CONTENIDO

PRESENTACIÓN …….....2
MARCO LEGAL ……....3
MARCO CONCEPTUAL …….....5
OBJETIVO GENERAL ……....6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS …….6
MODELO DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO ……...7
METODOLOGÍA ……...9
1. POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO …….....9
2. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO ……..10
2.1 Establecimiento del Contexto …….10
2.2 Identificación del riesgo ……...12
3. VALORACIÓN DEL RIESGO ……15
3.1 Análisis del Riesgo ……...15
3.1.1 Determinación de la Probabilidad ……..15
3.1.2 Determinación del Impacto …….16
3.1.3 Estimación del Nivel de Riesgo Inicial ……..17
3.2 Valoración del Riesgo ……..…18
3.2.1 Análisis y Evaluación de Controles ……...18
3.2.2 Elaboración del Mapa de Riesgos …….22
3.3 Monitoreo y Revisión …….....24
COMUNICACIÓN Y CONSULTA ……....27
CONTROL DE CAMBIOS …….....28

PRESENTACIÓN

Uno de los ejes que enmarcan la filosofía de acreditación en salud es el enfoque y gestión del riesgo, razón por la cual el Hospital estableció dentro de sus objetivos estratégicos, *"Hospital que gestiona el riesgo"* y *"Hospital seguro y confortable"*, además, incluyó dentro de su filosofía la atención segura, para lo cual presenta la actualización del Manual de Administración del Riesgo, cuyo propósito es establecer la metodología para la identificación, análisis, evaluación y valoración de los riesgos, brindando lineamientos para su aplicación, con el fin de controlar efectos negativos que puedan afectar el funcionamiento y la seguridad de nuestros usuarios, familias y colaboradores.

La administración del riesgo contribuye al mejoramiento del Hospital, en relación a la productividad, eficacia y eficiencia de los procesos, cumplimiento de la plataforma estratégica 2015-2020 y prestación de servicios de salud mental accesibles y equitativos, teniendo en cuenta el balance entre la gestión clínica y administrativa y los beneficios, riesgos y costos.

Nuestro modelo de administración del riesgo integra la totalidad de los procesos institucionales: Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación, identificados en nuestro mapa de procesos. Además, se enmarca bajo una política de gestión definida por la alta dirección con la participación de todos los colaboradores del Hospital, la cual permitirá la implementación de la metodología y fortalecimiento del Sistema de Gestión de Calidad del Hospital.

En éste manual se hace referencia a la administración de los riesgos de posible acto de corrupción y los riesgos de gestión, no describe la metodología de los relacionados con la seguridad del paciente, por cuanto tiene su propio mecanismo de manejo el cual se describe en el documento "PROGRAMA PACIENTE SEGURO PRG-GC-001", asimismo, no se describe la metodología de los riesgos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), por cuanto tiene su propio mecanismo que se detalla en el documento "SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PRO-TH 003" el cual es aplicado por el Proceso de Gestión del Talento Humano.

MARCO LEGAL

Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones, establece en su artículo 2 literal a). Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan, literal f). Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos.

Posteriormente, el Estado colombiano, mediante el Decreto 1537 de 2001, reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado, entre ellos “Administración del Riesgo”.

Así mismo, a través del Decreto 943 de 2014 se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), en el que la “Administración del Riesgo” se establece como uno de los componentes del Módulo de Planeación y Gestión y se define en el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno, el cual hace parte integral del decreto, el cual es de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades del Estado.

Por otro lado, el Decreto 1011 de 2006 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que para efectos de su aplicación determina en su artículo 2, definiciones, entre las cuales se encuentra “CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA” como “los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud” y en su artículo 3, establece las características del sistema, entre las que se encuentran accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

El mismo decreto en su Artículo 6°, establece y define el Sistema Único de Habilitación como “conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB”.

En el Decreto 903 de 2014, en su artículo 1º establece como objeto “dictar disposiciones y realizar ajustes al Sistema Único de Acreditación en Salud, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, así como definir

reglas para su operación en los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales."

La Resolución 2082 de 2014, en su artículo 2º establece los ejes trazadores en el Sistema Único de Acreditación en Salud, entre los cuales se encuentra "Gestión del riesgo, cuya meta es encontrar el balance entre beneficios, riesgos y costos"

La Ley 1474 de 2011, en su artículo 73, establece "Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano. Dicha estrategia contemplará, entre otras cosas, el mapa de riesgos de corrupción en la respectiva entidad, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias antitrámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano".

La Resolución 1841 de 2013 formuló el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el cual presenta diferentes perspectivas y enfoques que abordan a las personas como sujetos de derechos a lo largo del curso de vida, dentro de éstos el enfoque de gestión del riesgo.

El Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, en su artículo 61, establece que el Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS definirá el **Modelo Integral de Atención en Salud** el cual se aplicará a la población residente en el territorio colombiano, a los integrantes del SGSSS y a las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones. El Modelo tendrá, entre otros, rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por ciclo y curso de vida, rutas de atención específicas por grupos de eventos, el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PIC, funciones del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, la implementación de la gestión de riesgo en salud y el establecimiento de los esquemas de incentivos y conjuntos de información requeridos para su seguimiento y evaluación.

Asimismo, el Departamento Administrativo de la Función Pública emitió el Decreto 1499 de 2017 mediante el cual establece el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, versión 2, el cual resulta de la integración del Sistema de Gestión y el Sistema de Control Interno, el primero creado en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, que integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad, y el segundo establecido mediante la Ley 87 de 1993. Dicho modelo está compuesto por 7 dimensiones y 16 políticas, las cuales deben ser implementadas por las entidades del orden nacional y territorial, para lo cual se deben establecer lineamientos precisos para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos que afectan el logro de los objetivos institucionales.

MARCO CONCEPTUAL

El Hospital Especializado Granja Integral ESE, ha definido su política de gestión del riesgo y seguridad del paciente, es por ello que, en aras de cumplirle a la ciudadanía con su compromiso con la seguridad ajustó el modelo de gestión del riesgo, el cual es aplicable a todos los procesos institucionales. Su construcción, toma las bases conceptuales y metodológicas de la guía de administración del riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública, la Norma Técnica Colombiana NTC- ISO31000 de 2011 y el Manual para la Administración de Riesgos de la Contraloría General de la República.

La NTC-ISO31000, interpreta que la eficiencia del control está en el manejo de los riesgos, es decir: el propósito principal del control es la reducción de los mismos, propendiendo porque el proceso y sus controles garanticen de manera razonable que los riesgos están minimizados o se están reduciendo, por lo tanto, que los objetivos de la entidad van a ser alcanzados.

Así mismo, el Departamento Administrativo de la Función Pública establece que la administración del riesgo es *"Un proceso efectuado por la Alta Dirección de la entidad y por todo el personal para proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos. El enfoque de riesgos no se determina solamente con el uso de la metodología, sino logrando que la evaluación de los riesgos se convierta en una parte natural del proceso de planeación"*

Para efectos de este manual se adopta la siguiente definición de riesgo, **"**Es la posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre los objetivos institucionales o del proceso. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias".

OBJETIVO GENERAL

Establecer la metodología para la identificación, análisis y valoración de los riesgos, además los lineamientos para su aplicación, con el fin de controlar efectos negativos que puedan afectar el funcionamiento y la seguridad de nuestros usuarios, familias y colaboradores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer el Modelo de Administración del Riesgo para que sea aplicado por todos los procesos del Hospital, excepto los relacionados con el SGSST cuya metodología es propia para dicho sistema.
- Establecer el compromiso de la alta dirección, frente fomento de la cultura de la identificación y prevención del riesgo y la definición de políticas para la gestión de los riesgos identificados y valorados.
- Definir la metodología de Administración del Riesgo para su adecuado manejo por parte del Hospital.
- Impartir directrices para la elaboración y monitorización de los mapas de riesgos con el fin de gestionarlo.
- Involucrar a los procesos del Hospital en la implementación de la metodología y la aplicación de controles.

MODELO DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

El Hospital Especializado Granja Integral ESE, cuenta con una Política de Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente adoptada mediante Resolución 015 de 2015, la cual cita "El Hospital Especializado Granja Integral, se compromete a institucionalizar y concientizar en la implementación de prácticas seguras con el fin de controlar los riesgos y mitigar las consecuencias en el paciente, familia y colaboradores", partiendo de ello y enmarcando la administración del riesgo tanto a la identificación y valoración como a la comunicación y consulta, se establece el modelo para administrar los riesgos en el Hospital.

Dicho modelo abarca todos los procesos institucionales y el ciclo de atención basada en la filosofía de servicio, determinando las distintas etapas del proceso de administración del riesgo y los tipos de riesgos que se pueden identificar.

Etapas

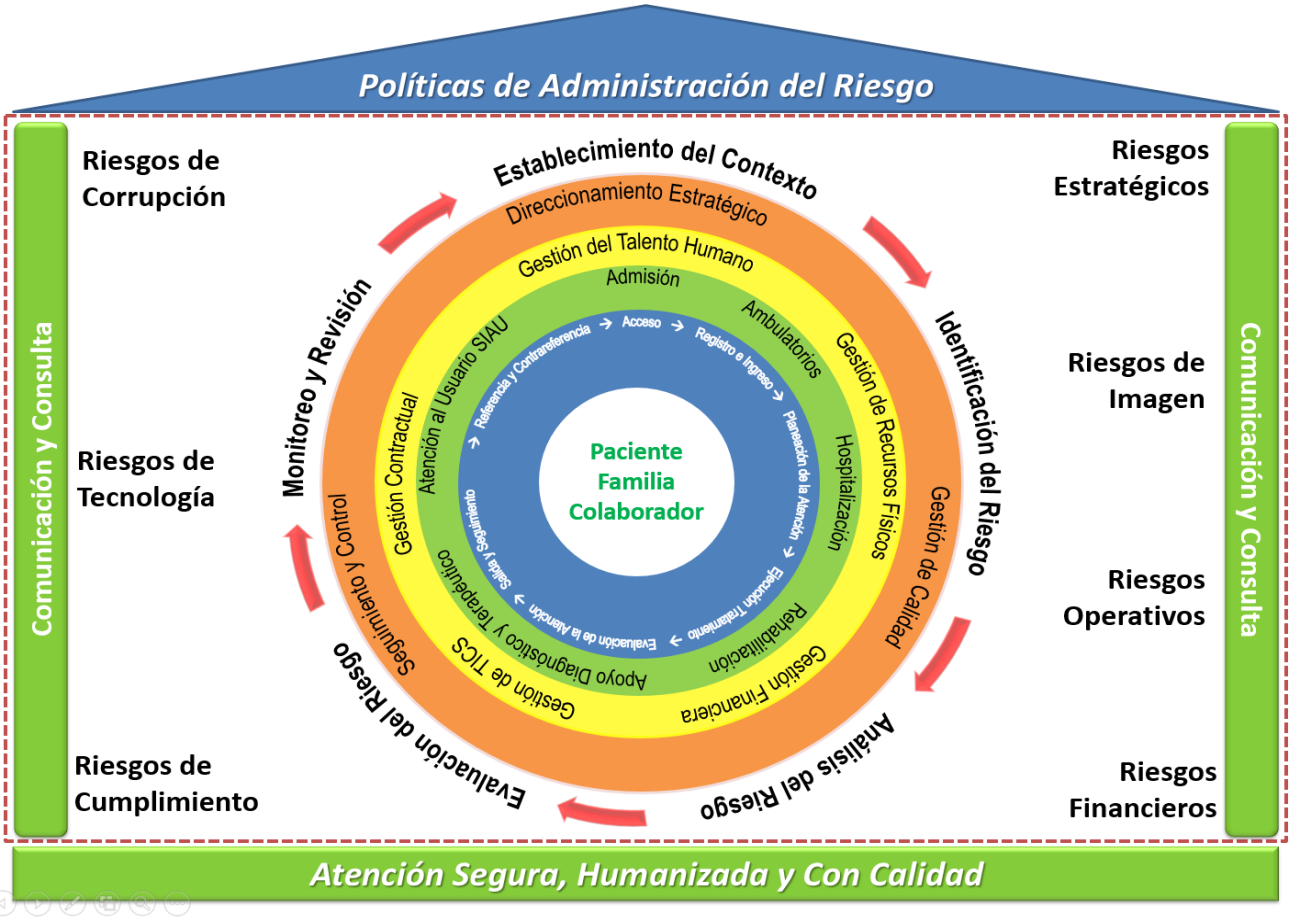
- Identificación del Riesgo:
  - ✓ Establecimiento del Contexto
  - ✓ Identificación del Riesgo

- Valoración del Riesgo:
  - ✓ Análisis del Riesgo
  - ✓ Evaluación del Riesgo
  - ✓ Monitoreo y Revisión

Clases de Riesgos

- *Riesgos Estratégicos*
- *Riesgos de Imagen*
- *Riesgos Operativos*
- *Riesgos Financieros*
- *Riesgos de Cumplimiento*
- *Riesgos de Tecnología*
- *Riesgo de Corrupción*

Gráfica 1. Modelo de Administración del Riesgo HEGI E.S.E



"Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad"

METODOLOGÍA

4. POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

La política de Administración del Riesgo que enmarca el modelo institucional, fue construida participativamente por parte del Representante Legal, Comité de Coordinación de Control Interno y colaboradores del Hospital; y enuncia lo siguiente:

"El Hospital Especializado Granja Integral, se compromete a institucionalizar y concientizar en la implementación de prácticas seguras con el fin de controlar los riesgos y mitigar las consecuencias en el paciente, familia y colaboradores"

Ésta política está alineada con los objetivos estratégicos "**Hospital que gestiona el riesgo**" y "**Hospital seguro y confortable**", es aplicable a todos los procesos del Hospital.

En cuanto a las políticas para la administración de los riesgos, se establecen en el presente manual, donde se fijan lineamientos para el desarrollo de cada una de las etapas: identificación, análisis, valoración, tratamiento, monitoreo y revisión, el cual se convierte en una guía para todos los funcionarios del Hospital.

En relación a la periodicidad del seguimiento, se establece según el tipo de riesgo y la zona de los riesgos residual:

* Para los riesgos asociados a posibles actos de corrupción, se debe dar cumplimiento a las fechas establecidas por la guía de la Secretaría de Transparencia, denominada "Estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano"
Primer seguimiento: Los diez (10) primeros días hábiles del mes de mayo, con corte al 30 de abril.
Segundo seguimiento: Los diez (10) primeros días hábiles del mes de septiembre, con corte al 31 de agosto.
Tercer seguimiento: Los diez (10) primeros días hábiles del mes de enero, con corte al 31 de diciembre.

* Para los riesgos de gestión la periodicidad del seguimiento por parte de los líderes de proceso depende de la zona de riesgo residual:
Zona Riesgo Baja: cada seis meses
Zona Riesgo Moderada: cada seis meses
Zona Riesgo Alta: cada tres meses
Zona Riesgo Extrema: cada dos meses

5. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

En esta etapa se establece las fuentes y factores de riesgos, los eventos o riesgos, sus causas y sus consecuencias. Para El análisis se pueden involucrar datos históricos, análisis teóricos, opiniones informadas y expertas y las necesidades de las partes involucradas (NTC ISO31000, Numeral 2.15).

Se desarrolla a través de os (2) elementos:
1) Establecimiento del Contexto
2) Identificación del Riesgo

5.1 Establecimiento del Contexto

Consiste en la definición de los parámetros internos y externos que se han de tomar en consideración cuando se gestiona el riesgo, y establecimiento del alcance y los criterios del riesgo para la política de la gestión del riesgo (NTC ISO31000, Numeral 2.9).

Por lo anterior, se puede establecer que el Contexto Estratégico es la base para la identificación de los riesgos en los procesos y actividades, que se refiere al análisis del entorno externo e interno, en el cual se identifican situaciones que pueden significar riesgos o amenazas para el logro de la misión institucional, el cumplimiento de los objetivos estratégicos y la operatividad de los procesos.

<u>Contexto Externo</u>
Se determinan las características o aspectos esenciales del entorno en el cual opera la entidad. Se pueden considerar factores como:
- Políticos
- Sociales y Culturales
- Legales y Reglamentarios
- Tecnológicos
- Financieros
- Económicos

<u>Contexto del Proceso</u>
Se determinan las características o aspectos esenciales del proceso y sus interrelaciones. Se pueden considerar factores como:
- Objetivos del proceso
- Alcance del Proceso
- Interrelación con otros Procesos
- Procedimientos Asociados
- Responsables del Proceso

Contexto Interno

Se determinan las características o aspectos esenciales del ambiente en el cual la entidad busca alcanzar sus objetivos. Se pueden considerar factores como:

- Estructura Organizacional
- Funciones y Responsabilidades
- Políticas, Objetivos y Estrategias Implementadas
- Recursos y Conocimientos con que se cuenta (personas, procesos, sistemas, tecnología)
- Relaciones con las partes involucradas
- Cultura Organizacional

Se puede hacer uso herramientas y técnicas como por ejemplo: reuniones con directivos y con personas de todos los niveles en la entidad, evaluaciones individuales usando cuestionarios, lluvias de ideas con los colaboradores del Hospital, entrevistas e indagaciones con personas ajenas a la entidad, uso diagramas de flujo, análisis de escenarios y revisiones periódicas de factores económicos y tecnológicos que puedan afectar la organización, entre otros. Igualmente pueden utilizarse diferentes fuentes de información del Hospital Especializado, tales como registros históricos, experiencias significativas registradas, opiniones de especialistas y expertos, informes de años anteriores, los cuales pueden proporcionar información importante.

Tabla 1. Factores para cada categoría del Contexto

Contexto externo	**ECONÓMICOS:** Disponibilidad de capital, liquidez, mercados financieros, desempleo, competencia.
	POLÍTICOS: Cambios de gobierno, legislación, políticas públicas, regulación.
	SOCIALES: Demografía, responsabilidad social, orden público.
	TECNOLÓGICOS: Avances en tecnología, acceso a sistemas de información externos, gobierno en línea.
	MEDIOAMBIENTALES: Emisiones y residuos, energía, catástrofes naturales, desarrollo sostenible.
	COMUNICACIÓN EXTERNA: Mecanismos utilizados para entrar en contacto con los usuarios o ciudadanos, canales establecidos para que el mismo se comunique con la entidad.
Contexto interno	**FINANCIEROS:** Presupuesto de funcionamiento, recursos de inversión, infraestructura, capacidad instalada.
	PERSONAL: Competencia del personal, disponibilidad del personal, seguridad y salud ocupacional.
	PROCESOS: Capacidad, diseño, ejecución, proveedores, entradas, salidas, gestión del conocimiento.
	TECNOLOGÍA: Integridad de datos, disponibilidad de datos y sistemas, desarrollo, producción, mantenimiento de sistemas de información.
	ESTRATÉGICOS: Direccionamiento estratégico, planeación institucional, liderazgo, trabajo en equipo.
	COMUNICACIÓN INTERNA: Canales utilizados y su efectividad, flujo de la información necesaria para el desarrollo de las operaciones.
Contexto del proceso	**DISEÑO DEL PROCESO:** Claridad en la descripción del alcance y objetivo del proceso.
	INTERACCIONES CON OTROS PROCESOS: Relación precisa con otros procesos en cuanto a insumos, proveedores, productos, usuarios o clientes.
	TRANSVERSALIDAD: Procesos que determinan lineamientos necesarios para el desarrollo de todos los procesos de la entidad.
	PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS: Pertinencia en los procedimientos que desarrollan los procesos.
	RESPONSABLES DEL PROCESO: Grado de autoridad y responsabilidad de los funcionarios frente al proceso.
	COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROCESOS: Efectividad en los flujos de información determinados en la interacción de los procesos.

Fuente: Guía para la administración del riesgo, Versión 3, Departamento Administrativo de la Función Pública, Diciembre de 2014

5.2 Identificación del riesgo

Este elemento se realiza determinando las causas, con base en el contexto interno, externo y del proceso ya analizado para la entidad, y que pueden afectar el logro de los objetivos.

A partir de la determinación de las causas, se procede a identificar el riesgo, el cual estará asociados a aquellos eventos o situaciones que pueden entorpecer el normal desarrollo de los objetivos del proceso, es necesario referirse a sus características, las formas en que se observa o manifiesta y las consecuencias de su materialización (efecto); para ello se debe tener en cuenta las siguientes preguntas claves para la identificación del riesgo y su descripción en el respectivo formato:
¿Qué puede suceder?
¿Cómo puede suceder?
¿Cuándo puede suceder?
¿Qué consecuencias tendría su materialización?

Las herramientas para analizar las causas de los riesgos de seguridad del paciente y del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, son diferentes a la metodología establecida para analizar las causas de los riesgos de posibles actos de corrupción y riesgos de Gestión. A continuación se relacionan los mecanismos.

Riesgos Seguridad del Paciente
Como mecanismo de análisis de causas de los riesgos del programa de seguridad del paciente, se adopta el **PROTOCOLO DE LONDRES**, el cual es denominado como la versión mejorada del Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos, cuyo objetivo es analizar de forma exhaustiva y reflexiva los incidentes para tener una visión más amplia del contexto, sin centrase únicamente en una falla o en una culpa. La operación de ésta metodología se especifica en el PROGRAMA PACIENTE SEGURO PRG-GC-001.

Riesgos Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST)
Para realizar el análisis y la evaluación del riesgo dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) se utiliza los lineamientos de la Guía Técnica Colombiana GTC 45 “GUÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PELIGROS Y LA VALORACIÓN DE LOS RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL”, su operación se especifica en el PROGRAMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PRG-TH-003.

Riesgos de Posibles Actos de Corrupción y Riesgos de Gestión
Para los riesgos de posibles actos de corrupción y riesgos de gestión, el Hospital adoptó el formato FOR-GC-021, como instrumento para analizar las causas y determinar las más relevantes, a las cuales se le dará tratamiento a través de controles o barreras de

seguridad; la técnica a utilizar en el diligenciamiento de éste formato, es la combinación de la metodología 5M y lluvia de ideas, donde debe participar mínimo 1 máximo 4 funcionarios de las áreas involucradas en el riesgo identificado, se deberá realizar lluvia de ideas, donde cada uno indicará las causas que consideran están generando el riesgo, según cada pilar (Máquinas, Método, Mano de Obra, Medio Ambiente, Materia Prima), una vez se cuente con la relación de las causas obtenidas de la lluvia de ideas clasificadas por pilares, cada participante deberá calificarlas en una escala de 1 a 4 según su relevancia en la ocurrencia del problema, posteriormente se sumara la calificación de cada causa y se priorizarán aquellas que obtengan las mayores calificaciones e indique los mayores porcentajes de priorización.

Ejemplo metodología (etapa Identificación de Riesgo):

Diligenciamiento FOR-GC-021

Descripción de la No Conformidad, Situación a Mejorar o Riesgo
Registros incompletos o inoportunos en la historia clínica del paciente
Califique las posibles causas según su relevancia en la ocurrencia del problema: 1 (Poco relevante); 2 (Medianamente relevante); 3 (Relevante); 4 (Muy relevante)

Análisis de Causas							
LLUVIA DE IDEAS		CALIFICACION				PRIORIZACION	
Pilares	Posibles Causas	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4	Total	%
Máquinas	Fallas o falta de equipo de computo	3	3			6	11%
	Fallas en el internet	2	2				
	Fallas o falta de desarrollo del SIHOS	4	3			7	13%
Método	Falta de documentación del procedimiento o lineamientos sobre el registro en historia clinica	2	2			4	7%
	Inadecuada distribución de carga laboral (sobrecarga)	2	2				
	Falta de aplicación de controles o verificación de registros	3	3			6	11%
	Ordenes verbales (no documentadas)	4	3			7	13%
Mano de Obra	No registro inmediato de notas y evoluciones en la historia clínica	4	4			8	15%
	Debilidades en la distribución del tiempo laboral	2	2			4	7%
	No acatar las oportunidades de mejora identificadas	3	4			7	13%
Medio Ambiente	Instalaciones insuficientes	3	2			5	9%
Materia Prima							
* Nota: incluir las columnas que se requieran, de acuerdo a la cantidad de participantes (mínimo 2)				TOTAL		54	

El resultado de la identificación del riesgo y análisis de causas, se debe registrar en el formato FOR-GC-023 sección "Identificación de Riesgos", relacionando el proceso que identificó el riesgo, el tipo, enunciado, descripción, causas y efectos del riesgo, para lo cual es necesario tener claro los siguientes conceptos:

Proceso: Nombre del proceso de acuerdo al mapa de procesos.

Riesgo*:* Representa la posibilidad de ocurrencia de un evento que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones del Hospital Especializado y afectar el logro de sus objetivos.

Descripción: se refiere a las características generales o las formas en que se observa o manifiesta el riesgo identificado. Qué, Cómo y Cuándo
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. Éstas corresponden al resultado de la aplicación del formato FOR-GC-021.

Efectos *(consecuencias)*: constituyen las consecuencias de la ocurrencia del riesgo sobre los objetivos del Hospital; 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.

Tipos de Riesgo: corresponde a la clase de riesgo según el modelo de administración de riesgos adoptado por el Hospital (*Estratégico, de Imagen, Operativos, Financieros, de Cumplimiento, de Tecnología y de Corrupción*), el cual facilitará el análisis del impacto. Se debe clasificar teniendo en cuenta los siguientes conceptos:

- ***Riesgo Estratégico:*** Se asocia con la forma en que se administra la Entidad, su manejo se enfoca a asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la clara definición de políticas, diseño y conceptualización de la entidad por parte de la alta gerencia.

- ***Riesgos de Imagen:*** Están relacionados con la percepción y la confianza por parte de la ciudadanía hacia la institución.

- ***Riesgos Operativos:*** Comprenden riesgos provenientes del funcionamiento y operatividad de los sistemas de información institucional, de la definición de los procesos, de la estructura de la entidad, de la articulación entre dependencias.

- ***Riesgos Financieros:*** Se relacionan con el manejo de los recursos de la entidad que incluyen: la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y el manejo sobre los bienes.

- ***Riesgos de Cumplimiento:*** Se asocian con la capacidad de la entidad para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la comunidad.

- ***Riesgos de Tecnología:*** Están relacionados con la capacidad tecnológica de la Entidad para satisfacer sus necesidades actuales y futuras y el cumplimiento de la misión.

- ***Riesgos de Corrupción:*** Relacionados con acciones, omisiones, uso indebido del poder, de los recursos o de la información para la obtención de un beneficio particular o de un tercero.

Diligenciamiento FOR-GC-023

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO					
PROCESO DONDE SE IDENTIFICÓ EL RIESGO	RIESGO			CAUSAS	EFECTOS (Qué Consecuencias tendría su materialización)
	TIPO DE RIESGO	ENUNCIADO (Qué puede suceder)	DESCRIPCIÓN (Cómo y Cuándo puede suceder)		
HOSPITALIZACIÓN	RIESGO OPERATIVO	Registros incompletos o inoportunos en la historia clínica del paciente	No reportar o reportar inoportunamente en la historia clinica digital, las evoluciones y notas de los procedimientos realizados a los pacientes, durante el proceso de hospitalización.	No registro inmediato de notas y evoluciones en la historia clínica. No acatar las oportunidades de mejora identificadas. Fallas o falta de desarrollo del SIHOS. Ordenes verbales (no documentadas).	Glosa y devoluciones. Pérdidas de ingresos. Retraso en el tratamiento. Efectos secundarios en la salud del paciente.

6. VALORACIÓN DEL RIESGO

Esta etapa consiste en establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el nivel de consecuencias o impacto, con el fin de estimar la zona de riesgo inicial (RIESGO INHERENTE).

6.1 Análisis del Riesgo

El análisis del riesgo busca establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, con el fin de estimar la zona de riesgo inicial (RIESGO INHERENTE).

3.1.1 Determinación de la Probabilidad

La **Probabilidad** hace referencia a la posibilidad de ocurrencia del riesgo; esta puede ser medida con criterios de *Factibilidad* teniendo en cuenta la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, aunque éste no se haya materializado o de *Frecuencia*, si se ha materializado (por ejemplo: No. de veces en un tiempo determinado).

Bajo el criterio de Probabilidad, el riesgo se debe medir a partir de las siguientes especificaciones definidas dentro de la política institucional de riesgos.

Tabla 2. Niveles de Probabilidad

Nivel	Descriptor	Factibilidad	Frecuencia
5	**Casi seguro**	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las Circunstancias	Más de 1 vez al año.
4	**Probable**	Es viable que el evento ocurra en la mayoría de las Circunstancias	Al menos 1 vez en el último año.
3	**Posible**	El evento podrá ocurrir en algún momento	Al menos 1 vez en los últimos 2 años.
2	**Improbable**	El evento puede ocurrir en algún momento	Al menos 1 vez en los últimos 5 años.
1	**Rara Vez**	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales (poco comunes o anormales).	No se ha presentado en los últimos 5 años.

Fuente: Guía para la administración del riesgo, Versión 3, Departamento Administrativo de la Función Pública, Diciembre de 2014

Nota: El análisis de frecuencia deberá ajustarse dependiendo del proceso y de la disponibilidad de datos históricos sobre al evento o riesgo identificado.
En caso de no contar con datos históricos, bajo el concepto de factibilidad se trabajará de acuerdo con la experiencia de los funcionarios que desarrollan el proceso y de sus factores internos y externos.

3.1.2 Determinación del Impacto

El **Impacto** hace referencia a las consecuencias que puede ocasionar la materialización del riesgo; Se tienen en cuenta las consecuencias potenciales establecidas en el paso o numeral 2 “Identificación del riesgo”.

Bajo el criterio de Impacto, el riesgo se debe medir a partir de las siguientes especificaciones, contenidas en la tabla de impactos o consecuencias definidas dentro de la política institucional de riesgos.

Tabla 3. Niveles de Impacto

Nivel	Descriptor	Descripción
5	**Catastrófico**	Si el hecho llegara a presentarse, tendría desastrosas consecuencias o efectos sobre la entidad.
4	**Mayor**	Si el hecho llegara a presentarse, tendría altas consecuencias o efectos sobre la entidad
3	**Moderado**	Si el hecho llegara a presentarse, tendría medianas consecuencias o efectos sobre la entidad.
2	**Menor**	Si el hecho llegara a presentarse, tendría bajo impacto o efecto sobre la entidad.
1	**Insignificante**	Si el hecho llegara a presentarse, tendría consecuencias o efectos mínimos sobre la entidad.

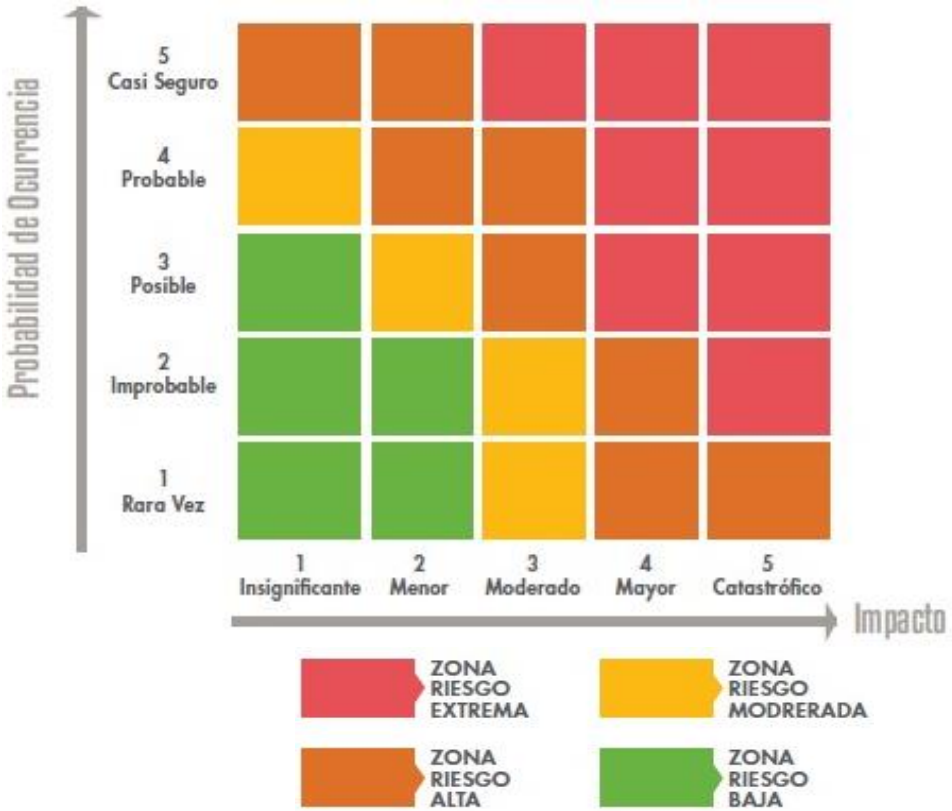
Fuente: Guía para la administración del riesgo, Versión 3, Departamento Administrativo de la Función Pública, Diciembre de 2014

3.1.3 Estimación del Nivel de Riesgo Inicial

Para estimar el nivel de riesgo inicial los valores determinados para la probabilidad y el impacto o consecuencias se cruzan en la siguiente matriz de riesgo, con el fin de determinar la zona de riesgo en la cual se ubica el riesgo identificado. Este 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 o impacto.

Para su determinación se utiliza la siguiente matriz de calificación del riesgo

Gráfica 2. Matiz de Riesgo



Fuente: Guía para la administración del riesgo, Versión 3, Departamento Administrativo de la Función Pública, Diciembre de 2014

Ejemplo metodología (etapa Análisis del Riesgo):

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO						ANÁLISIS DEL RIESGO		
	RIESGO					RIESGO INHERENTE		
PROCESO DONDE SE IDENTIFICÓ EL RIESGO	TIPO DE RIESGO	ENUNCIADO (Qué puede suceder)	DESCRIPCIÓN (Cómo y Cuándo puede suceder)	CAUSAS	EFECTOS (Qué Consecuencias tendría su materialización)	Probabilidad	Impacto	Nivel Riesgo
HOSPITALIZACIÓN	RIESGO OPERATIVO	Registros incompletos o inoportunos en la historia clínica del paciente	No reportar o reportar inoportunamente en la historia clinica digital, las evoluciones y notas de los procedimientos realizados a los pacientes, durante el proceso de hospitalización.	No registro inmediato de notas y evoluciones en la historia clínica. No acatar las oportunidades de mejora identificadas. Fallas o falta de desarrollo del SIHOS. Ordenes verbales (no documentadas).	Glosa y devoluciones. Pérdidas de ingresos. Retraso en el tratamiento. Efectos secundarios en la salud del paciente.	5	4	Zona Riesgo Extrema

6.2 Valoración del Riesgo

En la valoración del riesgo se busca confrontar los resultados del análisis del riesgo inicial frente a los controles establecidos, con el fin de determinar la zona de riesgo final (RIESGO RESIDUAL).

Para adelantar esta etapa se hace necesario tener claridad sobre los controles existentes en los diferentes procesos. Acciones fundamentales para valor el riesgo:

- Identificar los controles existentes
- Quien lleva a cabo el control (Responsable)
- Qué busca hacer el control (Objetivo)
- Cómo se lleva a cabo el control (Procedimiento)
- Evidencia de la ejecución del control
- Tipo de Control (Manual o Automático)
- Cuándo se realiza el control (Periodicidad)

3.2.1 Análisis y Evaluación de Controles

La valoración del riesgo requiere de una evaluación de los controles existentes, lo cual implica:

a) Determinar su naturaleza

Definir si se trata de un control preventivo, detectivo o correctivo, para este análisis se debe tener en cuenta los siguientes conceptos:

CONTROLES PREVENTIVOS: Evitan que un evento suceda, es decir, son aquellos que actúan para eliminar las causas del riesgo previniendo su ocurrencia o materialización. Dentro de esta categoría pueden existir controles de tipo detectivo, los cuales identifican los eventos en el momento en que se presentan.

CONTROLES CORRECTIVOS: Éstos no prevén que un evento suceda, pero permiten enfrentar la situación una vez se ha presentado, es decir, son aquellos que permiten el restablecimiento de la actividad después de ser detectado un evento no deseable; también permiten la modificación de las acciones que propiciaron su ocurrencia.

b) Determinar si los controles están documentados

Después de establecer si son preventivos, detectivos o correctivos, se responde el interrogante ¿Los controles están documentados?, se registra SI, si están formalizados y controlados por el SGC o NO, si son informales y no están controlados por SGC. De esta forma es posible conocer cómo se lleva a cabo el control, quién es el responsable de su

ejecución y cuál es la periodicidad para su ejecución, lo cual determinará las evidencias que van a respaldar la ejecución del mismo.

c) Establecer si el control que se implementa es automático o manual

CONTROLES AUTOMÁTICOS: Utilizan herramientas tecnológicas como sistemas de información o software que permiten incluir contraseñas de acceso, o con controles de seguimiento a aprobaciones o ejecuciones que se realizan a través de éste, generación de reportes o indicadores, sistemas de seguridad con scanner, sistemas de grabación, entre otros. Este tipo de controles suelen ser más efectivos en algunos ámbitos, dada su complejidad.

CONTROLES MANUALES: Políticas de operación aplicables, autorizaciones a través de firmas o confirmaciones vía correo electrónico, archivos físicos, consecutivos, listas de chequeo, controles de seguridad con personal especializado, entre otros.

d) Determinar si los controles se están aplicando en la actualidad

Se debe identificar si los controles están siendo aplicados y si son efectivos para minimizar el riesgo.

Para realizar dicho análisis, a continuación se muestra una tabla ilustrativa, con el fin de orientar el análisis objetivo de los controles y de este modo poder determinar el desplazamiento dentro de la Matriz de Evaluación de Riesgos, las calificaciones planteadas para cada aspecto deben ser usadas tal como están expresadas, aplicar el valor asignado a cada aspecto si responde SI; cero (0) si responde NO. Es importante que no se asignen valores intermedios para evitar subjetividad en el análisis.

Tabla 4. Análisis y Evaluación de los Controles

Descripción del control	Criterios para la evaluación	Evaluación		Observaciones
		Sí	No	
Describa el control determinado para el riesgo identificado	¿El control previene la materialización del riesgo (afecta probabilidad) ¿El control permite enfrentar la situación en caso de materialización (afecta impacto)?	N/A	N/A	Este criterio no puntúa, es relevante determinar si el control es preventivo (probabilidad) o si es correctivo que permite enfrentar el evento una vez materializado (impacto), con el fin de establecer el desplazamiento en la matriz de evaluación de riesgos.
	¿Existen manuales, instructivos o procedimientos para el manejo del control?	15	0	
	¿Está(n) definido(s) el(los) responsable(s) de la ejecución del control y del seguimiento?	5	0	
	¿El control es automático? (Sistemas o Software que permiten incluir contraseñas de acceso, o con controles de seguimiento a aprobaciones o ejecuciones que se realizan a través de éste, generación de reportes o indicadores, sistemas de seguridad con scanner, sistemas de grabación, entre otros).	15	0	
	¿El control es manual? (Políticas de operación aplicables, autorizaciones a través de firmas o confirmaciones vía correo electrónico, archivos físicos, consecutivos, listas de chequeo, controles de seguridad con personal especializado, entre otros)	10	0	
Describa el control determinado para el riesgo identificado	¿La frecuencia de ejecución del control y seguimiento es adecuada?	15	0	
	¿Se cuenta con evidencias de la ejecución y seguimiento del control?	10	0	
	¿En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva?	30	0	
	TOTAL	100	0	

Rangos de calificación de los controles	Dependiendo si el control afecta probabilidad o impacto desplaza en la matriz de evaluación del riesgo así: EN PROBABILIDAD AVANZA HACIA ABAJO EN IMPACTO AVANZA HACIA LA IZQUIERDA
	Cuadrantes a disminuir
Entre 0-50	0
Entre 51-75	1
Entre 76-100	2

Fuente: Guía para la administración del riesgo, Versión 3, Departamento Administrativo de la Función Pública, Diciembre de 2014

El resultado de esta etapa se debe registrar en el formato FOR-GC-023 en la sección "VALORACIÓN DEL RIESGO"

Ejemplo metodología (etapa Valoración del Riesgo):

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				VALORACIÓN DEL RIESGO												
PROCESO DONDE SE IDENTIFICÓ EL RIESGO	RIESGO			CONTROLES EXISTENTES										RIESGO RESIDUAL		
	TIPO DE RIESGO	ENUNCIADO (Qué puede suceder)	DESCRIPCIÓN (Cómo y Cuándo puede suceder)	DESCRIPCIÓN	Naturaleza?	Documentado? (S/N)	Responsables? (S/N)	Automático? (S/N)	Manual? (S/N)	Frecuencia? (S/N)	Aplicado? (S/N)	Efectivo? (S/N)	Total	Probabilidad	Impacto	Nivel Riesgo
HOSPITALIZACIÓN	RIESGO OPERATIVO	Registros incompletos o inoportunos en la historia clínica del paciente	No reportar o reportar inoportunamente en la historia clinica digital, las evoluciones y notas de los procedimientos realizados a los pacientes, durante el proceso de hospitalización.	Auditorias concurrentes de la historias clínicas.	Correctivo	15	5	0	10	15	10	0	**55**	**5**	**3**	Zona Riesgo Extrema

La selección de los controles implica equilibrar los costos y los esfuerzos para su implementación, así como los beneficios finales, por lo tanto se deberá considerar aspectos como:

VIABILIDAD JURÍDICA: Velar por que los controles que se van a implantar no vayan en contra de la normatividad vigente.

VIABILIDAD TÉCNICA E INSTITUCIONAL: Establecer claramente si la entidad está en capacidad de implantar y sostener a largo plazo nuevas tecnologías u otros mecanismos necesarios para ejecutar el control.

ANÁLISIS DE COSTO-BENEFICIO: Prácticamente todas las respuestas a los riesgos implican algún tipo de costo directo o indirecto que se debe sopesar en relación con el beneficio que genera. Se ha de considerar el costo inicial del diseño e implementación de una respuesta (procesos, personal, tecnología), así como el costo de mantener la respuesta de forma continua. Este caso se puede dar específicamente para aquellos controles nuevos que requieren contrataciones adicionales a los funcionarios que desarrollan los proceso o bien cuando se requiere diseñar e implementar sistemas de información o tecnologías específicas para ejecutar el control.

Una vez implantadas las acciones para el manejo de los riesgos, la valoración después de controles se denomina RIESGO RESIDUAL, éste se define como aquel que permanece después que la dirección desarrolle sus respuestas a los riesgos.

3.2.2 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 adopta la forma de un cuadro resumen (formato FOR-GC-023) que muestra cada uno de los pasos llevados a cabo para su levantamiento y la determinación de acciones, responsable, cronograma e indicador para su manejo (asumir, evitar, reducir, compartir o transferir), para lo cual se debe consolidar el resultado de la aplicación de toda la metodología, incluyendo la sección “MAPA DE RIESGOS”.

Como productos finales se obtienen:

MAPA INSTITUCIONAL DE RIESGOS: Contiene a nivel estratégico los mayores riesgos a los cuales está expuesta la entidad, se alimenta con los riesgos residuales Altos o Extremos de cada uno de los procesos que pueden afectar el cumplimiento de la misión institucional y objetivos de la entidad. En este mapa se incluyen los riesgos identificados como posibles actos de corrupción, en cumplimiento del artículo 73 de la Ley 1474 de 2011.

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO: Recoge los riesgos identificados para cada uno de los procesos, los cuales pueden afectar el logro de sus objetivos.

A continuación se ilustra el diligenciamiento del formato, utilizando como el ejemplo el riesgo empleado en el desarrollo de la metodología contenida en el presente manual.

Ejemplo diligenciamiento formato (Mapa de Riesgos):

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO						ANÁLISIS DEL RIESGO			VALORACIÓN DEL RIESGO													MAPA DE RIESGOS						
	RIESGO					RIESGO INHERENTE			CONTROLES EXISTENTES										RIESGO RESIDUAL				RESPONSABLE DE EJECUTAR LA ACCIÓN		CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN			
PROCESO DONDE SE IDENTIFICÓ EL RIESGO	TIPO DE RIESGO	ENUNCIADO (Qué puede suceder)	DESCRIPCIÓN (Cómo y Cuándo puede suceder)	CAUSAS	EFECTOS (Qué Consecuencias tendría su materialización)	Probabilidad	Impacto	Nivel Riesgo	DESCRIPCIÓN	Naturaleza?	Documentado? (S/N)	Responsables? (S/N)	Automático? (S/N)	Manual? (S/N)	Frecuencia? (S/N)	Aplicado? (S/N)	Efectivo? (S/N)	Total	Probabilidad	Impacto	Nivel Riesgo	ACCIONES (controles o barreras de seguridad)	PROCESO	CARGO	FECHA INICIO	FECHA FIN	REGISTROS	PERIODICIDAD SEGUIMIENTO
HOSPITALIZACIÓN	RIESGO OPERATIVO	Registros incompletos o inoportunos en la historia clínica del paciente	No reportar o reportar inoportunamente en la historia clinica digital, las evoluciones y notas de los procedimientos realizados a los pacientes, durante el proceso de hospitalización.	No registro inmediato de notas y evoluciones en la historia clínica. No acatar las oportunidades de mejora identificadas. Fallas o falta de desarrollo del SIHOS. Ordenes verbales (no documentadas).	* Glosa y devoluciones. * Pérdidas de ingresos. * Retraso en el tratamiento. * Efectos secundarios en la salud del paciente.	5	4	Zona Riesgo Extrema	Auditorias concurrentes de la historias clínicas.	Correctivo	15	5	0	10	15	10	0	55	5	3	Zona Riesgo Extrema	Auditorias concurrentes de historias clínicas y analisis semanal de resultados para la identificación de oportunidades de mejora.	GESTIÓN DE CALIDAD	AUDITOR CONCURRENTE	01/07/2018	30/12/2018	Informes de Auditoria y Planes de Mejoramiento	Bimestral
																						Verificación aleatoria semanal de historias clínicas de pacientes del servicio de hospitalización y validación al egreso como control previo a la facturación.	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR MÉDICO	01/07/2018	30/12/2018	Informe verificación semanal y Visto buento en boletas de salida	

3.3 Monitoreo y Revisión

Una vez diseñado y validado el plan para administrar los riesgos, en el mapa de riesgos, es necesario monitorearlo teniendo en cuenta que estos nunca dejan de representar una amenaza para la organización.

El monitoreo y revisión debe asegurar que las acciones establecidas en los mapas de riesgo se están llevando a cabo y evaluar la eficacia en su implementación, adelantando revisiones sobre la marcha para evidenciar todas aquellas situaciones o factores que pueden influir en la aplicación de acciones preventivas.

El monitoreo debe estar a cargo de:

RESPONSABLES DE LOS PROCESOS: Encargados de realizar las acciones asociadas a los controles establecidos para cada uno de los riesgos identificados para su proceso, de acuerdo con la periodicidad establecida en la política de administración del riesgo de la entidad.
Durante la aplicación de las acciones de seguimiento cada líder de proceso debe mantener la traza o documentación respectiva de todas las actividades realizadas, para garantizar de forma razonable que dichos riesgos no se materializarán y por ende que los objetivos del proceso se cumplirán.

OFICINA DE CONTROL INTERNO: Encargada de realizar el seguimiento a los riesgos que a nivel institucional han sido consolidados. En sus procesos de auditoría interna dicha oficina debe analizar el diseño e idoneidad de los controles, determinando si son o no adecuados para prevenir o mitigar los riesgos de los procesos, haciendo uso de las técnicas relacionadas con pruebas de auditoría que permitan determinar la efectividad de los controles.

OFICINA DE CALIDAD: Encargada de realizar el seguimiento a los riesgos que a nivel institucional han sido consolidados y a los riesgos por procesos, de acuerdo a la periodicidad definida tanto para riesgos asociados a posibles actos de corrupción como para los riesgos de gestión según la zona de riesgo residual en que se ubique.

Periodicidad del Seguimiento
En cuanto a la periodicidad del seguimiento, para los riesgos asociados a posibles actos de corrupción, se debe dar cumplimiento a las fechas establecidas por la guía de la Secretaría de Transparencia, denominada “Estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano”
Primer seguimiento: Los diez (10) primeros días hábiles del mes de mayo, con corte al 30 de abril.
Segundo seguimiento: Los diez (10) primeros días hábiles del mes de septiembre, con corte al 31 de agosto.
Tercer seguimiento: Los diez (10) primeros días hábiles del mes de enero, con corte al 31 de diciembre.

Para los riesgos de gestión ubicados en las diferentes zonas de riesgo residual, se tomarán en cuenta las fechas establecidas en la política de riesgos institucional.
Zona Riesgo Baja: cada seis meses
Zona Riesgo Moderada: cada seis meses
Zona Riesgo Alta: cada tres meses
Zona Riesgo Extrema: cada dos meses
Nota: el seguimiento con dicha periodicidad lo debe realizar el líder de proceso a su correspondiente Mapa de Riesgos de Procesos; la Oficina de Planeación y Calidad y Oficina de Control Interno efectuará seguimiento a la efectividad de los controles del mapa de riesgos institucional cada seis (6) meses.

Si dentro del seguimiento realizado, bien sea por parte de la Oficina de Control Interno, Oficina de Calidad o por los líderes de los procesos, se establece que se ha materializado uno o más riesgos, las acciones requeridas son las siguientes:

Tabla 5. Lineamientos para el manejo de Riesgos materializados

Tipo de Riesgos / Detectado por	Riesgo de Corrupción	Riesgo de Gestión (Zona Extrema)	Riesgo de Gestión (Zona Alta)	Riesgo de Gestión (Zona Moderada)	Riesgo de Gestión (Zona Baja)
Oficina de Control Interno	1. Convocar al Comité de Coordinación de Control Interno e informar sobre los hechos detectados, desde donde se tomarán las decisiones para iniciar la investigación de los hechos. 2. Dependiendo del alcance (normatividad asociada al hecho de corrupción materializado), realizar la denuncia ante el ente de control respectivo. 3. Facilitar el inicio de las acciones correspondientes con el líder del proceso, para revisar el mapa de riesgos y sus controles asociados. 4. Verificar que se tomaron las acciones y se actualizó el mapa de riesgos.	1. Informar al líder del proceso sobre el hecho encontrado. 2. Orientar al líder del proceso para que realice la revisión, análisis y acciones correspondientes para resolver el hecho. 3. Verificar que se tomaron las acciones y que se actualizó el mapa de riesgos correspondiente. 4. Convocar al Comité de Coordinación de Control Interno e informar sobre la actualización realizada.			1. Informar la líder del proceso sobre el hecho. 2. Orientar técnicamente sobre las acciones determinadas en la política de riesgos institucional.
Líder del proceso u otro(s) funcionario(s) que participa(n) o interactúa(n) con el proceso	1. Informar a la Alta Dirección sobre el hecho encontrado. 2. De considerarlo necesario, realizar la denuncia ante el ente de control respectivo. 3. Iniciar con las acciones correctivas necesarias. 4. Realizar el análisis de causas y determinar acciones preventivas y de mejora. 5. Análisis y actualización del mapa de riesgos.	1. Tomar las acciones correctivas necesarias, dependiendo del riesgo materializado. 2. Iniciar el análisis de causas y determinar acciones preventivas y de mejora. 3. Analizar y actualizar el mapa de riesgos. 4. Informar a la Alta Dirección sobre el hallazgo y las acciones tomadas.			Aplicar las orientaciones de la política de riesgos institucional. (Verificar los niveles de aceptación del riesgo).
Ofiicna de Calidad	1. Informar a la Alta Dirección sobre el hecho encontrado. 2. Apoyar al proceso en el análisis y actualización del mapa de riesgos.	1. Informar al líder del proceso sobre el hecho encontrado. 2. Orientar al líder del proceso para que realice la revisión, análisis y acciones correspondientes para resolver el hecho. 3. Verificar que se tomaron las acciones y que se actualizó el mapa de riesgos correspondiente. 4. Participar en el Comité de Coordinación de Control Interno donde se informa sobre la actualización realizada.			1. Informar la líder del proceso sobre el hecho. 2. Orientar técnicamente sobre las acciones determinadas en la política de riesgos institucional.

Fuente: Guía para la administración del riesgo, Versión 3, Departamento Administrativo de la Función Pública, Diciembre de 2014

De acuerdo con seguimiento realizado es importante considerar al final de cada vigencia si los mapas de riesgos deben ser actualizados o si se mantienen bajo las mismas condiciones en cuanto a factores de riesgo, identificación, análisis y valoración del riesgo.

Para poder determinarlo se analizará si no se han presentado hechos significativos como son:
• Riesgos materializados relacionados con posibles actos de corrupción.
• Riesgos de gestión materializados en cualquiera de los procesos.
• Observaciones o hallazgos por parte de la Oficina de Control Interno o bien por parte de un ente de control, respecto de la idoneidad y efectividad de los controles.
• Cambios importantes en el entorno que puedan generar nuevos riesgos.

No obstante, los mapas de riesgos deben ser flexibles y permitir cambios cuando se requieran.

Estos aspectos deben ser considerados para posibles ajustes o cambios sobre los lineamientos establecidos en la política de riesgos institucional, para fortalecer la administración del riesgo en la entidad.

COMUNICACIÓN Y CONSULTA

La comunicación y consulta con las partes involucradas tanto internas como externas debe tener lugar durante todas las etapas del proceso para la gestión del riesgo.

Este análisis debe garantizar que se tienen en cuenta las necesidades de los usuarios o ciudadanos, de modo tal que los riesgos identificados, permitan encontrar puntos críticos para la mejora en la prestación de los servicios. Es preciso promover la participación de los funcionarios con mayor experticia, con el fin de que aporten su conocimiento en la identificación, análisis y valoración del riesgo.

CONTROL DE CAMBIOS

APROBACIÓN	NOMBRE	CARGO	FECHA
ELABORO	Magda Yurany Trilleras Yara	Profesional de Apoyo a Calidad	31/07/2018
REVISO Y VALIDO	Alexandra Bello Bandera	Jefe Oficina de Planeación y Calidad	31/07/2018
APROBO	Alexandra Bello Bandera	Jefe Oficina de Planeación y Calidad	31/07/2018

CONTROL DE CAMBIOS		
FECHA	CAMBIO	VERSIÓN
11/06/2008	Se documenta la metodología para la Administración del Riesgo	01
10/06/2015	Se establece el Modelo y se ajusta la metodología de Administración del Riesgo	02
03/01/2017	Actualización	03
31/07/2018	Actualización metodología según “Guía para la Administración del Riesgo” del DAFP	04