	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E	CÓDIGO:	POL-HUV-HUV-024
		VERSIÓN:	001
	POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	FECHA DE EMISIÓN:	2020-05-04

1. OBJETIVO

Establecer el lineamiento institucional (política) que oriente a todos los niveles de operación de la E.S.E. (estratégico, misional, apoyo y control) en el adecuado manejo y gestión de los riesgos, con el propósito de controlar los eventos o sucesos que en determinado momento puedan afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y cumplimiento de las metas institucionales del Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E.

Entendiendo por riesgo la posibilidad de ocurrencia de algún evento que tendrá un impacto negativo sobre el cumplimiento de los objetivos. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias. En el Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E. podemos encontrar los siguientes grupos de riesgos:

- Riesgos de gestión
- Riesgos de corrupción
- Riesgos clínicos
- Riesgos de seguridad digital

2. ALCANCE

La Política de Administración del Riesgo es un lineamiento de carácter estratégico, aplicable a los objetivos estratégicos, proyectos, planes y todos los procesos de la E.S.E (estratégico, misional, apoyo y control) desde las actividades de identificación de los riesgos, incluyendo el análisis, valoración, monitoreo, seguimiento de los mismos, a los controles para su mitigación y las acciones de intervención, como también la evaluación de su gestión.

3. RESPONSABILIDAD

Las responsabilidades para lograr el cumplimiento de la política y el despliegue de la metodología institucional están definidas mediante las líneas de defensa del Modelo MIPG y en el Hospital Universitario del Valle se acogen según la siguiente tabla:

Líneas de Defensa	Responsable	Responsabilidad frente al riesgo
--------------------------	--------------------	---

<p>Línea Estratégica</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Gerencia General b. Comité Directivo c. Comité de Gestión y Desempeño Institucional d. Comité Institucional de Control Interno - CCCI 	<ul style="list-style-type: none"> a. Definir y aprobar el marco general para la gestión del riesgo y el control en la E.S.E. b. Analizar los riesgos, vulnerabilidades y amenazas institucionales para el cumplimiento de los objetivos estratégicos, planes institucionales, metas y compromisos del hospital. c. Definir y aprobar la política para la administración del riesgo. d. Garantizar el cumplimiento de los planes de la entidad y de la gestión del riesgo definiendo y aplicando medidas de consecuencia por no adherirse a los lineamientos institucionales.
<p>Primera Línea</p>	<p>Líderes de Proceso y Coordinadores de servicios</p> <p>Gerentes de Proyectos</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Identificar, analizar, valorar, evaluar y actualizar cuando se requiera, los riesgos que pueden afectar los objetivos, programas, proyectos y planes asociados a su proceso o servicio de salud. b. Definir, adoptar, aplicar y hacer seguimiento a los controles para mitigar los riesgos identificados y proponer mejoras para su gestión. c. Supervisar la ejecución de los controles aplicados por el equipo de trabajo en la gestión del día a día, detectar las deficiencias de los controles y determinar las acciones de mejora a que haya lugar. d. Desarrollar ejercicios de autoevaluación para establecer la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles seleccionados para el tratamiento de los riesgos identificados. e. Informar a las OAP (segunda línea), OCI (Tercera Línea) y Programa de Seguridad del paciente (riesgos clínicos) sobre los riesgos materializados en los objetivos, programas, proyectos, planes, procesos y servicios de salud a cargo. f. Reportar en los seguimientos que realice la OCI, los comités institucionales y el programa de seguridad del paciente, los avances y evidencias de la gestión de los riesgos dentro de los plazos establecidos. Para la gestión del riesgo clínicos reportar en los seguimientos trimestrales los avances y gestión al programa de seguridad del paciente y comités institucionales.

<p>Segunda Línea</p>	<p>Oficina Asesora de Planeación, Oficina Asesora de Gestión de Calidad: Riesgos de Gestión y Riesgos de corrupción</p> <p>Oficina Coordinadora de Gestión de la Información: Riesgos de Seguridad Digital</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Acompañar, orientar y entrenar a los líderes de procesos en la identificación, análisis, valoración y evaluación de los riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital. b. Asesorar a la línea estratégica en el análisis del contexto interno y externo, para la definición de la política institucional de administración del riesgo, el establecimiento de los niveles de impacto y el nivel de aceptación del riesgo residual. c. Consolidar el mapa de riesgos institucional (riesgos de mayor criticidad frente al logro de los objetivos) y presentarlo para análisis y seguimiento ante el CGDI.
<p>Segunda Línea</p>	<p>Subgerencia de Servicios de Salud, Programa de Seguridad del paciente, Comités Asistenciales</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Acompañar, orientar y entrenar a los líderes de procesos y coordinadores de servicios de salud en la identificación, análisis, valoración y evaluación de los riesgos clínicos. b. Asesorar a la línea estratégica en el análisis del contexto interno y externo, para la definición de la política de seguridad del paciente, programas de vigilancia, la gestión del riesgo clínico, el establecimiento de los niveles de impacto y el nivel de aceptación del riesgo residual. c. Consolidar el mapa de riesgos clínicos institucional (riesgos inherentes a la prestación de los servicios de salud) y presentarlo a la Subgerencia de Servicios de Salud para aprobación. d. Presentar al comité de seguridad del paciente, el mapa consolidado de los riesgos clínicos para análisis y seguimiento. e. Establecer y aplicar mecanismos de vigilancia, control y seguimiento a las acciones generadas para la mitigación de los riesgos en salud identificados.

<p>Segunda Línea</p>	<p>Subgerencias Administrativa, Financiera, Servicios de Salud, Oficina Asesora Jurídica, Gerentes de proyectos;</p> <p>Supervisores de Contratos</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Acompañar a los líderes de procesos a su cargo, en la identificación, análisis, valoración, evaluación de los riesgos y la definición de controles. b. Monitorear los riesgos identificados y controles definidos por la primera línea de defensa acorde con la estructura de los temas a su cargo. c. Realizar el seguimiento al mapa de riesgos de los procesos a su cargo. d. Reportar a las oficinas OAP y OCI los avances en la gestión del riesgo. e. Proponer las acciones de mejora a que haya lugar posterior al análisis, valoración, evaluación o tratamiento del riesgo. f. Supervisar la implementación de las acciones de mejora o la adopción de controles asociados a su responsabilidad.
<p>Tercera Línea</p>	<p>Oficina de Control Interno, Comité de Infecciones, Comité Seguridad del Paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Proporcionar aseguramiento objetivo sobre la eficacia de la gestión del riesgo y control, con énfasis en el diseño e idoneidad de los controles establecidos en los procesos. b. Proporcionar aseguramiento objetivo en las áreas identificadas no cubiertas por la segunda línea de defensa c. Asesorar a la primera línea de defensa de forma coordinada con la Oficina de Planeación, en la identificación de los riesgos y diseño de controles. d. Llevar a cabo el seguimiento a los riesgos consolidados en los mapas de riesgos de conformidad con el Plan Anual de Auditoria y reportar los resultados al CICCI. e. Recomendar mejoras a la política de operación para la administración del riesgo. f. Evaluar que la gestión de los riesgos este acorde con la política de administración del riesgo y que sean monitoreados por la primera línea de defensa. g. Promover ejercicios de autoevaluación para establecer la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles seleccionados para el tratamiento de los riesgos identificados.

4. DEFINICIONES

4.1. Modelo De Operación Por Procesos: Es el estándar organizacional que soporta la operación de la entidad pública, integrando las competencias constitucionales y legales que la rigen con el conjunto de planes y programas necesarios para el cumplimiento de su misión, visión y objetivos institucionales. Pretende determinar la mejor y más eficiente forma de ejecutar las operaciones de la entidad.

4.2. Riesgo: Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre el cumplimiento de los objetivos. Se expresa en términos de probabilidad e impacto.

4.3. CICI: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno: Medida que modifica el riesgo bien modificando la probabilidad de ocurrencia o el impacto del evento de riesgo (procesos, políticas, dispositivos, prácticas u otras acciones).

4.4. CGDI: Comité de Gestión y Desempeño Institucional.

4.5. Mapa de Riesgos: Documento que resume los resultados de las actividades de gestión de riesgos, incluye una representación gráfica en modo de mapa de calor de los resultados de la evaluación de riesgos.

4.6. MIPG: Modelo Integrado de Planeación y Gestión

4.7. MECI: Modelo Estándar de Control Interno.

4.8. Riesgos de Corrupción: Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado

4.9. Riesgos de Gestión: Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre el cumplimiento de los objetivos. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.

4.10. Riesgos Seguridad Digital: Combinación de amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital. Puede debilitar el logro de objetivos económicos y sociales, así como afectar la soberanía nacional, la integridad territorial, el orden constitucional y los intereses nacionales. Incluye aspectos relacionados con el ambiente físico, digital y las personas.

4.11. Riesgo clínico: Es la posibilidad de ocurrencia de un evento cuyo impacto en salud sea negativo para el paciente o su familia, derivado de la atención asistencial. Estos riesgos pueden derivarse de varias condiciones o factores: Estado clínico del paciente, decisiones de índole clínica en realización del diagnóstico o implementación de la terapéutica, fallas en la comunicación, gestión administrativa o del entorno.

4.12. Política de Administración del Riesgo: Declaración de la dirección y las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo.

4.13. Administración del Riesgo: 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. La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

4.14. Proyecto de Inversión: Unidad operacional de la planeación para el desarrollo que vincula recursos para resolver problemas o necesidades sentidas de la población. Los proyectos de inversión pública contemplan actividades limitadas en el tiempo, que utilizan total o parcialmente recursos públicos, con el fin de crear, ampliar, mejorar o recuperar la capacidad de producción o provisión de bienes o servicios por parte del Estado.

4.15. Programa: Es una unidad lógica de acciones dirigidas al logro de los objetivos estratégicos.

4.16. Plan: Se trata de un modelo sistemático que se elabora antes de realizar una acción, con el objetivo de dirigirla y encauzarla. En este sentido, un plan también es un escrito que precisa los detalles necesarios para realizar una obra.

5. POLÍTICA

Teniendo en cuenta la razón de ser del Hospital, su proyección en el futuro, los objetivos estratégicos establecidos y los niveles de responsabilidad frente al manejo de los riesgos, se establece la política general para la administración del riesgo:

El Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E., se compromete a gestionar con enfoque sistémico, todas las clases de riesgos que puedan impedir el cumplimiento de su misión (prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad y formación del talento humano para la salud), sus objetivos estratégicos, planes, proyectos y procesos institucionales; definiendo la metodología propia

para su gestión; revisando continuamente el contexto estratégico, definiendo e implementando controles y acciones de tratamiento y/o barreras de seguridad, garantizando el seguimiento y control como aspecto esencial para la eficiencia y mejoramiento institucional.

6. DESARROLLO DE LA POLÍTICA

6.1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN:

El Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E. inició metodológicamente desde el 2007 el proceso de implementación del Modelo Estándar de Control Interno y con él un ejercicio continuo para la administración de los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de su función pública y que le permita fomentar la cultura del control a todo nivel, ejercicio anual sostenido hasta la fecha y que se mejora continuamente con los ajustes metodológicos.

Con la entrada en vigencia del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG), que integra los sistemas de gestión de la calidad y de desarrollo administrativo; se crea un único sistema de gestión articulado con el sistema de control interno, el cual se actualiza y alinea con los mejores estándares internacionales, como son el modelo COSO 2013, COSO ERM 2017 y el modelo de las tres líneas de defensa.

La Ley 87 de 1993 estableció normas para el ejercicio del control interno en las entidades del estado colombiano y el Decreto 1537 de 2001, definió la “Administración del Riesgo” como uno de los elementos requeridos para el desarrollo adecuado y fortalecimiento del Sistema de Control Interno de las diferentes entidades y organismos de la Administración Pública. Con el Decreto 943 de mayo de 2014 se actualizó el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y en el módulo de planeación y gestión incluye la administración del riesgo como uno de los componentes. El Decreto 1083 de 2015 en el capítulo 6 artículo 2.2.21.6.1 adopta la actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano (MECI), (...)

Desde octubre de 2018, el Departamento Administrativo de la Función Pública, la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República y el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones presentan la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital”, incluidos sus anexos, como una herramienta con enfoque preventivo, vanguardista y proactivo que permitirá el manejo del riesgo, así como el control en todos los niveles de la entidad pública, brindando seguridad razonable frente al logro de sus objetivos.

Teniendo en cuenta, que el modelo integrado de planeación y gestión (MIPG), presenta en la segunda Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación el propósito es permitirle a la entidad pública, definir la ruta estratégica que guiará su gestión institucional, con miras a garantizar los derechos, satisfacer las necesidades y solucionar los problemas de los ciudadanos destinatarios de sus productos y servicios, así como fortalecer la confianza ciudadana y la legitimidad.

Un requisito básico para emprender un adecuado ejercicio de direccionamiento estratégico y de planeación, es que la entidad tenga claro cuál es el propósito fundamental (misión, razón de ser u objeto social) para el cual fue creada y que enmarca lo que debe o tiene que hacer; para quién lo debe hacer, es decir, a qué grupo de ciudadanos debe dirigir sus productos y servicios (grupos de valor); para qué lo debe hacer, es decir qué necesidades o problemas sociales debe resolver y cuáles son los derechos humanos que debe garantizar como entidad pública; y cuáles son las prioridades identificadas por la entidad, propuestas por la ciudadanía y grupos de valor y fijadas en los planes de desarrollo (nacionales y territoriales), el presupuesto general asignado y, en general, el marco normativo que rige su actuación. Con base en esto, la entidad debe analizar el contexto interno y externo de la entidad para la identificación de los riesgos y sus posibles causas.

En el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E., los documentos antes mencionados se tomaron como referentes para la definición de la metodología institucional de administración del riesgo.

Adicionalmente los desarrollos nacionales alcanzados en los temas Administración Del Riesgo y la Gestión de los Riesgos de Corrupción son motivo para que el Hospital ajuste y mejore la política general y la metodología institucional establecida.

En lo referente a la gestión del riesgo clínico, la institución desde el año 2008 con base en los lineamientos nacionales para la seguridad del paciente, abordó el tema de seguridad del paciente formulando la primera política institucional y desplegando desde la oficina de gestión de calidad, las metodologías y estrategias relacionadas con el tema. Desde el año 2011 se formaliza la política y el programa de seguridad del paciente con un profesional de la salud como referente institucional del proceso. En el 2013 se estandariza el "*modelo institucional de gestión del riesgo clínico*" con el fin de que los servicios de salud tengan una directriz en cuanto a la metodología y componentes del modelo a implementar para la gestión del riesgo en salud.

A través del tiempo se ha venido fortaleciendo la oficina del programa, que al día de hoy cuenta con un equipo multidisciplinario conformado por 5 profesionales y desde el cual se despliega acciones para garantizar y fortalecer la cultura de seguridad en la atención y la gestión clínica excelente y segura con un enfoque de prevención del riesgo en salud.

A finales de 2019, con base en el proceso de Acreditación Institucional se articula la gestión del riesgo clínico con la política y metodología institucional para la gestión del riesgo del Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E.

6.2. PRINCIPIOS ORIENTADORES:

6.2.1. Principios Corporativos: Los principios Institucionales del Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E. están definidos como reglas o normas generales que rigen el pensamiento, la conducta y orientan la acción de cada servidor y no son negociables, se toman como referente para la actualización de la política y metodología institucional de administración del riesgo

- **Liderazgo y responsabilidad social en la prestación de servicios de salud:** Destacarse por la calidad y un óptimo nivel de desempeño en la prestación de los servicios que se ofrecen en la E.S.E. Integrar de modo permanente los procesos y la función pública de la empresa con su entorno social; participando en actividades y eventos comunitarios que promuevan el desarrollo sostenible de la sociedad.
- **Trabajo en equipo y comunicación asertiva:** Emplear el trabajo como una poderosa fuerza transformadora, para así alcanzar los objetivos de la empresa y hacer que ella logre los más altos niveles de productividad y desarrollo. El éxito del Hospital Universitario "Evaristo García" E.S.E. depende, en gran medida, de la compenetración, comunicación y compromiso que puedan existir entre sus empleados para que las actividades fluyan de manera más rápida y eficiente.
- **Espíritu investigativo e innovación:** Para el aprendizaje y crecimiento organizacional, el Hospital establece la investigación e innovación como principio para la construcción y transformación de conocimiento que generará valor agregado a la función pública de la Entidad de manera constante y consistente en el tiempo. El espíritu investigativo e innovación son un hecho causal, que debe formar parte de la cultura de la organización e impregnarse en todas sus áreas para dar un servicio útil a la sociedad y que sea percibido por ella.
- **Compromiso, seguridad y trato digno al usuario y su familia:** Alto grado de identificación de los servidores con la organización y sus metas, en un ambiente con enfoque de seguridad y trato digno que se puede evidenciar a través de cuatro conceptos importantes, lo emocional que se

relaciona fundamentalmente con el ser tratado como persona (trato humano), la información durante la atención de salud, el derecho a contar con un personal comprometido/responsable y una atención oportuna.

- **Mejoramiento continuo:** Como principio significa acciones diarias que permitirán que los procesos y la empresa sean más competitivos en la satisfacción del cliente, este principio debe formar parte de la cultura de la organización, y convertirse en una filosofía de vida y trabajo. Este incidirá directamente en la velocidad del cambio.
- **Autocontrol:** Actitud que debe demostrar todo servidor del Hospital para asumir el control de sus funciones, en el logro de los objetivos y metas Institucionales. El autocontrol es la distinción o característica especial que debemos agregar como valor personal a nuestro trabajo diario; somos lo que hacemos cada día, por consiguiente, debe convertirse en un hábito, lo cual implica realizar las cosas de manera correcta.
- **Sostenibilidad y desarrollo institucional:** Principios en permanente construcción y que resultan de la relación activa del Hospital con el entorno, como de varias facetas de la vida institucional, entre ellas: una oferta de servicios de salud adecuada, la gestión de recursos acordes con la oferta, y la transparencia; que generan confianza y el impacto de las acciones de desarrollo, concebidas como parte de procesos que trascienden a la propia organización.

Perfeccionar nuestros procesos y servicios, a través de una mejora continua, para lograr eficacia, eficiencia y productividad buscando alcanzar la excelencia, en beneficio y satisfacción de nuestro personal y clientes.

- **Mística, vocación y formación:** El servidor comprometido multidimensionalmente, desempeñando un rol protagónico, que lo perfeccione moral, profesional, social y económicamente. Desarrollando sus propias potencialidades, comprometido a la vez con nuestra esencia, el prójimo, el mundo y la trascendencia. Dentro del eje de entidad formadora.

- **Cultura de Calidad.**

Además de los principios corporativos de la E.S.E. para la definición de este lineamiento, se tendrán en cuenta como principios reguladores de la gestión del riesgo:

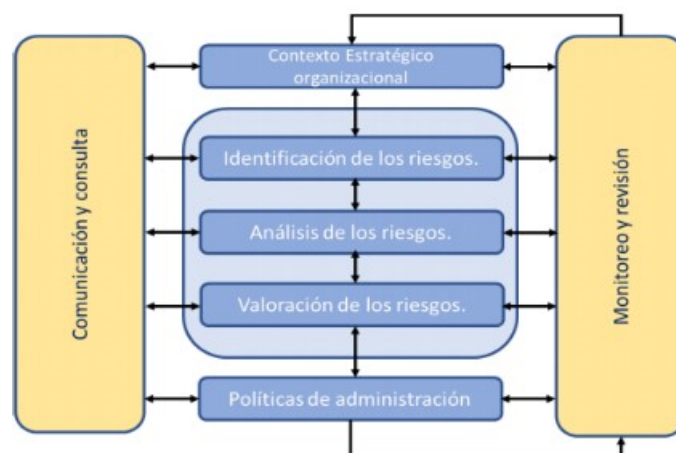
- **Autorregulación:** Capacidad de cada una de las organizaciones para desarrollar y aplicar en su interior métodos, normas y procedimientos que permitan el desarrollo, implementación y fortalecimiento continuo del Sistema de Control Interno, en concordancia con la normatividad vigente. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014. Pag 13
- **Autogestión:** Capacidad de toda organización pública para interpretar, coordinar, aplicar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función administrativa que le ha sido asignada por la Constitución, la ley y sus reglamentos. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014. Pag 14.
- **Enfoque de Riesgo:** Las políticas y procedimientos de la institución promoverán en los diferentes niveles de operación el desempeño institucional con enfoque en la gestión del riesgo.
- **Multicausalidad:** Considerando que los riesgos son un problema sistémico y multicausal, la organización promoverá la integración de las diversas políticas y procesos institucionales para la gestión y control del riesgo.

- **Gestión clínica excelente y segura:** Toda prestación del servicio en salud tiene como meta de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud y generar resultados e impacto en términos de la contribución a la salud y el bienestar de la sociedad.

6.3. EJES DE LA POLÍTICA:

Siendo la Administración del Riesgo uno de los componentes de la dimensión No.2 del Modelo Integrado de planeación y gestión - MIPG está, conformada en su estructura por cinco elementos de control como son:

- Contexto estratégico
- Identificación de riesgos
- Análisis de riesgos
- Valoración de riesgos
- Lineamientos específicos de administración de riesgos



Su mirada sistémica contribuye a que la entidad no sólo garantice la gestión institucional y el logro de los objetivos, sino que fortalece el ejercicio del Control Interno.

6.3.1 CONTEXTO ESTRATÉGICO.

Se determinan las características o aspectos internos y externos esenciales del entorno en el cual opera el Hospital y que se han de tomar en consideración para la administración del riesgo. A partir de los factores que se definan es posible establecer las causas de los riesgos a identificar. Se debe establecer el contexto interno, externo del Hospital y el contexto del proceso o servicio de salud.

6.3.2 IDENTIFICACION DE RIESGOS

Se realiza determinando *las causas o fuentes* que dan origen al *riesgo* y *los eventos* identificados en el análisis del contexto de la entidad y el proceso o servicio de salud, que pueden afectar el logro de los objetivos. En esta fase, debe centrarse en los riesgos más significativos para la entidad y/o proceso, relacionados con el logro de los objetivos estratégicos y de los procesos. En el caso de riesgos de corrupción se deben aplicar la **matriz de definición de riesgo de corrupción**, con la cual se incorpora y valida cada uno de los componentes de su definición, como son: Acción u omisión, Uso del poder, Desviar la gestión de lo público, Beneficio privado.

6.3.3 ANALISIS DEL RIESGO

La calificación del riesgo se establece estimando la probabilidad de ocurrencia y el impacto. Para establecer la probabilidad se considera cuantas veces el riesgo se ha presentado en un determinado periodo de tiempo o la factibilidad de que se presente, teniendo en cuenta la presencia de factores internos o externos que generan el riesgo.

De acuerdo al grupo de riesgos a analizar (de gestión, clínico, seguridad digital y corrupción) se deben utilizar las tablas que contienen los criterios para calificar la probabilidad y el impacto.

6.3.4 VALORACION DEL RIESGO

El objetivo es determinar el nivel o grado de exposición de la institución y del proceso o servicio de salud

a los impactos del riesgo, permitiendo estimar las prioridades para su tratamiento.

La valoración del riesgo requiere de una evaluación de los controles existentes, busca confrontar los resultados del análisis de riesgo inicial (o riesgo inherente) frente a los controles establecidos, con el fin de determinar la zona de riesgo final (riesgo residual).

6.3.5 LINEAMIENTOS ESPECIFICOS PARA LA ADMINISTRACION DE RIESGOS:

- a. El Proceso de Direccionamiento Estratégico del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E, asume la administración del riesgo como un componente esencial para el control y cumplimiento de los objetivos institucionales, en este sentido la gestión del riesgo es transversal y fundamental en la gestión institucional y en la eficiencia y efectividad del modelo de operación por procesos adoptado por la Empresa Social del Estado.
- b. Acompañan la política institucional para la Administración del riesgo, un conjunto de políticas o directrices específicas que se deben aplicar en los cuatro niveles de operación, como son: Estratégico, Misional, Apoyo y Control.
- c. El Hospital adopta los siguientes criterios para el manejo de los riesgos, según la zona de ubicación del riesgo residual, el cual se obtiene posterior a la valoración de los controles.
 - En Zona de Riesgo Baja: Asumir el riesgo.
 - En zona de Riesgo Moderada: Asumir el riesgo o reducir el riesgo.
 - En zona de Riesgo Alta: Reducir, evitar, compartir o transferir el riesgo.
 - En zona de Riesgo Extrema: Reducir, evitar, compartir o transferir el riesgo.
- d. En la institución se deben priorizar para la implementación de controles, aquellos riesgos residuales que en la fase de valoración queden ubicados en las zonas de riesgo alta y extrema.
- e. Todos los riesgos identificados deben tener controles efectivos definidos e implementados.
- f. Los controles implementados en el HUV, el proceso o servicios de salud deben ser principalmente preventivos y fundamentarse en el análisis sistémico de las causas que generan el riesgo y reconociendo aquellas que se presenten por factores internos.
- g. Para la adecuada mitigación de los riesgos no basta con que un control esté bien diseñado, el control debe ejecutarse por parte de los responsables tal como se diseñó.
- h. La institución debe garantizar las medidas y los recursos requeridos para el mantenimiento y/o fortalecimiento de los controles que demuestren ser efectivos y para los que no existen y deban diseñarse e implementarse.
 - i. La Gerencia General del Hospital debe garantizar los recursos necesarios para el fortalecimiento de los controles, la ejecución de acciones de tratamiento establecidas en los mapas de riesgos y la implementación de herramientas que permitan monitorear el comportamiento de los riesgos.
 - j. La Gerencia General del Hospital debe emitir las políticas necesarias para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.
 - k. La Oficina Asesora de Planeación promoverá y liderará el análisis del Contexto Estratégico y la articulación de la administración del riesgo con la planificación institucional.
 - l. Cada Jefe de Oficina Coordinadora, líder de proceso, coordinador de servicio de salud tiene la responsabilidad de aplicar **al menos una vez al año** la metodología establecida por el Hospital, para la identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos, que puedan afectar el desarrollo de las actividades del proceso o el logro de los objetivos propuestos. El mapa de riesgos obtenido del trabajo de cada líder y su grupo es insumo para la planificación del proceso y de la institución, por lo tanto debe ser enviada a la Oficina Asesora de Planeación si se trata de un proceso estratégico, administrativo o de control y a la Subgerencia de Servicios de Salud y al programa de seguridad del paciente si se trata de un proceso misional.
- m. Cada líder de proceso debe definir las acciones necesarias para el tratamiento de los riesgos, de acuerdo a la zona de riesgo obtenida en la fase de valoración, teniendo en cuenta los criterios de tratamiento expuestos.
- n. Para la definición y presentación del mapa de riesgos por proceso HUV e institucional, se debe utilizar el formato controlado (excell) REG-GC-033 Matriz Mapa de Riesgos por Proceso, de manera que el mapa consolidado por proceso sea insumo para el mapa institucional y se utilice como herramienta de gestión y control.
- o. Es responsabilidad de los líderes de proceso asegurar el fortalecimiento y mejoramiento de los controles definidos e implementados y socializar con su grupo de trabajo, el mapa de riesgos del proceso, el institucional, la política y metodología establecida para la Administración del Riesgo.
- p. Permanentemente, todos los funcionarios deben realizar el autocontrol en el desempeño de sus funciones, conocer y adherirse a las políticas de administración del riesgo y aplicar los controles efectivos, de acuerdo a su competencia y rol en el proceso al que pertenece.
- q. La Oficina de Control Interno debe realizar la valoración de los controles establecidos por la entidad

y los procesos, evaluando su pertinencia y efectividad, como también, debe asesorar en la materia (diseño de controles) y emitir los informes oportunos que le permitan a la Alta Gerencia tomar decisiones para fortalecer la gestión del riesgo.

- r. Las políticas y metodologías específicas para la gestión de los riesgos clínicos, se encuentran definidas en el modelo de gestión del riesgo clínico estandarizado por el Hospital, modelo que anualmente será revisado y ajustado (de ser necesario) por la Subgerencia de Servicios de Salud y la Oficina de Seguridad del Paciente.
- s. La identificación y evaluación de los riesgos clínicos, se realizarán de forma transversal con la participación de los procesos misionales que compartan características de prestación.

7. ACCIONES DE CONTINGENCIA

No Aplica.

8. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- POL-HUV-HUV-023 Política De Planeación Institucional
- MOP-DIR-PLN-001 Metodología de planeación institucional
- Manual De Operaciones Banco De Proyectos V1.
- Gestión De Programas Y Proyectos V1.
- PRG-HUV-HUV-007 Programa de Seguridad del Paciente.
- **MOP-DIR-SGS-001 Manual De Seguridad Del Paciente - V2**
- POL-HUV-HUV-020 Política de Seguridad del Paciente

9. ANEXOS

- **Matriz mapa de riesgo institucional**
- **FOR-DIR-PLN-002 Formato Mapa De Riesgos Del Proceso**
- FOR-DIR-PLN-003 Formato Mapa De Calor

10. REFERENCIAS

10.1. Manual Operativo MIPG Versión 03 febrero de 2019.

10.2. Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital. DAFP 2018

10.3. Documento Técnico Política de Operación para la Administración del Riesgo en Función Pública. Abril de 2019.

10.4. Ley 1474 de 2011 – Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

10.5. Decreto 2641 de 2012 - Por el cual se reglamentan los artículos **73** y **76** de la Ley 1474 de 2011.

10.6. Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
-----------------	----------------	----------------

<p>Equipo de Planeación Profesional Administrativo de Planeación</p>	<p>Gina Alexandra Mena Soporte y Administracion Daruma Maria Patricia Gonzalez Jefe de Oficina Asesora de Planeación Marisol Badiel Ocampo Subgerente de Servicios de Salud</p>	<p>Irne Torres Castro Gerente General</p>
---	--	--