeral 5 y 6 del formato de Acciones Correctivas y Preventivas ES-SIG-R-17 (ANEXO C).

## **8. AUDITORÍA DE LA GESTIÓN DEL RIESGO**

La realización de dos auditorías internas junto con la formulación e implementación de los planes de mejora en etapas determinadas del presente proyecto constituyeron parte fundamental para que el desarrollo del proceso de gestión del riesgo se diera de manera óptima. Estas auditorías se desarrollaron según los lineamientos establecidos por la norma de Gestión del Riesgo NTC ISO 31000:2011.

El plan de auditorías se ejecutó en dos etapas fundamentales para la realización del proyecto: la primera se realizó el día 6 de octubre de 2015, fecha en la cual se daba por completada la mitad del proceso de gestión del riesgo en la E.S.E Hospital San Camilo.

La segunda auditoría se llevó a cabo en la fase final del proceso, con el fin de dar cumplimiento a cada una de las inconformidades presentadas en la primera auditoría y tener conocimiento del cumplimiento del proceso gestión aplicado durante todo el proyecto.

### **8.1 PRIMERA AUDITORÍA**

Esta primera auditoría se dio inicio con una reunión de apertura por parte del auditor interno encargado del proceso de Desarrollo Institucional, en compañía de los practicantes UIS como auxiliares auditores; en la cual se citaron y evaluaron a los líderes de cada uno de los procesos.

El objetivo principal de la primera auditoría fue analizar el cumplimiento por parte de la organización en cuanto a los requisitos del Marco de Referencia establecido en la norma NTC ISO 31000:2011.

El alcance definido para ésta primera auditoría involucró a cada uno de los treinta procesos que componen la organización.

A continuación se presenta el resumen de los hallazgos detectados durante ésta auditoría con su respectivo plan de acción.

Tabla 22. Hallazgos Primera Auditoría

| HALLAZGO                                                                                                                                                                  | PLAN DE MEJORA                                                                                                                                                                              | RESPONSABLE                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| No se encuentra definido el Mapa de Procesos Institucional                                                                                                                | Gestionar ante el proceso de Sistemas Integrados de Gestión la elaboración del Mapa de Procesos para la organización                                                                        | Practicantes UIS                                          |
| Se evidencia la falta de las Caracterizaciones para cada uno de los procesos                                                                                              | Analizar cada una de las actividades y establecer los objetivos de los procesos con el fin de definir sus Caracterizaciones                                                                 | Jefe de Sistemas Integrados de Gestión y Practicantes UIS |
| Se evidenció por parte del personal encargado de cada proceso la falta de capacitación en el sistema de gestión de riesgo                                                 | Elaborar un plan para la realización de las capacitaciones con el fin de dar a conocer el proceso de gestión de acuerdo a la Guía Institucional para gestión del riesgo                     | Practicantes UIS                                          |
| Falta de claridad para diligenciamiento del formato para definir las actividades de identificación, documentación, gestión y cierre de acciones correctivas y preventivas | Crear un Procedimiento para la identificación del problema, no conformidad, no conformidad potencial o situación de riesgo, su respectivo análisis de causas, definición del plan de acción | Jefe de Sistemas Integrados de Gestión                    |
| No se evidenció el establecimiento de indicadores por parte de los procesos para la medición del tratamiento del riesgo                                                   | Analizar los factores clave de cada proceso que permiten definir los indicadores para la medición de los planes de acción de los procesos                                                   | Jefe de Sistemas Integrados de Gestión y Practicantes UIS |
| No se evidenció un formato claro para determinar la Causa Raíz en la identificación de los riesgos                                                                        | Consultar las diferentes metodologías de análisis de causa raíz para crear un formato de procedimiento idóneo para definir las Causas de manera correcta.                                   | Jefe de Sistemas Integrados de Gestión                    |

En esta auditoría se evidenció una incompleta documentación por cada uno de los procesos y la falta de entendimiento con respecto al proceso de gestión del riesgo y el diligenciamiento de los formatos utilizados para el registro de las acciones planteadas en los mapas de riesgos de cada proceso.

Luego de realizada la auditoría se elaboró un informe en el cual se registraron cada uno de los hallazgos detectados junto con su respectivo plan de mejora con el fin de atacar la causa raíz del problema.



## 8.2 SEGUNDA AUDITORÍA

Para la segunda auditoría se contó con la revisión del cumplimiento de los planes de mejora establecidos en la primera auditoría, así como el estado actual del proceso de gestión de riesgo para verificar los avances en cuanto a las acciones propuestas en el Mapa de Riesgos y la identificación de nuevas oportunidades de mejora para el sistema de gestión.

Se constató que de los hallazgos identificados en la anterior auditoría se superaron debido a que se ejecutaron a cabalidad cada una de las acciones propuestas en el plan de mejora.

Tabla 23. Hallazgos Segunda Auditoría

| HALLAZGOS                                                                                                                                  | PLAN DE MEJORA                                                                                                   | RESPONSABLE                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Se evidenció retrasos en la ejecución de los planes de mejora consignados en el Mapa de Riesgos                                            | Reprogramación y socialización de las nuevas fechas de entrega de las evidencias del cumplimiento de las mejoras | Jefe de Desarrollo Institucional y Practicantes UIS |
| No se evidenció la medición de los indicadores por parte de los responsables de los procesos debido a los retrasos de los planes de mejora | Implementar las plantillas de Excel para la medición de indicadores                                              | Jefe Sistemas Integrados de Gestión                 |

En el informe elaborado de la segunda auditoría se registraron nuevos hallazgos y su respectivo plan de mejora; también se corroboró un establecimiento de la cultura de gestión del riesgo en donde toda la organización tiene pleno conocimiento del cómo se realiza el proceso de gestión de riesgo y de la política institucional.

Las acciones propuestas en el plan de mejora de la segunda auditoría se encuentran en desarrollo al cierre de este proyecto debido a que el cumplimiento de estas se dio como plazo de revisión un periodo que finaliza el 31 de marzo del año 2016.

### 8.3 VERIFICACIÓN DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO

Luego de realizada la segunda auditoría, se revisó la lista de chequeo utilizada en el diagnóstico inicial y se volvió a calificar arrojando los siguientes resultados:

Tabla 24. Nivel de cumplimiento

| núm. | Titulo                                          | Nivel de cumplimiento |
|------|-------------------------------------------------|-----------------------|
| 1    | GENERALIDADES                                   | 2                     |
| 2    | DIRECCIÓN Y COMPROMISO                          | 2                     |
| 3    | DISEÑO DEL MARCO DE REFERENCIA PARA LA GESTIÓN  | 2                     |
| 4    | POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO          | 2                     |
| 5    | IMPLEMENTAR LA GESTIÓN DEL RIESGO               | 1                     |
| 6    | MONITOREAR Y REVISAR EL MARCO DE REFERENCIA     | 2                     |
| 7    | COMUNICACIÓN Y CONSULTA                         | 2                     |
| 8    | ESTABLECIMIENTO DEL CONTEXTO                    | 2                     |
| 9    | VALORACIÓN DEL RIESGO                           | 2                     |
| 10   | TRATAMIENTO DEL RIESGO                          | 2                     |
| 11   | MONITOREO Y REVISIÓN                            | 1                     |
| 12   | REGISTRO DEL PROCESO PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO | 2                     |
|      | TOTAL                                           | 22                    |
|      | % de cumplimiento                               | 92                    |

Comparando los resultados de la lista de chequeo inicial (8,3 %) frente a la lista de chequeo final (92%), se evidencia un mejoramiento considerable respecto al cumplimiento de los criterios del sistema de gestión del riesgo establecidos por la Guía Para la Administración del Riesgo del DAFP,

## 9. CONCLUSIONES

- ✓ Se elaboró el diagnóstico con respecto a los lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo del DAFP, lo cual permitió evidenciar que había una ausencia de los criterios los cuales fueron evaluados mediante una lista de chequeo que arrojó un porcentaje de cumplimiento solo del 8% lo que sirvió de base para establecer un plan de acción con el fin de aumentar el porcentaje de cumplimiento mediante el desarrollo de actividades como: el diseño de una guía metodológica (que contuviera la política, procesos relacionados y el paso a paso del desarrollo del proceso de gestión del riesgo), capacitaciones hacia las partes involucradas sobre el manejo de la guía metodológica y el seguimiento de la implementación de la misma.
- ✓ Al Establecer el contexto de la E.S.E Hospital psiquiátrico San Camilo se definieron los parámetros internos y externos a tomar en cuenta para la gestión del riesgo como fueron: la infraestructura con la que se cuenta debido a que no se encuentra totalmente condicionada para el servicio al cliente, regímenes normativos que rigen a la entidad de salud pública, procesos en estandarización, cambios administrativos debido a los periodos de gobierno estatal, rivales de mercado del sector privado.
- ✓ Al realizar el análisis y evaluación de los riesgos por proceso de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo se evidenció la falta de controles que mitigaran la probabilidad de materialización del riesgo por lo tanto al momento de evaluar los riesgos inherentes, el nivel en el cual se encontraba el riesgo seguía siendo el mismo, teniendo como mayor frecuencia el nivel de riesgo alto y nivel de riesgo extremo; lo cual implica que éstos son los niveles de impacto más altos de los riesgos haciendo más probable su ocurrencia.

- ✓ Con el diseño del Manual para la Administración de los Riesgos en los procesos de la organización se dio base para la creación de una cultura organizacional para la gestión del riesgo estableciendo su política y toda la metodología a seguir para la implementación y seguimiento del sistema de gestión del riesgo.
  
- ✓ Con la elaboración del Mapa de Riesgos de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo se pudieron identificar los riesgos estratégicos, operativos, financieros, de cumplimiento, tecnológicos y de corrupción que tienen mayor impacto sobre la entidad (Presentación inoportuna de obligaciones tributarias, incumplimiento de objetivos establecidos por la administración, representación indebida por parte del apoderado en los procesos judiciales, caer en detrimento patrimonial, no recibir un tratamiento integral, complicaciones o fallecimiento de un paciente), y los respectivos planes de tratamiento ( elaboración de un cronograma de vencimiento de las obligaciones tributarias, Cronograma de cumplimiento de objetivos, reuniones con el personal para la actualización normativa, sugerir a las directivas del hospital la realización del proyecto de infraestructura de la unidad de urgencias, capacitación del personal, controles en la asignación de medicamentos) , los encargados de las acciones, cronograma de realización y evidencias que comprueben la ejecución de las acciones.
  
- ✓ En el proceso de seguimiento y verificación se evidenció un atraso en el desarrollo de las acciones de mejora por lo que no se pudo realizar la implementación de los indicadores lo que impidió medir y establecer el grado de mejora que efectuó la acción sobre la mitigación del riesgo.

- ✓ Con el establecimiento de los mecanismos de comunicación (calificaciones periódicas trimestrales, reportes de seguimiento a la oficina de Desarrollo Institucional) se logró tener control en el seguimiento y evaluación de la implementación del sistema de gestión de riesgo de manera continua conllevando al cumplimiento de las acciones y las respectiva actualización del mapa de riesgos el cual se realizará de manera anual.

- ✓ Una vez puesta en marcha la metodología de gestión del riesgo y el sistema como tal se puede observar que la E.S.E Hospital San Camilo cuenta con diversos tipos de riesgos en cada uno de sus procesos, siendo los más relevantes para la organización los de tipo operativo ya que impactan de manera directa a las finanzas del hospital, vista estas repercusiones en demandas y pago de indemnizaciones a los usuarios luego de errores o falencias en la aplicación de cada uno de los procesos.

Es de resaltar la importancia que cobró este proyecto ya que contribuyó a concientizar en primera medida al personal que labora en la institución y evidenciar los riesgos en que día a día están expuestos en el desarrollo de sus actividades. Además permitió crear una cultura de la prevención con la ejecución de actividades tendientes a evitar y mejorar los procesos desarrollados.

Sumado a lo anterior al finalizar este proyecto la E.S.E Hospital San Camilo cuenta con entregables exigidos normativamente dentro del sistema de control interno, tales como un mapa de riesgos por procesos exigidos por el DAFP y mapa de riesgos anticorrupción solicitado por la Ley 1474 de 2011.

- ✓ Con la realización de las auditorías al sistema de gestión del riesgo se logró establecer el estado de avance en que se encontraba el sistema propuesto en el proyecto, además se pudo establecer cómo la organización se encuentra en un estado maduro de documentación e implementación general del sistema y en la etapa de ejecución y espera de resultados finales.

También se logró observar el cambio cultural en la organización ya que los procesos muestran conocimientos y manejo en el tema de riesgos ya que al iniciar la nueva vigencia se observó la programación sistemática de actividades de prevención en cada riesgo identificado.

## 10. RECOMENDACIONES

- ✓ Fortalecer el autocontrol institucional en los encargados de los procesos dándoles a entender por medio de capacitaciones la importancia que tiene en la implementación del sistema de gestión del riesgo.
- ✓ Desarrollar la implementación de los indicadores establecidos utilizando los formatos de Excel que se generaron para realizar una correcta medición de las acciones de mejora realizadas para la mitigación de los riesgos en cada proceso.
- ✓ Realizar capacitaciones a los líderes de procesos sobre la guía metodológica para la administración del riesgo de la institución cada vez que se vaya a actualizar el mapa de riesgo institucional.
- ✓ Cumplir con los cronogramas y entregar las evidencias establecidas para cada una de las acciones propuestas con el fin de medir la efectividad de las acciones y definir si se debe seguir implementando de manera continua.
- ✓ Con los sistemas de información se facilita la administración de los datos y la toma de decisiones gerenciales, por lo cual es necesario contar con un buen sistema de información que soporte los procesos y servicios y generen una verdadera competitividad, con la posibilidad de obtener grandes ventajas e incrementar la capacidad de organización de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo.
- ✓ Darle cumplimiento a los planes de auditoría establecidos por el proceso de Auditoría para la Prestación de los Servicios de Salud debido a que esto reflejará el verdadero estado de la institución en cuanto a la prestación del servicio.

- ✓ Optimizar la puesta en marcha del proyecto de infraestructura de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo para tener mejores adecuaciones en las instalaciones de servicios de salud y administrativos.
  
- ✓ A la gerencia actual se le sugiere recomendar o informar al nuevo representante legal la continuidad de la implementación del proceso de gestión del riesgo debido a que es base fundamental en el proceso de acreditación que está atravesando la institución.



## **BIBLIOGRAFÍA**

BUSTOS GUZMÁN, Edna María. Propuesta para la estructuración de estrategias para manejo de riesgo social desde la contratación de bienes y servicios y mano de obra del proyecto Tibú. Bucaramanga, 2014|. 50 págs.: Proyecto de Grado (Maestría en Gerencia de Negocios). Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ingenierías Fisicomecánicas.

COLOMBIA. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Guía para la Administración del Riesgo. Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites. Cuarta Edición. Bogotá: Departamento Administrativo de la Función Pública, 2011. 48p.

COLOMBIA. SECRETARÍA DE TRANSPARENCIA. Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano. Bogotá: Secretaría de Transparencia. 2011. 28p.

GÓMEZ REYES, Narly Viviana. Implementación de un modelo de análisis de riesgos para la interventoría en la construcción del Ecoparque cerro del Santísimo en el municipio de Floridablanca Santander, Centro Oriente. Bucaramanga, 2014. 106 págs. Proyecto de Grado (Ingeniería Industrial). Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ingenierías Fisicomecánicas.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Gestión del Riesgo. Principios y directrices. Bogotá: ICONTEC, 2011. 29P. (NTC-ISO 31000:2011)

\_\_\_\_\_. Gestión de Riesgos. Técnicas de valoración del riesgo. Bogotá: ICONTEC, 2013. 110P. (NTC-IEC/ISO 31010:2013).

SERNA GÓMEZ, Humberto. Gerencia Estratégica: Teoría, metodología, mapas estratégicos, índices de gestión, alineamiento, ejecución estratégica. 11<sup>a</sup>. Edición. Bogotá. Panamericana Editorial. 2014

SUÁREZ JIMÉNEZ, Nancy Yohana. Gestión del riesgo y sistema de seguridad y salud ocupacional según la NTC ISO 31000:2011 y la NTC OHSAS 18001:2007 respectivamente para Fitness People C.M.D. S.A.S. Bucaramanga, 2014. 109 págs. Proyecto de Grado (Ingeniería Industrial). Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ingenierías Fisicomecánicas.