
	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL</b>
	<b>Código:</b> EVM - O - 02
	<b>Versión:</b> 2
	<b>Fecha:</b> Marzo de 2017

## CONTENIDO

1. Introducción
2. Manual de administración de riesgos.
  - 2.1 Objetivos
    - 2.1.1 Objetivos generales
    - 2.1.2. Objetivos específicos
  - 2.2 Alcance del Manual de administración de riesgos.
  - 2.3 Referente Normativo
  - 2.4 Estrategias
  - 2.5 Elementos de control del componente de administración de riesgos.
  - 2.6 Contexto Estratégico
  - 2.7 Definiciones
  - 2.8 Metodología para la administración de riesgos
    - 2.8.1 Política de administración de riesgos.
    - 2.8.2 Identificación de riesgos.
    - 2.8.3 Clasificación de los Riesgos.
    - 2.8.4 Análisis del riesgo.
    - 2.8.5 Gestión y control
    - 2.8.6 Estructura del mapa de riesgos institucional.

	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL</b>
	<b>Código:</b> EVM - O - 02
	<b>Versión:</b> 2
	<b>Fecha:</b> Marzo de 2017

## 1. INTRODUCCION

La Red de Salud del Centro E.S.E, en cumplimiento del Decreto 1599 de 2005, mediante el cual se establece la implementación del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, modificado por el Decreto 943 de 2014 mediante el cual se actualiza la estructura del Modelo Estándar de Control Interno, y en desarrollo del Eje Enfoque y Gestión del Riesgo del sistema único de acreditación (SUA), ha realizado la actualización del Mapa de Riesgos Institucional, como mecanismo de fortalecimiento a la gestión y al sistema de Control Interno.

La administración del riesgo es un proceso ordenado, sistemático y complementario a los demás procesos que busca generar las condiciones para identificar las oportunidades de mejora y las amenazas que puedan impedir el logro de los resultados propuestos.


Este manual contiene la metodología para la administración del riesgo a desarrollar en la organización, para favorecer su ejercicio sistemático, transversal y constante, que parte de una clara intención de mejoramiento y transformación positiva, buscando la sostenibilidad y mejora continua en los procesos y los servicios.

Para la Red de Salud del Centro E.S.E, la administración de riesgos es fundamental en aras de asegurar el cumplimiento de su misión, funciones y objetivos, así como de preservar sus recursos y activos. Dado que los riesgos constituyen la posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre el cumplimiento de los objetivos estratégicos y el cumplimiento de la misión institucional, la E.S.E Centro está fortaleciendo el Módulo de gestión y planeación y mediante este manual, el componente de administración del riesgo, a través del análisis y estructuración de los siguientes elementos de control:

- ✓ Contexto estratégico
- ✓ Identificación de los riesgos
- ✓ Análisis de los riesgos
- ✓ Valoración de los riesgos
- ✓ Políticas de administración de los riesgos.

Para dar continuidad al proceso de administración de riesgos, se hace necesario definir criterios orientadores respecto al tratamiento de los riesgos identificados a fin de mitigar sus efectos en la entidad, siendo este el objetivo del presente plan, con el cual se pretende en primera instancia, transmitir la posición de la alta dirección sobre la manera de abordar la administración de los riesgos institucionales; socializar en todos los servidores un lenguaje común sobre el tema y por último, difundir las políticas formuladas que permitan la sostenibilidad del sistema de administración del riesgo.

El mapa de riesgos como herramienta gerencial, relacionado con la Administración del Riesgo, se constituye en el componente que permite auto controlar aquellos eventos que pueden amenazar el cumplimiento de sus objetivos.

	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL</b>
	<b>Código:</b> EVM - O - 02
	<b>Versión:</b> 2
	<b>Fecha:</b> Marzo de 2017

Para llevar a cabo esta actividad, se utilizó la metodología establecida en: Manual MECI 2014, Guía para la Administración del Riesgo (Versión 3) elaborado por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

## **2. MANUAL DE ADMINISTRACION DE RIESGOS**

### **2.1 OBJETIVOS**

#### **2.1.1 OBJETIVOS GENERALES:**

Unificar los conceptos que forman parte de la implementación de un modelo de administración del riesgo, establecer una orientación metodológica que facilite la comprensión e implementación partiendo desde la identificación, análisis, evaluación, medición, monitoreo y comunicación de los riesgos asociados a los procesos de la organización. Y desarrollar el eje Enfoque de riesgos del modelo evaluativo de acreditación.

Adicionalmente se pretende orientar el establecimiento de los planes de tratamiento dirigidos a la mitigación y especialmente a la prevención de los riesgos, con el fin de minimizar pérdidas e identificar oportunidades de mejora, estableciendo las responsabilidades en la administración de riesgos, el seguimiento y pertinencia de las políticas para su tratamiento


#### **2.1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- ✓ Fortalecer un ambiente interno institucional que permita responder a la filosofía de administración del riesgo con oportunidad.
- ✓ Disponer de una herramienta que facilite a la Red de Salud del Centro E.S.E una adecuada administración del riesgo.
- ✓ Propender por que todos los funcionarios identifiquen riesgos y apliquen acciones de control encaminadas a prevenir la ocurrencia de los mismos.
- ✓ Establecer la protección a los usuarios, de los principales riesgos en la prestación de servicios de salud, haciendo énfasis en el cumplimiento de requisitos para evitar la ocurrencia del riesgo.
- ✓ Establecer las actividades de control necesarias para asegurar que las respuestas a los riesgos institucionales, se lleven a cabo de manera adecuada y oportunamente.
- ✓ Desarrollar actividades de monitoreo permanente sobre la efectividad de los controles de la administración del riesgo.
- ✓ Proteger los recursos que conforman el patrimonio de la entidad.

## **2.2 ALCANCE DEL MANUAL DE ADMINISTRACION DE RIESGOS**

La administración del riesgo es un proceso ordenado, sistemático y transversal en la organización, lo cual posibilita el mejoramiento continuo y la toma de decisiones por lo tanto **su implementación aplica para todos los procesos, sedes y cliente interno de la organización.**

La necesidad de construir e implementar un plan de manejo de riesgos institucionales, está relacionada con el impacto o consecuencia que estos puedan generar en el normal desarrollo de los

	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL</b>
	<b>Código:</b> EVM - O - 02
	<b>Versión:</b> 2
	<b>Fecha:</b> Marzo de 2017

procesos y en el cumplimiento de la misión institucional, lo cual supone que las políticas, acciones y decisiones que las materialicen deben ser de carácter obligatorio por parte de todos los funcionarios que ejecutan los procesos. En consideración a lo anterior, este manual se convierte en una guía institucional de respuesta ante los riesgos a los cuales está expuesta la entidad.

### 2.3 REFERENTE NORMATIVO

**Constitución política de 1.991:**

**Ley 87 de 1993:** Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado.

**Ley 100 de 1993:** UPC acorde con el Riesgo de la población; función EPS: administrador del Riesgo); Ministerio debe dictar normas para el control de los Factores de Riesgos

**Decreto 1918 de 1994:** Abordaje de riesgos de la prestación de servicios.

**Decreto 1295 de 1994:** Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.

**Decreto 1485 de 1994:** Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las entidades promotoras de salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.

**Decreto 2174 de 1996:** Abordaje de riesgos de la prestación de servicios.

**Decreto 723 de 1997:** Por el cual se dictan disposiciones que regulan algunos aspectos de las relaciones entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud.


**Ley 46 de 1998:** Por la cual se crea y organiza el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres, se otorga facultades extraordinarias al Presidente de la República, y se dictan otras disposiciones.

**Ley 489 de 1998:** Estatuto básico de organización y funcionamiento de la administración pública. Capítulo VI. Sistema Nacional de Control Interno.

**Acuerdo 117 de 1998:** Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Decreto 093 de 1998

**Directiva presidencial 09 de 1999:** Lineamientos para la implementación de la política de lucha contra la corrupción.

	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL</b>
	<b>Código:</b> EVM - O - 02
	<b>Versión:</b> 2
	<b>Fecha:</b> Marzo de 2017

**Decreto 2145 de 1999:** Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las entidades y organismos de la administración pública del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones. Modificado parcialmente por el decreto 2593 de 2000. Y por el art. 8 de la Ley 1474 de 2011.

**Decreto 1537 de julio 26 de 2001:** Por el cual se 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.

**Decreto 2309 de 2002:** Abordaje de riesgos de la prestación de servicios.

**Decreto 1599 de 2005:** Por el cual se reglamenta la implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI en las entidades del Estado.

**Decreto 1011 de 2006:** Establece que “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos debe ser accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”.

**Ley 1122 de 2007:** Ratifica que la función principal del aseguramiento es la Administración del riesgo.

**Decreto 574 de 2007:** (Modificado por el Decreto 1698 de 2007) se ordena implementación de un Sistema de Administración del Riesgo por fases, el cual debe incluir:

- Riesgos inherentes al aseguramiento en salud
- Riesgo operativo
- Riesgo de mercado de las inversiones


**Resolución 1740 de 2008:** Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Sistema de Administración de Riesgos para las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas previstas en el Sistema de Habilitación - Condiciones financieras y de suficiencia patrimonial, se definen las fases para su implementación y se dictan otras disposiciones.

**Decreto 4485 de 2009:** Por el cual se adopta la actualización de la NTCGP a su versión 2009. Numeral 4.1

**Norma NTC ISO 31000 de 2011:** La cual establece un número de principios que es necesario satisfacer para hacer que la gestión del riesgo sea eficaz.

**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. Art. 73 plan anticorrupción y de atención al ciudadano.

**Decreto 943 de 2014:** Por el cual se actualiza el MECI.

	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL</b>
	<b>Código:</b> EVM - O - 02
	<b>Versión:</b> 2
	<b>Fecha:</b> Marzo de 2017

**Guía para la administración del riesgo versión 3:** Emitida por el Departamento administrativo de la función pública.

**Resolución 2003 de 2014:** Modelo de riesgo habilitación y acreditación.

**Resolución 2082 de 2014:** Modelo de riesgo habilitación y acreditación.

## 2.4 ESTRATEGIAS

La principal estrategia de la alta dirección para la administración del riesgo, es el compromiso que adquiere en el sentido de realizar la identificación, evaluación y control de los riesgos internos mediante un proceso de mejoramiento continuo, con el fin de evitar, minimizar, mitigar y disminuir el impacto de los mismos sobre la organización asignando los recursos necesarios y garantizando el cumplimiento legal.

Adicionalmente, la Red de Salud del Centro E.S.E fundamenta su gestión mediante la utilización de mecanismos y acciones que orientan su quehacer institucional con integridad, transparencia y eficiencia, destacándose la aplicación del modelo de gestión ética, fundamentado en la adopción de una carta de valores y principios éticos, donde los servidores se comprometen en la aplicación de prácticas y formas concretas de actuación en el cumplimiento de sus funciones.

La segunda estrategia implementada, ha sido el desarrollo de procesos de inducción, reinducción, formación y capacitación que faciliten el conocimiento suficiente a los servidores para la ejecución eficiente de las actividades propias de su cargo.

En este sentido, los procesos de asimilación y sensibilización de los servidores en el tema de administración de riesgos, permitirán fomentar en mayor grado la cultura del autocontrol y autoevaluación, como herramientas de gestión para lograr buenas prácticas, que logren resolver con calidad y equidad las necesidades de los usuarios.

### **Grupo de gestión de riesgos institucional:**

La Red de Salud del Centro E.S.E decidió establecer un grupo para que administre la gestión del riesgo a nivel institucional; el mismo lo conforman: Gerente, subgerente de promoción y prevención, subgerente científico, subgerente administrativo y financiero, auditor médico, asesor de calidad y planeación y asesor de control interno como líder del Eje de Gestión del Riesgo y responsable del eje de seguridad del paciente; el objetivo del grupo es: Garantizar la adecuada gestión de riesgos en la institución; algunas de sus funciones:

1. Realizar seguimiento al cumplimiento de lo establecido en la política integral de calidad en lo concerniente a la gestión de riesgos, la igual que lo consignado en este manual de administración de riesgos.
2. Tomar acciones frente a los resultados de la evaluación del cumplimiento de controles.
3. Hacer seguimiento al cumplimiento del PAMEC del eje de gestión de riesgos.
4. Verificar la efectividad de las acciones asociadas a cada oportunidad de mejora.
5. Revaloración de los riesgos.

	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL</b>
	<b>Código:</b> EVM - O - 02
	<b>Versión:</b> 2
	<b>Fecha:</b> Marzo de 2017

En la Red de Salud del Centro E.S.E entendemos que la gestión de riesgos implica desarrollar una cultura al interior de la organización, donde todos los colaboradores y demás partes interesadas participen activamente en la gestión de los riesgos.

### Responsabilidades en la Gestión de riesgos

**Colaboradores y primer nivel de mejoramiento:** Identifican riesgos, plantean e implementan controles, participan en la valoración.

**Equipo de Autoevaluación (Segundo Nivel):** Consolidan las oportunidades de mejora provenientes de las diferentes fuentes de mejoramiento. Realizan la autoevaluación de los estándares de acreditación, determinando las oportunidades de mejora relacionadas con el eje enfoque de riesgos.

#### Clasificación de


**Grupo de gestión de riesgos institucional:** Toma acciones frente a los resultados de la evaluación del cumplimiento de controles; hace seguimiento al cumplimiento del PAMEC del eje de gestión de riesgos. Verifica la efectividad de las acciones asociadas a cada oportunidad de mejora. Revaloración de los riesgos

A fin de dar cumplimiento con las diferentes metodologías existentes frente a la gestión de riesgos, la E.S.E Centro considera como una estrategia adicional la alineación con las metodologías empleadas en la Gestión del riesgo de seguridad y salud en el trabajo, mapa de riesgos por procesos (asistenciales y de apoyo), sistema de administración de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo (SARLAFT), riesgos de corrupción.

### 2.5 ELEMENTOS DE CONTROL DEL COMPONENTE DE ADMINISTRACION DE RIESGOS.

El Sistema de Control Interno definido en el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, actualizado mediante el Decreto 943 de 2014 incluye dentro del Módulo control de planeación y gestión, el componente de Administración del Riesgo, dejando como eje central del control, precisamente el anticiparse a la ocurrencia del riesgo.

MODULO	COMPONENTES	ELEMENTOS
<b>PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>	<b>TALENTO HUMANO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdos compromisos y protocolos éticos.</li> <li>• Desarrollo del Talento Humano</li> <li>• Estilo de Dirección</li> </ul>
	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planes, programas y proyectos.</li> <li>• Modelo de Operación por procesos</li> <li>• Estructura organizacional</li> <li>• Indicadores de gestión.</li> <li>• Políticas de operación.</li> </ul>
	<b>ADMINISTRACION DE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Política de administración del</li> </ul>

	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL</b>
	<b>Código:</b> EVM - O - 02
	<b>Versión:</b> 2
	<b>Fecha:</b> Marzo de 2017

	<b>RIESGOS</b>	riesgo. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación del riesgo</li> <li>• Análisis y valoración del riesgo.</li> </ul>
--	----------------	--

La administración del riesgo, al ser un componente del Módulo de Planeación y Gestión, la Administración del Riesgo se sirve de la planeación (misión, visión, establecimiento de objetivos, metas, factores críticos de éxito), del campo de aplicación (procesos, proyectos, sistemas de información), del Componente Direccionamiento Estratégico y todos sus elementos. 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 en las entidades de la Administración Pública.

## 2.6. CONTEXTO ESTRATEGICO

Hace referencia a 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. Las situaciones del entorno o externas pueden ser de carácter social, cultural, económico, tecnológico, político, ambiental y legal, bien sea nacional o regional según sea el caso de análisis. Las situaciones internas están relacionadas con la estructura, cultura organizacional, el modelo de operación, el cumplimiento de los Planes, Programas y Proyectos, los sistemas de información, los procesos y procedimientos y los recursos humanos y económicos con los que cuenta una entidad, entre otros

### **Objetivos Estratégicos y de calidad.**


El Plan de Desarrollo de la Red de Salud del Centro E.S.E, para el periodo 2016-2019, es la herramienta de gestión mediante la cual se articulan las políticas institucionales con los objetivos estratégicos y estos a su vez en los proyectos, procesos y actividades, escenario donde se pueden generar toda clase de riesgos.

El desarrollo de una gestión por procesos hace imprescindible la formalización, documentación e impulso de procedimientos y actividades tendientes a cumplir con los objetivos estratégicos, los cuales pueden verse enfrentados a una gama de riesgos procedentes de fuentes externas e internas, siendo necesario prever una serie de acciones pretendiendo alinearlos con el riesgo aceptado y a su vez con niveles de tolerancia formalmente establecidos.

El mapa de riesgos institucional construido bajo un enfoque por procesos se constituye en la fase inicial de desarrollo de este componente del sistema de control interno, el cual se irá perfeccionando con los elementos de control que lo complementen, como es el caso del modelo de operación por procesos, el que se estableció de acuerdo con lo señalado en la Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2008.

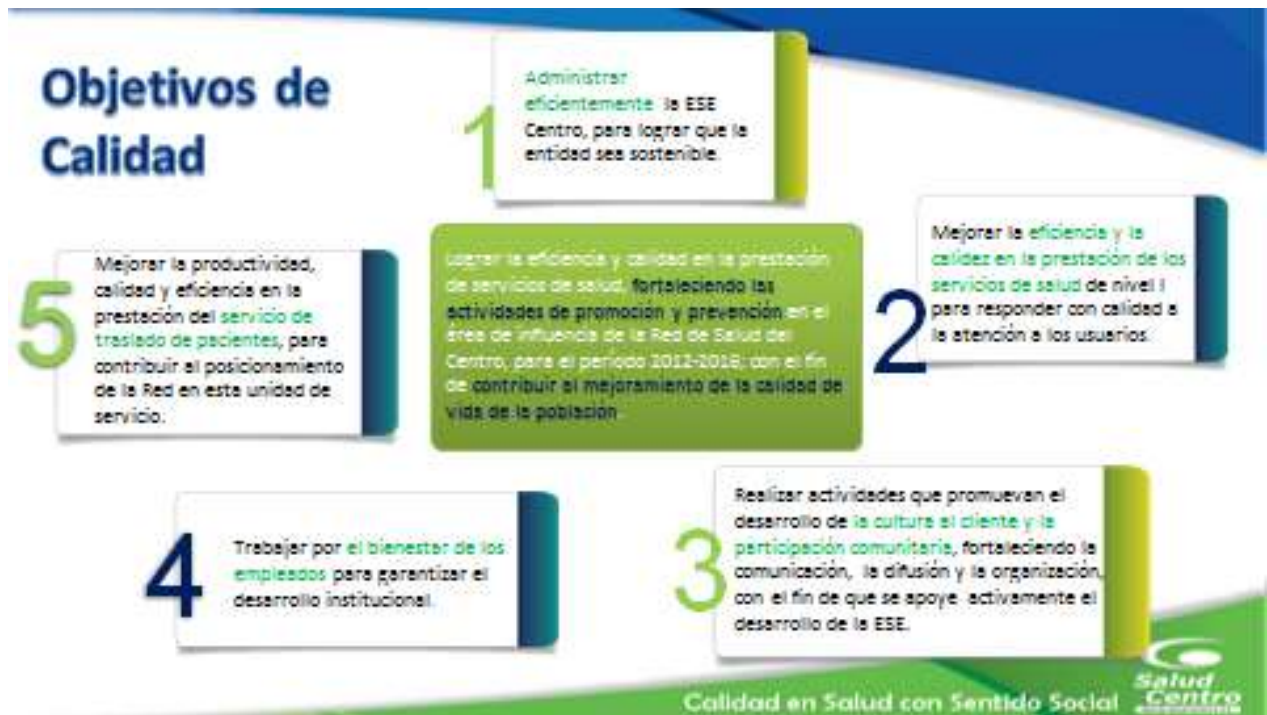
Como se señaló anteriormente, se consolidaron los riesgos institucionales dentro del contexto estratégico, lo que permitió identificar, describir, analizar y calificar con base en la información disponible, todos aquellos eventos que podrían afectar el logro de los objetivos de los procesos, lo cual a su vez repercute en la consecución de los objetivos de desarrollo estratégicos formulados, razón por la cual, el presente Manual de administración de riesgos, propone su vinculación directa



	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL</b>
	<b>Código:</b> EVM - O - 02
	<b>Versión:</b> 2
	<b>Fecha:</b> Marzo de 2017

para que se puedan alinear con las actuales políticas institucionales a fin de adoptar medidas de respuesta, tendientes a modificar su probabilidad e impacto.

La siguiente tabla describe los objetivos señalados en el Plan de Desarrollo de la Red de Salud del Centro E.S.E.




Los factores externos e internos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos en la Red de salud del centro E.S.E se presentan a continuación:

**Contexto Externo:**

**Económico:** Viabilidad financiera de los contratantes (Eps Subsidadas). Incremento del costo de equipos biomédicos e insumos, asociados a la pérdida del poder adquisitivo del peso respecto del dólar. Incremento en costo de insumos para construcción que encarezcan el costo de las obras con ocasión de las necesidades de infraestructura. Impacto de la normatividad tributaria en los precios de bienes y servicios adquiridos por la entidad (incremento de 3 puntos en el impuesto al valor agregado).

**Político:** Cambios normativos en relación con los mecanismos de selección de los Gerentes de las empresas sociales del estado. Cambios normativos frecuentes en el sector salud, Reglamento estatutario en salud del año 2016.

	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL</b>
	<b>Código:</b> EVM - O - 02
	<b>Versión:</b> 2
	<b>Fecha:</b> Marzo de 2017


- ✓ Cambios normativos frecuentes en el sector salud.
- ✓ Impacto de la normatividad tributaria en los precios de bienes y servicios adquiridos por la entidad.
- ✓ Impacto económico en la prestación de los servicios de los programas sociales implementados por el Gobierno Municipal, Departamental y Nacional.
- ✓ Integración vertical de las EPS e Ips privadas.
- ✓ Retraso en la contratación de servicios de salud entre la E.S.E, el ente territorial y las E.P.S. Subsidiadas.
- ✓ Disminución de recursos por parte del ente territorial para la ejecución de programas sociales a la población pobre y vulnerable.

**Factores Internos:**

- ✓ Incremento en glosas
- ✓ Disminución de ingresos por parte de entes territoriales
- ✓ Falta de continuidad en los procesos por rotación de los funcionarios.
- ✓ Competencia desleal por parte de instituciones privadas.
- ✓ Falta de mercadeo de los servicios que presta la institución.

**2.7 DEFINICIONES**

CONCEPTO	DEFINICION INSTITUCIONAL
• <u>RIESGO:</u>	Situación o evento que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones del proceso y afectar el logro de sus objetivos. <b>Se produce cuando hay posibilidad de que algo negativo suceda o que algo positivo no suceda.</b>
• <u>GESTIÓN DEL RIESGO:</u>	Cultura, procesos y estructuras que se dirigen hacia la gestión de las oportunidades potenciales y los efectos adversos.
• <u>ANÁLISIS DE RIESGO:</u>	Establece la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos con el fin de obtener información para establecer el nivel de riesgo y las acciones que se van a implementar.
• <u>CAUSAS</u>	(Interna o externa): <b>Medios, circunstancias y agentes generadores de riesgo.</b>
• <u>CONSECUENCIAS O EFECTO:</u>	Efecto de la ocurrencia del riesgo sobre los objetivos del proceso o la actividad. Puede incluir: daños físicos, pérdidas económicas, de información, de bienes, de imagen, de credibilidad y de confianza, interrupción del servicio y daño material.
• <u>CONTROLES:</u>	acciones implementadas que permiten el restablecimiento de las actividades después de la presentación de un riesgo, la mitigación de sus consecuencias o la prevención de su ocurrencia,
• <u>EVALUACIÓN DEL RIESGO:</u>	Proceso usado para determinar las prioridades de gestión del riesgo

	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL</b>
	<b>Código:</b> EVM - O - 02
	<b>Versión:</b> 2
	<b>Fecha:</b> Marzo de 2017


<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO:</u></b></li> </ul>	Proceso para determinar lo que puede suceder, por qué y cómo. Se realiza determinando las causas, fuentes del riesgo y los eventos con base en el análisis de contexto para la entidad y del proceso, que pueden afectar el logro de los objetivos.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>IMPACTO:</u></b></li> </ul>	Grado en que las Consecuencias pueden generar efectos no deseados si se llega a materializar el riesgo en la organización.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>RIESGO INHERENTE:</u></b></li> </ul>	Riesgo evaluado sin tener en cuenta los controles actuales utilizados por el proceso o área.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>RIESGO RESIDUAL:</u></b></li> </ul>	Riesgo valorado posterior a la aplicación de los controles existentes para su mitigación o disminución.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>SEGUIMIENTO:</u></b></li> </ul>	Verificar, supervisar, observar de forma crítica, o registrar el progreso de una actividad, acción o sistema, en forma regular, a fin de identificar cambios.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>TRATAMIENTO DEL RIESGO:</u></b></li> </ul>	Selección e implementación de las opciones apropiadas para ocuparse del Riesgo.

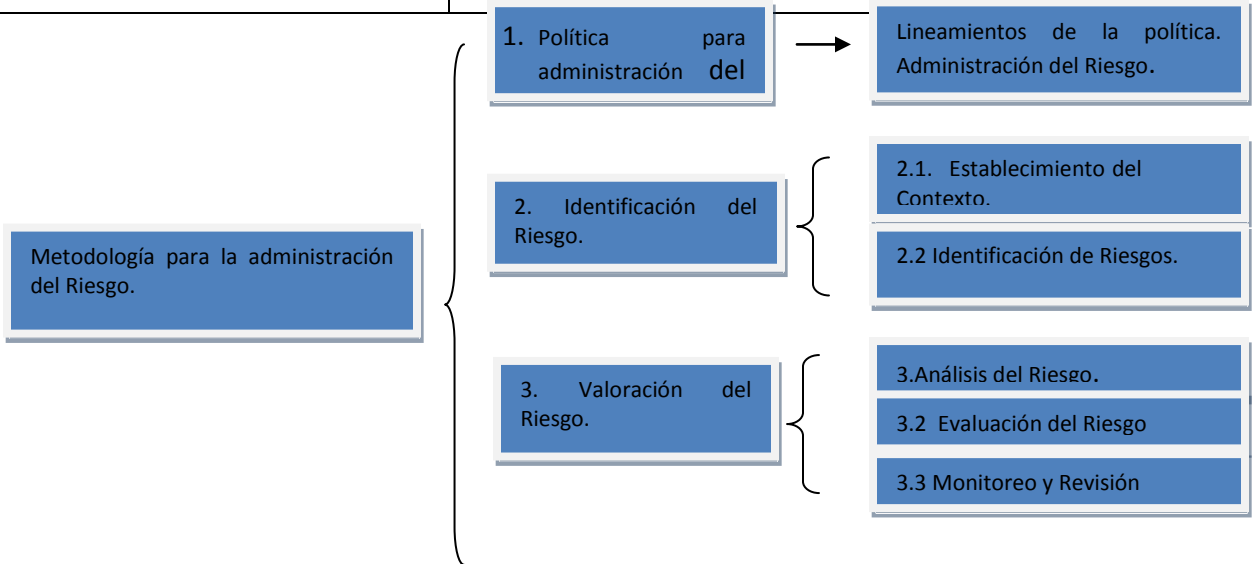
## **2.8 METODOLOGIA PARA LA ADMINISTRACION RIESGOS.**

En desarrollo de lo establecido en el Manual técnico del MECI para la vigencia 2014 y en la Guía para la administración del riesgo, del Departamento Administrativo para la Función Pública (de Diciembre 2014, 3 versión), se continuó a través de la oficina de Control Interno el proceso de actualización del Mapa de Riesgos de la ESE CENTRO, para lo cual se contó con la participación de los líderes de cada uno de los procesos que se encuentran contenidos en el mapa de procesos institucional.

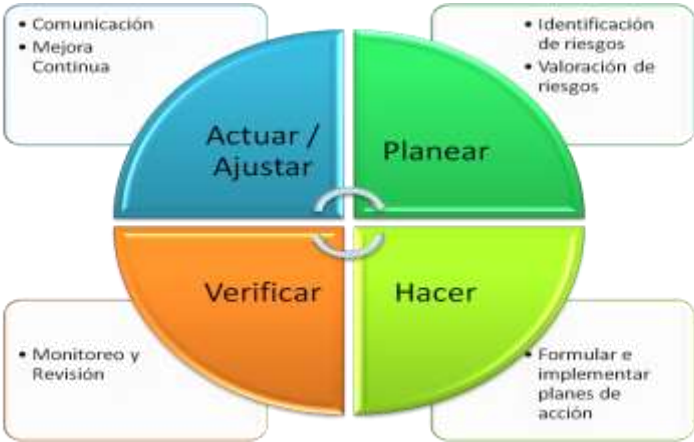
La metodología para la Administración del Riesgo requiere de un análisis inicial relacionado con el estado actual de la estructura de riesgos y su gestión en la entidad, el conocimiento de la misma desde un punto de vista estratégico, de la aplicación de tres (3) pasos básicos para su desarrollo y de la definición e implantación de estrategias de comunicación transversales a toda la entidad para que su efectividad pueda ser evidenciada.

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


	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL</b>
	<b>Código: EVM - O - 02</b>
	<b>Versión: 2</b>
	<b>Fecha: Marzo de 2017</b>



La aplicación de la metodología en la administración del riesgo institucional se basa en la norma técnica ISO 31000, contemplando el ciclo PHVA y en la Cartilla Guía para la Administración del Riesgo Versión 3 del DAFP, contemplando el ciclo PHVA.



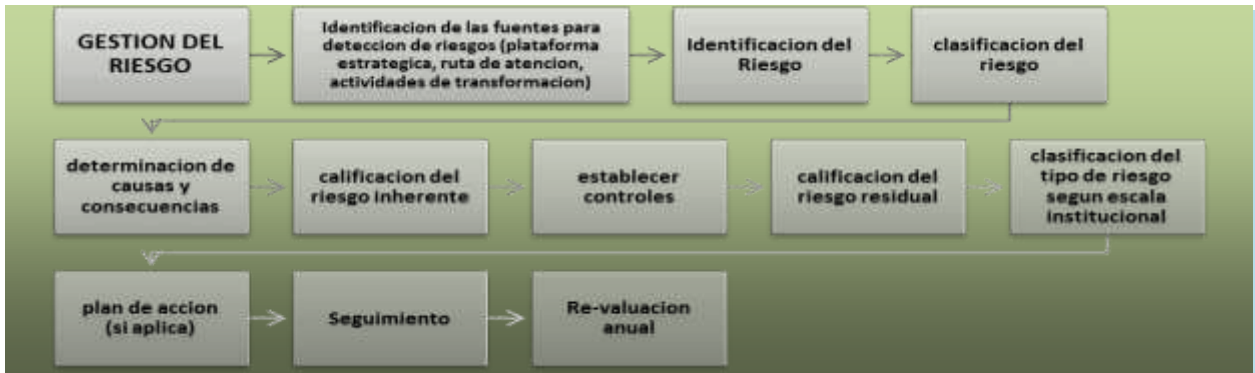
La gestión del riesgo se realizara para:


	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL</b>
	<b>Código: EVM - O - 02</b>
	<b>Versión: 2</b>
	<b>Fecha: Marzo de 2017</b>



Nota: La matriz de riesgos por proceso deberá ser actualizada y revisada mínima 1 vez al año o cuando se implementen nuevos procesos, proyectos, cambios o renovación tecnológica que puedan ocasionar un impacto significativo en la organización.

**Ruta de la gestión del riesgo:**



	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL</b>
	<b>Código:</b> EVM - O - 02
	<b>Versión:</b> 2
	<b>Fecha:</b> Marzo de 2017

### 2.8.1 POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS

La Red de Salud del Centro E.S.E en desarrollo de los elementos de control pertenecientes al componente de administración de riesgos del Modelo Estándar de Control Interno, y en desarrollo del eje de enfoque y gestión del riesgo del modelo evaluativo de acreditación; considera la administración de riesgo como elemento fundamental para la implementación, evaluación de los procesos y determinante para establecer la protección a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios, haciendo énfasis en el cumplimiento de requisitos para evitar la presentación del riesgo. Por ello Mediante la Resolución 1-15-011-2015 la Red de Salud del Centro E.S.E adopta la política integral de calidad; en la misma se encuentra expreso el compromiso de la organización frente al Eje Enfoque y Gestión del Riesgo, en el sentido de: **Identificar, controlar y gestionar los riesgos** internos y externos derivados de la prestación del servicio y la administración de los procesos, con el fin de evitar lesiones que puedan afectar la seguridad del paciente, sus familiares y colaboradores; así como gastos innecesarios para la institución .

El objetivo de esta política es orientar las acciones necesarias tendientes a disminuir la vulnerabilidad frente a hechos que afecten la seguridad de los pacientes y puedan impedir el logro de los objetivos de la entidad. Aplica transversalmente a toda la entidad y sus procesos, desde la junta directiva, el direccionamiento estratégico, el nivel operativo y las actividades propias para la atención de los usuarios y en general a toda la operación de la E.S.E


### 2.8.2 Identificación de Riesgos

La identificación del riesgo debe tener en cuenta el conocimiento previo de situaciones que han o que pueden llegar a obstaculizar el cumplimiento de una actividad, la obtención de un resultado, obtener un producto o servicio específico, el cumplimiento de un requisito legal, organizacional o externo, y/o la satisfacción de los usuarios en la Institución.

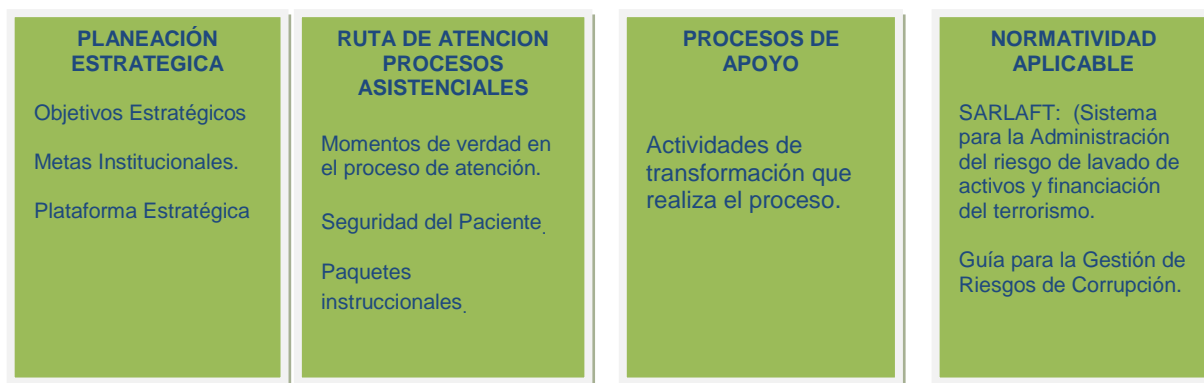
La identificación del riesgo se realiza determinando las causas, con base en los factores internos y/o externos analizados para la entidad, y que pueden afectar el logro de los objetivos. La identificación del riesgo parte de los objetivos estratégicos y de la calidad y se centra en los riesgos mas importantes y significativos que afectan el desarrollo de los procesos y sus objetivos.

Las situaciones base utilizadas a nivel institucional son la ruta de atención en el caso de los procesos asistenciales y las actividades de transformación que realizan los procesos de apoyo; para la identificación de riesgos o posibles fallas, sin embargo tal como se mencionó anteriormente también pueden utilizarse otras fuentes complementarias tales como: los requerimientos legales, expectativas de los usuarios y cliente interno, objetivos institucionales, políticas de seguridad, aspectos para fortalecer detectados en procesos de auditoria externa, entre otros.

En esta etapa se deben establecer las fuentes o factores de riesgo, 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).

	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL</b>
	<b>Código:</b> EVM - O - 02
	<b>Versión:</b> 2
	<b>Fecha:</b> Marzo de 2017

**Fuentes sugeridas para la identificación de riesgos:**




**2.8.3 CLASIFICACION DE LOS RIESGOS:**

El Riesgo está vinculado con todo el quehacer; se podría afirmar que no hay actividad que deje de incluir el riesgo como una posibilidad. Los riesgos no son sólo de carácter económico o están únicamente relacionados con entidades financieras o con lo que se ha denominado riesgos profesionales; éstos hacen parte de cualquier gestión que se realice.

Los riesgos pueden clasificarse en las siguientes categorías:

- **Riesgo Estratégico:** Se asocia con la forma en que se administra la Entidad. El manejo del riesgo estratégico 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.

	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL</b>
	<b>Código: EVM - O - 02</b>
	<b>Versión: 2</b>
	<b>Fecha: Marzo de 2017</b>

- **Riesgo en la Seguridad del paciente:** Situación o condición que potencialmente podría ocasionar lesiones o afectar la condición de salud del usuario.
- **Riesgo de Salud ocupacional:** Es la probabilidad de ocurrencia de un evento que pueda afectar potencialmente en el cliente interno daños a la salud (una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte).
- **Riesgos de Medio ambiente:** se asociación con las dificultades para contar con las condiciones adecuadas para la realización de una actividad o satisfacción de las necesidades actuales o futuras de la entidad y soporten el cumplimiento de su misión. Incluyen factores tales como infraestructura, insumos, equipos, tecnología, entre otros.
- **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.
- **Riesgo clínico:** Es aquel riesgo concerniente a los pacientes-, es clave para la seguridad de los mismos y combina tres tipos de riesgos interdependientes:
  - ✓ El riesgo inherente al paciente en sí mismo, relacionado con el proceso que padece y que a su vez puede estar condicionado por factores como la edad, la comorbilidad, el nivel educativo u otros factores.
  - ✓ El relacionado con las decisiones médicas sobre las estrategias preventivas, diagnósticas y terapéuticas.
  - ✓ El ocasionado por aplicación de estas y los cuidados recibidos.

Estrategias que buscan identificar y analizar riesgos potenciales derivados de los procesos desarrollados en las instituciones hospitalarias, con el fin de elegir e implementar medidas para el manejo y control de los mismos.


#### **2.8.4 ABORDAJE DE LA GESTION DEL RIESGO DE ACUERDO CON LA POLITICA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD**

**Gestión del Riesgo en Salud:** Hace referencia al conjunto de acciones que sobre una población específica con individuos identificables y caracterizables, deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones

Para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes o servicios que hubiera podido evitarse.

Estas acciones hacen parte del enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza (como la frecuencia y la severidad) de un evento o de los eventos a través de una secuencia de actividades que incluye la evaluación del riesgo y el desarrollo de estrategias para identificarlo, manejarlo y mitigarlo.



	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL</b>
	<b>Código:</b> EVM - O - 02
	<b>Versión:</b> 2
	<b>Fecha:</b> Marzo de 2017

**Gestión del Riesgo Poblacional:** A través de la generación de información epidemiológica, protocolos, lineamientos, seguimiento de rutas de atención y transferencia de información de manera oportuna, pertinente, fiable y clara, promoviendo la capacidad técnica y operativa de la red se vigila y analizan los posibles riesgos para disminuir la carga de la enfermedad en la población consultante.

La Red de Salud del Centro (ESE centro). Tiene como área de influencia cinco comunas (8, 9, 10, 11 y 12), corresponde a la zona céntrica de la ciudad y agrupa una red de 16 instituciones entre centros, puestos de salud y un hospital básico. Se relaciona con las EPS del régimen subsidiado para la contratación de la población afiliada, los servicios de mayor nivel de complejidad (privados y públicos) y la orientación política y administrativa por parte del nivel central de la Secretaría de Salud y la Alcaldía municipal.

De acuerdo con el perfil epidemiológico del 2016, la población de las cinco comunas consolida un total de 433.189 habitantes para el año 2016. De acuerdo con la clase social la población general se distribuye en un 56.8% en la clase baja, un 26.3% de clase media baja y en la clase media residen el 16.9% de los habitantes. Esta situación significa que una gran proporción de ciudadanos no cuentan con los recursos mínimos para suplir las necesidades básicas convirtiéndose en personas con problemas sociales y de salud importantes para el entorno comunitario.


De acuerdo con la pirámide poblacional de las comunas de influencia de la Red Centro corresponde a una Pirámide estacionaria, pirámide propia de países en vías de desarrollo, donde se evidencia el inicio del control de la mortalidad pero la natalidad sigue siendo bastante alta. También, se evidencia un equilibrio entre todos los diferentes grupos de edad, se evidencia una importante disminución en los grupos de menores de 0 a 4 años. De acuerdo al sexo se observa que en las cinco comunas de la Red Centro 53 de cada 100 habitantes son mujeres con un predominio entre grupo de edad de 10 a 14 años. En cuanto al sexo masculino de cada 100 hombres 10,4 presentan edades entre los 10 a 14 años.

Según la etapa de ciclo de vida la tabla evidencia que el 12.38% de la población residente en las cinco comunas de influencia de la RED ESE CENTRO, pertenece ciclo vital infancia, el 30.5% hacen parte del ciclo de juventud, 40.7% son personas adultas y el restante 16.37% son habitantes con rangos de edad que los clasifican como adultos mayores.

Del total de los centros de producción el 41,5% corresponde a los programas de promoción de la salud prevención de la enfermedad; lo que refleja el interés de la Red ESE Centro, en una línea de trabajo con la población en busca de la disminución de la enfermedad desde un enfoque de prevención y autocuidado; enmarcadas en las rutas de mantenimiento y promoción de la salud por cada ciclo vital, dando cumplimiento al objetivo de la atención integral.

Realizando la clasificación de las causas de morbilidad agrupadas por grupos de causas y tipos de diagnóstico se encontraron la **enfermedades no transmisibles con 73,7% seguido de las condiciones mal clasificadas con 14,8%, en tercer lugar las condiciones materno perinatales.**

Teniendo en cuenta las principales causas de morbilidad consultadas se encontró que la **hipertensión arterial ocupa el primer lugar con un porcentaje estimado en el 15.8%**; siendo una **patología relevante en la dinámicas mórbidas de la población objeto de acciones en la Red ESE Centro.** Como **segundo motivo de consulta que más frecuente en la población objeto de**

	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL</b>
	<b>Código:</b> EVM - O - 02
	<b>Versión:</b> 2
	<b>Fecha:</b> Marzo de 2017

**contrato durante el año 2016, está la caries de la dentina, En tercer lugar se encuentra la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, en cuarto lugar se encuentra la Diabetes mellitus no insulino dependiente, seguido de rinofaringitis aguda.**

En población menor de cinco años dentro de las primeras causa de consulta se identifican a fiebre no especificada en primer lugar, la rinofaringitis aguda (resfriado común) en segundo lugar la diarrea y gastroenteritis de presenta infección viral no especificada en tercer lugar, náusea y vómito en cuarto lugar e infecciones respiratorias superiores en quinto lugar.

En menores de 6 a 11 años la primera causa de consulta corresponde a fiebre no especificada con el 14,2%, seguido de rinofaringitis aguda, diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso en tercer lugar, infección viral no especificada y en último lugar otros dolores abdominales y no especificados.

En población de 12 a 18 años se identificó como primera causa de consulta la fiebre no específica, la segunda causa de consulta es otros dolores abdominales no específicos, en tercer lugar se encontró a diarrea y gastroenteritis, en cuarto lugar trastornos de adaptación y finalmente en quinto lugar cefalea.

En la población joven, entre los 19 a 26 años se definió como primera causa de consulta, entre los diagnósticos nuevos la fiebre no específica, como segunda causa se encuentran otros dolores abdominales, como tercera causa la diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso.


En la población de 27 a 59 años se evidencia como primera causa general de morbilidad la hipertensión arterial; segunda posición otros dolores abdominales, en tercer lugar dolor en articulación, en cuarto lugar infección de vías urinarias y en quinto lugar diabetes mellitus insulino dependiente.

Finalmente en la población mayor de 60 años la primera causa de consulta es la hipertensión arterial, seguido de las infecciones por vías urinarias en segundo lugar.

La red de salud del centro cuenta con un total de 112.567 mujeres en edad fértil con edades entre 15 a 49 años; 14.649 son mujeres con edades entre 10 y 14 años; 15.816 son mujeres con edades entre 15 y 19 años y 30.465 son mujeres con edades entre 10 y 19 años. La tasa bruta de natalidad para el año 2016 presentó 10.5 nacimientos x 1000 habitantes.

La búsqueda activa institucional de Eventos de Interés en Salud Pública se lleva a cabo a partir de la revisión de registros de consulta externa, urgencias, hospitalización y laboratorios clínicos, se utiliza el módulo de BAI de Sianiesp en SIVIGILA, utilizando los diagnósticos que nos lleven a cumplir con la definición de casos para cada evento. Teniendo en cuenta la endemicidad del evento y las características de la población atendida por las diferentes instituciones que conforman la red de salud del centro.

La ESE Centro cuenta entre otros con el programa PLAN MAMÁ, donde se desarrollan todas las actividades encaminadas a detectar tempranamente las alteraciones del embarazo (CPN) con el objeto de analizar e intervenir oportunamente los riesgos en salud que pudiesen presentarse durante la gestación y que potencialmente podrían impactar en el desarrollo adecuado de está, afectando al binomio madre hijo.

	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL</b>
	<b>Código:</b> EVM - O - 02
	<b>Versión:</b> 2
	<b>Fecha:</b> Marzo de 2017

La intervención inicia desde la identificación de la población de mujeres en edad fértil objeto de los contratos a quienes se les realiza la asesoría en salud sexual y reproductiva mediante un instrumento que permite detectar riesgos relacionados con la salud sexual y reproductiva tales como riesgos e ITS, riesgos reproductivos ,riesgos de Ca de cérvix , riesgo de violencia , riesgos de embarazos no deseados y deseo de embarazo en los próximos 6 meses lo que nos permite desarrollar intervenciones inmediatas según los riesgos detectados .

Las mujeres que desean un embarazo a corto plazo se remiten a la consulta Preconcepcional donde se identifican riesgos y se preparan para un futuro embarazo.

El programa de CPN ha desarrollado estrategias que permiten la captación temprana del embarazo y la clasificación oportuna del riesgo con intervenciones interdisciplinarias y seguimiento constante del binomio madre hijo durante toda la gestación hasta el parto, post parto e ingreso de la madre a la ruta de atención integral de la mujer en edad fértil y el menor a la ruta de atención de integral de la primera infancia.

También en la ESE, se cuenta con el modelo de atención del paciente crónico con diagnóstico de Hipertensión y Diabetes, se integra el conocimiento, la normatividad vigente y el talento humano necesario para brindar un tratamiento integral al paciente, obteniendo como resultado la disminución de agudizaciones y complicaciones permitiendo contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del usuario y su familia como parte fundamental en la contribución y complemento de la adherencia al tratamiento. Se realizan acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel individual, familiar y grupal, con el fin de fortalecer la captación y diagnóstico temprano a través de las encuestas de riesgo cardiovascular, afinamientos y actividades de pesquisa de pacientes.

Se promueven en el paciente autocuidado y reconocimiento de la patología a fin de fortalecer habito de autocuidado en el usuario y fortaleciendo desde el acompañamiento familiar.

Se generan acciones de seguimiento permanente del estado de salud del paciente, que permite la identificación oportuna de complicaciones causadas por la enfermedad y evite la hospitalización del mismo. A su vez de potencializar cambios de comportamiento, la adquisición de nuevos hábitos saludables y mejorar el cumplimiento terapéutico e identificamos en los pacientes y sus familiares la necesidad de intervención especializada, brindando información, asesoramiento y entrenamiento al paciente, su familia y red de apoyo para superar procesos psíquicos complejos.

Los servicios contemplados en el modelo son:

- Experiencia en el manejo de pacientes HTA / DM por médico
- Servicio de Enfermería fortalecimiento de estilos de vida saludables y seguimiento y adherencia a tratamiento.
- Informar, motivar, orientar y educar a la familia sobre el tratamiento y el éxito y constancia del mismo
- Valoración del estado nutricional
- Otros complementarios como trabajo social, psicología y medicina familiar.

De ésta manera se facilita, apoya y contribuye para que el paciente pueda reorganizarse y continuar afrontando su presente y futuro.

	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL</b>
	<b>Código:</b> EVM - O - 02
	<b>Versión:</b> 2
	<b>Fecha:</b> Marzo de 2017

### 2.8.4 ANÁLISIS DEL RIESGO

**Riesgo:** Es la situación o evento que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones del proceso o afectar el logro de los objetivos esperados. Por cada riesgo identificado, se definen sus causas y efectos (consecuencia).

Tenga en cuenta para su redacción que:

- No se debe confundir con un problema
- No se debe redactar en términos de una no conformidad o incumplimiento.

El análisis del riesgo busca establecer la probabilidad de ocurrencia del mismo y sus consecuencias.

**La Probabilidad:** Es decir la posibilidad de que ocurra el riesgo; esta puede ser medida por criterios de frecuencia, si se ha materializado (número de veces en un tiempo determinado), o de factibilidad teniendo en cuenta la presencia de factores internos y externos que puedan propiciar el riesgo, aunque este no se haya materializado.

**Efecto o consecuencias:** Relacionada con las repercusiones que se ocasionan si se presenta el riesgo. Pueden incluir: pérdidas económicas, pérdida de imagen, incumplimientos legales, daños a la integridad, sanciones, reprocesos, cese de actividades, reprogramaciones, insatisfacción del usuario, entre otros.


**VALORACION RIESGO INHERENTE (previa a la aplicación de controles):** En esta etapa se pretende asignar una calificación cuantitativa al riesgo inherente. El resultado por cada riesgo (R) será equivalente al obtenido en la multiplicación de las calificaciones asignadas en cada categoría de probabilidad (P) e impacto (I) así:  $(P \times I = R)$ .

Para su valoración se proponen 2 escalas con los siguientes criterios:

<u>Escala A:</u>	<u>Escala B:</u>
Riesgos administrativos, operativos y otros que <b>no afecten</b> la seguridad del paciente o de manera significativa la estabilidad económica de la organización	<b>afectan</b> la seguridad del paciente y la estabilidad económica de la organización

#### Escala A:

Probabilidad			Impacto		
<b>Alta</b>	5	Más de 1 vez por semana	<b>Catastrófico</b>	5	Perdida de cliente, demandas, cierre de la empresa, alta pérdida económica
<b>Media</b>	3	Al menos 1 vez al mes	<b>Moderado</b>	3	Quejas, reclamos, pérdida económica moderada,
<b>Baja</b>	1	No se ha presentado en los últimos 6 meses	<b>Mínimo</b>	1	Sugerencias, reprocesos, asumir la cuenta

	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL</b>
	<b>Código:</b> EVM - O - 02
	<b>Versión:</b> 2
	<b>Fecha:</b> Marzo de 2017

**Escala B:**

Probabilidad			Impacto		
<b>Alta</b>	5	Al menos 1 vez al mes	<b>Catastrófico</b>	5	Demandas o procesos jurídicos, eventos adversos, generación de alertas ante el INVIMA u otros entes, cierre o intervención de la empresa, alta pérdida económica, auditoría externa para revisión de la situación, daño ambiental.
<b>Media</b>	3	se ha presentado en los últimos 6 meses	<b>Moderado</b>	3	pérdida económica moderada, daño ambiental moderado
<b>Baja</b>	1	No se ha presentado en los últimos 12 meses	<b>Mínimo</b>	1	Sugerencias, reprocesos, asumir la cuenta, daño ambiental menor.

**CONTROLES:** Actividades o medidas implementadas en la actualidad por el proceso, área o a nivel institucional que mitigan (acciones correctivas) o previenen (acciones preventivas) la aparición del riesgo referido. La institución cuenta con el mapa de riesgos en el cual se encuentran consignados los controles y a los cuales se les realiza seguimiento una vez en el año. Así mismo, se cuenta con la herramienta de PAMEC, el cual contiene las oportunidades de mejoramiento identificadas mediante diferentes fuentes, al igual que las acciones a implementar.

**VALORACION RIESGO RESIDUAL (posterior al control):** En esta etapa se pretende asignar una calificación cuantitativa al riesgo RESIDUAL. El resultado por cada riesgo (R) será equivalente al obtenido en la multiplicación de las calificaciones asignadas en cada categoría de probabilidad (P) e impacto (I) así:  $(P \times I = R)$ . Una vez efectuado el seguimiento a los controles establecidos en el mapa de riesgos y plan de mejoramiento PAMEC de acuerdo con la periodicidad establecida, se procederá Alinear la valoración del riesgo residual con el Aprendizaje organizacional producto de la implementación del PAMEC, y la ejecución de controles. Es así como las acciones e iniciativas que hayan generado el impacto esperado serán sostenidas en el tiempo, a través de su implementación permanente; aquellas que no hayan generado los resultados esperados deberán replantearse.

*Nota:* la escala aplicada será la misma referida en la valoración del riesgo inherente.

**2.8. 5 GESTION Y CONTROL**

Posterior a la valoración del riesgo y obtener la calificación total del mismo, se deberán implementar las acciones preventivas y correctivas correspondientes para la mitigación y tratamiento de los riesgos identificados acorde a la categoría obtenida con la calificación asignada así:



**RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E**


**MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL**

**Código:** EVM - O - 02

**Versión:** 2

**Fecha:** Marzo de 2017

Clasificación Riesgo	Rango de calificación	Conducta a Seguir	Requiere Plan Acción		Especificaciones
			SI	NO	
<b>Riesgo ALTO Inaceptable - Zona ROJA</b>	25-16	Se debe dar tratamiento a las causas que generan el riesgo. Es decir, se deben implementar controles de prevención para reducir la Probabilidad del riesgo o disminuir el impacto de los efectos; las acciones que se definan como tratamiento se deben establecer a <u>corto plazo</u> .	X		Levantamiento de plan de acción con acciones correctivas y preventivas de corto plazo.
<b>Riesgo Moderado - Zona AMARILLA</b>	15-6	Se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Baja, fortaleciendo los controles existentes. SU tratamiento es a mediano plazo (max. 1 año)	X		Levantamiento de plan de acción con acciones correctivas y preventivas para disminuir la calificación asignada a su probabilidad e impacto en la próxima actualización de riesgos del proceso.
<b>Riesgo BAJO Aceptable – Zona VERDE</b>	1-5	El riesgo se encuentra en un nivel que puede aceptarlo sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que se poseen. No requiere tratamiento.		x	El levantamiento del plan de acción es opcional para el proceso.

	<b>RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E</b>
	<b>MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL</b>
	<b>Código:</b> EVM - O - 02
	<b>Versión:</b> 2
	<b>Fecha:</b> Marzo de 2017

**COMUNICACIÓN:** Los mecanismos de difusión serán los elegidos por el proceso según su funcionalidad, sin embargo deben contar con registros que soporten dicha actividad (actas, lista de asistencia, correo interno, registro fotográfico, entre otros). Una vez realizado el seguimiento a la evaluación de la gestión del riesgo institucional se comunicarán los resultados a los clientes internos y demás partes interesadas. Los temas asociados a la gestión del riesgo que deban ser conocidos por clientes y partes interesadas serán incluidos o alineados en el plan de comunicaciones y plan de capacitaciones.

**SEGUIMIENTO:** La oficina de control interno realizarán seguimiento a:

- la identificación de riesgos
- coherencia en la valoración y calificaciones asignadas
- formulación y aplicación de las acciones correspondientes para la mitigación o prevención del riesgo, es decir controles.
- seguimiento y actualización del panorama de riesgos del proceso

Los procesos deberán realizar la revisión y actualización de sus riesgos con una periodicidad mínima anual, sin embargo puede realizarse antes cuando se implementen nuevos procesos, proyectos, cambios institucionales significativos o renovación tecnológica que puedan ocasionar un impacto significativo en la organización.

## INDICADORES

### 1. Índice de accidentalidad:

Formula: No. de accidentes laborales/ Población de la ese centro  
Meta:

### 2. Índice de enfermedad laboral:

Formula: No. de casos calificados de enfermedad laboral / Total población expuesta  
Meta:

### 3. Índice de *Riesgo financiero*

### 4. Índice de cumplimiento de oportunidades de mejora del eje de gestión de riesgos (PAMEC): No. de acciones cerradas / no de acciones planteadas.

### 5. Gestión de eventos adversos: No. de eventos adversos gestionados / No. de eventos adversos reportados.

No. de eventos adversos presentados en el periodo / presentados en el periodo anterior.



**RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E**

**MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL**

**Código: EVM - O - 02**

**Versión: 2**

**Fecha: Marzo de 2017**

PROCESO	FUENTE	RIESGO	TIPO								CAUSA	CONSECUENCIA	CALIF. RIESGO INHERENTE				CONTROLES	CALIF. RIESGO RESIDUAL				ESCALA UTILIZADA	PLAN DE ACCION			
			Estrateg.	imagen	operativo	financ.	cumplim.	regul.	paciente	S.O.			medio amb.	tecnolog.	PROB.	IMP.		CALIF.	CLASIF.	PROB.	IMP.		CALIF.	CLASIF.	si	no
APOYO DIAGNOSTICO	Lluvia de ideas	Entrega inadecuada de resultados a usuarios.						X				1.Orden ilegible o incompleta, 2.Error humano 3. Falta de verificación de datos del usuario.	1.Potencial alteración del estado de salud del usuario. 2. Diagnóstico equivocado 3. potencial demanda legal	5	5	25	RIESGO ALTO	XXXX	3	3	9	RIESGO MODERADO	A	X		FFFF
		Falta de oportunidad en la lectura de citologías						X				1.) Falta de seguimiento a la oportunidad en la lectura de citologías.	1.) Mala percepción, e insatisfacción por parte de los contratantes (E.S.E). 2.) Perdida de clientes y disminución de recursos para la entidad.			0	RIESGO BAJO				0	RIESGO BAJO				
		Inadecuada adherencia a guías y protocolos de atención						X				Deficiencias en el proceso de inducción para socializar las guías y protocolos.	1. Mala calidad en el servicio 2. Errores en los resultados de las muestras. 3. Diagnóstico médico inadecuado			0	RIESGO BAJO				0	RIESGO BAJO				
		Muestras inadecuadas						X				1. Deficiencias en el proceso de inducción para socializar las guías y protocolos. 2. Rotación del personal. 3. Problemas de transporte de muestras	1. Errores en los análisis y resultados de las muestras. 2. Eventos adversos por nueva toma de muestras o errores en la entrega de resultados 3. Diagnóstico médico inadecuado.			0	RIESGO BAJO				0	RIESGO BAJO				
		Falta de aplicación de controles de calidad analíticos en el procesamiento de las muestras.						X				1. Falta de adherencia a la aplicación de controles de calidad por parte del personal de laboratorio. 2. Falta de concientización en la importancia del control.	1. Malas practicas de laboratorio. 2. Alteración en resultados de pruebas de laboratorio. 3. Diagnóstico médico inadecuado			0	RIESGO BAJO				0	RIESGO BAJO				

<b>Revisó:</b>  Representante de la dirección y/o Subgerente	<b>Aprobó:</b>  Gerente y/o subgerente
--	--