Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
María Upegui
HOMO

MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS (SIGR)

CONTENIDO

1. OBJETIVO 4
2. ALCANCE 4
3. DEFINICIONES 4
4. ACTIVIDADES / LINEAMIENTOS 6
4.1 Generalidades del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos 6
4.2 Gobierno Del Sistema Integrado De Gestión De Riesgos 8
4.3 Metodología para la Gestión Integral del Riesgo 13
4.3.1 Análisis del contexto interno y externo 15
4.3.2 PASO 1 Identificación y descripción del riesgo 17
4.3.3 PASO 2 Análisis del riesgo inherente 20
4.3.4 PASO 3 Diseño y análisis de controles 25
4.3.5 PASO 4 Valoración del riesgo residual 35
4.3.6 Tratamiento, seguimiento y reporte de los riesgos 38
4.3.7 Gestión de los riesgos materializados 44
4.4 Subsistemas de Administración de Riesgos priorizados por la Superintendencia Nacional de Salud 46
4.4.1 Gestión Del Riesgo En Salud 48
4.4.2 Gestión del Riesgo Operacional 53
4.4.3 Gestión del Riesgo Actuarial 56
4.4.4 Gestión del Riesgo de Crédito 61
4.4.5 Gestión del Riesgo de Liquidez 65
4.4.6 Gestión del Riesgo de Mercado de Capitales 70
4.4.7 Gestión del Riesgo de Grupo 75
4.4.8 Gestión del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – LA/FT/FPADM 80
4.4.9 Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF 83
4.5 Gestión de riesgos institucionales específicos 86
4.5.1 Gestión de Riesgos Fiscales 87
4.5.2 Gestión De Riesgos De Seguridad De La Información 97

4.5.3 Sistema de gestión de riesgos para la integridad pública – SIGRIP ... 109
4.5.4 Otros Riesgos Institucionales Específicos ... 119
5. ANEXOS ... 120
6. MARCO LEGAL ... 120
7. DIFUSIÓN ... 122
8. CONTROL DE CAMBIOS ... 123

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos metodológicos para la implementación, operación, mantenimiento, seguimiento y mejora continua del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR) de la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO, con el fin de fortalecer la gestión institucional mediante la identificación, análisis, evaluación, tratamiento, monitoreo y seguimiento de los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos, misionales, asistenciales, administrativos y de apoyo, en armonía con la Guía para la Administración del Riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) y las disposiciones emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud aplicables a la Entidad.

2. ALCANCE

El presente Manual del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos aplica a todos los procesos, dependencias, servidores públicos, trabajadores oficiales, contratistas, estudiantes, proveedores y demás partes interesadas que, en el desarrollo de sus funciones o actividades, participen o tengan responsabilidad en la gestión de los riesgos de la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO.

El Manual establece la metodología institucional para la gestión integral del riesgo y orienta la articulación de los diferentes subsistemas de administración de riesgos y demás instrumentos institucionales relacionados, de conformidad con la normatividad vigente aplicable.

3. DEFINICIONES

Apetito del Riesgo: Nivel de riesgo que la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO está dispuesta a asumir para el cumplimiento de sus objetivos institucionales, de conformidad con su capacidad de gestión, el marco normativo aplicable y los criterios definidos por la Alta Dirección.

Control: Medida preventiva, detectiva o correctiva implementada por la Entidad para reducir la probabilidad de ocurrencia de un riesgo y/o disminuir el impacto de sus posibles consecuencias, contribuyendo al logro de los objetivos institucionales.

Gestión Integral del Riesgo: Proceso continuo, sistemático y transversal mediante el cual la Entidad identifica, analiza, evalúa, trata, monitorea y realiza seguimiento a los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de sus objetivos estratégicos, misionales, asistenciales, administrativos y de apoyo, promoviendo la toma de decisiones informadas y el mejoramiento continuo.

Impacto: Consecuencia o efecto que puede generar la materialización de un riesgo sobre el cumplimiento de los objetivos institucionales, la prestación de los servicios, los recursos, la reputación, el cumplimiento normativo o cualquier otro aspecto relevante para la Entidad.

Monitoreo: Proceso permanente mediante el cual se verifica el comportamiento de los riesgos, la efectividad de los controles y la implementación de las acciones definidas para su tratamiento, con el fin de identificar oportunamente cambios en el contexto o desviaciones que requieran intervención.

Probabilidad: Posibilidad de que un riesgo se materialice durante un periodo determinado, considerando las condiciones internas y externas que puedan influir en su ocurrencia.

Riesgo: Posibilidad de que ocurra un evento que afecte el cumplimiento de los objetivos institucionales, generando impactos sobre la gestión, la prestación de los servicios, el cumplimiento de las obligaciones legales o la sostenibilidad de la Entidad.

Riesgo Inherente: Nivel de riesgo existente antes de considerar la aplicación y efectividad de los controles establecidos por la Entidad.

Riesgo Residual: Nivel de riesgo que permanece una vez aplicados los controles implementados por la Entidad para reducir su probabilidad de ocurrencia y/o su impacto.

Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR): Conjunto articulado de políticas, metodologías, procesos, procedimientos, controles, responsabilidades e instrumentos adoptados por la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO para gestionar de manera integral los riesgos institucionales y los subsistemas de administración de riesgos aplicables, contribuyendo al logro de los objetivos institucionales y al fortalecimiento de la gestión.

Subsistema de Administración de Riesgos: Conjunto de políticas, metodologías, procedimientos, controles y actividades orientados a la gestión de una categoría específica de riesgos, en cumplimiento de la normatividad aplicable y en articulación con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la Entidad.

Tolerancia al Riesgo: Nivel de variación aceptable frente al apetito del riesgo definido por la Entidad, dentro del cual se considera posible gestionar los riesgos sin afectar significativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales.

4. ACTIVIDADES / LINEAMIENTOS

4.1 Generalidades del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos

La E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO establece el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR) como el marco institucional para la identificación, análisis, valoración, tratamiento, seguimiento y monitoreo de los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales, la prestación de los servicios, la sostenibilidad de la Entidad y el logro de los resultados previstos.

El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos se desarrolla de manera articulada con el direccionamiento estratégico, el modelo de operación por procesos, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el Sistema de Control Interno y los demás sistemas, políticas, programas, instrumentos y mecanismos institucionales relacionados con la gestión y administración de riesgos.

El SIGR comprende los riesgos derivados de la gestión institucional y aquellos que, por su naturaleza, requieren metodologías, controles, instrumentos o disposiciones especializadas. En consecuencia, su administración se desarrolla bajo una metodología institucional común, complementada con los elementos particulares establecidos para cada tipología o subsistema de riesgo, de acuerdo con las disposiciones legales y regulatorias aplicables y con las características propias de la E.S.E. HOMO.

En este marco, la gestión integral del riesgo busca proporcionar información oportuna y confiable para la toma de decisiones, fortalecer la prevención y detección de situaciones que puedan afectar los objetivos institucionales, promover el adecuado funcionamiento de los controles y contribuir a la continuidad de los procesos y servicios de la Entidad.

El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos comprende los subsistemas de administración de riesgos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud, así como los riesgos institucionales especializados que la E.S.E. HOMO determine gestionar de acuerdo con su naturaleza, contexto, necesidades y obligaciones aplicables.

Los subsistemas y riesgos especializados se gestionarán de manera articulada con la metodología institucional definida en el presente Manual. Cuando exista un instrumento o documento especializado que desarrolle de manera particular un riesgo o subsistema, dicho instrumento conservará su carácter específico y complementará el marco institucional, evitando la duplicidad de metodologías, controles, procedimientos y demás contenidos.

En este sentido, el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo – SARLAFT y el Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF se integran al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la E.S.E. HOMO, pero cuentan con instrumentos y manuales independientes para su desarrollo, en atención a las disposiciones regulatorias específicas que les resultan aplicables. El presente Manual establecerá su articulación con el SIGR, sin sustituir ni duplicar los contenidos especializados de dichos instrumentos.

La gestión del riesgo será responsabilidad de las diferentes instancias, dependencias, líderes de proceso, servidores públicos y demás colaboradores de la E.S.E. HOMO, de acuerdo con las funciones y responsabilidades definidas en el modelo de gobierno del Sistema y en los instrumentos institucionales correspondientes.

El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos deberá mantenerse actualizado de acuerdo con los cambios en el contexto institucional, la operación de los procesos, los riesgos identificados, los resultados del seguimiento y monitoreo, las materializaciones de riesgo y las modificaciones normativas o regulatorias que resulten aplicables.

La administración del riesgo constituye, por tanto, un proceso permanente y articulado con la planeación, ejecución, seguimiento, evaluación y mejoramiento institucional, orientado a fortalecer la capacidad de la E.S.E. HOMO para anticiparse a situaciones que puedan afectar el cumplimiento de sus objetivos y responder oportunamente cuando estas se presenten.

Política de gestión del riesgo

La Política para la Gestión Integral de Riesgos constituye el instrumento rector mediante el cual la E.S.E. HOMO establece los principios, lineamientos, criterios de aceptación y demás directrices para la gestión integral de los riesgos. Esta política deberá ser adoptada por la instancia competente, revisada como mínimo una vez al año y actualizada cuando las condiciones institucionales, regulatorias o de

exposición al riesgo así lo requieran, dejando constancia de su aprobación y modificaciones en las actas correspondientes.

Infraestructura tecnológica

El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos contará con la infraestructura tecnológica y los sistemas de información necesarios para soportar el registro, administración, consolidación, seguimiento, monitoreo, reporte y conservación de la información relacionada con los riesgos, de acuerdo con las capacidades y necesidades de la E.S.E. HOMO y con los requerimientos aplicables a cada subsistema.

4.2 Gobierno Del Sistema Integrado De Gestión De Riesgos

La E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO establecerá y mantendrá un esquema de gobierno para el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos que permita definir responsabilidades, niveles de autoridad, mecanismos de coordinación, seguimiento y comunicación para la gestión integral de los riesgos institucionales y de los subsistemas de administración de riesgos aplicables.

El Gobierno del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos se desarrollará de manera articulada con la estructura organizacional, el modelo de operación por procesos, el Sistema de Control Interno y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, atendiendo las disposiciones establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes.

La gestión de los riesgos constituye una responsabilidad institucional y será ejercida de manera articulada por la Alta Dirección, los líderes y responsables de los procesos, las instancias de coordinación y seguimiento, las funciones especializadas de cumplimiento y las instancias de evaluación independiente, de acuerdo con las competencias asignadas.

La Junta Directiva o máximo órgano de administración, en el marco de sus competencias, ejercerá la dirección y supervisión estratégica del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos. Le corresponderá, entre otras funciones, aprobar las políticas y lineamientos institucionales relacionados con la administración de los riesgos, conocer los informes sobre los niveles de exposición y el funcionamiento del Sistema, realizar seguimiento a las medidas adoptadas frente a desviaciones o excedentes de los límites establecidos y asegurar que la Entidad disponga de los recursos necesarios para la adecuada implementación y funcionamiento del Sistema.

La Junta Directiva o máximo órgano de administración aprobará, cuando corresponda, los límites de exposición y demás parámetros de riesgo de los subsistemas priorizados, así como las actuaciones y planes de contingencia que deban adoptarse frente a escenarios que superen los niveles establecidos, de acuerdo con la regulación aplicable y las propuestas presentadas por las instancias responsables.

La Alta Dirección será responsable de orientar la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, promover una cultura institucional basada en la gestión preventiva del riesgo, asegurar la aplicación de las políticas y lineamientos aprobados y realizar seguimiento a los resultados de la gestión de riesgos y a las acciones adoptadas para su tratamiento.

El Representante Legal, dentro de las competencias que le correspondan, apoyará y garantizará el cumplimiento de las políticas definidas por la Junta Directiva, realizará seguimiento al funcionamiento de las instancias responsables de la gestión de riesgos, conocerá las situaciones relacionadas con el incumplimiento o superación de límites de exposición y promoverá la adopción oportuna de las medidas y planes de contingencia que correspondan.

Cuando la estructura institucional contemple un Comité de Riesgos u órgano equivalente, este desarrollará las funciones que le sean asignadas mediante el acto de creación y reglamento correspondiente, incluyendo, cuando aplique, la revisión y recomendación de metodologías, políticas, límites, indicadores, resultados del monitoreo y medidas de tratamiento de los riesgos.

La función responsable de la gestión integral del riesgo coordinará y orientará metodológicamente la implementación y mantenimiento del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, promoverá la aplicación de los criterios establecidos en el presente Manual, consolidará la información necesaria para el seguimiento institucional y apoyará a los procesos en la identificación, análisis, valoración, tratamiento y monitoreo de los riesgos, de acuerdo con las competencias que le hayan sido asignadas.

La función de gestión del riesgo podrá proponer actualizaciones a la metodología, políticas, instrumentos, indicadores, límites y demás elementos del Sistema, con fundamento en los resultados del seguimiento, cambios en el contexto, modificaciones regulatorias, materialización de riesgos y demás situaciones que puedan afectar la gestión institucional.

Esquema de Líneas de Defensa

La gestión de riesgos y el control en la E.S.E. HOMO se desarrollarán bajo el Esquema de Líneas de Defensa, mediante la asignación diferenciada de responsabilidades para la identificación, gestión, seguimiento, monitoreo y evaluación de los riesgos y controles institucionales.

La Línea Estratégica está constituida por la Alta Dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en el marco de las competencias asignadas a cada instancia. Esta línea orienta la gestión institucional del riesgo, establece y supervisa las políticas y lineamientos de control y gestión del riesgo, analiza los resultados de su seguimiento y promueve las decisiones necesarias para asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales. La conformación de la Línea Estratégica con la Alta Dirección y el CICCI corresponde al esquema señalado por Función Pública.

La Primera Línea de Defensa está constituida por los líderes y responsables de los procesos, así como por los servidores públicos y demás colaboradores que participan directamente en la ejecución de las actividades institucionales. Esta línea es responsable de gestionar los riesgos asociados a sus procesos, ejecutar los controles establecidos, realizar el autocontrol, identificar cambios en las condiciones de riesgo, reportar eventos o materializaciones y adoptar las acciones que correspondan dentro de sus competencias.

La Segunda Línea de Defensa está constituida por las dependencias, responsables, coordinadores, líderes, funciones especializadas y demás instancias que, de acuerdo con sus competencias, realizan actividades de asesoría, acompañamiento, seguimiento, monitoreo, análisis y evaluación de la gestión de riesgos. Esta línea proporciona orientación metodológica, verifica la aplicación de los lineamientos establecidos, consolida y analiza información de riesgos, genera alertas y comunica oportunamente las situaciones que requieran intervención o escalamiento.

La Tercera Línea de Defensa está constituida por la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, en ejercicio de su función de evaluación independiente. Esta línea evalúa de manera objetiva e independiente la eficacia de la gestión de riesgos y de los controles, verifica el funcionamiento del Sistema de Control Interno y formula recomendaciones para su fortalecimiento, sin asumir responsabilidades propias de la gestión de los riesgos o de la ejecución de controles.

Las líneas de defensa actuarán de manera articulada, manteniendo claridad sobre sus responsabilidades y evitando la duplicidad de funciones. La existencia de las

líneas de defensa no implica que la responsabilidad sobre la gestión de los riesgos se concentre en una dependencia específica, dado que la administración del riesgo constituye una responsabilidad institucional compartida.

Responsabilidades de los procesos y responsables de los riesgos

Los líderes y responsables de los procesos deberán identificar y gestionar los riesgos asociados al desarrollo de sus actividades, mantener actualizada la información de riesgos, ejecutar y evaluar los controles bajo su responsabilidad, reportar eventos y materializaciones, implementar las acciones de tratamiento y suministrar la información requerida para el seguimiento y monitoreo institucional.

Los responsables de los controles deberán conocer las características, propósito, periodicidad, responsables y evidencias asociadas a los controles que les hayan sido asignados y deberán informar oportunamente las situaciones que puedan afectar su ejecución o efectividad.

Los responsables de cada subsistema de administración de riesgos deberán, además, atender las disposiciones específicas establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes, así como los documentos especializados que regulen su operación.

Función de Cumplimiento

La función de cumplimiento desarrollará las actividades de asesoría, seguimiento y verificación que le sean asignadas en relación con las obligaciones legales, regulatorias y políticas institucionales aplicables a la gestión de riesgos y a los sistemas especializados de cumplimiento.

Cuando la Entidad cuente con un Oficial de Cumplimiento, sus funciones, responsabilidades, autoridad, independencia y condiciones de actuación deberán estar formalmente establecidas en el acto de designación, manual de funciones, reglamento o demás instrumentos institucionales que correspondan, de acuerdo con la regulación aplicable.

Las funciones específicas del Oficial de Cumplimiento en materia de SARLAFT, SICOF, PTEE u otros sistemas especializados se desarrollarán en los respectivos instrumentos rectores, evitando duplicar en este Manual las funciones y procedimientos propios de cada sistema.

Evaluación independiente

La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces realizará la evaluación independiente de la gestión de riesgos, de acuerdo con sus competencias y con la programación anual de auditoría.

La evaluación independiente deberá considerar, entre otros aspectos, la aplicación de la metodología institucional, el diseño y funcionamiento de los controles, la efectividad de las acciones de tratamiento, la evolución de los riesgos, el cumplimiento de las políticas y límites establecidos y la implementación de las recomendaciones formuladas.

Los resultados de las evaluaciones independientes constituirán insumo para el fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y serán comunicados a las instancias competentes de acuerdo con los mecanismos institucionales establecidos.

Coordinación, comunicación y reporte

Las instancias que participan en el Gobierno del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos deberán mantener mecanismos de comunicación y reporte que permitan disponer de información oportuna, confiable y suficiente sobre los niveles de exposición, comportamiento de los riesgos, efectividad de los controles, materializaciones, cumplimiento de límites y acciones de tratamiento.

Los reportes deberán presentarse con la periodicidad y mediante los mecanismos definidos por la Entidad y por las disposiciones específicas aplicables a cada subsistema.

La información sobre situaciones que puedan representar una exposición superior al apetito o tolerancia, incumplimiento de límites, materialización de riesgos o escenarios que puedan afectar significativamente los objetivos institucionales deberá ser comunicada oportunamente a las instancias competentes para la adopción de las medidas correspondientes.

La estructura de Gobierno del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos deberá mantenerse actualizada frente a cambios en la estructura organizacional, responsabilidades, regulación aplicable, naturaleza de los riesgos o condiciones de operación de la E.S.E. HOMO..

4.3 Metodología para la Gestión Integral del Riesgo

La E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO adopta una metodología para la gestión integral del riesgo que permite identificar, analizar, valorar y administrar de manera sistemática los eventos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales y de los procesos, contribuyendo a la toma de decisiones, la prevención, la mejora continua y el logro de los resultados esperados.

La metodología institucional se fundamenta en los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – Versión 7, las disposiciones emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud, la NTC ISO 31000:2018 y demás normas aplicables a la gestión del riesgo en el sector salud, armonizadas con la estructura organizacional, el modelo de operación por procesos y las características propias de la Entidad.

Como regla general, la gestión de los riesgos en la E.S.E. HOMO se desarrollará mediante los siguientes cuatro pasos metodológicos, los cuales deberán aplicarse de manera secuencial y articulada:

Paso 1. Identificación y descripción del riesgo: permite reconocer y comprender los eventos que pueden afectar los objetivos, a partir del análisis de los procesos, puntos de riesgo, áreas de impacto, factores de riesgo, causas y consecuencias, según corresponda.

Paso 2. Análisis del riesgo inherente: permite determinar el nivel de exposición del riesgo antes de considerar el efecto de los controles, mediante el análisis de su probabilidad e impacto y la determinación de su nivel de severidad.

Paso 3. Diseño y análisis de controles: permite identificar y analizar los controles establecidos para gestionar el riesgo y determinar sus características y efectividad de acuerdo con los criterios definidos en la metodología institucional.

Paso 4. Valoración del riesgo residual: permite establecer el nivel de riesgo que permanece después de aplicar el efecto de los controles existentes sobre el riesgo inherente, determinando su nivel final de exposición.

Una vez culminados estos cuatro pasos, se determinará el tratamiento del riesgo, de acuerdo con las opciones y criterios establecidos por la Entidad, y se desarrollarán las actividades de seguimiento, monitoreo y reporte necesarias para verificar la efectividad de los controles, el comportamiento del riesgo y el cumplimiento de las acciones definidas.

Los Riesgos de Gestión constituyen la categoría general mediante la cual los procesos de la E.S.E. HOMO identifican y administran las situaciones que puedan afectar el cumplimiento de sus objetivos, de acuerdo con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública y las adaptaciones institucionales definidas por la Entidad. Esta categoría constituye el marco general para la gestión de los riesgos asociados a los procesos y no sustituye ni se equipara a los subsistemas especializados de administración de riesgos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud.

La metodología será aplicable a las diferentes tipologías y subsistemas de riesgo administrados por la E.S.E. HOMO. No obstante, su aplicación podrá incorporar elementos adicionales o particularidades metodológicas cuando la naturaleza del riesgo, las disposiciones legales o regulatorias, las condiciones del sector o los requerimientos de un subsistema específico así lo establezcan.

En estos casos, los elementos especializados complementarán la metodología institucional sin sustituir sus componentes comunes, salvo que una disposición específica establezca una metodología diferente de obligatorio cumplimiento. Los capítulos correspondientes a los subsistemas y riesgos especializados desarrollarán únicamente las particularidades que les sean propias, evitando la duplicidad de los elementos metodológicos generales establecidos en este capítulo.

En particular, cuando un riesgo identificado corresponda a un subsistema de administración de riesgos priorizado o regulado por la Superintendencia Nacional de Salud, deberá gestionarse de manera articulada con el subsistema correspondiente, incorporando los factores, criterios, etapas, controles, indicadores, límites, mecanismos de monitoreo y demás elementos específicos que resulten aplicables. Esta articulación no implica duplicar el riesgo dentro de diferentes matrices o instrumentos cuando se trate de una misma exposición, sino asegurar que su administración atienda tanto la metodología institucional como los requerimientos especializados aplicables.

La metodología comprende, por tanto, un ciclo continuo de gestión, en el cual los resultados de la identificación, análisis, valoración, control, tratamiento y seguimiento proporcionan información para actualizar la comprensión del riesgo, fortalecer los controles y adoptar las acciones de mejora que correspondan.

La gestión deberá desarrollarse de manera articulada entre las diferentes líneas de responsabilidad definidas en el Gobierno del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, de acuerdo con las funciones asignadas a la Alta Dirección, líderes de proceso, responsables de los controles, funciones de coordinación y seguimiento, función de cumplimiento y evaluación independiente.

Cuando un riesgo cuente con un manual, procedimiento, metodología o instrumento especializado, este deberá entenderse como parte articulada del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y aplicarse conjuntamente con el presente Manual en aquello que corresponda. En particular, los sistemas que cuentan con instrumentos independientes, como SARLAFT/FPADM y SICOF, conservarán sus respectivos documentos rectores y metodologías especializadas, mientras que el presente Manual establecerá el marco común de articulación con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

La aplicación de esta metodología deberá garantizar la trazabilidad de las decisiones adoptadas, la conservación de los registros y evidencias que soporten la gestión realizada y la actualización oportuna de la información de riesgos, de acuerdo con los instrumentos institucionales definidos para tal fin.

De esta manera, la metodología institucional permite que la E.S.E. HOMO gestione sus riesgos bajo un criterio común y coherente, sin desconocer las particularidades de cada tipología o subsistema, facilitando su integración en el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y su articulación con la planeación, la operación, el control y el mejoramiento institucional.

4.3.1 Análisis del contexto interno y externo

La E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO realizará un análisis del contexto interno y externo como etapa previa a la identificación y gestión de los riesgos, con el propósito de comprender las condiciones en las cuales opera la Entidad, identificar factores que puedan incidir en el cumplimiento de sus objetivos y establecer los elementos necesarios para determinar adecuadamente su exposición al riesgo.

El análisis del contexto deberá considerar las características propias de la Entidad, su estructura, operación, relaciones, obligaciones y condiciones del entorno, de manera que constituya un insumo para la identificación, análisis y valoración de los riesgos.

Como parte del análisis se considerarán, entre otros, los siguientes elementos:

Estructura organizacional y toma de decisiones: análisis de la estructura de la Entidad, las delegaciones de autoridad y los niveles de poder decisorio o discrecional existentes. Para este análisis podrán utilizarse los instrumentos institucionales relacionados con la estructura organizacional, gobernanza, atribuciones, delegación y toma de decisiones.

Grupos de valor, partes interesadas y contrapartes: identificación y caracterización de los grupos de valor y partes interesadas, tomando como referencia la Matriz Institucional de Partes Interesadas de la E.S.E. HOMO. Para efectos de la gestión de los riesgos para la integridad pública, se prestará especial atención a las personas naturales o jurídicas que, por el tipo de relación o interacción con la Entidad, puedan considerarse contrapartes, particularmente cuando exista prestación o recepción de bienes o servicios, desarrollo de operaciones o intercambio o administración de recursos.

Ámbito de operación: identificación de los lugares, jurisdicciones, sectores o entornos en los que opera la Entidad, cuando sus características puedan representar condiciones particulares de exposición al riesgo.

Procesos, servicios y operaciones: análisis de la naturaleza, escala y complejidad de los procesos, servicios, trámites y demás operaciones administrativas, incluyendo las interacciones con contrapartes que se desarrollen durante su ejecución.

Contratación y proveedores: análisis general de los contratos y principales proveedores, considerando las variables que permitan conocer las características de la contratación y de las relaciones establecidas, tales como naturaleza jurídica, modalidades de selección, montos de contratación, antecedentes de cumplimiento o incumplimiento, mecanismos de supervisión y demás variables que resulten pertinentes.

Relaciones institucionales y de control: identificación de las entidades que ejercen control o vigilancia sobre la E.S.E. HOMO y, cuando corresponda, aquellas sobre las cuales la Entidad ejerza algún tipo de control, así como de las relaciones institucionales relevantes que puedan incidir en su exposición a riesgos.

Interacciones externas: análisis de las relaciones con otras entidades públicas, órganos de control, organismos independientes y particulares, incluidas aquellas interacciones recurrentes que, aun cuando no generen un vínculo formal, puedan resultar relevantes para la identificación de riesgos.

Obligaciones institucionales: identificación de las obligaciones legales, reglamentarias, contractuales, extracontractuales y profesionales aplicables a la Entidad, diferenciando, cuando resulte pertinente, entre deberes de obligatorio cumplimiento, expectativas y compromisos asumidos.

El análisis de estos elementos deberá realizarse de acuerdo con la naturaleza y características de la E.S.E. HOMO y con la información disponible en los

instrumentos institucionales. No implica la creación de nuevos instrumentos ni la duplicidad de información. Cuando la Entidad cuente con información desarrollada en el marco del Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE, la gestión de redes y relacionamiento, la debida diligencia, el conocimiento de contrapartes, la gestión contractual, el marco normativo u otros instrumentos institucionales, esta podrá utilizarse como insumo para complementar el análisis del contexto.

Los resultados del análisis deberán ser considerados por los responsables de los procesos durante la identificación y actualización de los riesgos y deberán mantenerse actualizados cuando se presenten cambios relevantes en la estructura, operación, regulación, entorno o relaciones de la Entidad.

Para los riesgos de integridad pública, el análisis del contexto se complementará con los elementos específicos establecidos en el capítulo correspondiente al SIGRIP. En este caso, el análisis permitirá reconocer los puntos de exposición, las contrapartes, las actividades, operaciones, relaciones y demás condiciones que puedan incrementar la vulnerabilidad de la Entidad frente a las amenazas para la integridad.

Para los demás subsistemas y tipologías de riesgo, el análisis podrá complementarse con los factores específicos que establezcan las disposiciones aplicables, sin repetir la información ya desarrollada en este numeral.

4.3.2 PASO 1 Identificación y descripción del riesgo

La identificación y descripción del riesgo constituye la primera etapa metodológica para la gestión integral del riesgo y tiene como propósito reconocer los eventos que podrían afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales y de los procesos, así como comprender las circunstancias que favorecen su ocurrencia.

El análisis deberá iniciar con la comprensión del proceso y de los objetivos que este busca alcanzar. Para ello, el líder del proceso deberá analizar las actividades que desarrolla, su interacción con los demás procesos, los servicios que presta o los resultados que entrega, según la naturaleza del proceso, y la forma en que estos contribuyen al cumplimiento de la misión y de los objetivos institucionales.

Este ejercicio permitirá reconocer los puntos del proceso donde exista la posibilidad de que se materialicen eventos que afecten la prestación de los servicios de salud, el desarrollo de las actividades institucionales o el logro de los resultados esperados.

Una vez identificado el punto de riesgo, se deberán establecer las posibles consecuencias que tendría para la Entidad la materialización del evento. Este análisis permitirá determinar el área de impacto sobre la cual recaerían sus efectos y proporcionará los elementos necesarios para la valoración posterior del riesgo.

Posteriormente, deberán analizarse las condiciones internas o externas que favorecen la ocurrencia del evento identificado. Estas condiciones corresponden a los factores de riesgo, entendidos como las fuentes generadoras de riesgo que pueden incrementar la probabilidad de ocurrencia de un evento. Los factores no constituyen necesariamente causas directas del riesgo, pero permiten reconocer las condiciones que incrementan el nivel de exposición y orientan posteriormente la identificación de las causas inmediatas y causas raíz.

La identificación de los factores de riesgo deberá considerar las características particulares del proceso, su contexto interno y externo, las actividades desarrolladas, los recursos involucrados, las condiciones de operación y demás circunstancias que puedan generar exposición.

Para apoyar la identificación de los factores de riesgo, la E.S.E. HOMO adopta como referencia el siguiente catálogo institucional, basado en los factores establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7 y ajustado a las características de la Entidad.

CATALOGO DE FACTORES DE RIESGO

FACTOR	DEFINICIÓN	DESCRIPTORES	
EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	Eventos relacionados con la ejecución de los procesos, los procedimientos y la estructura organizacional que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.	Falta de aplicación de procedimientos	Falta de supervisión o interventoría
		Falta de segregación de funciones	Errores en cálculos para pagos internos y externos
		Errores de grabación o autorización	Procedimientos inexistentes, desactualizados o inadecuados
TALENTO HUMANO	Eventos relacionados con las condiciones, capacidades, comportamientos o actuaciones de las personas que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos o la integridad pública.	Alta rotación o insuficiencia de personal	Acciones contrarias a las leyes o acuerdos contractuales
		Falta de capacitación u otros temas relacionados con el personal	Fraude interno
		Acciones contrarias a las leyes o acuerdos de empleo, salud o seguridad en el trabajo	Soborno
			Gestión inadecuada del conflicto de intereses / Corrupción
TRANSACCIÓN U OPERACIÓN (Aplica para LA/FT/FP)	Eventos relacionados con transacciones y operaciones realizadas por la Entidad con terceros o contrapartes, a través de los canales dispuestos y en una jurisdicción específica.	Contrapartes de la Entidad (naturales o jurídicas)	Jurisdicciones (nacional o territorial)
		Productos (bienes o servicios) que oferta / requiere	Operaciones o transacciones inusuales o complejas
		Canales utilizados para la operación	Segmentos o condiciones de mayor exposición

FACTOR	DEFINICIÓN	DESCRIPTORES	
TECNOLOGÍA	Eventos relacionados con la infraestructura tecnológica, sistemas de información, aplicaciones, redes, hardware y software de la Entidad.	Hurto de activos Caída de sistemas de información y aplicaciones Caída de redes	Daño de equipos Errores en hardware o software Errores en programas / desarrollos
INFRAESTRUCTURA	Eventos relacionados con la infraestructura física de la Entidad que pueden afectar la prestación de los servicios, los bienes o la continuidad de las operaciones.	Derrumbes Incendios Inundaciones	Daños a activos fijos Deterioro de instalaciones Condiciones que afecten la seguridad o continuidad de la operación
EVENTO EXTERNO	Eventos originados por situaciones externas que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales o la operación.	Fraude externo Suplantación de identidad Asalto a la oficina	Atentados, vandalismo u orden público Fenómenos naturales u otros eventos externos

Fuente: Adaptado de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7, Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

Los factores relacionados en la tabla son de carácter orientador y no taxativo. La E.S.E. HOMO podrá identificar y desarrollar nuevos factores de riesgo cuando las características de los procesos, el análisis del contexto, los cambios en el entorno, la materialización de eventos, las condiciones del factor del sector o cualquier otra circunstancia relevante evidencien nuevas fuentes de exposición.

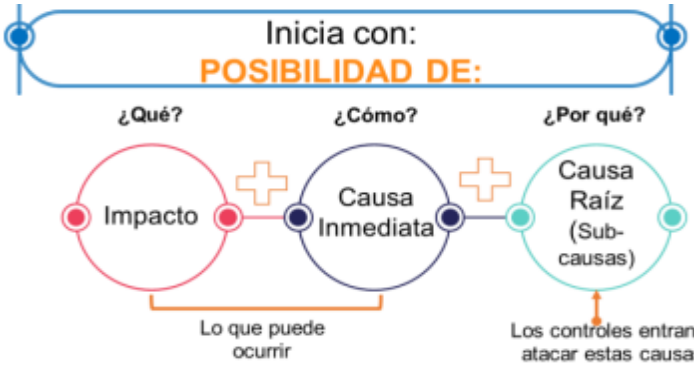
A partir del análisis de los factores de riesgo, se deberán identificar las causas inmediatas y las causas raíz que pueden favorecer la ocurrencia del evento. La causa inmediata corresponde a la situación o condición que puede dar lugar directamente al evento, mientras que la causa raíz corresponde a las condiciones fundamentales que originan o permiten que dicha situación se presente. Esta diferenciación permitirá orientar posteriormente el diseño de controles hacia las causas que realmente generan la exposición y no únicamente hacia sus manifestaciones o consecuencias.

Con la información obtenida se procederá a formular la descripción del riesgo, utilizando una estructura uniforme que permita expresar claramente el evento que podría ocurrir, las circunstancias mediante las cuales podría materializarse y las razones que originan su ocurrencia.

La formulación del riesgo deberá realizarse de manera clara, específica y objetiva, evitando describir como riesgos la ausencia o incumplimiento de controles, las desviaciones operativas o situaciones que correspondan exclusivamente a fallas de control. Así mismo, cada proceso deberá identificar sus propios riesgos, aun cuando existan factores o causas comunes con otros procesos, garantizando que la gestión del riesgo responda a las particularidades de cada proceso y a los objetivos bajo su responsabilidad.

La descripción del riesgo deberá iniciar con la expresión “Posibilidad de” y, de acuerdo con la estructura definida en la metodología institucional, deberá permitir relacionar el impacto, el evento o causa inmediata y la causa raíz que origina la exposición.

ESTRUCTURA PARA LA REDACCIÓN DEL RIESGO



Fuente: Tomado de la guía para la gestión integral del riesgo en entidades públicas v7

En los subsistemas que cuenten con metodologías o instrumentos especializados, la identificación de los factores y demás elementos propios del riesgo deberá realizarse adicionalmente de acuerdo con las disposiciones regulatorias y los documentos rectores correspondientes. En particular, los factores asociados a LA/FT/FP se identificarán y gestionarán conforme al Manual SARLAFT y sus instrumentos asociados, sin reproducir en el presente Manual los elementos propios de dicha metodología.

Como resultado de esta etapa, la E.S.E. HOMO dispondrá de una identificación estructurada de los riesgos, sus puntos de exposición, áreas de impacto, factores, causas y posibles consecuencias, proporcionando una base suficiente para continuar con el Paso 2

4.3.3 PASO 2 Análisis del riesgo inherente

Una vez identificado y descrito el riesgo, la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO realizará el análisis del riesgo inherente, con el propósito de determinar el nivel de exposición al riesgo antes de considerar la efectividad de los controles existentes.

El análisis del riesgo inherente permitirá establecer la severidad inicial del riesgo mediante la evaluación conjunta de la probabilidad de ocurrencia y el impacto que tendría para la Entidad en caso de materializarse el evento identificado. Este análisis constituye un elemento fundamental para la toma de decisiones, ya que permite priorizar los riesgos que requieren mayor atención y orientar el diseño de controles acordes con su nivel de exposición.

Para garantizar la uniformidad del análisis, la Entidad aplicará los criterios metodológicos definidos en el presente Manual, conservando la estructura de valoración establecida por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo – Versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública y adaptando los criterios de aplicación a la realidad institucional de la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO.

La ausencia de eventos materializados o de información histórica no exime al responsable del proceso de valorar el riesgo. Cuando no existan antecedentes suficientes, la probabilidad y el impacto deberán estimarse con base en la frecuencia de exposición del proceso y en las consecuencias razonablemente previsibles, sustentando el análisis y, cuando sea necesario, validándolo con la Oficina de Planeación.

Determinación de la probabilidad

La probabilidad corresponde a la posibilidad de ocurrencia del riesgo y será determinada con base en el nivel de exposición al riesgo dentro del proceso o actividad objeto de análisis. Para ello, no se considerará la cantidad de eventos ocurridos en el pasado, sino la frecuencia con la cual la Entidad se expone al punto de riesgo durante el desarrollo normal de sus actividades.

En consecuencia, el responsable del proceso deberá analizar con qué frecuencia se ejecuta la actividad donde se encuentra identificado el punto de riesgo, estableciendo el número de veces que la Entidad se expone a dicho riesgo durante un período de un (1) año. Este enfoque permite realizar una valoración objetiva de la probabilidad, evitando que la ausencia de eventos materializados conduzca a subestimar el nivel de exposición al riesgo.

La valoración de la probabilidad se realizará utilizando la tabla institucional de criterios de frecuencia, la cual conservará los niveles y porcentajes definidos por la Guía DAFP V7 y adaptará los rangos de frecuencia de acuerdo con la naturaleza de los procesos de la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO.

CRITERIOS INSTITUCIONALES PARA DETERMINAR LA PROBABILIDAD DEL RIESGO INHERENTE

NIVEL	VALOR	FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN AL PUNTO DE RIESGO	¿CÓMO DEBE ANALIZARSE?
Muy Baja	20 %	La actividad que genera la exposición al riesgo se ejecuta máximo **2 veces al año**.	Corresponde a actividades excepcionales o poco frecuentes, donde la exposición al punto de riesgo ocurre de manera ocasional durante el año.
Baja	40 %	La actividad se ejecuta entre **3 y 24 veces al año**.	Corresponde a actividades periódicas cuya exposición al riesgo es limitada durante el año.
Media	60 %	La actividad se ejecuta entre **25 y 500 veces al año**.	Corresponde a procesos o actividades que se desarrollan de forma recurrente y que generan una exposición frecuente al punto de riesgo.
Alta	80 %	La actividad se ejecuta entre **501 y 5.000 veces al año**.	Corresponde a actividades con una alta frecuencia de ejecución, donde la Entidad se expone repetidamente al punto de riesgo durante la operación normal del proceso.
Muy Alta	100 %	La actividad se ejecuta **más de 5.000 veces al año**.	Corresponde a actividades masivas o de ejecución continua, donde la exposición al riesgo es permanente durante la operación del proceso.

Fuente: Adaptado de *DAFP – Guía para la Gestión Integral del Riesgo, Versión 7 -tabla 4*

Determinación del impacto

El impacto corresponde a las consecuencias que razonablemente podrían generarse para la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO en caso de materialización del riesgo. Su valoración deberá realizarse analizando las consecuencias previsibles para la Entidad, considerando los criterios de afectación económica o presupuestal y afectación reputacional establecidos en la metodología institucional.

La valoración del impacto se efectuará utilizando la tabla institucional de criterios de impacto, cuya estructura metodológica se encuentra armonizada con la Guía para

la Gestión Integral del Riesgo – Versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), y cuyos parámetros se adaptan a las características financieras, operacionales y organizacionales de la Entidad.

Cuando un riesgo genere simultáneamente afectaciones económicas o presupuestales y reputacionales con diferentes niveles de valoración, prevalecerá el nivel de impacto más alto, conforme a la metodología establecida en la Guía DAFP V7.

Para los riesgos para la integridad pública, además de las afectaciones económicas o presupuestales y reputacionales, deberán considerarse las consecuencias legales y de contagio, conforme a las particularidades de esta tipología y a los criterios definidos para su valoración. Estas consecuencias se analizarán únicamente cuando resulten aplicables y no se incorporarán como categorías adicionales de impacto para las demás tipologías de riesgo.

La consecuencia legal corresponde a los efectos derivados del incumplimiento de obligaciones que puedan generar sanciones, indemnizaciones u otras consecuencias jurídicas para la Entidad. El contagio corresponde a la posibilidad de que una afectación originada en una entidad, persona o parte relacionada genere para la E.S.E. HOMO consecuencias económicas, reputacionales o legales.

La valoración deberá considerar las consecuencias razonablemente previsibles de la materialización del riesgo y no limitarse a los eventos ocurridos con anterioridad. En consecuencia, los antecedentes históricos constituirán un elemento de análisis, pero no serán el único fundamento para determinar el nivel de impacto.

CRITERIOS INSTITUCIONALES PARA DETERMINAR EL NIVEL DE IMPACTO

NIVEL DE IMPACTO	VALOR	AFECTACIÓN ECONÓMICA	AFECTACIÓN REPUTACIONAL
Leve	20 %	Afectación menor a **10 SMMLV**.	El riesgo afecta la imagen de un área o dependencia de la Entidad.
Menor	40 %	Mayor a **10 SMMLV** y menor a **50 SMMLV**.	El riesgo afecta la imagen institucional a nivel interno o es conocido por la Junta Directiva, proveedores o grupos de interés relacionados.

Moderado	60 %	Mayor a **50 SMMLV** y menor a **100 SMMLV**.	El riesgo afecta la imagen institucional frente a usuarios o grupos de valor y puede incidir en el cumplimiento de los objetivos institucionales.
Mayor	80 %	Mayor a **100 SMMLV** y menor a **500 SMMLV**.	El riesgo afecta la imagen institucional con repercusión en el ámbito municipal, departamental o sectorial.
Catastrófico	100 %	Mayor a **500 SMMLV**.	El riesgo afecta gravemente la imagen institucional con repercusión nacional y alta exposición pública.

Fuente: Adaptado de *Departamento Administrativo de la Función Pública – Guía para la Gestión Integral del Riesgo, Versión 7 -Tabla 5*

Determinación del nivel de riesgo inherente

Una vez valoradas la probabilidad y el impacto, estas variables se combinarán de acuerdo con la matriz institucional de severidad, determinando el nivel de riesgo inherente y la zona de riesgo correspondiente.

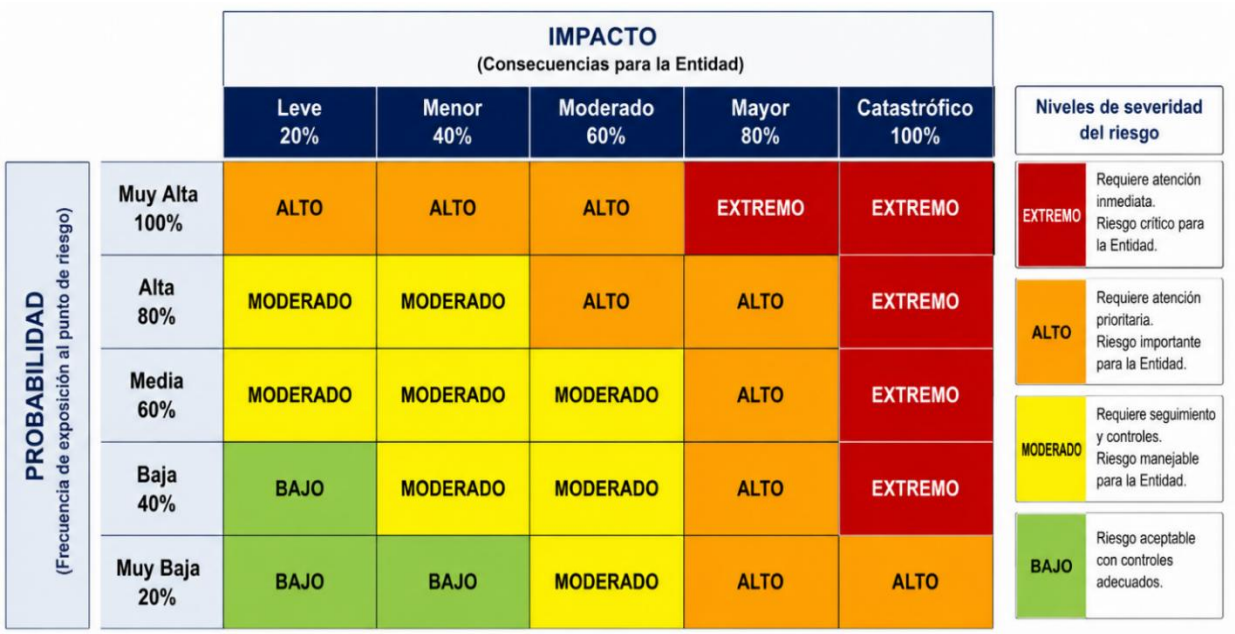
El resultado permitirá establecer la exposición inicial de la Entidad frente al riesgo y constituirá la referencia para analizar posteriormente la suficiencia y efectividad de los controles existentes.

La valoración del riesgo inherente deberá realizarse antes de considerar el efecto de los controles, con el fin de determinar la exposición propia de la actividad, proceso u operación analizada.

Para las tipologías y subsistemas que cuenten con criterios particulares establecidos por disposiciones legales, regulatorias o metodológicas, estos deberán incorporarse en el análisis en los términos que correspondan. En todo caso, dichos elementos especializados deberán quedar articulados con la metodología general del presente Manual.

La valoración del riesgo inherente no constituye un juicio sobre la responsabilidad de las personas o dependencias involucradas. Su finalidad es determinar el nivel de exposición de la Entidad para orientar la adopción de medidas de prevención, detección, control y tratamiento.

MATRIZ INSTITUCIONAL DE SEVERIDAD



Fuente: Adaptado de *Departamento Administrativo de la Función Pública – Guía para la Gestión Integral del Riesgo, Versión 7 -Figura 18*

4.3.4 PASO 3 Diseño y análisis de controles

Una vez determinado el nivel de riesgo inherente, se deberán identificar, diseñar y analizar las actividades de control orientadas a gestionar las causas y factores asociados al riesgo y, cuando corresponda, a reducir las consecuencias derivadas de su materialización.

Los controles constituyen acciones concretas establecidas mediante políticas, procedimientos, protocolos, manuales, instructivos, sistemas de información u otros mecanismos institucionales, cuyo propósito es proporcionar una seguridad razonable frente al cumplimiento de los objetivos y la gestión de los riesgos.

El análisis de los controles deberá permitir determinar si estos se encuentran adecuadamente diseñados, implementados y operando de manera efectiva, así como establecer el efecto que generan sobre la probabilidad y/o el impacto del riesgo inherente para determinar posteriormente el nivel de riesgo residual.

Identificación y diseño de los controles

Para iniciar el análisis, el responsable del proceso deberá revisar la actividad en la cual se encuentra identificado el punto de riesgo y determinar si existen acciones de control asociadas a las causas raíz y factores de riesgo previamente establecidos.

Esta identificación podrá realizarse mediante la revisión de la documentación institucional aplicable y el análisis conjunto con los servidores que conocen y ejecutan las actividades del proceso, procurando que los controles identificados correspondan a las condiciones reales de operación.

Cuando se identifiquen controles existentes, deberá verificarse su relación directa con las causas raíz y los factores de riesgo que se pretende gestionar. La existencia de una actividad de verificación, revisión o seguimiento no implica, por sí misma, que constituya un control efectivo frente al riesgo analizado. Por ello, deberá establecerse claramente:

- Qué causa o consecuencia pretende gestionar.
- Qué acción realiza.
- Cómo contribuye a prevenir, detectar o corregir la situación de riesgo.
- Quién lo ejecuta.
- Con qué frecuencia se realiza.
- Qué información utiliza.
- Qué evidencia genera.
- Qué resultado se espera obtener.

Cuando no existan controles asociados a una causa identificada, o los existentes no permitan gestionarla adecuadamente, deberán diseñarse las actividades de control necesarias, considerando la naturaleza del riesgo, su nivel de exposición inherente y las características propias del proceso.

Los controles deberán contar con responsables claramente identificados y niveles de autoridad acordes con la actividad que desarrollan. Asimismo, deberá considerarse una adecuada segregación de funciones, procurando que quien

origine o ejecute la actividad generadora de la exposición al riesgo no sea, cuando la estructura del proceso lo permita, el único responsable de ejecutar el control.

Los controles deberán estar relacionados directamente con las causas o consecuencias identificadas para cada riesgo y responder a las características y condiciones de operación del proceso.

Estructura para la descripción del control

Para garantizar una adecuada comprensión y aplicación, cada control deberá describirse de manera clara y completa, integrando tres elementos principales: responsable, acción y complemento.

El responsable deberá corresponder al cargo o rol encargado de ejecutar la actividad de control y contar con la competencia y autoridad necesarias para su aplicación. Cuando se trate de controles automáticos, deberá identificarse el responsable de garantizar su adecuada parametrización, configuración o funcionamiento.

La acción deberá expresar concretamente qué realiza el responsable para controlar el riesgo, utilizando verbos que permitan identificar claramente la actividad desarrollada, tales como verificar, validar, conciliar, comparar, revisar, cotejar o detectar, según corresponda.

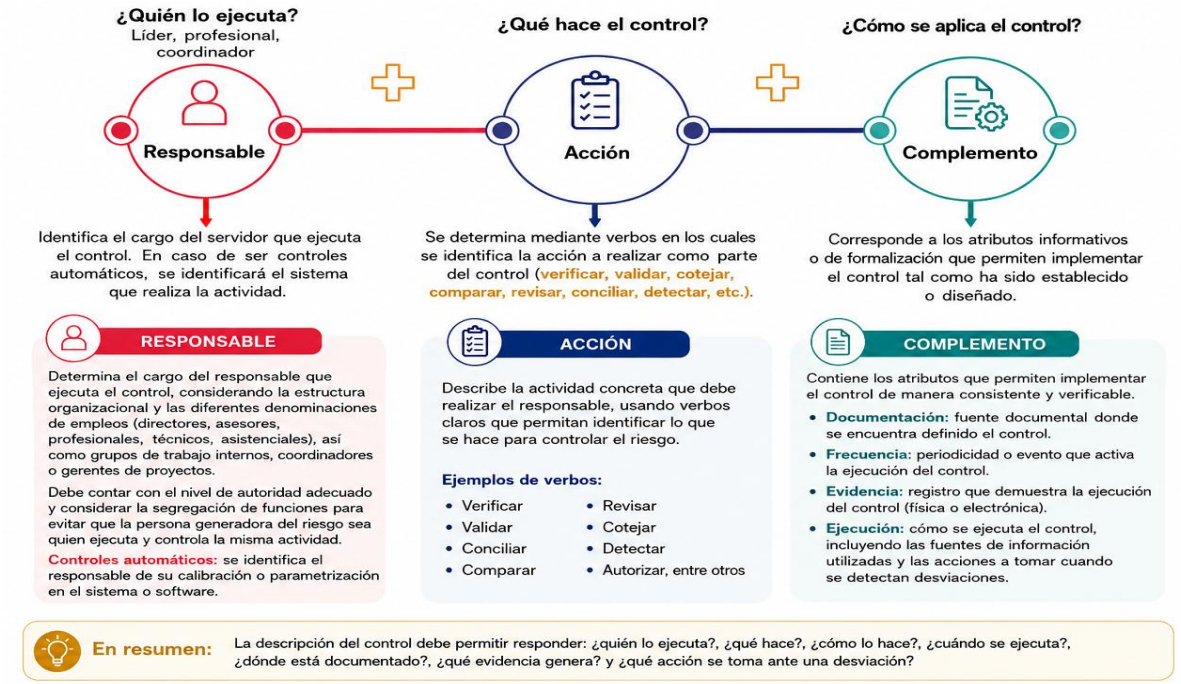
El complemento del control comprende los atributos informativos o de formalización necesarios para asegurar que la actividad pueda ser aplicada de manera consistente y verificable. Para cada control deberán analizarse la documentación en la cual se encuentra formalizado, la frecuencia con que se ejecuta, la evidencia que permite demostrar su realización y la forma de ejecución, incluyendo las fuentes de información utilizadas y las acciones que se adelantan cuando se detectan desviaciones. Estos atributos no determinan por sí mismos el peso porcentual del control; sin embargo, son necesarios para establecer si este se encuentra adecuadamente diseñado y puede operar de acuerdo con lo previsto.

La documentación permitirá identificar el instrumento institucional en el cual se encuentra formalizado el control, como procedimientos, protocolos, manuales, instructivos, guías, flujogramas, sistemas de información u otros documentos aplicables. La frecuencia deberá corresponder a la periodicidad o al evento que activa la ejecución del control y ser coherente con el nivel de exposición al riesgo. La evidencia permitirá demostrar y dar trazabilidad a su ejecución mediante registros físicos o electrónicos. Finalmente, la ejecución deberá establecer las

fuentes de información utilizadas y las acciones que deberán adelantarse cuando se identifiquen errores, desviaciones o situaciones que requieran intervención.

De esta manera, la descripción completa del control deberá permitir responder, como mínimo, las siguientes preguntas: ¿quién ejecuta el control?, ¿qué acción realiza?, ¿cómo la realiza?, ¿cuándo se ejecuta?, ¿dónde se encuentra documentado?, ¿qué evidencia genera? y ¿qué actuación se adelanta cuando se detecta una desviación?

ESTRUCTURA PARA LA DESCRIPCION DEL CONTROL



Fuente: Elaboración propia, adoptado de la guía DAFP V7 –figura 19

Tipologías de controles

Los controles se clasificarán de acuerdo con el momento en que actúan dentro del proceso, permitiendo establecer la forma en que contribuyen a la gestión del riesgo.

Los controles preventivos: actúan antes de la ejecución de la actividad que genera la exposición al riesgo y buscan establecer condiciones que reduzcan la probabilidad de su ocurrencia.

Los controles detectivos: actúan durante la ejecución de las actividades del proceso y permiten identificar oportunamente situaciones que puedan conducir a la materialización del riesgo. Debido al momento en que operan, su aplicación puede implicar la necesidad de realizar correcciones o reprocesos.

Los controles correctivos: actúan una vez materializado el riesgo y están orientados a reducir sus consecuencias o facilitar la recuperación frente al evento ocurrido. Dentro de esta tipología pueden encontrarse mecanismos como pólizas de seguros, copias de seguridad y otros instrumentos de recuperación o respuesta. Aunque su disponibilidad requiera acciones previas para garantizar que puedan ser utilizados cuando se necesiten, deberán clasificarse como correctivos cuando su efecto se produzca después de la materialización del riesgo.

De acuerdo con su forma de ejecución, los controles también podrán ser manuales, cuando son ejecutados directamente por personas, o automáticos, cuando son realizados mediante sistemas de información o herramientas tecnológicas previamente programadas o parametrizadas.

La clasificación del control deberá corresponder a la forma en que este opera realmente dentro del proceso y no únicamente a la denominación asignada en la matriz de riesgos.

Según la forma de ejecución

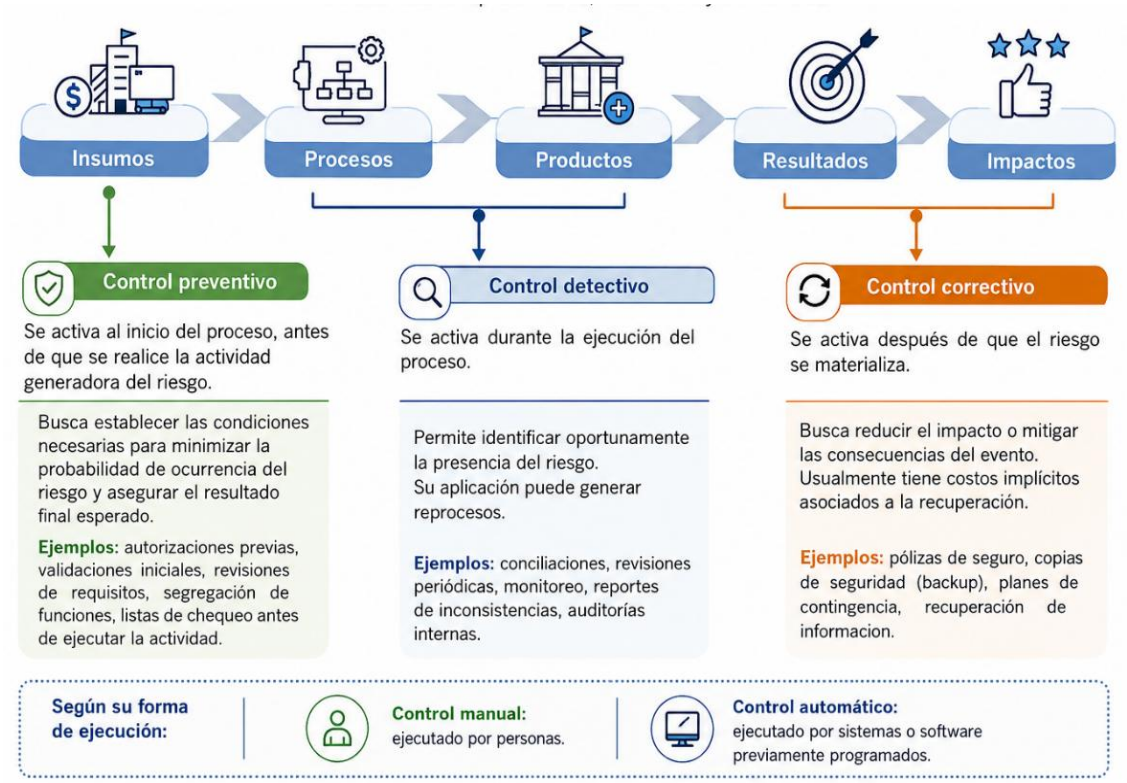
Controles manuales: son ejecutados directamente por una persona, quien realiza las acciones de control de acuerdo con los criterios, procedimientos o instrucciones establecidos.

Controles automáticos: son ejecutados mediante sistemas de información, aplicaciones, herramientas tecnológicas u otros mecanismos previamente programados o parametrizados, que realizan la acción de control sin requerir la ejecución manual de cada operación.

Cuando un control combine componentes manuales y tecnológicos, deberá identificarse la forma en que opera realmente y las responsabilidades asociadas a cada componente.

La clasificación del control deberá corresponder a la forma en que este opera realmente dentro del proceso y no únicamente a la denominación asignada en la matriz de riesgos.

CADENA DE VALOR DEL PROCESO Y TIPOLOGÍA DE CONTROLES



Fuente: Elaboración propia, adoptado de la guía DAFP V7 –figura 20

Valoración y análisis de los controles

La valoración de los controles deberá realizarse aplicando los criterios y atributos definidos en la metodología institucional, considerando las características de su diseño, implementación y operación.

La valoración permitirá determinar la capacidad de los controles para modificar la probabilidad y/o el impacto del riesgo inherente y establecer el efecto que estos generan sobre el nivel de exposición.

Para este análisis deberá considerarse la calidad del diseño del control, su implementación, la forma en que opera, la evidencia disponible y su capacidad efectiva para gestionar el riesgo.

Cuando los controles existentes sean insuficientes, presenten deficiencias en su diseño u operación o no permitan mantener el riesgo dentro del nivel aceptable

establecido por la Entidad, deberán definirse acciones para su fortalecimiento o, cuando sea necesario, establecer controles adicionales.

La valoración de los controles no deberá entenderse como una calificación aislada del control, sino como un análisis de su capacidad real para modificar las condiciones del riesgo.

Una vez descrito y clasificado el control, se procederá a su valoración. Para este análisis deberán diferenciarse las características de eficiencia de los atributos informativos o de formalización. Las características de eficiencia correspondientes al tipo de control y su forma de implementación determinan el peso asignado al control. Por su parte, los atributos de documentación, frecuencia, evidencia y ejecución no reciben valoración porcentual, pero deberán analizarse para verificar que el control se encuentre adecuadamente diseñado, formalizado y sea aplicable en la operación del proceso

VALORACION DE CONTROLES –CARACTERISTICAS DE EFICIENCIA

CARACTERÍSTICA DE EFICIENCIA		PESO
TIPO	**Preventivo** Actúa antes de que ocurra el riesgo para reducir la probabilidad de su ocurrencia.	25 %
	Detectivo Actúa durante la ejecución del proceso para identificar oportunamente el riesgo.	15 %
	Correctivo Actúa después de materializado el riesgo para reducir el impacto o sus consecuencias.	10 %
IMPLEMENTACIÓN *Nota: En implementación no se tienen controles semiautomáticos.*	**Automático** Ejecutado por un sistema o software previamente programado o diseñado.	25 %
	Manual Ejecutado directamente por personas.	15 %

Fuente: Elaboración propia, adoptado de la guía DAFP V7 –Tabla 6

ANALISIS ATRIBUTOS DE FORMALIZACION DEL CONTROL

ATRIBUTO	ASPECTO A ANALIZAR	DESCRIPCIÓN
Documentación	• Procedimientos	Basados en la estructura del Modelo de Operación por procesos, despliegue desde cada proceso, sus procedimientos y esquemas asociados, que se encuentren documentados.
	• Sistemas de información	Sistemas de información de apoyo a la ejecución del control (si existen).
	• Otros esquemas	Políticas de operación, manuales o guías específicas.
Frecuencia	• Siempre que se ejecuta la actividad • Periódica (diario, mensual, bimestral, trimestral, semestral)	La oportunidad en que se ejecuta el control debe ayudar a prevenir la mitigación del riesgo o a detectar la materialización del riesgo de manera oportuna.
Evidencia (Trazabilidad de la ejecución)	• Con registro manual • Con registro electrónico	Se deja evidencia o rastro de la ejecución del control (física o electrónica).
Ejecución (Fuentes de información internas o externas)	• Interna	Formatos o registros internos formales.
	• Externa	Registros externos confiables (extractos bancarios, confirmaciones de autenticidad de documentos, SECOP, SIIF, SIGEP, bases de datos).
	• Mixta	Combinación de datos de fuentes internas y externas formales.

Fuente: Elaboración propia, adoptado de la guía DAFP V7 –Tabla 7

Aplicación de los controles en la matriz de severidad

Una vez valorados los controles, se determinará su efecto sobre el nivel de riesgo Una vez realizada la valoración de los controles, se determinará el efecto que estos generan sobre la posición del riesgo inherente en la matriz de severidad, con el fin de establecer la nueva posición del riesgo después de considerar la efectividad de los controles.

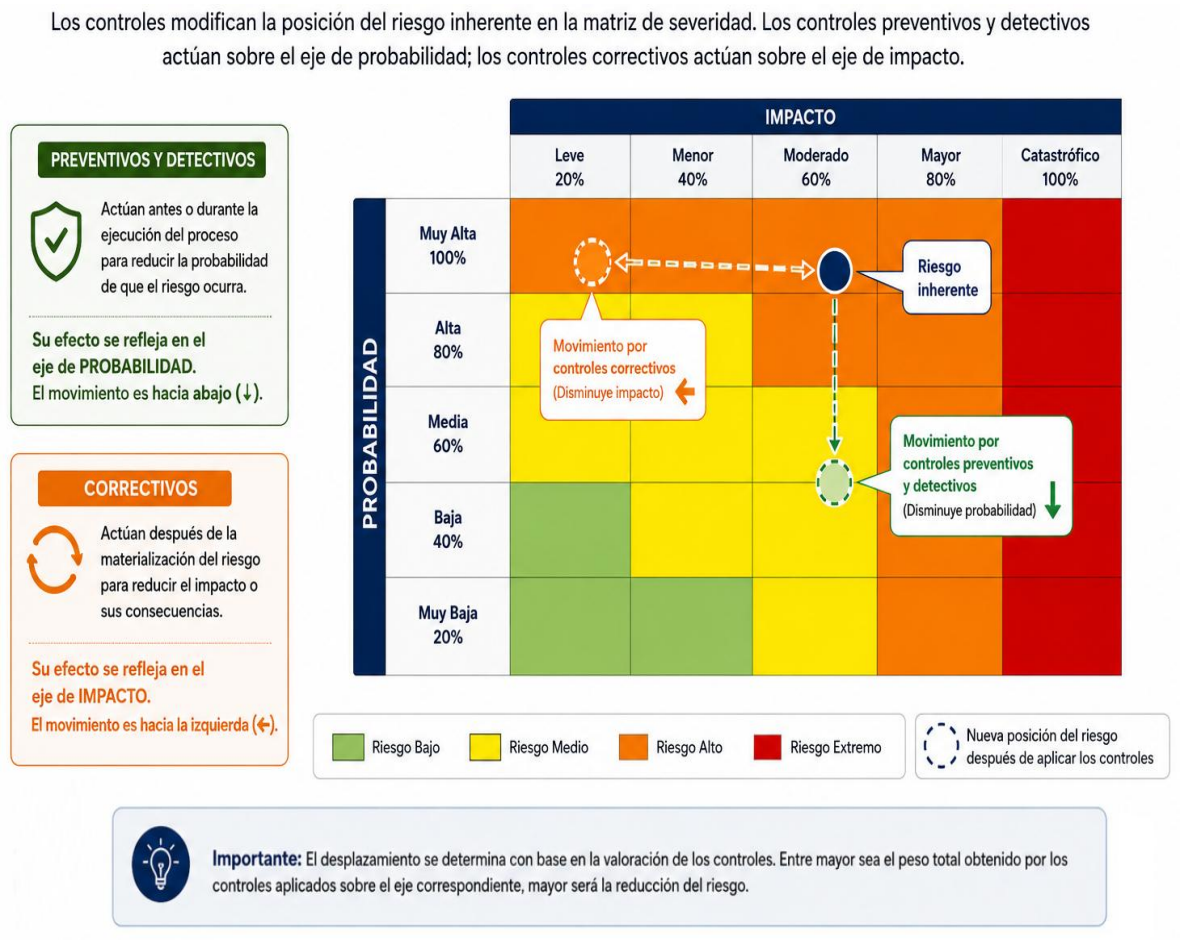
Los controles preventivos y detectivos actúan principalmente sobre el eje de probabilidad, debido a que buscan evitar la ocurrencia del evento o identificar oportunamente condiciones que puedan conducir a su materialización.

Los controles correctivos actúan sobre el eje de impacto, debido a que operan una vez materializado el riesgo y buscan reducir sus consecuencias o facilitar la recuperación frente al evento ocurrido.

En consecuencia, el desplazamiento del riesgo dentro de la matriz de severidad dependerá del tipo de control y de la valoración obtenida en el análisis de sus características de diseño y operación.

Los controles modifican la posición del riesgo inherente en la matriz de severidad. Los controles preventivos y detectivos actúan sobre el eje de probabilidad, mientras que los controles correctivos actúan sobre el eje de impacto.

MOVIMIENTO EN LA MATRIZ DE CALOR ACORDE CON EL TIPO DE CONTROL



Fuente: Elaboración propia, adoptado de la guía DAFP V7 –Figura 21

El desplazamiento se determinará con base en la valoración de los controles. Entre mayor sea el efecto conjunto de los controles sobre el eje correspondiente, mayor será la reducción esperada del riesgo, de acuerdo con las reglas establecidas en la metodología institucional.

Por tanto:

- Los controles preventivos y detectivos podrán generar un desplazamiento hacia niveles inferiores de probabilidad.
- Los controles correctivos podrán generar un desplazamiento hacia niveles inferiores de impacto.
- El efecto de los controles deberá guardar correspondencia con su diseño, operación, evidencia y capacidad efectiva para gestionar el riesgo.
- La existencia de un control no implica automáticamente una reducción del riesgo; esta dependerá del resultado de su valoración.

El resultado de la aplicación de los controles permitirá establecer la nueva posición del riesgo, correspondiente al nivel de riesgo que permanece después de considerar los controles existentes y su efecto sobre la probabilidad y/o el impacto.

Determinación del riesgo residual

El riesgo residual corresponde al nivel de exposición que permanece después de considerar los controles existentes y el efecto que estos generan sobre el riesgo inherente.

Su determinación deberá realizarse una vez finalizada la identificación, descripción, tipificación, análisis y valoración de los controles.

La posición obtenida en la matriz de severidad después de aplicar el efecto de los controles constituirá el resultado de la valoración del riesgo residual.

Cuando el riesgo residual permanezca por encima del nivel aceptable establecido por la Entidad, deberán definirse acciones adicionales de tratamiento, fortalecimiento o implementación de controles, de acuerdo con las disposiciones establecidas en la metodología institucional.

Articulación con instrumentos y controles especializados

Los controles deberán estar articulados con las políticas, procedimientos, manuales, instructivos, sistemas de información y demás instrumentos institucionales que soporten su ejecución.

Cuando un control corresponda a una medida especializada de un determinado subsistema de riesgo, se reconocerá como parte del esquema institucional de control sin necesidad de reproducir su contenido en este Manual.

Para los riesgos de seguridad de la información, podrán utilizarse como referencia los controles especializados establecidos en la norma ISO/IEC 27001:2022 y demás instrumentos aplicables, de acuerdo con las características del activo y del riesgo identificado.

Para los riesgos de integridad pública, el repertorio de controles podrá incluir las medidas establecidas en el Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE, los instrumentos de debida diligencia, los mecanismos de reporte y denuncia, las medidas de gestión de conflictos de intereses y demás herramientas institucionales relacionadas con la prevención, detección y gestión de estos riesgos.

Para los riesgos administrados mediante SARLAFT, SICOF u otros instrumentos especializados, los controles definidos en sus respectivos manuales y documentos rectores harán parte del esquema institucional de control y se articularán con la metodología general, sin duplicar su desarrollo.

Seguimiento y actualización de los controles

La valoración de los controles deberá mantenerse actualizada cuando se modifiquen los procesos, cambien las condiciones de operación, se presenten materializaciones del riesgo, se identifiquen deficiencias en su diseño u operación o se implementen nuevos controles.

Los resultados del seguimiento y valoración deberán ser considerados en la actualización de la matriz de riesgos y controles y, cuando corresponda, en la determinación del riesgo residual.

Cuando se identifiquen deficiencias en el diseño, implementación u operación de los controles, deberán establecerse las acciones de fortalecimiento correspondientes, indicando el responsable y los mecanismos de seguimiento definidos por la Entidad.

4.3.5 PASO 4 Valoración del riesgo residual

Una vez determinado el riesgo inherente y valorados los controles asociados, la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO determinará el nivel de riesgo residual, entendido como el nivel de exposición que permanece después de

considerar el efecto de los controles sobre la probabilidad y/o el impacto del riesgo inherente.

Para realizar esta valoración se partirá de los niveles de probabilidad e impacto obtenidos en el análisis del riesgo inherente y se aplicará sobre las variables correspondientes el efecto de los controles identificados y valorados en la etapa anterior.

El efecto de cada control se determinará de acuerdo con su finalidad, diseño, forma de operación y capacidad para modificar la probabilidad y/o el impacto del riesgo. De manera general, los controles orientados a prevenir o detectar la ocurrencia del evento tendrán incidencia sobre la probabilidad, mientras que aquellos orientados a disminuir sus consecuencias podrán incidir sobre el impacto, de acuerdo con la valoración realizada.

Cuando exista más de un control que actúe sobre una misma variable, estos deberán aplicarse de manera sucesiva y acumulativa. En consecuencia, el porcentaje de reducción correspondiente al primer control se aplicará sobre el valor inherente y el siguiente control se aplicará sobre el valor resultante después de la reducción anterior. Los porcentajes de valoración de los controles no deberán sumarse entre sí para aplicarlos directamente sobre el valor del riesgo inherente.

La numeración u orden en que se encuentren registrados los controles en la matriz no modifica, por sí misma, el resultado de la reducción cuando estos actúan sobre una misma variable. Lo relevante es que cada control sea aplicado sucesivamente sobre el valor resultante del control anterior y sobre la variable respecto de la cual tenga capacidad de actuar.

Cuando un riesgo cuente con controles que actúen sobre variables diferentes, cada control deberá aplicarse de manera independiente sobre la probabilidad o el impacto, según corresponda. De esta forma, el efecto de los controles deberá reflejar la capacidad real de cada uno para modificar la exposición al riesgo, de acuerdo con su diseño y valoración.

Como resultado de la aplicación de los efectos de los controles se determinarán:

- ***Probabilidad residual***, correspondiente a la posibilidad de ocurrencia del riesgo después de considerar el efecto de los controles.

- ***Impacto residual***, correspondiente a la consecuencia esperada después de considerar el efecto de los controles, cuando estos tengan capacidad para modificarlo.

- ***Nivel de riesgo residual***, obtenido mediante la combinación de la probabilidad y el impacto residuales.

- ***Zona o nivel de severidad residual***, de acuerdo con la matriz institucional de severidad.

El nivel de riesgo residual permitirá determinar la exposición que permanece después de considerar los controles existentes y establecer si esta se encuentra dentro de los niveles de aceptación definidos por la E.S.E. HOMO o si requiere la adopción de medidas adicionales de tratamiento.

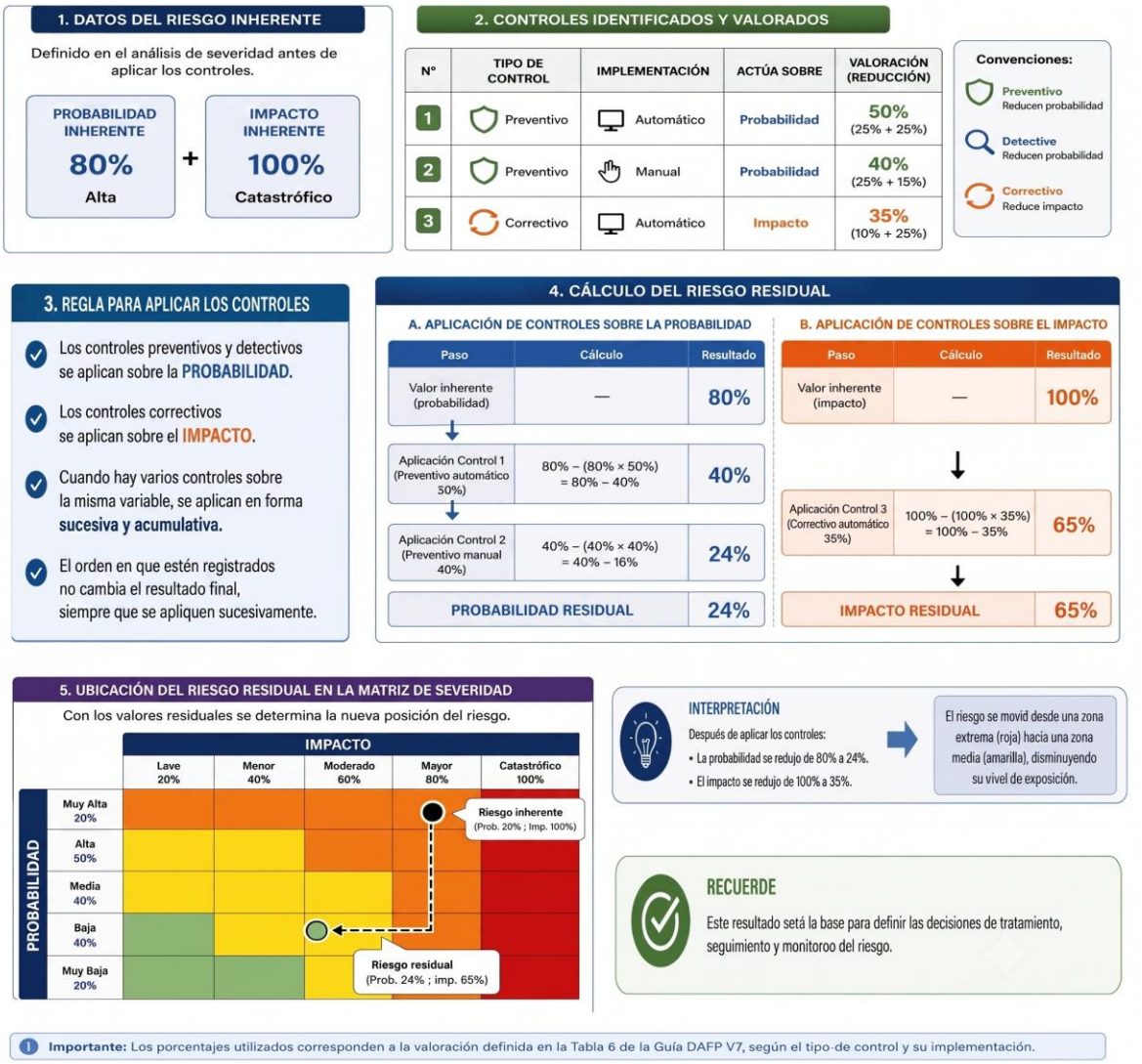
La valoración del riesgo residual deberá considerar la información disponible sobre la operación de los controles, su evidencia de ejecución, las deficiencias identificadas, los cambios en el contexto y, cuando corresponda, la ocurrencia de eventos de materialización. Esta información permitirá establecer si el resultado obtenido representa adecuadamente la exposición de la Entidad.

Para las diferentes tipologías y subsistemas de riesgo se aplicarán los criterios particulares que establezcan las disposiciones legales, regulatorias o metodológicas que les sean aplicables. Estas particularidades complementarán la metodología institucional sin necesidad de reproducir en cada capítulo los elementos generales desarrollados en este Manual.

La valoración del riesgo residual no constituye un juicio sobre la responsabilidad de las personas o dependencias involucradas. Su finalidad es determinar el nivel de exposición que permanece después de considerar los controles, para orientar las decisiones de tratamiento, seguimiento y mejora.

El resultado de esta etapa deberá registrarse en los instrumentos institucionales definidos para la administración de riesgos y constituirá el insumo para determinar el tratamiento, seguimiento y reporte del riesgo, conforme a lo establecido en el numeral siguiente.

EJEMPLO DE VALORACIÓN DEL RIESGO RESIDUAL



Fuente: elaboración propia, adoptado de la guía DAFP V7 –figura 22, tabla 8

4.3.6 Tratamiento, seguimiento y reporte de los riesgos

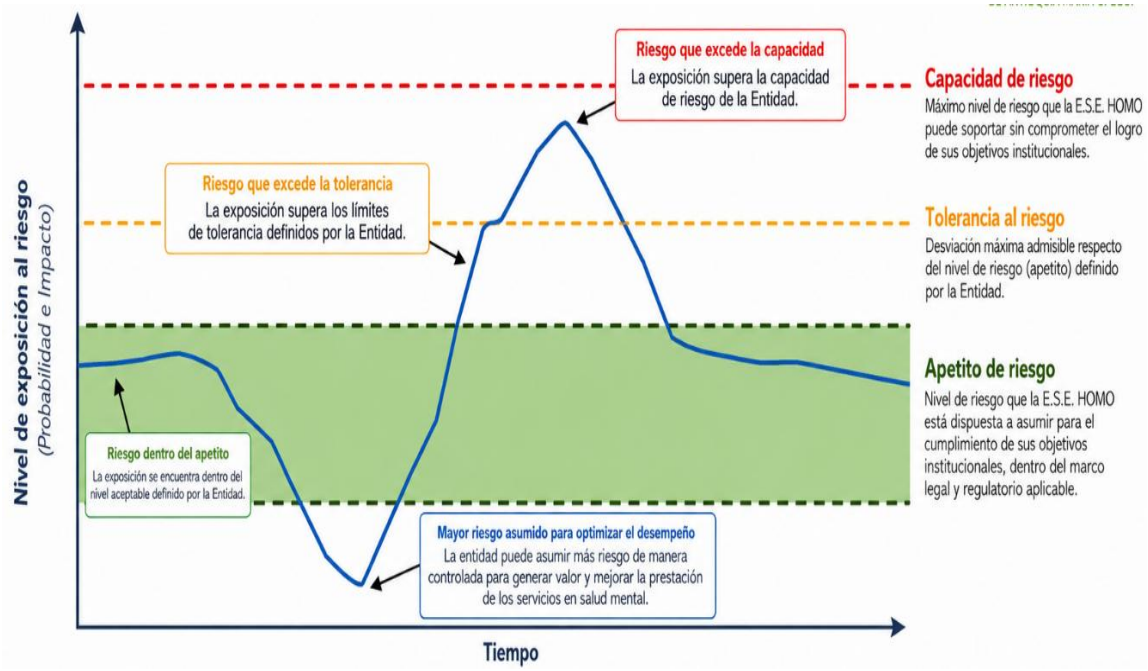
Una vez determinado el nivel de riesgo residual, este deberá compararse con los criterios de aceptación, apetito, tolerancia y límites de exposición definidos por la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO, de acuerdo con la naturaleza del riesgo, las características de la Entidad y las disposiciones legales y regulatorias aplicables.

La gestión del riesgo deberá considerar el apetito de riesgo como un elemento para orientar la toma de decisiones frente a la exposición que la Entidad está dispuesta a asumir para el cumplimiento de sus objetivos. Su determinación deberá guardar relación con la misión, visión, objetivos, estrategias, naturaleza, características y capacidad de la E.S.E. HOMO, así como con el marco legal y regulatorio aplicable.

Para efectos de la gestión integral del riesgo, se entenderá por apetito de riesgo el nivel de riesgo que la E.S.E. HOMO está dispuesta a asumir en relación con sus objetivos, dentro del marco legal y de las disposiciones adoptadas por las instancias competentes.

La tolerancia al riesgo corresponde a la máxima desviación admisible respecto del nivel de riesgo definido como apetito, mientras que la capacidad de riesgo corresponde al máximo nivel de riesgo que la Entidad puede soportar sin comprometer el cumplimiento de sus objetivos institucionales.

CAPACIDAD, LÍMITES Y TOLERANCIA AL RIESGO



Fuente: Adaptado de DAFP V7, con base en Superintendencia Financiera de Colombia (2023). Adaptación E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO.

El apetito de riesgo podrá ser diferente para los distintos tipos de riesgos administrados por la E.S.E. HOMO. Su determinación podrá realizarse mediante criterios cualitativos, cuantitativos o una combinación de ambos, de acuerdo con la

naturaleza del riesgo, la disponibilidad y confiabilidad de la información, las características del sector salud y las disposiciones específicas aplicables.

En aquellos riesgos cuya naturaleza, impacto potencial o exigencias legales y regulatorias así lo requieran, podrán establecerse niveles de tolerancia cero o condiciones particulares de aceptación, de acuerdo con las decisiones adoptadas por las instancias competentes.

Los valores, rangos, niveles, indicadores, umbrales y límites específicos que conformen el apetito, la tolerancia y la capacidad de riesgo de la E.S.E. HOMO se establecerán en la Matriz de Apetito, Tolerancia, Capacidad y Límites de Riesgo, definida como Anexo 1 del presente Manual.

La matriz constituye el instrumento mediante el cual se operacionalizan los criterios establecidos en esta metodología y podrá establecer parámetros diferenciados para las distintas tipologías y subsistemas de riesgo, de acuerdo con sus características y requerimientos particulares.

La definición y actualización del apetito de riesgo deberá considerar, entre otros aspectos, los resultados y tendencias del desempeño institucional, el comportamiento de los riesgos, los cambios en el contexto interno y externo, la capacidad institucional, las obligaciones legales y regulatorias, los resultados del monitoreo y las decisiones de la Alta Dirección o de la instancia competente.

La propuesta de los niveles de apetito, tolerancia, capacidad y límites podrá ser elaborada y consolidada por la función responsable de la gestión del riesgo, con participación de los responsables de los procesos y demás instancias que correspondan, y deberá ser sometida a revisión y aprobación por la instancia competente de acuerdo con el Gobierno del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

Una vez determinado el nivel de riesgo residual, este deberá compararse con los parámetros establecidos en la Matriz de Apetito, Tolerancia, Capacidad y Límites de Riesgo. Esta comparación permitirá determinar si el nivel de exposición se encuentra dentro de los niveles aceptables o si requiere acciones adicionales de tratamiento, mitigación, fortalecimiento de controles o escalamiento.

Cuando el riesgo residual se encuentre dentro de los niveles de aceptación establecidos, podrá ser aceptado y deberá mantenerse bajo seguimiento y monitoreo, de acuerdo con la periodicidad definida para cada riesgo.

Cuando el nivel de riesgo residual supere el nivel de apetito pero se encuentre dentro del nivel de tolerancia establecido, deberá realizarse el seguimiento

correspondiente y evaluarse la necesidad de adoptar medidas de tratamiento o fortalecimiento de controles, de acuerdo con la naturaleza y evolución del riesgo.

Cuando el riesgo residual supere los niveles de tolerancia o los límites de exposición establecidos, deberán definirse e implementarse las acciones de tratamiento necesarias para reducir la exposición hasta los niveles aceptables, de acuerdo con las opciones y criterios definidos en la metodología institucional y con las disposiciones específicas aplicables.

Las opciones de tratamiento del riesgo serán las establecidas por la metodología institucional y podrán comprender, según corresponda:

TRATAMIENTO	APLICACIÓN
Evitar	Eliminar la actividad, condición o fuente que origina la exposición al riesgo, cuando sea viable y no comprometa el cumplimiento de las funciones y obligaciones de la Entidad.
Reducir	Implementar nuevos controles o fortalecer los existentes para disminuir la probabilidad de ocurrencia y/o el impacto del riesgo.
Compartir	Distribuir o transferir parte de las consecuencias del riesgo mediante seguros, contratos u otros mecanismos aplicables. Esta opción no implica trasladar las responsabilidades legales o institucionales que correspondan a la E.S.E. HOMO.
Aceptar	Mantener el nivel de riesgo residual sin implementar medidas adicionales, cuando este se encuentre dentro de los niveles de aceptación definidos por la Entidad y su aceptación sea compatible con las disposiciones legales y regulatorias aplicables.

Cuando el tratamiento requiera implementar nuevos controles o fortalecer los existentes, deberán establecerse las acciones correspondientes en los instrumentos institucionales definidos para tal fin, determinando las actividades requeridas, responsables, plazos, mecanismos de seguimiento y evidencias de ejecución.

El seguimiento de los riesgos deberá realizarse de manera periódica y permitirá verificar la evolución del nivel de riesgo residual, la efectividad de los controles, el cumplimiento de las acciones de tratamiento y el comportamiento de los indicadores y límites establecidos.

El seguimiento deberá considerar los cambios en el contexto interno y externo, en los procesos, en la normatividad aplicable, en las condiciones de operación, en los factores de riesgo y en cualquier otra circunstancia que pueda modificar el nivel de exposición identificado.

Cuando se presenten desviaciones frente a los niveles de apetito, tolerancia o límites establecidos, deberán adoptarse las acciones correspondientes de acuerdo con la naturaleza, criticidad y evolución del riesgo. Cuando se requiera, deberán establecerse planes de acción, contingencia o fortalecimiento de controles, con responsables, plazos, mecanismos de seguimiento y evidencias de ejecución.

Los resultados del seguimiento deberán registrarse en los instrumentos institucionales correspondientes y constituirán insumo para actualizar la valoración de los riesgos, fortalecer los controles, ajustar las acciones de tratamiento y adoptar las decisiones que correspondan.

La información derivada del monitoreo y seguimiento deberá generar los reportes definidos por la E.S.E. HOMO para las instancias responsables de la gestión y supervisión del riesgo. Estos reportes deberán permitir conocer la evolución de las exposiciones, el cumplimiento de los límites establecidos, el estado de los controles y las acciones implementadas.

En el caso de los subsistemas de administración de riesgos regulados por la Superintendencia Nacional de Salud, el seguimiento, los límites, indicadores, reportes y demás elementos específicos deberán atender adicionalmente las disposiciones aplicables a cada subsistema, sin perjuicio de los criterios generales establecidos en la metodología institucional.

La gestión del riesgo deberá mantener una comunicación oportuna entre las instancias responsables, de manera que la información sobre cambios en los niveles de exposición, materializaciones, incumplimientos de límites y resultados de los controles pueda ser utilizada para la toma de decisiones y el fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

Indicadores Clave de Riesgo – KRI

La E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO podrá establecer Indicadores Clave de Riesgo – KRI (Key Risk Indicators) como herramienta para el seguimiento preventivo de aquellos riesgos que, por su criticidad, comportamiento, nivel de exposición o características particulares, requieran mecanismos de monitoreo que permitan identificar oportunamente cambios o señales de alerta.

Los KRI deberán orientarse a proporcionar información oportuna sobre posibles incrementos en la exposición al riesgo y facilitar la adopción de medidas preventivas o correctivas antes de que se produzca su materialización. Estos indicadores podrán

ser de carácter cuantitativo o cualitativo, de acuerdo con la naturaleza del riesgo y la disponibilidad y confiabilidad de la información.

La definición de los KRI deberá guardar relación con los objetivos institucionales y de los procesos y considerar los riesgos identificados, sus causas, eventos históricos, controles existentes y demás información relevante para comprender el comportamiento de la exposición. Cuando resulte pertinente, los KRI deberán articularse con los Indicadores Clave de Proceso – KPI, de manera que el seguimiento al riesgo pueda analizarse conjuntamente con el desempeño del proceso.

Los KPI estarán orientados principalmente a medir el desempeño y cumplimiento de los objetivos y metas, mientras que los KRI estarán orientados a identificar y monitorear señales de exposición al riesgo. En consecuencia, ambos indicadores son complementarios y podrán analizarse de manera articulada para facilitar la toma de decisiones.

Para la formulación de un KRI se deberá establecer, como mínimo:

- Nombre del indicador.
- Descripción y propósito.
- Riesgo al que se encuentra asociado.
- Fórmula o mecanismo de medición, cuando aplique.
- Unidad de medida.
- Fuente de información.
- Frecuencia de medición y seguimiento.
- Responsable de su cálculo, análisis y reporte.
- Umbrales o niveles de alerta.

Los KRI deberán contar, cuando su naturaleza lo permita, con umbrales de alerta que permitan identificar diferentes niveles de exposición y determinar cuándo se requiere seguimiento especial, intervención o adopción de medidas. Estos umbrales deberán ser definidos de acuerdo con las características del riesgo, los indicadores de desempeño asociados, el comportamiento histórico, la capacidad institucional y los niveles de apetito y tolerancia establecidos por la E.S.E. HOMO.

La interpretación de los resultados de los KRI deberá realizarse en relación con el apetito, la tolerancia y los límites de riesgo establecidos por la Entidad. Cuando el resultado se encuentre dentro de los niveles definidos como aceptables, se continuará con el seguimiento correspondiente. Cuando se aproxime a un umbral de alerta, deberá realizarse un análisis preventivo de las causas y tendencias observadas. Cuando se supere el nivel de apetito, tolerancia o límite establecido, deberán adoptarse las acciones de tratamiento, mitigación o escalamiento que correspondan.

Los umbrales de alerta deberán ser revisados cuando se presenten cambios significativos en los riesgos, procesos, objetivos, condiciones de operación, normatividad aplicable, comportamiento histórico o niveles de apetito y tolerancia.

La definición y aplicación de los KRI corresponderá principalmente a los responsables de los procesos, quienes deberán identificar aquellos riesgos que requieran este mecanismo de seguimiento, realizar la medición correspondiente, analizar sus resultados y reportar oportunamente las alertas que se presenten.

La función responsable de la gestión integral del riesgo brindará orientación metodológica para la identificación, formulación, medición y seguimiento de los KRI, verificará su articulación con la gestión institucional del riesgo y podrá consolidar los indicadores de mayor criticidad para su presentación a las instancias correspondientes.

La evaluación independiente verificará, de acuerdo con su competencia y programación, la existencia, pertinencia y eficacia de los mecanismos establecidos para el seguimiento de los KRI y la atención de las alertas identificadas.

Los resultados de los KRI deberán constituir insumo para el seguimiento de los riesgos, la evaluación de la efectividad de los controles, la actualización de las matrices de riesgos, la revisión del apetito y tolerancia cuando corresponda y la adopción de acciones preventivas y correctivas.

Los KRI podrán ser gestionados mediante los instrumentos institucionales de medición y seguimiento definidos por la E.S.E. HOMO, evitando la creación de registros o sistemas paralelos cuando los mecanismos existentes permitan atender adecuadamente esta función.

4.3.7 Gestión de los riesgos materializados

Se entenderá como riesgo materializado la ocurrencia de un evento que genere o pueda generar las consecuencias previstas en la descripción del riesgo, afectando los objetivos institucionales, los procesos, los recursos, la prestación de los servicios, la información, el patrimonio o cualquier otro elemento relacionado con la operación de la E.S.E. HOMO.

Cuando se detecte la materialización de un riesgo, el hecho deberá ser comunicado oportunamente al responsable del proceso y a las instancias institucionales que correspondan, de acuerdo con la naturaleza, gravedad y posibles consecuencias del evento y con los mecanismos de reporte establecidos por la Entidad.

Una vez identificada la materialización, deberá realizarse el análisis correspondiente para determinar las causas que dieron lugar al evento, las consecuencias generadas o potenciales, los controles existentes, su funcionamiento y efectividad y las condiciones que pudieron favorecer su ocurrencia.

El análisis deberá permitir determinar las acciones necesarias para contener los efectos del evento, corregir las desviaciones identificadas, fortalecer los controles y prevenir o reducir la posibilidad de recurrencia.

Cuando la materialización evidencie que los controles existentes fueron inexistentes, insuficientes o ineficaces, estos deberán ser revisados y, cuando corresponda, diseñados, fortalecidos, modificados o complementados de acuerdo con los criterios establecidos en la metodología institucional.

El análisis de la materialización deberá determinar si resulta necesario actualizar la descripción del riesgo, sus causas, consecuencias, valoración, controles, indicadores, nivel de riesgo residual o cualquier otro elemento de la matriz o instrumento mediante el cual se gestione el riesgo.

Cuando corresponda, el riesgo materializado deberá generar la actualización del Mapa Integral de Riesgos y de los instrumentos de gestión asociados, dejando evidencia de las decisiones adoptadas, las acciones implementadas y los resultados obtenidos.

Cuando la materialización del riesgo implique el incumplimiento de obligaciones legales, regulatorias o contractuales, afectación de recursos públicos, posibles responsabilidades disciplinarias, fiscales, penales o administrativas, afectación a la prestación de los servicios o situaciones que deban ser informadas a autoridades o instancias externas, se procederá de acuerdo con las competencias, procedimientos y mecanismos institucionales y legales aplicables.

En los casos en que el riesgo materializado corresponda a una tipología o subsistema que cuente con mecanismos específicos de reporte, gestión de eventos o tratamiento, se aplicarán adicionalmente las disposiciones y procedimientos establecidos en los respectivos instrumentos especializados, manteniendo su articulación con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

La información relacionada con los riesgos materializados deberá conservarse como evidencia de la gestión realizada y constituirá insumo para el monitoreo, evaluación y actualización de los riesgos y controles.

El seguimiento de las acciones derivadas de la materialización deberá verificar su ejecución, efectividad y capacidad para evitar o reducir la recurrencia del evento. Los resultados deberán comunicarse a las instancias correspondientes de acuerdo con sus competencias.

La información derivada de los riesgos materializados, así como de incidentes, eventos, hallazgos, auditorías, investigaciones, quejas, reclamaciones y demás fuentes que permitan identificar fallas o causas de riesgo, deberá utilizarse para fortalecer la identificación, valoración y tratamiento de los riesgos y promover la mejora continua del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

La materialización de un riesgo dentro del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos constituye un mecanismo de gestión, aprendizaje y mejora institucional y no implica por sí misma la determinación de responsabilidad individual, la cual corresponderá a las autoridades o instancias competentes cuando haya lugar a ello.

La gestión de los riesgos materializados se desarrollará de acuerdo con las responsabilidades definidas en el Gobierno del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, de manera que la detección, comunicación, análisis, tratamiento, seguimiento y evaluación del evento se realicen conforme a las competencias asignadas a las diferentes líneas de responsabilidad.

4.4 Subsistemas de Administración de Riesgos priorizados por la Superintendencia Nacional de Salud

La E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO administrará los subsistemas de administración de riesgos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud que resulten aplicables a su naturaleza, clasificación, características y operación, de acuerdo con las disposiciones legales y regulatorias vigentes.

Los subsistemas de administración de riesgos hacen parte del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la E.S.E. HOMO y se gestionarán de manera articulada con la metodología institucional definida en el numeral 4.3. Metodología institucional para la gestión integral del riesgo del presente Manual.

En consecuencia, la identificación, análisis, valoración, control, tratamiento y seguimiento de los riesgos correspondientes a cada subsistema se desarrollarán bajo los criterios generales establecidos en dicha metodología, incorporando las particularidades técnicas, operativas, regulatorias y metodológicas que correspondan a cada sistema de administración de riesgos.

Los responsables de cada subsistema deberán considerar, además de los elementos generales definidos por la E.S.E. HOMO, los factores de riesgo, variables, categorías, indicadores, límites, mecanismos de monitoreo, controles, reportes y demás elementos específicos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud y las demás autoridades competentes, de acuerdo con la naturaleza y características de cada subsistema.

La aplicación de los lineamientos especializados deberá realizarse de manera proporcional a la naturaleza, características, tamaño, estructura, capacidad operativa y perfil de riesgo de la E.S.E. HOMO, cuando dicha proporcionalidad sea compatible con las disposiciones aplicables y no implique desconocer obligaciones de obligatorio cumplimiento.

Los subsistemas se desarrollarán de manera articulada con los procesos institucionales y con los demás componentes del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, procurando evitar la duplicidad de matrices, controles, procedimientos, reportes e instrumentos cuando una misma medida pueda atender diferentes exposiciones al riesgo.

Cuando un subsistema cuente con un manual, política, procedimiento, matriz, metodología o instrumento especializado, este hará parte del marco documental del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y deberá mantenerse articulado con el presente Manual. En estos casos, el presente capítulo establecerá el marco general de integración del subsistema, mientras que el instrumento especializado desarrollará los aspectos técnicos, metodológicos y operativos que le sean propios.

En particular, cuando la E.S.E. HOMO cuente con manuales independientes establecidos o requeridos por disposiciones específicas de la Superintendencia Nacional de Salud, estos conservarán su carácter de documentos rectores para el desarrollo especializado del respectivo subsistema. En consecuencia, el presente Manual Integral no reproducirá su contenido técnico, metodologías, procedimientos,

matrices, señales de alerta, controles o demás instrumentos específicos, sino que establecerá su articulación con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

De esta manera, los subsistemas que se desarrollan directamente en el presente Manual aplicarán la metodología institucional de los cuatro pasos, incorporando dentro de cada uno las exigencias específicas que les sean aplicables; mientras que aquellos que cuenten con un documento especializado independiente serán reconocidos y articulados dentro de este capítulo, manteniendo su desarrollo técnico en el instrumento correspondiente.

4.4.1 Gestión Del Riesgo En Salud

El Riesgo en Salud corresponde a la posibilidad de ocurrencia de eventos no deseados, evitables y negativos para la salud de las personas atendidas por la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO, incluyendo el empeoramiento de una condición previa, la aparición de complicaciones o la necesidad de consumir bienes y servicios de salud que hubieran podido evitarse.

La gestión de este riesgo se desarrollará de manera articulada con los lineamientos generales establecidos en el presente Manual, los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, las políticas y estrategias institucionales y los lineamientos, pautas e instrumentos expedidos por las autoridades competentes en materia de salud. Para ello, se tendrán en cuenta las condiciones territoriales y poblacionales, las características de los servicios habilitados, la población atendida y los factores propios de la prestación de los servicios de salud.

La gestión del Riesgo en Salud se desarrollará mediante los cuatro pasos definidos en la metodología institucional: identificación y descripción del riesgo, análisis del riesgo inherente, diseño y análisis de controles y valoración del riesgo residual. Los elementos específicos exigidos para este riesgo se incorporarán dentro de estas etapas, evitando la creación de metodologías paralelas.

Los instrumentos de seguimiento del Riesgo en Salud deberán establecer, cuando corresponda, las metas, responsables, indicadores de proceso, eficiencia y efectividad, periodicidad de seguimiento y demás elementos requeridos para verificar la evolución del riesgo y el cumplimiento de los niveles de aceptación definidos por la Entidad.

Paso 1. Identificación y descripción del riesgo

La identificación del Riesgo en Salud deberá permitir reconocer los eventos, situaciones, condiciones y factores que puedan afectar negativamente la salud de los pacientes y los resultados de la prestación de los servicios.

Para este análisis se deberá considerar, como mínimo, la situación de salud del territorio en el que la E.S.E. HOMO desarrolla sus servicios y las características de la población atendida. Asimismo, se tendrá en cuenta la información disponible en fuentes institucionales y oficiales que resulte pertinente para conocer las condiciones de salud, los grupos de riesgo y las necesidades de la población.

La identificación deberá considerar la caracterización de los servicios ofertados, sus modalidades de atención y las condiciones de contratación que correspondan, teniendo en cuenta los grupos de riesgo de la población potencialmente usuaria y las características de los servicios habilitados.

De igual manera, se deberá analizar la demanda de servicios de salud de la Institución, considerando, cuando resulte aplicable, la demanda esperada, efectiva y agregada, así como las características diferenciales de la población atendida, tales como edad, género, grupo étnico, curso de vida, ubicación territorial y grupos de riesgo.

La identificación deberá considerar además la capacidad instalada y la disponibilidad de talento humano frente a la capacidad de producción y prestación de los servicios, así como las condiciones de la población asignada o atendida y las relaciones contractuales que incidan en la prestación de los servicios.

Como parte de esta etapa, la E.S.E. HOMO deberá considerar los incidentes y eventos adversos reportados, así como los mecanismos institucionales establecidos para su reporte, análisis y gestión. El reporte de estos eventos constituye una fuente de información para fortalecer la cultura de seguridad y generar aprendizaje institucional, pero no deberá considerarse por sí solo como una medida suficiente para determinar la magnitud del riesgo.

Igualmente, deberán identificarse los riesgos existentes en los diferentes servicios habilitados y las estrategias de prevención y control relacionadas con la Política de Seguridad del Paciente, considerando tanto los eventos adversos ocurridos como los riesgos potenciales identificados en los procesos asistenciales.

La descripción del riesgo deberá permitir establecer de manera clara el evento, sus causas y sus posibles consecuencias sobre la salud de los pacientes, la calidad y

continuidad de la atención y, cuando corresponda, sobre los recursos y resultados institucionales.

Paso 2. Análisis del riesgo inherente

Una vez identificado el riesgo, se realizará su análisis y valoración conforme a la metodología general establecida en el presente Manual, determinando la probabilidad de ocurrencia y el impacto o severidad de sus consecuencias.

Para el Riesgo en Salud, el análisis del impacto deberá considerar de manera particular las consecuencias que la materialización del evento pueda generar sobre la salud y seguridad de los pacientes, incluyendo el empeoramiento de condiciones de salud, complicaciones, lesiones, eventos adversos u otras consecuencias derivadas de la prestación de los servicios.

Cuando resulte aplicable, el análisis deberá considerar también las consecuencias institucionales asociadas al riesgo, incluyendo sobrecostos asistenciales, estancias hospitalarias prolongadas, riesgos jurídicos y demás efectos que puedan derivarse de su materialización. Estos elementos permiten establecer la relación existente entre el Riesgo en Salud y otras categorías de riesgo institucional.

La valoración deberá permitir establecer el nivel de riesgo inherente y priorizar aquellos riesgos que, por su probabilidad, impacto o consecuencias potenciales, requieran una intervención prioritaria.

Para este efecto, la E.S.E. HOMO podrá utilizar la matriz institucional de valoración y priorización de riesgos, aplicando los criterios definidos en la metodología general y armonizándolos, cuando corresponda, con las prioridades territoriales, poblacionales y los lineamientos e instrumentos expedidos por las autoridades competentes en materia de salud.

La priorización de los riesgos no implicará dejar de vigilar o gestionar aquellos que presenten niveles inferiores de exposición. Todos los riesgos identificados deberán mantenerse bajo seguimiento de acuerdo con su naturaleza y nivel de exposición.

Para los riesgos en salud se deberán considerar, además, los límites de tolerancia o niveles aceptables de exposición que resulten aplicables, de manera que las desviaciones que superen dichos límites sean objeto de acciones de tratamiento y control.

Paso 3. Diseño y análisis de controles

Una vez determinado el riesgo inherente, se identificarán y analizarán los controles existentes destinados a prevenir la ocurrencia del evento, detectar oportunamente sus desviaciones, reducir sus consecuencias o contribuir a su corrección.

Los controles deberán estar relacionados directamente con las causas y consecuencias identificadas y serán valorados conforme a los criterios establecidos en la metodología general del presente Manual.

Para el Riesgo en Salud, los controles podrán materializarse mediante políticas, programas, planes, protocolos, procedimientos, guías, estrategias de seguridad del paciente, mecanismos de vigilancia, actividades de capacitación, sistemas de información y demás medidas institucionales orientadas a prevenir y controlar los factores de riesgo identificados.

El tratamiento y control deberá desarrollarse de manera sistemática, integral y articulada, procurando que las acciones implementadas sean pertinentes y costo-efectivas frente al nivel de exposición identificado. Los programas, planes o procedimientos definidos para el tratamiento deberán incorporar, cuando corresponda, indicadores de gestión y de resultado que permitan verificar el cumplimiento de las metas y determinar el nivel de riesgo alcanzado.

Los riesgos que superen los niveles de tolerancia definidos deberán ser objeto de medidas adicionales de mitigación y control, mediante acciones que permitan reducir su exposición y retornar al nivel aceptado. Estas acciones deberán establecer responsables, plazos, mecanismos de seguimiento y, cuando corresponda, actividades de capacitación y comunicación.

El seguimiento de los controles deberá considerar los indicadores de calidad y salud relacionados con los factores de riesgo priorizados, así como la efectividad de las acciones implementadas. De igual manera, deberá garantizarse la articulación de los procesos y procedimientos institucionales que contribuyan al acceso, oportunidad, seguridad y calidad de los servicios de salud.

Las acciones de capacitación relacionadas con el Riesgo en Salud deberán desarrollarse de acuerdo con las necesidades identificadas y podrán incluir aspectos relacionados con la adherencia a guías, protocolos de práctica clínica, normas técnicas, lineamientos, orientaciones y demás instrumentos aplicables.

Paso 4. Valoración del riesgo residual

Una vez identificados y valorados los controles, se determinará el riesgo residual, entendido como el nivel de exposición que permanece después de aplicar el efecto

de los controles y medidas de mitigación sobre el riesgo inherente, conforme a la metodología general establecida en el presente Manual.

La valoración se realizará aplicando los criterios institucionales definidos para determinar el efecto de los controles sobre la probabilidad y/o el impacto, según corresponda.

Para efectos de la gestión del Riesgo en Salud, este resultado deberá permitir establecer si el nivel de exposición posterior a los controles se encuentra dentro de los límites de aceptación o tolerancia definidos por la E.S.E. HOMO y si las medidas implementadas resultan suficientes frente a las condiciones particulares del riesgo.

En armonía con la terminología utilizada por la Superintendencia Nacional de Salud, el riesgo residual corresponde al nivel de exposición posterior a la aplicación de controles y medidas de mitigación, concepto que en la regulación sectorial también se relaciona con la determinación del riesgo neto.

Cuando el resultado determine que el riesgo permanece por encima de los niveles de aceptación o tolerancia, deberán establecerse las acciones adicionales de tratamiento y control que correspondan.

Tratamiento, seguimiento y reporte del Riesgo en Salud

La gestión del Riesgo en Salud no finaliza con la valoración del riesgo residual. Los riesgos identificados deberán mantenerse bajo seguimiento y monitoreo permanente, de acuerdo con su naturaleza, nivel de exposición, frecuencia de ocurrencia y posibles consecuencias.

El seguimiento deberá permitir comparar periódicamente el comportamiento observado con los niveles de riesgo esperados, los límites de tolerancia, los indicadores definidos y la efectividad de los controles implementados.

Para este propósito, la E.S.E. HOMO deberá disponer de mecanismos que permitan identificar oportunamente desviaciones, cambios en el perfil de riesgo o comportamientos que puedan indicar un incremento de la exposición. Cuando corresponda, estos mecanismos podrán operar como señales o alertas tempranas, facilitando la detección, corrección y ajuste oportuno de las deficiencias identificadas.

Cuando se presenten desviaciones o se superen los límites establecidos, deberán definirse las acciones de intervención, mitigación o contingencia que correspondan, estableciendo responsables, plazos, periodicidad de seguimiento, indicadores y mecanismos de reporte.

Los resultados del seguimiento deberán ser comunicados a las instancias institucionales competentes y servir como insumo para la toma de decisiones, la actualización de los riesgos, el fortalecimiento de los controles y la formulación de acciones de mejora. Los planes derivados del seguimiento deberán articularse, cuando corresponda, con los demás planes de mejoramiento institucionales y con las acciones resultantes de actividades de control internas o externas.

La información relacionada con la gestión del Riesgo en Salud deberá mantenerse documentada y disponible de acuerdo con los instrumentos institucionales establecidos, garantizando su calidad, trazabilidad, oportunidad y confiabilidad.

Finalmente, la gestión del Riesgo en Salud deberá revisarse y actualizarse cuando se presenten cambios en los servicios, población atendida, condiciones territoriales, procesos asistenciales, resultados de los indicadores, materialización de eventos, cambios normativos o cualquier otra circunstancia que pueda modificar el perfil de riesgo de la E.S.E. HOMO.

4.4.2 Gestión del Riesgo Operacional

El Riesgo Operacional corresponde a la posibilidad de que la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO presente desviaciones en el cumplimiento de sus objetivos misionales como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, el recurso humano, los sistemas tecnológicos, los aspectos legales y biomédicos, la infraestructura, así como por fraude, corrupción, opacidad, errores humanos, prácticas inseguras, acontecimientos externos u otros factores que puedan afectar la operación institucional.

Los eventos de riesgo operacional pueden generar pérdidas en los resultados de salud de la población, las cuales, por su naturaleza, deberán articularse con la gestión del Riesgo en Salud; pérdidas en los resultados operativos esperados, incluida la satisfacción de la población; y pérdidas financieras, cuya gestión deberá articularse con los riesgos financieros correspondientes.

La gestión del Riesgo Operacional se desarrollará conforme a la metodología general establecida en el presente Manual y mediante los cuatro pasos institucionales definidos para la gestión integral de riesgos. Dentro de estos pasos se incorporarán las particularidades exigidas para este subsistema, conservando los instrumentos, registros y mecanismos específicos que correspondan.

Paso 1. Identificación y descripción del riesgo operacional

La identificación deberá permitir determinar la exposición de la E.S.E. HOMO al Riesgo Operacional a partir del levantamiento y documentación de la totalidad de sus procesos y actividades, incluidos aquellos que sean desarrollados mediante terceros.

En esta identificación se deberán considerar los procesos relevantes para el cumplimiento de las funciones de la Entidad, de acuerdo con su naturaleza y modelo de atención en salud mental, incluyendo los procesos de atención en salud mental ambulatoria y hospitalaria, atención de urgencias en salud mental, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico cuando apliquen, gestión de la calidad, gestión del talento humano, gestión de tecnologías de la información y las comunicaciones, gestión financiera, gestión administrativa y legal, y demás procesos institucionales que puedan generar exposición al Riesgo Operacional

En cada proceso deberán identificarse los eventos de riesgo operacional potenciales y ocurridos, así como los procesos jurídicos en los que se encuentre involucrada la Entidad, las posibles pérdidas financieras derivadas de los eventos y aquellas pérdidas relacionadas con resultados en salud que deban ser gestionadas mediante el componente de Riesgo en Salud.

La identificación deberá realizarse previamente a la implementación de nuevos procesos o a la modificación de los existentes y cuando se presenten situaciones que puedan modificar significativamente la exposición al riesgo, tales como fusiones, adquisiciones, cesiones de activos, pasivos o contratos, cuando sean aplicables.

La E.S.E. HOMO deberá contar con un registro de eventos de Riesgo Operacional, en el cual se documenten los eventos materializados y la información necesaria para su análisis, seguimiento y gestión.

El registro deberá permitir identificar, como mínimo, el evento, área o dependencia, proceso afectado, fecha de descubrimiento, fecha de inicio y finalización cuando corresponda, descripción del evento, producto o servicio afectado, clase de evento, tipo de pérdida, cuantía y cuantías recuperadas, así como los demás campos definidos en el instrumento institucional.

La información registrada deberá utilizarse como insumo para analizar las causas de los eventos, evaluar la efectividad de los controles, actualizar la valoración del riesgo y establecer las acciones de tratamiento y mejoramiento que correspondan.

Paso 2. Análisis del riesgo inherente

El análisis del Riesgo Operacional se realizará conforme a la metodología general establecida en el presente Manual, determinando la probabilidad de ocurrencia del evento y el impacto que podría generar su materialización.

La medición deberá realizarse de acuerdo con la naturaleza de los eventos identificados y deberá permitir establecer el perfil de riesgo operacional de la Entidad. Cuando no se disponga de información histórica suficiente, podrá realizarse una aproximación cualitativa y establecer las acciones necesarias para fortalecer progresivamente la medición cuantitativa.

La E.S.E. HOMO podrá utilizar información histórica de eventos, registros de pérdidas, indicadores, resultados de auditorías, incidentes, información financiera y demás fuentes disponibles para fortalecer la valoración.

La metodología institucional permitirá determinar el nivel de riesgo inherente mediante la combinación de probabilidad e impacto, de acuerdo con los criterios definidos en el presente Manual.

En la evaluación deberán considerarse las condiciones y recursos necesarios para enfrentar la exposición al Riesgo Operacional, incluyendo los recursos físicos, humanos, técnicos y financieros, así como los planes de contingencia y el Plan de Continuidad del Negocio cuando resulten aplicables.

El resultado de esta etapa permitirá determinar el nivel de riesgo inherente y establecer la prioridad de intervención correspondiente.

Paso 3. Diseño y análisis de controles

A partir del riesgo inherente identificado se deberán diseñar, implementar y valorar controles para cada proceso, de manera que permitan disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento, reducir su impacto o actuar sobre ambas variables.

Los controles deberán incorporarse en las políticas, procedimientos y demás instrumentos institucionales que correspondan y serán valorados conforme a los criterios establecidos en la metodología general del presente Manual.

Cuando los riesgos puedan afectar la operación en condiciones normales, la E.S.E. HOMO deberá contar con las medidas de continuidad necesarias y con un Plan de Continuidad del Negocio, de acuerdo con las disposiciones institucionales aplicables.

El Plan de Continuidad del Negocio deberá contemplar, como mínimo, la identificación de los eventos que puedan afectar la operación, las actividades a

desarrollar cuando se presenten fallas, las alternativas de operación y el proceso de retorno a la actividad normal. Asimismo, deberá definirse, implementarse, probarse y mantenerse para responder ante situaciones de emergencia o desastre.

Los controles deberán ser objeto de seguimiento y evaluación para determinar su efectividad y establecer las acciones de fortalecimiento que sean necesarias.

Paso 4. Valoración del riesgo residual

Una vez valorados los controles, se determinará el riesgo residual conforme a la metodología general establecida en el presente Manual.

El riesgo residual corresponderá al nivel de exposición que permanece después de considerar el efecto de los controles implementados sobre el riesgo inherente.

Para efectos de articulación con la terminología de la Supersalud, este resultado corresponde al nivel de exposición posterior a la aplicación de controles y medidas de mitigación, denominado en la regulación sectorial riesgo neto. La E.S.E. HOMO mantendrá el término institucional de riesgo residual para efectos de la metodología general. La Circular señala que, como resultado de la mitigación, se obtiene el riesgo neto para cada categoría de riesgo.

El resultado deberá compararse con los niveles de aceptación definidos por la Entidad y permitirá determinar si se requieren acciones adicionales de tratamiento o fortalecimiento de controles.

4.4.3 Gestión del Riesgo Actuarial

El Riesgo Actuarial corresponde a la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas como consecuencia de una estimación inadecuada de los valores asociados a los contratos de prestación de servicios de salud, de manera que los ingresos pactados o estimados resulten insuficientes para atender los costos y obligaciones derivados de su ejecución.

La gestión de este riesgo deberá considerar las características de la población incluida en los contratos, las modalidades y condiciones de contratación utilizadas por la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO, las obligaciones de cobertura asumidas, las tarifas pactadas, el comportamiento de los ingresos y costos y los demás factores que puedan generar desviaciones frente a las estimaciones realizadas.

En atención a la naturaleza de la E.S.E. HOMO como institución especializada en la prestación de servicios de salud mental, la identificación y valoración del Riesgo Actuarial deberá considerar las características de su población, la demanda y utilización de los servicios de salud mental, las condiciones de contratación efectivamente utilizadas por la Entidad y los factores que puedan afectar la suficiencia económica de los contratos.

La gestión del Riesgo Actuarial se desarrollará conforme a los cuatro pasos metodológicos establecidos en el presente Manual y a los lineamientos específicos aplicables a este subsistema.

Paso 1. Identificación y descripción del riesgo actuarial

La identificación del Riesgo Actuarial deberá permitir reconocer las situaciones y factores que puedan generar insuficiencia entre los ingresos derivados de los contratos y los costos y obligaciones asociados a su ejecución.

Para ello, deberán considerarse las características de la población incluida en los contratos, teniendo en cuenta, según corresponda, aspectos geográficos, etarios, demográficos, condiciones de morbi-mortalidad y las novedades que puedan modificar sus características o comportamiento.

Asimismo, deberán analizarse las particularidades de las modalidades de contratación utilizadas por la E.S.E. HOMO, las obligaciones de cobertura, el riesgo asumido por la Entidad, las tarifas pactadas y las condiciones relacionadas con los servicios, actividades, procedimientos, intervenciones, tecnologías, insumos y medicamentos comprendidos en cada contrato, cuando resulte aplicable.

La identificación deberá considerar igualmente el comportamiento y variabilidad de los ingresos y costos asociados a la contratación, los posibles incrementos en los costos de atención, insumos y medicamentos, el uso de los recursos necesarios para cumplir las obligaciones contractuales y las condiciones que puedan afectar la suficiencia económica de los contratos.

De igual manera, deberán considerarse factores que puedan modificar las condiciones inicialmente estimadas, tales como variaciones inesperadas en la morbi-mortalidad, concentración de población, hechos catastróficos, cambios sociodemográficos, incorporación de nuevas tecnologías, incremento de costos y demás situaciones que puedan afectar la frecuencia o el costo de los servicios requeridos.

Los riesgos identificados deberán describirse de acuerdo con la metodología general del presente Manual, estableciendo las causas, consecuencias y demás elementos necesarios para determinar la exposición de la E.S.E. HOMO.

Paso 2. Análisis del riesgo inherente

El análisis del Riesgo Actuarial se realizará conforme a los criterios institucionales de probabilidad, impacto y severidad establecidos en la metodología general del presente Manual.

Cuando la información disponible lo permita, el análisis deberá complementarse con información histórica y proyecciones que permitan anticipar incrementos inesperados en la morbi-mortalidad, los costos de atención, la demanda de servicios y demás factores que puedan afectar la suficiencia de los contratos.

Cuando resulte aplicable, podrán utilizarse modelos de cuantificación que permitan estimar las pérdidas esperadas e inesperadas asociadas al Riesgo Actuarial. Estos modelos deberán considerar, de acuerdo con las características de los contratos y la información disponible, variables relacionadas con la frecuencia o probabilidad de ocurrencia, la severidad o costo promedio del servicio y el nivel de exposición durante el período analizado.

Las proyecciones y análisis deberán considerar, cuando corresponda, la concentración de población, los hechos catastróficos, las nuevas tecnologías, los cambios sociodemográficos y demás factores que puedan modificar las condiciones de riesgo.

La aplicación de modelos o herramientas de cuantificación deberá guardar correspondencia con las características de la operación de la E.S.E. HOMO, la información disponible y las capacidades institucionales. Cuando no exista información suficiente para realizar una estimación cuantitativa, podrá utilizarse la metodología institucional de valoración del riesgo, estableciendo las acciones necesarias para fortalecer progresivamente las fuentes de información y la capacidad de medición.

El resultado de esta etapa permitirá determinar el nivel de riesgo inherente y establecer la necesidad de implementar o fortalecer medidas de tratamiento y control.

Paso 3. Diseño y análisis de controles

Una vez determinado el riesgo inherente, se identificarán y valorarán los controles existentes destinados a prevenir o mitigar la materialización del Riesgo Actuarial,

conforme a los criterios establecidos en la metodología general del presente Manual.

Los controles deberán relacionarse con las causas y factores identificados y deberán permitir actuar sobre la probabilidad, el impacto o ambas variables, según corresponda.

Como parte del tratamiento y control del Riesgo Actuarial, la E.S.E. HOMO deberá mantener actualizadas las políticas y estimaciones actuariales correspondientes a los tipos de contratos que utilice, considerando los cambios que puedan presentarse en las condiciones contractuales, la población, los costos, la demanda de servicios y demás factores que puedan afectar las estimaciones realizadas.

Cuando se utilicen modelos actuariales para establecer los valores de los contratos, deberán realizarse las pruebas de Stress Testing y Back Testing que correspondan, con el propósito de evaluar el comportamiento de los modelos, identificar desviaciones y establecer los ajustes necesarios.

Los resultados de estas pruebas y de las demás actividades de seguimiento deberán conservar la trazabilidad de las medidas adoptadas por la administración y servir como insumo para el fortalecimiento de los controles, estimaciones y modelos utilizados.

Asimismo, deberán establecerse controles de calidad sobre los sistemas de información utilizados para soportar la gestión actuarial, de manera que la información empleada para las estimaciones y análisis sea confiable, íntegra, disponible y adecuada para la toma de decisiones.

Paso 4. Valoración del riesgo residual

Una vez valorados los controles, se determinará el riesgo residual conforme a la metodología general establecida en el presente Manual.

El riesgo residual corresponderá al nivel de exposición que permanece después de considerar el efecto de los controles implementados sobre el riesgo inherente. Su resultado permitirá determinar si la exposición se encuentra dentro de los niveles de aceptación establecidos por la E.S.E. HOMO o si se requiere implementar nuevas medidas o fortalecer las existentes.

En la valoración deberán considerarse los resultados de las proyecciones, modelos de cuantificación, pruebas de estrés, ejercicios de autocomprobación y análisis de desviaciones, cuando estos sean utilizados, como insumos para determinar el nivel de exposición que permanece.

Cuando el riesgo residual se encuentre por encima de los niveles de aceptación definidos por la Entidad, deberá establecerse el tratamiento correspondiente y formularse las acciones necesarias para reducir la exposición.

Tratamiento, seguimiento y reporte del Riesgo Actuarial

El tratamiento del Riesgo Actuarial estará orientado a mantener la exposición dentro de los niveles de aceptación establecidos por la E.S.E. HOMO, de acuerdo con las opciones de tratamiento definidas en la metodología general del presente Manual y considerando las características de los contratos y las condiciones que puedan afectar la suficiencia de los ingresos frente a los costos y obligaciones derivados de su ejecución.

Como parte del tratamiento, deberán actualizarse periódicamente las políticas y estimaciones actuariales correspondientes a los tipos de contrato que utilice la E.S.E. HOMO, considerando los cambios que puedan presentarse en las condiciones contractuales, la población, la demanda, los costos y demás variables relevantes.

Cuando se utilicen modelos actuariales para establecer los valores de los contratos, deberán realizarse las pruebas de Stress Testing y Back Testing que correspondan. Los resultados deberán analizarse para identificar desviaciones frente a las estimaciones y adoptar los ajustes que resulten necesarios sobre los modelos, supuestos o estimaciones utilizadas.

El seguimiento deberá contrastar las estimaciones realizadas con el comportamiento observado de los ingresos, costos, demanda, utilización de los servicios y demás variables relevantes, permitiendo identificar oportunamente desviaciones que puedan afectar la suficiencia de los contratos y adoptar las medidas correspondientes.

Los resultados del seguimiento, las pruebas realizadas, las desviaciones identificadas y las medidas adoptadas deberán quedar documentados y utilizarse como insumo para la actualización del riesgo, el fortalecimiento de los controles y la toma de decisiones.

Las materializaciones del Riesgo Actuarial deberán ser reportadas mediante los mecanismos institucionales establecidos y analizadas para determinar sus causas, consecuencias y acciones de tratamiento o mejora.

4.4.4 Gestión del Riesgo de Crédito

El Riesgo de Crédito corresponde a la posibilidad de que la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores o contrapartes, en los términos acordados respecto del monto, plazo y demás condiciones establecidas.

La gestión de este riesgo estará orientada a identificar, medir, controlar y monitorear las exposiciones que puedan afectar el valor de los activos de la Entidad como consecuencia del incumplimiento de sus deudores o contrapartes. Para la E.S.E. HOMO, esta gestión comprenderá principalmente las cuentas por cobrar derivadas de la prestación de servicios y, cuando corresponda, los instrumentos financieros y demás activos que generen exposición al Riesgo de Crédito.

La gestión se desarrollará de acuerdo con la metodología general establecida en el presente Manual y con los lineamientos específicos aplicables al Subsistema de Administración del Riesgo de Crédito, teniendo en cuenta las características y operaciones efectivamente realizadas por la E.S.E. HOMO.

Paso 1. Identificación y descripción del riesgo de crédito

La identificación del Riesgo de Crédito deberá permitir reconocer las situaciones, operaciones, activos, deudores y contrapartes que puedan generar exposición para la E.S.E. HOMO. Para ello, se considerarán las cuentas por cobrar y, cuando corresponda, los instrumentos financieros y demás activos sujetos a este riesgo, teniendo en cuenta las condiciones de las obligaciones, los montos, plazos, características de los deudores o contrapartes, comportamiento histórico de cumplimiento, antigüedad de las obligaciones, concentración de las exposiciones y demás factores que puedan afectar la recuperación de los recursos.

La identificación deberá considerar los cambios significativos en las condiciones de cumplimiento de los deudores o contrapartes y aquellas situaciones que puedan modificar el nivel de exposición de la Entidad. Cuando existan activos con características y perfiles de riesgo similares, podrán ser analizados de manera agrupada, sin perjuicio de realizar una evaluación individual cuando la importancia o materialidad del activo así lo requiera.

Para las cuentas por cobrar deberán considerarse, entre otros aspectos, el comportamiento histórico de pago, la antigüedad de la cartera, la concentración por deudor, las condiciones pactadas y las situaciones que puedan afectar su recuperación. De igual manera, cuando existan garantías asociadas a las

obligaciones, estas deberán ser identificadas como parte de los elementos que pueden incidir en la recuperación de los recursos.sdx920s9

Cuando la E.S.E. HOMO realice operaciones con instrumentos financieros u otros activos que generen exposición al Riesgo de Crédito, deberán identificarse las características del instrumento, emisor o contraparte, las condiciones de la operación y los demás factores que puedan generar incumplimiento o pérdida de valor.

Los riesgos identificados deberán describirse de acuerdo con la metodología general del presente Manual, estableciendo sus causas, consecuencias y demás elementos necesarios para determinar la exposición de la Entidad.

Paso 2. Análisis del riesgo inherente

El análisis del Riesgo de Crédito se realizará conforme a los criterios institucionales de probabilidad, impacto y severidad establecidos en la metodología general del presente Manual, con el propósito de determinar el nivel de riesgo inherente y la posible pérdida asociada al incumplimiento de los deudores o contrapartes.

La medición deberá considerar, cuando corresponda y de acuerdo con la información disponible, la probabilidad de incumplimiento dentro de un horizonte de doce meses, la calidad del deudor o contraparte, el valor expuesto al momento del incumplimiento, la pérdida esperada, la tasa o nivel de recuperación y el comportamiento histórico de las recuperaciones. Cuando existan garantías, se deberá considerar su existencia, suficiencia e idoneidad como elemento para establecer la posible pérdida.

La estimación deberá utilizar la información histórica disponible sobre el comportamiento de los deudores y contrapartes, incluyendo, cuando resulte aplicable, las recuperaciones efectivamente realizadas, la antigüedad de las obligaciones, el comportamiento de pago y el deterioro de los activos. Cuando se desarrollen modelos para la medición del riesgo, las bases de datos utilizadas deberán contar con la información histórica requerida por las disposiciones aplicables y permitir la generación de información confiable para la estimación de las pérdidas.

La medición podrá realizarse de manera cualitativa y, cuando exista información suficiente, complementarse mediante análisis cuantitativos. Para la valoración institucional del riesgo se aplicarán los criterios establecidos en la metodología general del presente Manual, sin perjuicio de los elementos específicos que deban considerarse para la estimación del Riesgo de Crédito.

En el caso de las cuentas por cobrar, el análisis deberá considerar la información derivada de la gestión de cartera, glosas y devoluciones, cuando corresponda, como insumo para determinar el comportamiento de las obligaciones y las posibilidades de recuperación.

Cuando no se disponga de información suficiente para aplicar los mecanismos de medición requeridos, deberán establecerse las acciones necesarias para fortalecer progresivamente las fuentes de información y la capacidad institucional de medición.

Paso 3. Diseño y análisis de controles

Una vez determinado el riesgo inherente, se identificarán y valorarán los controles existentes destinados a prevenir, detectar y mitigar el Riesgo de Crédito, conforme a los criterios establecidos en la metodología general del presente Manual.

Los controles deberán estar relacionados con las causas y factores identificados y permitir actuar sobre la probabilidad de incumplimiento, el impacto económico o ambas variables. Dentro de estos deberán considerarse los mecanismos establecidos para la evaluación de los deudores y contrapartes, el seguimiento de las exposiciones, el cumplimiento de los límites definidos, la gestión de la concentración, el reconocimiento del deterioro de los activos y las acciones de recuperación de cartera.

La E.S.E. HOMO deberá establecer y mantener mecanismos que permitan controlar los niveles de exposición crediticia y, cuando corresponda, los niveles de pérdida tolerada y concentración de las exposiciones, de acuerdo con las políticas institucionales y las características de las operaciones realizadas. Los límites establecidos deberán ser objeto de seguimiento y las desviaciones deberán ser analizadas y gestionadas oportunamente.

La gestión del deterioro de los activos expuestos al Riesgo de Crédito deberá articularse con las políticas y metodologías contables aplicables, de manera que se reconozcan oportunamente las pérdidas esperadas y se refleje adecuadamente la situación de los activos.

Los controles deberán comprender igualmente las actividades de seguimiento, cobranza, negociación y recuperación de cartera, orientadas a actuar oportunamente frente a los incumplimientos y minimizar las pérdidas. La información histórica obtenida de estas actividades deberá utilizarse como insumo para fortalecer las estrategias de recuperación y la estimación de las pérdidas.

La gestión de las cuentas por cobrar deberá articularse con los mecanismos institucionales establecidos para la gestión de glosas y devoluciones. En este ámbito, deberán considerarse el análisis histórico y la caracterización de las glosas, con el propósito de identificar sus principales causas y establecer las actuaciones correspondientes según el tipo de glosa, contribuyendo a la recuperación oportuna de los recursos y a la reducción de las pérdidas derivadas de su no reconocimiento o recuperación tardía.

Cuando existan garantías asociadas a las operaciones, los controles deberán permitir verificar sus condiciones, suficiencia e idoneidad y considerar su efecto sobre la exposición y las posibilidades de recuperación.

La valoración de los controles permitirá determinar su capacidad para modificar la probabilidad y/o el impacto del riesgo inherente, de acuerdo con los criterios y atributos establecidos en la metodología general del presente Manual.

Paso 4. Valoración del riesgo residual

Una vez valorados los controles, se determinará el nivel de riesgo residual conforme a la metodología general establecida en el presente Manual.

El riesgo residual corresponderá al nivel de exposición que permanece después de considerar el efecto de los controles implementados sobre el riesgo inherente. Su resultado permitirá determinar si la exposición se encuentra dentro de los niveles de aceptación establecidos por la E.S.E. HOMO o si se requiere implementar nuevas medidas o fortalecer las existentes.

En la valoración deberán considerarse los resultados del seguimiento de cartera, el comportamiento de los deudores y contrapartes, los niveles de deterioro, las recuperaciones, las concentraciones y demás información disponible que pueda modificar la exposición al riesgo.

Cuando el riesgo residual se encuentre por encima de los niveles de aceptación definidos por la Entidad, deberá establecerse el tratamiento correspondiente y formularse las acciones necesarias para reducir la exposición.

Tratamiento, seguimiento y reporte del Riesgo de Crédito

El tratamiento del Riesgo de Crédito se realizará de acuerdo con las opciones establecidas en la metodología general del presente Manual, considerando el nivel de exposición residual, las características de las operaciones, las condiciones de los deudores o contrapartes y los requisitos legales y regulatorios aplicables.

La gestión deberá mantener mecanismos continuos de seguimiento y control que permitan identificar oportunamente cambios en las condiciones de cumplimiento, incrementos en la exposición, concentraciones, deterioros, incumplimientos y variaciones en los niveles de recuperación.

Las políticas y procedimientos de recuperación deberán permitir adoptar medidas oportunas frente a los incumplimientos, utilizando la información histórica disponible para evaluar la efectividad de las estrategias y fortalecer las acciones de recuperación.

La verificación de los mecanismos establecidos para la gestión del Riesgo de Crédito deberá realizarse, como mínimo, con la periodicidad establecida en las disposiciones aplicables y, en todo caso, deberá efectuarse al menos una vez al año para evaluar su funcionamiento y monitorear la exposición al riesgo.

Los resultados del seguimiento deberán ser documentados y comunicados a las instancias institucionales correspondientes. La información obtenida deberá utilizarse para actualizar la identificación, medición, valoración y tratamiento del riesgo.

Cuando se materialice un evento de Riesgo de Crédito, deberá realizarse el reporte mediante los mecanismos institucionales establecidos, analizar sus causas y consecuencias y definir las medidas necesarias para reducir la posibilidad de nuevas materializaciones.

4.4.5 Gestión del Riesgo de Liquidez

El Riesgo de Liquidez corresponde a la posibilidad de que la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO no cuente oportunamente con recursos líquidos suficientes para cumplir sus obligaciones de pago en el corto, mediano y largo plazo.

La gestión de este riesgo busca garantizar que la Entidad mantenga la capacidad de atender oportunamente sus obligaciones con proveedores, servidores públicos, contratistas, acreedores y demás terceros, evitando situaciones que puedan afectar la continuidad de sus operaciones y la prestación de los servicios de salud.

La gestión de la liquidez se encuentra relacionada con el comportamiento de los ingresos y egresos de la Entidad y, de manera particular, con factores provenientes de otros riesgos, como la recuperación de cartera asociada al Riesgo de Crédito y el comportamiento de los ingresos y costos derivados de las condiciones contractuales y del Riesgo Actuarial. La Circular reconoce expresamente esta

interrelación entre liquidez, recuperación de cartera y comportamiento de los ingresos y costos de los contratos.

En consecuencia, la administración del Riesgo de Liquidez deberá desarrollarse de manera articulada con los demás subsistemas del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, sin duplicar los análisis que correspondan a cada riesgo especializado.

La gestión del Riesgo de Liquidez se desarrollará conforme a los cuatro pasos metodológicos establecidos en el presente Manual.

Paso 1. Identificación y descripción del riesgo de liquidez

La identificación del Riesgo de Liquidez deberá permitir reconocer las situaciones que puedan generar insuficiencia de recursos líquidos para atender oportunamente las obligaciones de la E.S.E. HOMO.

Para ello, deberán identificarse y caracterizarse los principales conceptos de ingresos y egresos de efectivo, considerando las obligaciones y acreencias de la Entidad, sus condiciones de pago, comportamiento histórico y las variables que puedan generar variaciones o incertidumbre sobre los flujos esperados.

Deberán identificarse especialmente aquellos conceptos de ingresos y egresos que presenten mayor volatilidad o incertidumbre, así como los factores que puedan generar diferencias entre los flujos proyectados y los efectivamente realizados.

La identificación deberá considerar igualmente los recursos líquidos disponibles para atender las necesidades de la Entidad y las condiciones que puedan limitar su utilización o disponibilidad inmediata. Cuando corresponda, deberán considerarse los factores que puedan afectar el valor efectivamente disponible de dichos recursos.

La E.S.E. HOMO deberá identificar los posibles descalces entre ingresos y egresos en los diferentes horizontes de tiempo, con el propósito de determinar las situaciones que puedan generar necesidades de liquidez y establecer oportunamente las medidas necesarias para prevenir su materialización.

Para este análisis deberán considerarse, entre otros elementos, el comportamiento de la cartera y sus tiempos de recuperación, las obligaciones financieras y comerciales, las obligaciones laborales y demás compromisos de pago, así como las variaciones que puedan presentarse en los ingresos derivados de la prestación de servicios.

La identificación deberá guardar correspondencia con la realidad financiera y operativa de la E.S.E. HOMO y con las operaciones efectivamente realizadas por la Entidad.

Los riesgos identificados deberán describirse de acuerdo con la metodología general establecida en el presente Manual, estableciendo sus causas, consecuencias y demás elementos necesarios para determinar la exposición.

Paso 2. Análisis del riesgo inherente

El análisis del Riesgo de Liquidez deberá permitir determinar la capacidad de la E.S.E. HOMO para atender sus obligaciones mediante los recursos líquidos disponibles y los flujos de efectivo esperados.

Para este propósito, la Entidad deberá realizar periódicamente una prueba de liquidez, orientada a identificar posibles necesidades de recursos líquidos, determinar las causas de eventuales situaciones de iliquidez y mejorar progresivamente las estimaciones utilizadas para la gestión del riesgo. La Circular establece expresamente esta prueba como mecanismo de medición del Riesgo de Liquidez.

La prueba deberá utilizar información sobre los flujos de efectivo esperados de ingresos y egresos, de acuerdo con los diferentes tipos de obligaciones y acreencias, proyectándolos en un horizonte de por lo menos tres meses. Los períodos de proyección podrán establecerse con una periodicidad diaria, semanal, mensual o trimestral, de acuerdo con las necesidades de la Entidad.

Las proyecciones deberán fundamentarse en la mejor información disponible y en supuestos y estimaciones explícitas y técnicamente justificadas. A partir de estas proyecciones deberá determinarse el superávit o déficit de liquidez, entendido como la diferencia entre los ingresos y egresos de efectivo proyectados, y utilizar este resultado para determinar el nivel de exposición al riesgo.

El análisis deberá considerar la identificación y caracterización de los conceptos de ingresos y egresos más volátiles y de los recursos líquidos disponibles para atender las necesidades de liquidez. Asimismo, deberá permitir identificar descalces en los diferentes horizontes de tiempo y establecer señales que permitan anticipar situaciones potenciales de iliquidez.

Cuando la información disponible lo permita, la medición deberá considerar escenarios que reflejen variaciones o situaciones adversas que puedan afectar los flujos de efectivo, con el propósito de determinar la capacidad de la Entidad para atender sus obligaciones bajo condiciones diferentes a las esperadas.

El resultado de esta etapa permitirá determinar el nivel de riesgo inherente de liquidez y establecer la necesidad de implementar o fortalecer las medidas de tratamiento y control.

Paso 3. Diseño y análisis de controles

Una vez determinado el riesgo inherente, se identificarán y valorarán los controles existentes destinados a prevenir y mitigar el Riesgo de Liquidez, de acuerdo con los criterios establecidos en la metodología general del presente Manual.

Los controles deberán estar orientados a mantener la capacidad de la Entidad para atender oportunamente sus obligaciones y deberán guardar correspondencia con el volumen y las características de las operaciones desarrolladas.

La gestión deberá contemplar señales de alerta temprana, límites de exposición e indicadores de liquidez, de manera que permitan identificar oportunamente situaciones que puedan comprometer la disponibilidad de recursos y adoptar las medidas necesarias antes de que el riesgo se materialice. La Circular establece estos mecanismos como elementos del tratamiento y control del subsistema.

Los límites deberán permitir mantener niveles mínimos de activos líquidos acordes con las necesidades de la Entidad, tanto bajo condiciones normales de operación como frente a situaciones de estrés. La determinación de estos niveles deberá considerar las características, volumen y condiciones de las operaciones de la E.S.E. HOMO.

Los controles deberán considerar la disponibilidad y utilización de los recursos líquidos necesarios para cubrir los faltantes de caja que puedan presentarse. Para estos efectos, se identificarán los recursos que, de acuerdo con su naturaleza y condiciones, puedan utilizarse oportunamente para atender las necesidades de liquidez.

La gestión deberá mantenerse articulada con el Riesgo de Crédito, especialmente respecto de la recuperación de cartera, y con el Riesgo Actuarial, en lo relacionado con las proyecciones de ingresos y costos que puedan afectar los flujos esperados. Esta articulación deberá realizarse sin duplicar la gestión especializada de dichos subsistemas.

Como parte de la evaluación de los controles, deberán realizarse escenarios de estrés (Stress Testing) y Back Testing que permitan evaluar la precisión de las proyecciones utilizadas en las pruebas de liquidez, identificar desviaciones y efectuar los ajustes necesarios sobre los supuestos y estimaciones.

Los resultados de estas evaluaciones deberán utilizarse para fortalecer los controles y mejorar progresivamente la capacidad de la Entidad para anticipar y gestionar situaciones de iliquidez.

Paso 4. Valoración del riesgo residual

Una vez valorados los controles, se determinará el riesgo residual conforme a la metodología general establecida en el presente Manual.

El riesgo residual corresponderá al nivel de exposición que permanece después de considerar el efecto de los controles implementados sobre el riesgo inherente.

En esta valoración deberán considerarse los resultados de las pruebas de liquidez, el comportamiento observado de los ingresos y egresos, los descalces identificados, la disponibilidad de recursos líquidos, el cumplimiento de los límites establecidos, los resultados de los indicadores y, cuando corresponda, los resultados de las pruebas de estrés y Back Testing.

El resultado deberá compararse con los niveles de aceptación definidos por la E.S.E. HOMO, con el propósito de determinar si la exposición se encuentra dentro de los niveles tolerables o si se requiere implementar nuevas medidas o fortalecer las existentes.

Cuando el riesgo residual supere los niveles de aceptación establecidos, deberán definirse las acciones de tratamiento correspondientes y establecerse las medidas necesarias para recuperar o fortalecer la capacidad de respuesta frente a las necesidades de liquidez.

Tratamiento, seguimiento y reporte del Riesgo de Liquidez

El tratamiento del Riesgo de Liquidez estará orientado a mantener la capacidad de la E.S.E. HOMO para cumplir oportunamente sus obligaciones y a prevenir situaciones que puedan generar insuficiencia de recursos líquidos.

El seguimiento deberá realizarse de manera continua mediante las señales de alerta, límites, indicadores y demás mecanismos establecidos, permitiendo identificar oportunamente variaciones en los flujos proyectados, disminuciones en la disponibilidad de recursos líquidos, incrementos inesperados de los egresos o retrasos en los ingresos esperados.

Los resultados de las pruebas de liquidez deberán utilizarse para mejorar las proyecciones y ajustar los supuestos empleados, de manera que la Entidad pueda

anticipar necesidades de recursos líquidos y adoptar oportunamente las medidas correspondientes.

Cuando se identifiquen faltantes de liquidez o situaciones que puedan comprometer el cumplimiento de las obligaciones, deberán adoptarse las medidas necesarias de acuerdo con los niveles de tolerancia y los mecanismos establecidos por la Entidad.

El seguimiento deberá incluir la evaluación de las posiciones que contribuyan significativamente a la exposición al riesgo y permitir la elaboración de los reportes de monitoreo y gestión correspondientes. La Circular establece que estos reportes deben evaluar los resultados de las estrategias y resumir las posiciones que contribuyan significativamente al Riesgo de Liquidez.

Cuando se materialice un evento de Riesgo de Liquidez, deberá realizarse el reporte correspondiente mediante los mecanismos institucionales establecidos, analizar sus causas y consecuencias y definir las acciones necesarias para mitigar sus efectos y prevenir nuevas materializaciones.

Los resultados del seguimiento, las pruebas de liquidez, los escenarios de estrés, el Back Testing y demás análisis realizados deberán utilizarse como insumo para actualizar la valoración del riesgo, fortalecer los controles y mejorar las proyecciones de liquidez.

4.4.6 Gestión del Riesgo de Mercado de Capitales

El Riesgo de Mercado de Capitales corresponde a la posibilidad de incurrir en pérdidas derivadas de variaciones no esperadas en los parámetros del mercado que puedan afectar el valor de los activos, las obligaciones con acreedores internos o externos y los estados financieros de la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO.

La gestión de este riesgo estará orientada a identificar, medir, controlar y monitorear las exposiciones que puedan generarse por variaciones en las variables de mercado que resulten aplicables a las operaciones efectivamente realizadas por la Entidad.

Para efectos de su identificación, se considerarán como factores de riesgo, como mínimo, las tasas de interés, el precio de las acciones, el precio de los bienes inmuebles y la tasa de cambio, de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud. La identificación de estos factores no implica que la E.S.E. HOMO mantenga actualmente exposición a todos ellos, por lo que su

aplicación deberá corresponder a las operaciones, activos y posiciones efectivamente mantenidos por la Entidad.

La gestión del Riesgo de Mercado de Capitales se desarrollará mediante los cuatro pasos metodológicos establecidos en el presente Manual.

Paso 1. Identificación y descripción del riesgo de mercado de capitales

La identificación deberá permitir determinar los activos, pasivos, operaciones y demás posiciones de la E.S.E. HOMO que puedan encontrarse expuestos a variaciones de las variables de mercado.

Para ello, deberán identificarse los factores de riesgo que puedan generar exposición para la Entidad, considerando como mínimo la tasa de interés, el precio de las acciones, el precio de los bienes inmuebles y la tasa de cambio. Así mismo, deberán identificarse los activos expuestos a la volatilidad de dichas variables, de acuerdo con las operaciones efectivamente realizadas por la E.S.E. HOMO.

Cuando existan inversiones o instrumentos de renta fija expuestos a variaciones en las tasas de interés, se deberán considerar las características y condiciones de dichos activos. De igual manera, cuando existan inversiones o instrumentos de renta variable, deberán identificarse las exposiciones asociadas a variaciones en el precio de las acciones. Para los demás factores de riesgo se realizará la identificación cuando existan activos, pasivos u operaciones efectivamente expuestos a dichas variables.

En consecuencia, la identificación deberá partir de la realidad financiera y operativa de la E.S.E. HOMO y no supondrá la existencia de instrumentos o exposiciones que no hagan parte de las operaciones de la Entidad.

La identificación deberá considerar las causas que pueden generar variaciones en el valor de los activos o pasivos, así como sus posibles consecuencias sobre la situación financiera de la Entidad. Los riesgos identificados deberán describirse conforme a la metodología general establecida en el presente Manual, determinando sus causas, consecuencias y demás elementos necesarios para establecer la exposición al riesgo.

Paso 2. Análisis del riesgo inherente

El análisis del Riesgo de Mercado de Capitales deberá permitir medir y cuantificar las posibles pérdidas esperadas derivadas de las exposiciones identificadas.

Para ello, deberán valorarse los activos y pasivos expuestos a los factores de riesgo, considerando su precio o valor de mercado y aplicando los criterios de medición, reconocimiento, presentación y revelación establecidos en el marco técnico normativo de información financiera y contable que resulte aplicable.

La E.S.E. HOMO deberá contar con una metodología que permita valorar la exposición frente a cada factor de riesgo de manera independiente, considerando, cuando resulte aplicable, las variaciones en la tasa de interés, tasa de cambio, precio de las acciones y precio de los bienes inmuebles.

La metodología seleccionada deberá guardar correspondencia con la información disponible, las características de las operaciones, el personal encargado de la estimación y las políticas institucionales aplicables. Cuando exista información histórica suficiente, se deberá considerar el comportamiento de las variables que generan exposición al riesgo, tomando como referencia un período de observación efectivo de por lo menos un año, conforme al lineamiento establecido en la Circular.

La medición deberá permitir determinar el capital expuesto correspondiente a los niveles de riesgo asumidos por la Entidad y a las posibles pérdidas asociadas a cada uno de los factores de riesgo que resulten aplicables. Cuando exista exposición a más de un factor, los resultados del capital expuesto deberán agregarse considerando la correlación entre dichos factores. Cuando no se disponga de información propia para determinar esta correlación, podrán utilizarse las referencias admitidas por la Circular, de acuerdo con la pertinencia técnica y las características de la operación.

El resultado de esta medición deberá complementarse con la valoración institucional de probabilidad e impacto establecida en la metodología general del presente Manual, con el propósito de determinar el nivel de riesgo inherente.

La aplicación de metodologías cuantitativas deberá guardar proporción con las operaciones y exposiciones efectivamente mantenidas por la E.S.E. HOMO. Cuando no exista exposición a alguno de los factores de riesgo, no será necesario desarrollar cálculos específicos sobre dicho factor, sin perjuicio de que su análisis quede considerado dentro del proceso de identificación.

Paso 3. Diseño y análisis de controles

Una vez determinado el riesgo inherente, se identificarán y valorarán los controles destinados a prevenir, detectar y mitigar las pérdidas derivadas de las variaciones de los factores de mercado, de acuerdo con los criterios establecidos en la metodología general del presente Manual.

La E.S.E. HOMO deberá contar con un modelo de seguimiento del Riesgo de Mercado de Capitales que establezca los criterios utilizados para calcular los niveles de exposición, los factores de riesgo objeto de seguimiento, la periodicidad de evaluación y las fuentes de información utilizadas. Este modelo deberá guardar correspondencia con las características particulares de la Entidad, considerando el grado de complejidad y el volumen de las operaciones efectivamente expuestas.

El modelo deberá permitir realizar mediciones bajo escenarios extremos o Stress Testing para los factores de riesgo que resulten aplicables y considerar los cambios estructurales que puedan presentarse en las variables que generan exposición. Los resultados de estas pruebas deberán utilizarse para evaluar la capacidad de la Entidad frente a escenarios adversos y fortalecer las medidas de tratamiento y control.

Así mismo, deberán establecerse y mantenerse límites máximos de exposición para los factores de riesgo que resulten aplicables, de acuerdo con las características y capacidad de la Entidad. Cuando se superen los límites establecidos, deberán activarse las medidas de tratamiento y los planes de contingencia definidos para estos eventos.

Como parte de la evaluación de los controles y del modelo de medición, deberán realizarse pruebas de desempeño o Back Testing que permitan determinar la consistencia, precisión y confiabilidad del requerimiento de capital estimado para cubrir pérdidas inesperadas.

Los controles y mecanismos establecidos deberán guardar correspondencia con la complejidad y características particulares de la E.S.E. HOMO y deberán contar con la aprobación de la Junta Directiva o quien haga sus veces, de acuerdo con lo establecido en la Circular.

La valoración de los controles permitirá determinar su capacidad para modificar la probabilidad y/o impacto del riesgo inherente y establecer el efecto que estos generan sobre el nivel de exposición.

Paso 4. Valoración del riesgo residual

Una vez valorados los controles, se determinará el riesgo residual conforme a la metodología general establecida en el presente Manual.

El riesgo residual corresponderá al nivel de exposición que permanece después de considerar el efecto de los controles sobre el riesgo inherente. Para su determinación deberán considerarse los resultados de la medición de los factores de riesgo, el capital expuesto, los límites establecidos, los resultados del

seguimiento, las pruebas de Stress Testing y Back Testing y demás información relevante disponible.

La valoración del riesgo residual permitirá determinar si la exposición se encuentra dentro de los niveles de aceptación definidos por la E.S.E. HOMO o si se requiere implementar nuevas medidas o fortalecer los controles existentes.

Cuando el nivel de riesgo residual supere los niveles de aceptación establecidos, deberán definirse las acciones de tratamiento correspondientes y, cuando resulte aplicable, activarse los mecanismos previstos en los planes de contingencia.

Tratamiento, seguimiento y reporte del Riesgo de Mercado de Capitales

El tratamiento del Riesgo de Mercado de Capitales estará orientado a mantener las exposiciones dentro de los límites y niveles de aceptación definidos por la E.S.E. HOMO y a prevenir pérdidas que puedan afectar sus activos, obligaciones o resultados financieros.

El seguimiento deberá realizarse de acuerdo con la periodicidad definida en el modelo de seguimiento y deberá permitir identificar oportunamente variaciones significativas en los factores de riesgo, cambios en las condiciones de mercado, incrementos de exposición, incumplimientos de límites y demás situaciones que puedan modificar el perfil de riesgo.

Los resultados del monitoreo deberán utilizarse para actualizar las mediciones, revisar los supuestos empleados, fortalecer los controles y determinar la necesidad de modificar los límites o las medidas de tratamiento.

Los escenarios de Stress Testing deberán utilizarse para evaluar la capacidad de la Entidad frente a condiciones adversas y los resultados del Back Testing deberán permitir verificar la consistencia y confiabilidad de las estimaciones utilizadas para determinar el capital expuesto.

Cuando se presente un exceso de los límites establecidos, deberán implementarse las acciones correspondientes de acuerdo con los planes de contingencia aprobados. La situación deberá ser analizada y reportada a las instancias institucionales competentes, de acuerdo con la naturaleza y nivel de exposición identificado.

La materialización de un evento de Riesgo de Mercado de Capitales deberá ser reportada mediante los mecanismos institucionales establecidos y deberá dar lugar al análisis de sus causas, consecuencias, controles afectados y acciones de tratamiento o mejora.

Los resultados del seguimiento y de las evaluaciones realizadas deberán utilizarse como insumo para la actualización de la identificación, medición, controles y valoración del riesgo.

4.4.7 Gestión del Riesgo de Grupo

El Riesgo de Grupo corresponde a la posibilidad de incurrir en pérdidas como consecuencia de participaciones de capital, actividades u operaciones realizadas con entidades que formen parte de un mismo grupo empresarial o con partes vinculadas.

Este riesgo puede derivarse de exposiciones adicionales a las propias de la operación de la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO, entre ellas el riesgo de contagio financiero u operativo, la concentración de riesgos, los posibles conflictos de interés, la afectación de los flujos de recursos y los efectos sobre la gestión institucional, financiera, contractual o reputacional.

La gestión de este riesgo deberá partir de la realidad jurídica, administrativa y financiera de la E.S.E. HOMO. En consecuencia, la Entidad deberá determinar si hace parte de un grupo empresarial y, en caso afirmativo, identificar las entidades que lo integran y las partes vinculadas con las cuales mantenga relaciones que puedan generar exposición.

Cuando, como resultado del análisis institucional, se determine que la E.S.E. HOMO no hace parte de un grupo empresarial ni mantiene relaciones con partes vinculadas que generen exposición relevante a este riesgo, deberá dejarse documentado el resultado del análisis y mantenerse el mecanismo de revisión correspondiente para identificar oportunamente cualquier modificación de esta condición.

La gestión del Riesgo de Grupo se desarrollará mediante los cuatro pasos metodológicos establecidos en el presente Manual.

Paso 1. Identificación y descripción del Riesgo de Grupo

La identificación deberá determinar, en primer lugar, si la E.S.E. HOMO hace parte de un grupo empresarial, teniendo en cuenta los criterios establecidos en los artículos 260 y 261 del Código de Comercio, la Ley 222 de 1995 y sus modificaciones, así como el marco aplicable de las Normas Internacionales de Información Financiera.

En caso de pertenecer a un grupo empresarial, deberán identificarse los miembros que lo conforman y las relaciones de control, subordinación, participación o vinculación existentes.

Adicionalmente, deberán identificarse las partes vinculadas y las transacciones de naturaleza financiera y administrativa que involucren directa o indirectamente a los miembros del grupo empresarial o a dichas partes vinculadas.

La identificación deberá considerar las relaciones que puedan generar exposición para la E.S.E. HOMO, incluyendo, cuando corresponda, operaciones relacionadas con recursos, contratación, compras, pagos, prestación o recepción de servicios, participación patrimonial, administración, toma de decisiones u otras relaciones que puedan generar dependencia o afectar la autonomía de la Entidad.

El análisis deberá permitir determinar las situaciones que puedan generar:

- contagio financiero u operativo;
- concentración de riesgos;
- conflictos de interés;
- transferencia o filtración de recursos;
- dependencia frente a entidades vinculadas;
- afectaciones sobre la calidad o continuidad de los servicios;
- afectaciones sobre la gestión contractual o financiera; o
- impactos reputacionales derivados de actuaciones de miembros del grupo o partes vinculadas.

Cuando no se identifique pertenencia a un grupo empresarial ni exposición relevante por partes vinculadas, esta situación deberá quedar documentada como resultado de la identificación del riesgo.

Los riesgos que se identifiquen deberán describirse conforme a la metodología general del presente Manual, estableciendo sus causas, consecuencias y demás elementos necesarios para determinar la exposición de la E.S.E. HOMO.

Paso 2. Análisis del riesgo inherente

El análisis deberá permitir determinar la probabilidad y el impacto que podrían generar las relaciones con miembros del grupo empresarial o partes vinculadas sobre la E.S.E. HOMO.

Deberá prestarse especial atención al riesgo de contagio, entendido como la posibilidad de que situaciones negativas de carácter financiero, operativo, administrativo, contractual, de calidad del servicio u otras que afecten a miembros del grupo empresarial o partes vinculadas generen efectos adversos al interior de la Entidad.

Cuando exista un grupo empresarial, deberán analizarse las tendencias financieras relevantes del grupo y, cuando corresponda, los estados financieros separados de las entidades que puedan generar exposición, con el propósito de identificar situaciones que puedan trasladarse directa o indirectamente a la E.S.E. HOMO.

También deberá analizarse la concentración del riesgo, considerando la posibilidad de que una misma situación de riesgo se materialice simultáneamente en la E.S.E. HOMO y en otra entidad del grupo o parte vinculada. Para ello, se deberán considerar el nivel de concentración de las transacciones y la participación o dependencia existente entre las entidades relacionadas.

El análisis deberá incluir igualmente los posibles conflictos de interés, particularmente en aquellos procesos en los que puedan existir relaciones con miembros del grupo o partes vinculadas, con especial atención a las actividades de compras, contratación y pagos.

La medición del impacto deberá considerar, según la naturaleza de las relaciones identificadas, los posibles efectos sobre la fijación de precios, flujo de información, calidad en la atención en salud, gestión contractual, disponibilidad de recursos, resultados financieros y demás aspectos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales. Estos elementos corresponden a los aspectos específicos señalados por la Circular para la evaluación del Riesgo de Grupo.

El resultado de este análisis permitirá determinar el nivel de riesgo inherente conforme a la metodología general establecida en el presente Manual.

Paso 3. Diseño y análisis de controles

Una vez determinado el riesgo inherente, se identificarán y valorarán los controles existentes para prevenir o mitigar los efectos derivados de las relaciones con miembros del grupo empresarial o partes vinculadas.

Cuando existan este tipo de relaciones, la E.S.E. HOMO deberá contar con mecanismos que permitan identificar, analizar, documentar y realizar seguimiento a las transacciones que puedan generar exposición al Riesgo de Grupo.

Deberán establecerse mecanismos para la identificación y gestión de los conflictos de interés que puedan surgir como consecuencia de las relaciones con miembros del grupo empresarial o partes vinculadas, de acuerdo con las políticas y procedimientos institucionales aplicables.

Cuando corresponda, deberán establecerse controles sobre las transacciones realizadas con miembros del grupo o partes vinculadas, particularmente aquellas relacionadas con compras, contratación y pagos, con el propósito de verificar que se desarrollen bajo condiciones transparentes, documentadas y acordes con los intereses de la E.S.E. HOMO.

En caso de que la E.S.E. HOMO pertenezca a un grupo empresarial, deberán considerarse los mecanismos existentes para la gestión integral de los riesgos del grupo y verificarse, cuando corresponda, que la entidad controlante cuente con políticas internas y mecanismos de control y gestión de riesgos adecuados a la estructura, negocios y perfil de riesgo del grupo empresarial.

La Circular contempla como medidas para el tratamiento y control, entre otras, la incorporación de políticas relacionadas con la gestión y auditoría de transacciones con miembros del grupo o partes vinculadas, mecanismos de resolución de conflictos de interés, la verificación de la inscripción del grupo empresarial en el registro mercantil cuando corresponda y la participación en la revelación al máximo órgano social de la identificación, evaluación e impactos estimados del Riesgo de Grupo.

Dado que estas últimas medidas están formuladas por la Circular como recomendaciones, su aplicación deberá evaluarse de acuerdo con la situación jurídica y operativa de la E.S.E. HOMO. No se deberá afirmar que existe un grupo empresarial, una entidad controlante o un máximo órgano social del grupo cuando dichas condiciones no existan en la Entidad.

La valoración de los controles permitirá determinar su capacidad para modificar la probabilidad y/o impacto del riesgo inherente, conforme a la metodología general del presente Manual.

Paso 4. Valoración del riesgo residual

Una vez valorados los controles, se determinará el riesgo residual de acuerdo con la metodología general establecida en el presente Manual.

El riesgo residual corresponderá al nivel de exposición que permanezca después de considerar el efecto de los controles implementados sobre el riesgo inherente.

Cuando la E.S.E. HOMO no pertenezca a un grupo empresarial ni mantenga partes vinculadas que generen exposición, el resultado del análisis deberá reflejar esta condición y mantenerse sujeto a revisión cuando se presenten cambios en la estructura jurídica, administrativa, financiera o contractual de la Entidad.

Cuando exista exposición, el resultado de la valoración deberá considerar los posibles efectos de contagio, concentración, conflictos de interés y demás factores identificados, y permitirá determinar si la exposición se encuentra dentro de los niveles de aceptación definidos por la E.S.E. HOMO.

Cuando el nivel de riesgo residual supere los niveles de aceptación establecidos, deberán definirse las acciones de tratamiento correspondientes.

Tratamiento, seguimiento y reporte del Riesgo de Grupo

El tratamiento del Riesgo de Grupo estará orientado a prevenir o reducir los efectos adversos que puedan derivarse de las relaciones de la E.S.E. HOMO con miembros de un grupo empresarial o partes vinculadas.

Cuando exista exposición, deberán realizarse actividades de seguimiento sobre las relaciones y transacciones identificadas, prestando especial atención a aquellas que puedan generar concentración, dependencia, conflictos de interés, afectaciones financieras u operativas o situaciones de contagio.

Los mecanismos de resolución de conflictos de interés que se activen como consecuencia de la gestión del Riesgo de Grupo deberán ser objeto de seguimiento hasta su resolución, de acuerdo con los procedimientos institucionales aplicables.

Cuando corresponda, la E.S.E. HOMO deberá mantener identificadas y documentadas las relaciones con miembros del grupo empresarial y partes vinculadas, así como las transacciones relevantes y las medidas adoptadas para administrar las exposiciones identificadas.

Cuando se identifiquen situaciones que puedan generar un efecto relevante sobre la Entidad, deberán ser comunicadas a las instancias institucionales competentes y gestionadas de acuerdo con los niveles de riesgo establecidos.

Las materializaciones del Riesgo de Grupo deberán ser reportadas mediante los mecanismos institucionales establecidos y analizadas para determinar sus causas, consecuencias y acciones de tratamiento o mejora.

Los resultados del seguimiento deberán utilizarse como insumo para actualizar la identificación, valoración y tratamiento del riesgo.

4.4.8 Gestión del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – LA/FT/FPADM

La E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO reconoce y administra el riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – LA/FT/FPADM, de conformidad con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas aplicables.

En atención a su condición de Institución Prestadora de Servicios de Salud –del grupo C1, la E.S.E. HOMO se encuentra dentro del ámbito de aplicación obligatorio de las disposiciones de la Superintendencia Nacional de Salud relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – SARLAFT/FPADM.

El SARLAFT/FPADM tiene como finalidad prevenir que la E.S.E. HOMO sea utilizada, directa o indirectamente, para dar apariencia de legalidad a recursos provenientes de actividades ilícitas, para la financiación del terrorismo o para la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, mediante el desarrollo de sus operaciones, negocios, contratos, relaciones con contrapartes y demás actividades propias de su objeto institucional.

La administración de este riesgo hace parte del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la E.S.E. HOMO y se articula con la metodología institucional establecida en el presente Manual. No obstante, por tratarse de un sistema sujeto a disposiciones regulatorias específicas y contar la E.S.E. HOMO con un Manual SARLAFT/FPADM independiente, el desarrollo técnico y operativo de este riesgo permanecerá en dicho instrumento especializado.

En consecuencia, el presente Manual Integral no sustituye, duplica ni desarrolla nuevamente el contenido especializado del SARLAFT/FPADM. Su finalidad es reconocer el riesgo dentro de la arquitectura integral de riesgos de la Entidad, establecer su articulación con el sistema institucional y definir la relación documental entre ambos instrumentos.

Articulación con el SARLAFT/FPADM

El Manual SARLAFT/FPADM de la E.S.E. HOMO constituye el documento especializado para el desarrollo de las políticas, etapas, elementos, metodologías, procedimientos y controles específicos requeridos para la administración de este riesgo.

En dicho instrumento deberán desarrollarse, de acuerdo con las disposiciones aplicables, las etapas de identificación, evaluación y medición, controles, seguimiento y monitoreo, así como los demás elementos exigidos por la regulación.

El Manual especializado deberá contemplar las particularidades de la E.S.E. HOMO y ajustarse a su tamaño, actividad económica, operaciones, forma de comercialización de los servicios y demás características institucionales, tal como lo establece la regulación aplicable.

Dentro de este marco especializado deberán gestionarse, entre otros aspectos, los factores de riesgo y señales de alerta, la debida diligencia, el conocimiento de clientes, contrapartes, usuarios y demás terceros que correspondan, la segmentación de los factores de riesgo, la identificación y análisis de operaciones inusuales y sospechosas, los reportes a las autoridades competentes y los demás mecanismos establecidos por la regulación y por la Entidad.

La gestión deberá considerar las particularidades propias de una IPS. En este sentido, la regulación establece que, debido a la obligatoriedad del aseguramiento y de la prestación de servicios de salud, determinados usuarios y pacientes cuyos servicios sean efectivamente cancelados mediante los mecanismos de aseguramiento previstos no tienen, para efectos del SARLAFT, la condición de clientes o contrapartes, por lo que el proceso de conocimiento deberá aplicarse de acuerdo con las condiciones específicas establecidas por la regulación.

Integración con la metodología institucional de riesgos

Aunque el desarrollo especializado del SARLAFT/FPADM se mantiene en su Manual independiente, sus resultados deberán articularse con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la E.S.E. HOMO.

La matriz, mediciones, controles, indicadores, reportes y demás instrumentos propios del SARLAFT deberán mantener correspondencia con los principios generales de gestión del riesgo establecidos en el presente Manual, evitando la generación de instrumentos paralelos cuando una misma información o control pueda ser utilizado para atender diferentes exposiciones.

Esta articulación no implica sustituir las metodologías especializadas establecidas para el SARLAFT ni modificar los requerimientos de información, reporte o monitoreo establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud u otras autoridades competentes.

Cuando se identifiquen situaciones que puedan afectar otros riesgos institucionales, los resultados del SARLAFT podrán utilizarse como insumo para la gestión de dichos riesgos, especialmente cuando exista relación con riesgos operacionales, legales, reputacionales, de contagio, de corrupción, opacidad o fraude, sin perjuicio de las competencias y metodologías propias de cada subsistema.

Documentos y responsabilidades especializadas

El Manual SARLAFT/FPADM deberá mantenerse actualizado frente a las modificaciones normativas y a los cambios que se presenten en las operaciones, estructura, productos, servicios, contrapartes o demás condiciones que puedan modificar la exposición de la E.S.E. HOMO.

Las políticas, procedimientos y demás instrumentos específicos del SARLAFT deberán ser aprobados, implementados y actualizados de acuerdo con las competencias establecidas en la regulación y en la estructura de gobierno de la Entidad. La Circular establece, entre otros aspectos, responsabilidades específicas para la Junta Directiva o quien haga sus veces, el Oficial de Cumplimiento, Revisoría Fiscal y Auditoría Interna.

De igual manera, el SARLAFT deberá contar con los mecanismos de documentación y conservación de evidencias requeridos para demostrar ante la Superintendencia Nacional de Salud la implementación y funcionamiento del sistema.

Seguimiento y articulación

Los resultados del seguimiento y monitoreo efectuados en el marco del SARLAFT/FPADM deberán ser considerados dentro del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, de acuerdo con la naturaleza de la información y las competencias de las instancias institucionales.

Las situaciones de riesgo, materializaciones, deficiencias de control o desviaciones identificadas en el SARLAFT deberán ser gestionadas conforme a los procedimientos establecidos en su Manual especializado y, cuando tengan incidencia sobre otros componentes del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, deberán ser comunicadas y articuladas con los responsables correspondientes.

La información generada por el SARLAFT/FPADM deberá conservarse en los instrumentos especializados definidos para este sistema y mantenerse disponible para las actividades de seguimiento, evaluación, auditoría y supervisión que correspondan.

El presente capítulo constituye el marco de articulación del riesgo LA/FT/FPADM dentro del Manual Integral de Gestión de Riesgos, mientras que el Manual SARLAFT/FPADM constituye el documento rector para su administración especializada.

Por lo anterior, no se reproducen en este Manual los catálogos de señales de alerta, metodologías de segmentación, procedimientos de debida diligencia, procedimientos de análisis de operaciones inusuales y sospechosas, mecanismos de reporte, funciones detalladas del Oficial de Cumplimiento ni demás contenidos especializados, los cuales deberán permanecer en el Manual SARLAFT/FPADM vigente.

4.4.9 Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF

La E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO reconoce y administra el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF, de conformidad con las disposiciones establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas aplicables.

El SICOF hace parte del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la E.S.E. HOMO y tiene como finalidad prevenir y mitigar la ocurrencia de actos de corrupción, opacidad y fraude que puedan originarse tanto al interior como al exterior de la Entidad, así como contribuir a una adecuada gestión de los riesgos asociados. La regulación establece además que el SICOF debe otorgar prioridad a las actividades de prevención, sin disminuir los esfuerzos destinados a la detección y respuesta.

La implementación del SICOF deberá guardar correspondencia con el tamaño de la organización, la naturaleza de las actividades propias de su objeto social y aquellas desarrolladas por cuenta de terceros, considerando criterios de proporcionalidad y relación costo-beneficio, de acuerdo con las disposiciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

La E.S.E. HOMO cuenta con un Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF, mediante el cual se desarrolla de manera especializada la administración de este riesgo.

En consecuencia, el presente Manual Integral no sustituye, duplica ni reproduce el contenido técnico y operativo del Manual SICOF. Su finalidad es reconocer el SICOF dentro de la arquitectura institucional de gestión de riesgos y establecer su articulación con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

Articulación con el SICOF

El Manual SICOF de la E.S.E. HOMO constituye el documento especializado para el desarrollo de las políticas, metodologías, procedimientos, controles, responsabilidades, mecanismos de prevención, detección, respuesta, monitoreo y demás elementos específicos requeridos para la administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude.

De acuerdo con la regulación, el SICOF comprende como mínimo las etapas de identificación, medición, control y monitoreo. Estas etapas deberán permanecer desarrolladas en el Manual SICOF y en los instrumentos que lo soportan.

La identificación deberá considerar los procesos institucionales, el contexto interno y externo, los grupos de interés, los factores de riesgo y los riesgos asociados a la corrupción, opacidad y fraude. La Circular establece expresamente como mínimo la identificación, inventario, relación y documentación de la totalidad de los procesos, así como el análisis del contexto para identificar stakeholders, factores de riesgo y riesgos asociados.

El desarrollo especializado de estas etapas, incluyendo las metodologías de identificación y medición, los controles, mecanismos de monitoreo, indicadores, señales de alerta, procedimientos de denuncia, investigación y respuesta y demás instrumentos específicos, permanecerá en el Manual SICOF.

Integración con la metodología institucional

El SICOF se articulará con la metodología general para la gestión integral del riesgo establecida en el presente Manual, sin que dicha articulación implique sustituir las etapas y elementos específicos establecidos por la regulación del SICOF.

Los resultados de la gestión del SICOF podrán constituir insumo para la gestión de otros riesgos institucionales cuando exista relación entre los eventos identificados y exposiciones de naturaleza operacional, legal, reputacional, financiera, fiscal u otras que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

De igual manera, la gestión del SICOF deberá articularse con las políticas, procesos, procedimientos y demás instrumentos institucionales relacionados con transparencia, integridad, contratación, gestión financiera, gestión del talento

humano, gestión documental, control interno y sistema de reporte y denuncia, evitando la duplicidad de controles e instrumentos cuando una misma medida pueda contribuir a prevenir o detectar diferentes riesgos.

La articulación institucional no implica trasladar al presente Manual los catálogos especializados, metodologías o procedimientos establecidos en el SICOF.

Documentación y registros

La E.S.E. HOMO deberá mantener documentadas las etapas y elementos implementados para la administración del SICOF, de manera que la información conserve condiciones de integridad, oportunidad, confiabilidad y disponibilidad y pueda ser presentada ante los requerimientos de supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud.

El Manual SICOF constituye uno de los documentos rectores del subsistema y deberá mantenerse actualizado de acuerdo con los cambios normativos, institucionales, operativos y de exposición al riesgo.

Los demás procedimientos, formatos, registros, matrices y evidencias que soporten la operación del SICOF deberán conservarse de acuerdo con la estructura documental institucional y con las disposiciones específicas aplicables.

Evaluación y control

La E.S.E. HOMO deberá contar con instancias responsables de evaluar el cumplimiento y efectividad del SICOF y de comunicar oportunamente los resultados a las instancias competentes.

La Revisoría Fiscal deberá elaborar, al cierre de cada ejercicio contable, el reporte correspondiente sobre las conclusiones obtenidas en la evaluación del cumplimiento de las normas e instrucciones relacionadas con el SICOF y comunicar los incumplimientos identificados al Representante Legal, sin perjuicio de la información que corresponda presentar a la Junta Directiva u órgano que haga sus veces.

La Auditoría Interna o quien ejerza el control interno deberá evaluar periódicamente la efectividad y cumplimiento de las etapas y elementos del SICOF, identificar las deficiencias y sus posibles soluciones e informar los resultados a las instancias correspondientes, de acuerdo con sus competencias.

Seguimiento y articulación

Los resultados del monitoreo, evaluación y control efectuados en el marco del SICOF deberán utilizarse para fortalecer los controles, actualizar la gestión de los riesgos y establecer las acciones de mejora que correspondan.

Las situaciones de corrupción, opacidad o fraude identificadas o materializadas deberán gestionarse mediante los mecanismos establecidos en el Manual SICOF y en los demás instrumentos institucionales aplicables.

Cuando una situación identificada en el SICOF tenga incidencia sobre otros riesgos o procesos institucionales, deberá comunicarse a los responsables correspondientes para su tratamiento articulado, evitando la creación de registros o controles paralelos cuando la información existente resulte suficiente.

Los resultados de la gestión del SICOF deberán estar disponibles para las actividades de seguimiento, evaluación, auditoría y supervisión correspondientes.

El presente numeral constituye el marco de articulación del SICOF dentro del Manual Integral de Gestión de Riesgos de la E.S.E. HOMO, mientras que el Manual SICOF constituye el documento especializado para su administración.

Por lo anterior, no se reproducen en este Manual las metodologías, matrices, catálogos de señales de alerta, procedimientos de identificación y análisis, mecanismos específicos de denuncia, controles detallados, indicadores, responsabilidades operativas ni demás instrumentos especializados del SICOF, los cuales deberán permanecer desarrollados y controlados en su respectivo documento rector.

4.5 Gestión de riesgos institucionales específicos

Además de los subsistemas de administración de riesgos priorizados por la Superintendencia Nacional de Salud, la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO gestiona otros riesgos derivados de disposiciones legales, regulatorias, metodologías institucionales y de las características propias de su operación.

Estos riesgos hacen parte del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la E.S.E. HOMO y se administrarán de manera articulada con la metodología institucional establecida en el presente Manual, sin perjuicio de las metodologías, instrumentos o lineamientos específicos que resulten aplicables a cada uno.

La inclusión de estos riesgos dentro del Manual Integral tiene como finalidad establecer un marco común para su identificación, análisis, valoración, tratamiento y seguimiento, evitando la creación de instrumentos paralelos cuando los mecanismos institucionales existentes puedan ser utilizados para su gestión.

Los riesgos institucionales específicos contemplados en este capítulo corresponden a aquellos que, por su naturaleza o por disposiciones aplicables a la Entidad, requieren una gestión diferenciada de los subsistemas de administración de riesgos priorizados por la Superintendencia Nacional de Salud.

4.5.1 Gestión de Riesgos Fiscales

El presente capítulo establece los lineamientos específicos para la identificación, análisis, valoración, control y seguimiento de los riesgos fiscales de la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO, en articulación con la metodología general para la gestión integral del riesgo establecida en este Manual.

La gestión de los riesgos fiscales tiene como propósito prevenir la ocurrencia de situaciones que puedan ocasionar un daño al patrimonio público, mediante la identificación oportuna de los eventos potenciales asociados a la gestión de bienes, recursos e intereses patrimoniales de naturaleza pública y el fortalecimiento de los controles orientados a prevenir, detectar y corregir sus posibles efectos.

Para efectos de este capítulo, la gestión del riesgo fiscal se desarrollará bajo los cuatro pasos de la metodología institucional: 1) identificación y descripción del riesgo, 2) análisis del riesgo inherente, 3) diseño y análisis de controles y 4) valoración del riesgo residual, aplicando en cada etapa las particularidades propias de esta tipología. La Guía del DAFP establece expresamente que, aunque los riesgos fiscales se desarrollen de manera específica, su gestión debe integrarse con los demás riesgos institucionales y aplicar los cuatro pasos metodológicos generales.

Concepto y elementos del riesgo fiscal

Para efectos de este Manual, se entiende por riesgo fiscal la posibilidad de que se genere un efecto dañoso sobre los recursos, bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública, a causa de un evento potencial.

El riesgo fiscal se estructura a partir de dos elementos principales:

Evento potencial: hecho incierto, acción u omisión que, de presentarse, podría generar un daño sobre los recursos, bienes o intereses patrimoniales de naturaleza pública.

Efecto dañoso: afectación potencial que podría generarse sobre dichos bienes, recursos o intereses patrimoniales.

En este contexto, el efecto económico constituye la expresión cuantificable del potencial menoscabo, disminución, perjuicio, detrimento, pérdida o deterioro del patrimonio público. No todo efecto económico constituye un riesgo fiscal; sin embargo, todo riesgo fiscal implica un potencial efecto económico sobre bienes, recursos o intereses patrimoniales de naturaleza pública.

El riesgo fiscal debe diferenciarse del daño patrimonial, toda vez que el primero corresponde a un evento potencial que aún puede prevenirse, mientras que el segundo constituye una afectación real y concreta al patrimonio público. La gestión institucional del riesgo fiscal tiene, por tanto, un carácter preventivo y no implica la determinación de responsabilidad fiscal, competencia que corresponde a los órganos de control fiscal.

Gestión del riesgo fiscal

La gestión del riesgo fiscal corresponde a los responsables de la implementación y sostenibilidad del Sistema de Control Interno, de acuerdo con las responsabilidades asignadas dentro del Modelo de Líneas de Defensa.

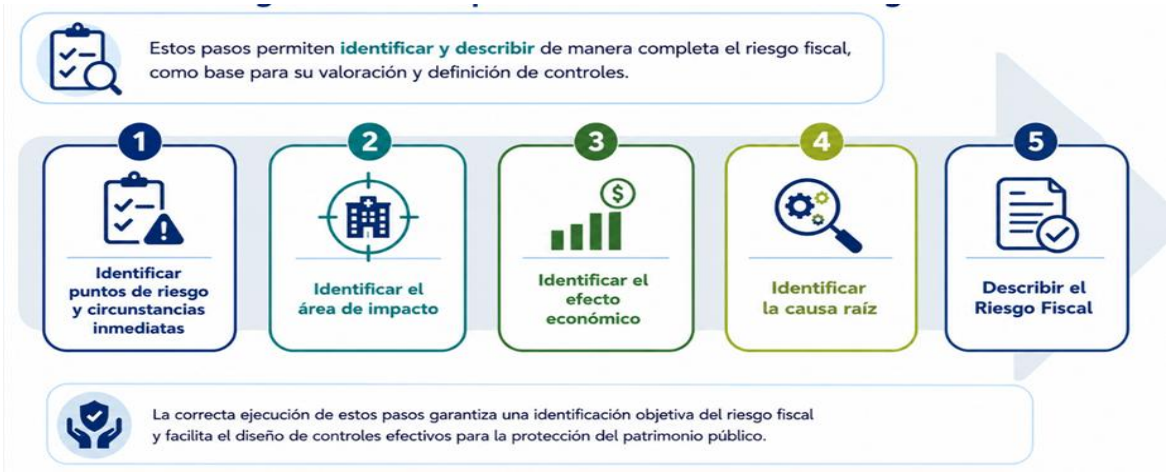
En este marco, el Control Fiscal Interno constituye un componente del Sistema de Control Interno orientado a contribuir a la vigilancia preventiva de los recursos públicos, la prevención de riesgos fiscales y la protección del patrimonio público. Su aplicación corresponde a los servidores públicos y demás responsables que intervienen en la administración o gestión de bienes, recursos e intereses patrimoniales de naturaleza pública, en el ámbito de sus competencias.

Para la identificación de los riesgos fiscales se tendrá como referencia el Catálogo Indicativo y Enunciativo de Puntos de Riesgo Fiscal y Circunstancias Inmediatas dispuesto por el DAFP, sin perjuicio de que la E.S.E. HOMO identifique puntos de riesgo o circunstancias adicionales de acuerdo con su naturaleza, operación, recursos, servicios y características institucionales.

Paso 1. Identificación y descripción del riesgo fiscal

La identificación del riesgo fiscal se realizará a partir del análisis de las actividades de los procesos en las cuales se desarrolla gestión fiscal y que puedan generar una afectación potencial sobre los bienes, recursos o intereses patrimoniales de naturaleza pública.

PASOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO FISCAL



Fuente: elaboración propia, adoptado de la guía DAFP V7 –figura 25

Para este ejercicio se deberán identificar los siguientes elementos:

Puntos de riesgo fiscal:

Corresponden a las actividades propias de la gestión fiscal en las cuales potencialmente puede generarse un riesgo fiscal.

Circunstancias inmediatas:

Corresponden a las situaciones concretas en las cuales se presenta el riesgo, pero que no constituyen necesariamente la causa raíz que lo origina. Un mismo punto de riesgo puede presentar diferentes circunstancias inmediatas.

La identificación deberá considerar, entre otros elementos:

- Las actividades de los procesos que impliquen gestión de bienes, recursos o intereses patrimoniales públicos.
- Los puntos de riesgo contenidos en el catálogo del DAFP que resulten aplicables.

- Los hallazgos con presunta incidencia fiscal.
- Los fallos con responsabilidad fiscal en firme relacionado con hechos de la Entidad o del sector.
- Las advertencias de los organismos de control.
- Las alertas que resulten pertinentes para la gestión fiscal.

La identificación deberá realizarse de manera crítica y objetiva, procurando que las causas y circunstancias identificadas respondan a las condiciones propias de la E.S.E. HOMO y no se limiten a reproducir las observaciones formuladas por los órganos de control.

Área de impacto:

En los riesgos fiscales, el área de impacto corresponderá siempre a una posible afectación económica sobre el patrimonio público.

Para su identificación se deberán considerar las siguientes categorías:

- ***Bienes públicos***: bienes muebles o inmuebles de propiedad pública destinados al uso público o al cumplimiento de funciones o servicios públicos.
- ***Recursos públicos***: dineros comprometidos o ejecutados en ejercicio de la función pública.
- ***Intereses patrimoniales de naturaleza pública***: expectativas razonables de beneficios que, en condiciones normales, se espera obtener o recibir y que son susceptibles de estimación económica.

Efecto económico

El efecto económico corresponde al potencial menoscabo, disminución, perjuicio, detrimento, pérdida o deterioro que podría sufrir el patrimonio público como consecuencia de la materialización del riesgo.

Siempre que sea posible, el efecto económico deberá cuantificarse, con el fin de facilitar la valoración posterior del impacto.

No deberán clasificarse automáticamente como riesgos fiscales todos los efectos económicos identificados. Para determinar su naturaleza fiscal deberá verificarse que exista relación con la gestión fiscal y que el potencial efecto recaiga sobre bienes, recursos o intereses patrimoniales de naturaleza pública.

Causa raíz o potencial hecho generador

La causa raíz corresponde a la acción u omisión que, de presentarse, podría generar directamente el potencial daño patrimonial.

La identificación de la causa raíz deberá ser objetiva y rigurosa, dado que los controles deberán dirigirse principalmente a prevenir o mitigar las condiciones que originan el riesgo.

Deberá diferenciarse claramente la causa raíz, que corresponde al hecho generador potencial, del efecto dañoso, que corresponde al potencial daño sobre el patrimonio público.

Descripción del riesgo fiscal

La descripción del riesgo deberá iniciar con la expresión “Posibilidad de”, dado que se refiere a un evento potencial.

Para su formulación se deberán integrar los siguientes elementos:

La formulación deberá permitir comprender claramente qué afectación podría producirse, en qué situación podría presentarse y cuál es la causa que debe ser objeto de control.

DESCRIPCION DE REISGO FISCAL



Fuente: elaboración propia, adoptado de la guía DAFP V7 –figura 26

Paso 2. Análisis del riesgo inherente

Una vez identificado y descrito el riesgo fiscal, se realizará el análisis del riesgo inherente, entendido como el nivel de exposición existente antes de considerar el efecto de los controles.

La valoración se realizará mediante los criterios institucionales de probabilidad, impacto y severidad establecidos en la metodología general del presente Manual.

Probabilidad: La probabilidad corresponderá a la posibilidad de ocurrencia del riesgo fiscal y se determinará considerando la frecuencia con la que se realiza la actividad que constituye el punto de riesgo fiscal durante un período de un año.

Para su valoración se aplicarán los criterios institucionales establecidos para la frecuencia de la actividad.

Impacto: En los riesgos fiscales el impacto será siempre de naturaleza económica, debido a que el efecto dañoso potencial recae sobre bienes, recursos o intereses patrimoniales de naturaleza pública.

La valoración deberá procurar cuantificar el potencial efecto económico sobre el patrimonio público y aplicar los criterios institucionales de impacto definidos en este Manual.

Nivel de riesgo inherente: La combinación de la probabilidad y el impacto permitirá establecer el nivel de riesgo inherente y determinar su ubicación en la Matriz Institucional de Severidad.

Para la valoración de los riesgos fiscales se aplicarán las tablas institucionales de probabilidad e impacto y la matriz de severidad establecidas en la metodología general del presente Manual, incorporando las particularidades económicas propias de esta tipología. La Guía DAFP señala que estos criterios pueden adaptarse a las características de la Entidad, sin alterar los criterios de evaluación.

Paso 3. Diseño y análisis de controles

Una vez determinado el nivel de riesgo inherente, se identificarán y analizarán los controles existentes y, cuando sea necesario, se establecerán controles adicionales.

Los controles deberán orientarse principalmente a prevenir la ocurrencia de la causa raíz, detectar oportunamente su ocurrencia o actuar frente al efecto dañoso potencial, de acuerdo con su naturaleza.

Para efectos de esta tipología se podrán establecer:

Controles preventivos: actúan antes de que ocurra la causa raíz y buscan evitar que esta se presente.

Controles detectivos: permiten identificar oportunamente la ocurrencia de la causa raíz y actuar antes de que se produzca el efecto dañoso.

Controles correctivos: actúan frente al daño potencial, procurando detener su materialización, corregir sus efectos o recuperar los recursos afectados, cuando resulte procedente.

Los controles deberán estar directamente relacionados con las causas identificadas y describirse y valorarse de acuerdo con los criterios establecidos en la metodología general del Manual.

Para su valoración se considerarán, entre otros, los atributos relacionados con su diseño, implementación, documentación, frecuencia, evidencia y responsables, conforme a la metodología institucional. La Guía DAFP remite para este efecto a la estructura y valoración general de controles establecida en su metodología.

Paso 4. Valoración del riesgo residual

Una vez valorados los controles, se determinará el riesgo fiscal residual, aplicando el efecto de los controles sobre el riesgo inherente conforme a la metodología general establecida en el presente Manual.

VALORACION DEL RIESGO FISCAL



Fuente: elaboración propia, adoptado de la guía DAFP V7

La valoración permitirá determinar:

- Probabilidad residual.
- Impacto residual.
- Nivel o zona de riesgo residual.

La aplicación de los controles deberá considerar su efecto acumulativo sobre el riesgo. En consecuencia, cada control se aplicará sobre el resultado obtenido después de considerar la efectividad del control anterior, de acuerdo con las reglas establecidas en la metodología institucional.

Cuando los controles afecten la probabilidad, se determinará la probabilidad residual; cuando afecten el impacto, se determinará el impacto residual. El resultado final se ubicará en la matriz de severidad para establecer el nivel de exposición residual.

La valoración del riesgo residual permitirá determinar si el nivel de riesgo se encuentra dentro de los criterios institucionales de aceptación o si requiere medidas adicionales de tratamiento y fortalecimiento de controles.

Tratamiento de los riesgos fiscales

El tratamiento de los riesgos fiscales se realizará conforme a las opciones de tratamiento establecidas en la metodología general de gestión del riesgo de la E.S.E. HOMO, considerando el nivel de riesgo residual, el apetito y la tolerancia al riesgo definidos institucionalmente y la naturaleza particular del riesgo fiscal.

Cuando el nivel de exposición requiera acciones adicionales, se deberán establecer las medidas necesarias para fortalecer los controles y prevenir la ocurrencia del potencial daño patrimonial.

El tratamiento podrá comprender, según corresponda, acciones dirigidas a:

- Eliminar o reducir las causas que originan el riesgo.
- Fortalecer los controles preventivos, detectivos o correctivos.
- Mejorar los mecanismos de seguimiento y supervisión.
- Implementar acciones de recuperación o corrección cuando se haya presentado una afectación.
- Establecer acciones específicas para evitar la reiteración de situaciones que hayan generado alertas, hallazgos o antecedentes relevantes.

Las acciones de tratamiento deberán contar con responsable, plazo, mecanismo de seguimiento y evidencia de ejecución, de acuerdo con los instrumentos institucionales establecidos para tal fin.

Integración, seguimiento y reporte

Los riesgos fiscales identificados deberán integrarse al esquema institucional de administración del riesgo y registrarse en los instrumentos definidos por la E.S.E. HOMO, conservando su identificación y particularidades fiscales.

El seguimiento deberá permitir verificar la ejecución y efectividad de los controles, la evolución del nivel de riesgo residual y el cumplimiento de las acciones de tratamiento.

La información proveniente de auditorías, hallazgos con presunta incidencia fiscal, advertencias de los organismos de control, fallos con responsabilidad fiscal y demás fuentes relevantes deberá utilizarse como insumo para la actualización y fortalecimiento de la gestión preventiva de los riesgos fiscales. La Guía señala particularmente la importancia de utilizar estos antecedentes para identificar causas y fortalecer controles preventivos.

La gestión del riesgo fiscal tendrá un carácter preventivo, orientado a proteger los recursos, bienes e intereses patrimoniales de naturaleza pública. La identificación o materialización de un riesgo fiscal dentro del Sistema de Gestión de Riesgos no constituye por sí misma la determinación de responsabilidad fiscal, la cual corresponde a las autoridades competentes.

En el contexto del riesgo fiscal, los controles deberán guardar relación directa con las causas identificadas y orientarse, según su naturaleza, a prevenir la ocurrencia de la causa raíz, detectar oportunamente su ocurrencia o actuar frente al efecto dañoso potencial o materializado.

La valoración de los controles y la determinación del riesgo fiscal residual se realizarán aplicando los criterios establecidos en la metodología general del presente Manual. Los controles actuarán de manera sucesiva y acumulativa sobre la probabilidad o el impacto, según corresponda, y el resultado permitirá establecer la nueva ubicación del riesgo en la matriz de severidad.

Los riesgos fiscales identificados deberán incorporarse al Mapa Integral de Riesgos del proceso correspondiente, conservando su clasificación como riesgo fiscal y permitiendo su tratamiento, seguimiento y monitoreo dentro del esquema institucional de gestión integral de riesgos

4.5.2 Gestión De Riesgos De Seguridad De La Información

La E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO establece los lineamientos para la gestión de los riesgos de seguridad de la información, con el propósito de proteger los activos de información que soportan el cumplimiento de los objetivos institucionales y la prestación de los servicios, fortaleciendo la capacidad de la Entidad para prevenir, identificar, analizar, tratar y monitorear situaciones que puedan afectar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.

La gestión de estos riesgos se desarrollará en articulación con el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI) y con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, así como con las disposiciones institucionales relacionadas con gestión documental, protección de datos personales, seguridad digital, continuidad de la operación y demás materias relacionadas.

Los riesgos de seguridad de la información hacen parte del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la E.S.E. HOMO y se gestionarán conforme a la metodología general establecida en el presente Manual. En consecuencia, la identificación, análisis, valoración, diseño y evaluación de controles y determinación del riesgo residual se desarrollarán de acuerdo con los cuatro pasos metodológicos institucionales, incorporando las particularidades propias de esta tipología.

El presente capítulo establece dichas particularidades y define los instrumentos mediante los cuales se administrará la información necesaria para la gestión de estos riesgos.

Identificación, clasificación y determinación de la criticidad de los activos de información

La identificación de los riesgos de seguridad de la información partirá de la identificación, clasificación y valoración de los activos de información de la E.S.E. HOMO.

El inventario de activos constituye el insumo principal para determinar aquellos activos que, por su importancia y nivel de criticidad, requieren ser considerados en el análisis de riesgos de seguridad de la información.

La identificación deberá realizarse por los líderes de los procesos, con el acompañamiento de las áreas responsables de seguridad de la información, gestión documental, tecnología y demás dependencias que correspondan.

El detalle de la información requerida para cada activo se administrará en la Matriz de Inventario y Clasificación de Activos de Información, que constituye el instrumento institucional para este propósito.

Identificación y caracterización de los activos de información

Los líderes de los procesos, con el acompañamiento de las áreas competentes, deberán identificar los activos de información asociados a los procesos bajo su responsabilidad.

El inventario deberá permitir identificar, como mínimo:

- Proceso al que pertenece el activo.
- Identificador.
- Tipo de activo.
- Área responsable.
- Nombre del activo.
- Descripción.
- Propietario del activo.
- Custodio del activo.
- Soporte y medio de conservación.
- Formato.
- Ubicación o lugar de consulta, cuando corresponda.
- Información publicada o no publicada.
- Información clasificada o reservada, cuando aplique.
- Presencia de datos personales.
- Las demás variables definidas en el instrumento institucional.

Para efectos de clasificación, los activos podrán corresponder, entre otros, a:

- Información y datos.
- Sistemas de información y aplicaciones.
- Hardware.
- Medios o soportes de almacenamiento.
- Servicios.
- Recursos humanos.
- Instalaciones.
- Redes.
- Infraestructura crítica cibernética nacional, cuando corresponda.

El detalle de los campos, categorías y criterios de registro se administrará en la Matriz de Inventario y Clasificación de Activos de Información, evitando trasladar al Manual la totalidad de los campos operativos del inventario.

De esta manera, el Manual establece los criterios metodológicos para la identificación y clasificación de los activos, mientras que la información específica y detallada de cada uno se administra y actualiza en la matriz correspondiente.

PASOS PARA LA IDENTIFICACION Y VALORACION DE ACTIVOS



Fuente: elaboración propia, adoptado de la guía DAFP V7

Clasificación de los activos de información

Una vez identificado y caracterizado el activo, deberá valorarse considerando las propiedades de confidencialidad, integridad y disponibilidad.

Confidencialidad: La confidencialidad corresponde a la propiedad que garantiza que la información solamente sea conocida y utilizada por las personas, procesos o entidades autorizadas.

Para su clasificación se considerará, entre otros aspectos, la naturaleza pública, clasificada o reservada de la información y las consecuencias que podrían generar su divulgación o acceso no autorizado.

Integridad: La integridad corresponde a la propiedad que busca garantizar que la información conserve su exactitud, completitud y consistencia y que no sea modificada, alterada o destruida de manera no autorizada.

La valoración deberá considerar las consecuencias que una alteración, modificación o pérdida de exactitud podría generar sobre la operación, la prestación de los servicios y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Disponibilidad: La disponibilidad corresponde a la propiedad que garantiza que la información y los recursos asociados se encuentren accesibles y utilizables cuando sean requeridos por los usuarios autorizados.

La valoración deberá considerar las consecuencias que la indisponibilidad temporal o permanente del activo pueda generar sobre la operación institucional y la prestación de los servicios.

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN SEGÚN CONFIDENCIALIDAD, INTEGRIDAD Y DISPONIBILIDAD.

PROPIEDAD	NIVEL ALTO	NIVEL MEDIO	NIVEL BAJO
Confidencialidad	Información cuya divulgación no autorizada puede generar una afectación significativa para la Entidad, sus usuarios, servidores, terceros o el cumplimiento de sus obligaciones.	Información cuyo acceso no autorizado puede generar una afectación moderada.	Información cuya divulgación genera una afectación baja o corresponde a información pública.
Integridad	La modificación, alteración o pérdida de exactitud de la información puede generar una afectación significativa.	La modificación o alteración puede generar una afectación moderada.	La modificación o alteración genera una afectación baja.

Disponibilidad	La indisponibilidad del activo puede afectar significativamente la prestación de los servicios, la operación o el cumplimiento de los objetivos institucionales.	La indisponibilidad puede generar una afectación moderada.	La indisponibilidad genera una afectación baja.

Fuente: Adaptado de los lineamientos del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 2025

El resultado se registrará en la ***Matriz de Inventario y Clasificación de Activos de Información*** y permitirá priorizar los activos sobre los cuales se realizará el análisis de riesgos de seguridad de la información.

Información complementaria, clasificada, reservada y datos personales

Como parte de la identificación y clasificación de los activos de información, se deberá determinar y registrar la información complementaria que permita establecer las condiciones particulares de protección, acceso y tratamiento aplicables a cada activo.

Para cada activo, según corresponda, se deberá identificar:

- **Infraestructura Crítica Cibernética Nacional:** si el activo corresponde, de acuerdo con los criterios y lineamientos establecidos por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

- **Publicación:** si el activo se encuentra publicado y, en tal caso, si su disponibilidad es interna, a través de la intranet, o externa, a través de internet; o si no se encuentra publicado.

- **Información clasificada o reservada:** cuando el activo contenga información sujeta a clasificación o reserva, se deberá registrar esta condición, junto con el fundamento legal de la clasificación o reserva, su alcance, fecha y tiempo de aplicación, de conformidad con la normativa vigente y las demás variables establecidas en el instrumento institucional.

- **Datos personales:** cuando el activo contenga datos personales, se deberá identificar esta condición y registrar, según corresponda:

  - ✓ Existencia de datos personales.

  - ✓ Tipo de dato personal.

- ✓ Existencia de datos personales de niños, niñas o adolescentes.
- ✓ Finalidad del tratamiento.
- ✓ Existencia de autorización para su tratamiento, cuando esta sea exigible.

Esta información deberá registrarse y mantenerse actualizada en la Matriz de Inventario y Clasificación de Activos de Información, en los campos definidos para tal fin, en articulación con los instrumentos institucionales de protección de datos personales y gestión documental.

La identificación de estas condiciones complementa la valoración de la criticidad del activo y permite determinar los requisitos específicos de protección, acceso y tratamiento que deberán considerarse posteriormente en la identificación y gestión de los riesgos de seguridad de la información.

Identificación de amenazas y vulnerabilidades

Una vez identificados y clasificados los activos, se determinarán las amenazas y vulnerabilidades que puedan afectar su seguridad.

La amenaza: corresponde a una causa potencial de un incidente no deseado que puede provocar daños al activo, al sistema o a la Entidad.

Las amenazas podrán tener, según corresponda, un origen:

- ✓ Deliberado.
- ✓ Fortuito.
- ✓ Ambiental.

Para su identificación podrán utilizarse como referencia los catálogos establecidos por MinTIC, complementándolos con las condiciones particulares de la E.S.E. HOMO.

Entre las categorías de amenazas pueden encontrarse, según corresponda:

- Daño físico.
- Eventos naturales.

- Pérdida de servicios esenciales.
- Compromiso de la información.
- Fallas técnicas.
- Acciones no autorizadas.
- Compromiso de funciones.

La vulnerabilidad: corresponde a una debilidad del activo o de los controles existentes que puede ser explotada por una o más amenazas.

La identificación deberá considerar las condiciones propias de la Entidad y podrá analizar vulnerabilidades asociadas, entre otras, a:

- Hardware.
- Software.
- Redes.
- Personas.
- Instalaciones.
- Organización.
- Procedimientos y políticas.

Los catálogos de amenazas y vulnerabilidades podrán administrarse en los instrumentos técnicos utilizados para la gestión de los riesgos de seguridad de la información, sin necesidad de reproducirlos íntegramente en este Manual.

Áreas de impacto

El área de impacto corresponde a la consecuencia negativa que podría generarse sobre los objetivos institucionales como resultado de la materialización de un riesgo o de un incidente de seguridad de la información.

El análisis deberá considerar, según corresponda, afectaciones sobre:

- La prestación de los servicios.

- La operación institucional.
- El cumplimiento de los objetivos.
- La información.
- Los usuarios y partes interesadas.
- El cumplimiento de obligaciones legales o regulatorias.
- La continuidad de la operación.
- La imagen o reputación institucional.
- Los recursos económicos.

SECUENCIA PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN



Fuente: elaboración propia, adoptado de la guía DAFP V7

Paso 1. Identificación y descripción del riesgo de seguridad de la información

Una vez analizados los activos, amenazas y vulnerabilidades, se procederá a describir el riesgo de seguridad de la información.

El riesgo deberá asociarse con la propiedad de la información que podría resultar afectada, clasificándose según corresponda como:

- Pérdida de confidencialidad.
- Pérdida de integridad.

- Pérdida de disponibilidad.

Para un mismo activo o grupo de activos podrán identificarse diferentes riesgos, los cuales deberán ser analizados y valorados individualmente cuando sus causas, consecuencias o controles sean diferentes.

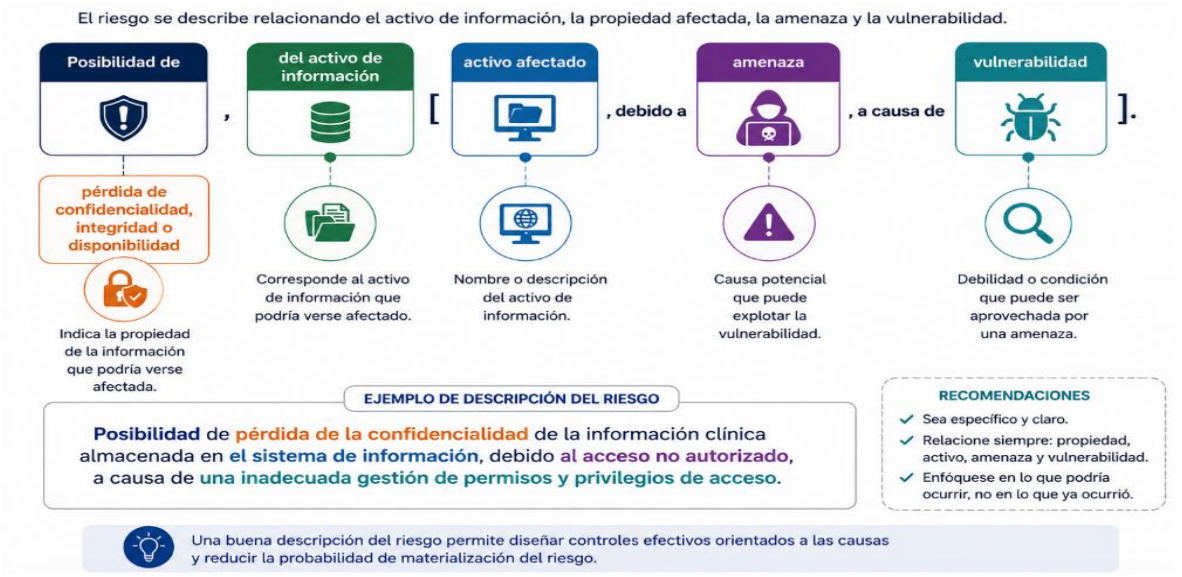
Para su formulación, la descripción del riesgo deberá permitir identificar de manera clara *qué puede ocurrir, debido a qué amenaza y como consecuencia de qué vulnerabilidad*, relacionándolo con la propiedad de la información que podría verse afectada. Como estructura orientadora se utilizará:

Para un mismo activo o grupo de activos podrán identificarse diferentes riesgos cuando existan diferencias en sus amenazas, vulnerabilidades, consecuencias o controles

Para efectos de homogenizar la redacción, se utilizará como estructura:

Posibilidad de [*pérdida de confidencialidad, integridad o disponibilidad*] **del activo de información** [*activo afectado*], **debido a** [*amenaza*], **a causa de** [*vulnerabilidad]*.

FORMULACION DE LA DESCRIPCION DEL RIESGO DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION



Fuente: elaboración propia, adoptado de la guía DAFP V7

PASO 2. Análisis del riesgo inherente

Una vez identificados y descritos los riesgos de seguridad de la información, se procederá a realizar el análisis del riesgo inherente, entendido como el nivel de exposición existente antes de considerar el efecto de los controles establecidos.

La determinación del riesgo inherente se realizará conforme a los criterios institucionales de probabilidad, impacto y severidad establecidos en la metodología general del presente Manual.

Para la valoración de los riesgos de seguridad de la información deberán considerarse las características y criticidad de los activos identificados, las amenazas y vulnerabilidades asociadas y las consecuencias que podría generar la materialización del riesgo sobre la confidencialidad, integridad y/o disponibilidad de la información.

La valoración deberá considerar, según corresponda, las condiciones particulares del activo, su importancia para el proceso y para el cumplimiento de los objetivos institucionales, así como las posibles afectaciones derivadas de la pérdida de confidencialidad, integridad o disponibilidad.

El análisis deberá permitir determinar la probabilidad de ocurrencia del evento y el impacto potencial que podría generar su materialización, de acuerdo con las escalas y criterios establecidos en la metodología general.

La combinación de la probabilidad y el impacto permitirá determinar el nivel de riesgo inherente y su ubicación en la matriz institucional de severidad.

Las tablas, escalas y criterios generales para la valoración de la probabilidad, el impacto y la severidad no se reproducen en este capítulo, dado que hacen parte de la metodología general establecida en el presente Manual.

PASO 3. Diseño y análisis de controles

Los controles existentes deberán identificarse y relacionarse directamente con las amenazas y vulnerabilidades identificadas para cada riesgo de seguridad de la información. Cuando los controles existentes sean inexistentes o insuficientes frente al nivel de exposición identificado, deberán establecerse controles adicionales o fortalecerse los existentes.

Para el diseño de controles de seguridad de la información podrá tomarse como referencia el Anexo A de la norma ISO/IEC 27001:2022, así como otros controles técnicos, administrativos, físicos u organizacionales que la E.S.E. HOMO considere

necesarios, de acuerdo con las características de sus activos de información, procesos, sistemas y servicios.

Los controles deberán orientarse a prevenir o detectar la ocurrencia de las amenazas, reducir las vulnerabilidades identificadas o disminuir las consecuencias derivadas de la materialización del riesgo.

Los controles deberán describirse y valorarse conforme a los criterios establecidos en la metodología general del presente Manual, determinando su propósito, responsable, periodicidad, forma de ejecución, evidencia y demás atributos aplicables.

La valoración de los controles deberá permitir determinar su capacidad para modificar la probabilidad y/o el impacto del riesgo inherente y establecer el efecto que generan sobre el nivel de exposición.

Cuando un mismo control contribuya a gestionar diferentes riesgos de seguridad de la información o se encuentre relacionado con otros riesgos institucionales, podrá ser considerado de manera articulada, evitando la duplicidad de controles e instrumentos.

PASO 4. Valoración del riesgo residual

Una vez identificados y valorados los controles, se determinará el riesgo residual de acuerdo con la metodología institucional establecida en el presente Manual.

Para ello se establecerán la probabilidad residual, el impacto residual y la zona final de riesgo, considerando el efecto de los controles sobre el riesgo inherente.

Los controles que actúen sobre la probabilidad y aquellos que actúen sobre el impacto deberán aplicarse de acuerdo con las reglas establecidas en la metodología general. Cuando existan varios controles que actúen sobre una misma variable, su efecto se aplicará de manera sucesiva y acumulativa, conforme a los criterios institucionales.

El resultado de esta valoración permitirá determinar el nivel de exposición que permanece después de considerar el efecto de los controles y establecer si el riesgo se encuentra dentro de los niveles de aceptación definidos por la E.S.E. HOMO o requiere medidas adicionales de tratamiento.

Las tablas generales de probabilidad, impacto, valoración de controles y riesgo residual no se reproducen en este capítulo, dado que hacen parte de la metodología general del Manual.

Tratamiento, seguimiento y reporte de los riesgos de seguridad de la información

Una vez determinado el nivel de riesgo residual de seguridad de la información, la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO establecerá y ejecutará las acciones de tratamiento que correspondan, de acuerdo con los criterios, niveles de aceptación y opciones de tratamiento definidos en la metodología general del presente Manual.

El tratamiento deberá considerar la criticidad del activo de información, la naturaleza de las amenazas y vulnerabilidades identificadas, el nivel de riesgo residual, la efectividad de los controles existentes y los requisitos legales, regulatorios y técnicos aplicables.

Las opciones de tratamiento serán las establecidas en la metodología general:

Reducir: implementar o fortalecer controles para disminuir la probabilidad o el impacto del riesgo.

Compartir: compartir las consecuencias del riesgo mediante mecanismos apropiados, cuando resulte técnica, jurídica y económicamente viable.

Aceptar: mantener el riesgo cuando su nivel se encuentre dentro de los criterios de aceptación establecidos por la Entidad.

Evitar: eliminar la actividad, activo o condición que genera la exposición al riesgo, cuando resulte viable.

Cuando el tratamiento requiera implementar nuevos controles o fortalecer los existentes, se establecerá un plan de acción en el cual se definirán las actividades requeridas, responsables, plazos, mecanismos de seguimiento y evidencias de ejecución.

El seguimiento de los riesgos de seguridad de la información deberá realizarse de manera periódica, considerando, entre otros aspectos, la evolución del nivel de riesgo, la efectividad de los controles, el cumplimiento de las acciones de tratamiento, los cambios en los activos de información y la aparición de nuevas amenazas o vulnerabilidades.

Asimismo, deberán considerarse los cambios tecnológicos, organizacionales, operativos, legales o regulatorios que puedan modificar las condiciones bajo las cuales fueron identificados y valorados los riesgos.

Los eventos e incidentes relacionados con la seguridad de la información deberán ser reportados y gestionados de acuerdo con los canales, procedimientos y mecanismos institucionales establecidos para tal efecto. La información derivada de estos reportes podrá constituir un insumo para la actualización de los riesgos, controles y medidas de tratamiento.

Los resultados del seguimiento y tratamiento de los riesgos de seguridad de la información deberán integrarse al Mapa Integral de Riesgos de la E.S.E. HOMO, conservando la identificación y características propias de esta tipología y permitiendo su seguimiento articulado con las demás categorías de riesgo administradas por la Entidad.

La gestión de estos riesgos deberá contribuir al fortalecimiento de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los activos de información y a la continuidad de las operaciones institucionales.

4.5.3 Sistema de gestión de riesgos para la integridad pública – SIGRIP

El Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP constituye el marco mediante el cual la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia – HOMO articula la gestión de los riesgos que pueden afectar la integridad pública con su Sistema de Gestión Integral de Riesgos.

Su implementación se orienta a prevenir, detectar y corregir situaciones que puedan afectar el ejercicio íntegro de la función pública o comprometer la integridad institucional, mediante un enfoque basado en riesgos y en articulación con los instrumentos institucionales existentes.

En concordancia con la Ley 2195 de 2022 y con los lineamientos establecidos por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, el SIGRIP comprende la gestión de los riesgos asociados con la corrupción, el soborno, el fraude, la inadecuada gestión de los conflictos de intereses y el lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva – LA/FT/FP.

El SIGRIP no constituye un sistema independiente de la gestión institucional del riesgo. Por el contrario, se articula con la Política para la Gestión Integral de Riesgos y con la gestión de los riesgos generales de gestión, riesgos fiscales y riesgos de seguridad de la información, considerando que un riesgo de cualquiera de estas tipologías puede tener como causa o consecuencia una situación asociada con la integridad pública.

En consecuencia, la gestión de los riesgos para la integridad pública se desarrollará bajo la metodología institucional definida para la gestión integral de riesgos, incorporando las particularidades establecidas para el SIGRIP y para las amenazas a la integridad pública.

La gestión de los riesgos para la integridad pública se articulará con el Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE y con los demás instrumentos institucionales que desarrollen las medidas de prevención, detección y gestión de los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno.

.

Integridad pública y amenazas para la integridad

La integridad pública comprende el conjunto de principios, valores, comportamientos y actuaciones orientados a garantizar que las decisiones y actuaciones de los servidores públicos y demás colaboradores de la E.S.E. HOMO privilegien el interés general y se desarrollen con sujeción al ordenamiento jurídico y a los principios que rigen la función pública.

La gestión de la integridad pública requiere identificar y administrar las situaciones que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales, la adecuada prestación de los servicios, la protección de los recursos y la confianza de las partes interesadas.

Para efectos del SIGRIP, se consideran como principales amenazas para la integridad pública:

Soborno: ofrecimiento, promesa, entrega, aceptación o solicitud de una ventaja indebida, financiera o no financiera, con el propósito de inducir o recompensar una actuación o abstención de actuar.

Fraude: errores, omisiones, informes inexactos o descripciones incorrectas realizados con culpa o dolo para beneficio propio o de terceros.

Inadecuada gestión del conflicto de intereses: situaciones en las cuales un interés particular y directo puede interferir con el cumplimiento del interés general y con la adecuada toma de decisiones.

Corrupción: actuaciones que impliquen desviación de la gestión administrativa o de los recursos públicos o privados para obtener un beneficio propio o de terceros.

LA/FT/FP: situaciones mediante las cuales la entidad pueda ser utilizada para dar apariencia de legalidad a recursos provenientes de actividades ilícitas o para

canalizar recursos hacia actividades relacionadas con el terrorismo o la proliferación de armas de destrucción masiva.

Estas amenazas constituyen un referente para la identificación y valoración de los riesgos para la integridad pública, sin limitar la capacidad institucional para identificar otras situaciones que, de acuerdo con el contexto y características de la E.S.E. HOMO, puedan afectar su integridad.

Articulación del SIGRIP con la Gestión Integral de Riesgos

La gestión de los riesgos para la integridad pública se realizará de manera articulada con el Sistema de Gestión Integral de Riesgos de la E.S.E. HOMO.

La identificación, análisis, valoración, tratamiento y seguimiento de estos riesgos se desarrollarán conforme a la metodología institucional vigente, evitando la creación de metodologías paralelas para cada tipología de riesgo.

Los riesgos de integridad pública se gestionarán conjuntamente con los riesgos generales de gestión, los riesgos fiscales y los riesgos de seguridad de la información, reconociendo las posibles relaciones, causas comunes, consecuencias y controles compartidos entre ellos.

Cuando un riesgo de gestión, fiscal o de seguridad de la información tenga como causa o pueda favorecer una situación relacionada con soborno, fraude, conflicto de intereses, corrupción o LA/FT/FP, esta relación deberá identificarse y gestionarse dentro de la matriz y el mapa de riesgos institucional.

De esta manera, el SIGRIP se integra a la gestión institucional sin generar duplicidad de matrices, procedimientos o instrumentos.

Contexto y elementos para la gestión de los riesgos de integridad pública

La gestión de los riesgos para la integridad pública partirá del conocimiento del contexto interno y externo de la E.S.E. HOMO y de las condiciones que puedan generar exposición a las amenazas identificadas.

Para este análisis se tendrán en cuenta, según corresponda:

- La estructura organizacional, niveles de autoridad y delegación de facultades para la toma de decisiones.
- Los grupos de valor y partes interesadas, especialmente las contrapartes con las cuales exista intercambio de bienes, servicios o recursos.

- Los procesos, servicios, trámites y operaciones institucionales.
- Los contratos y principales proveedores.
- Las relaciones con otras entidades públicas, organismos de control y particulares.
- Las jurisdicciones en las que se desarrollen actividades institucionales.
- Las obligaciones legales, reglamentarias, contractuales y demás obligaciones aplicables a la E.S.E. HOMO.

Para los riesgos de LA/FT/FP se tendrán en cuenta, como mínimo, los factores de riesgo relacionados con contrapartes, productos, canales y jurisdicciones, cuya segmentación permitirá fortalecer el conocimiento de las contrapartes, la identificación de señales de alerta y la detección de operaciones inusuales o sospechosas.

La información obtenida del análisis de contexto constituirá un insumo para la identificación de puntos de riesgo, factores de riesgo, causas, consecuencias y demás elementos necesarios para la gestión de los riesgos para la integridad pública.

PASO 1. Identificación y descripción de los riesgos para la integridad pública

La identificación de los riesgos para la integridad pública se realizará aplicando la metodología general establecida en el presente Manual y considerando las particularidades propias de las amenazas para la integridad a las que se encuentra expuesta la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO.

En esta etapa se analizarán los elementos necesarios para comprender y formular adecuadamente cada riesgo, incluyendo el punto de riesgo, área de impacto, factores de riesgo, causa inmediata y causa raíz.

Para los riesgos asociados con corrupción, fraude, soborno e inadecuada gestión de conflictos de intereses, los puntos de riesgo podrán encontrarse en cualquier actividad del flujo de los procesos en la que existan condiciones de exposición a estas amenazas.

Para los riesgos de LA/FT/FP, los puntos de riesgo corresponderán a las operaciones desarrolladas por la Entidad que impliquen intercambio de recursos, bienes o servicios con contrapartes. Su identificación y gestión especializada se

articulará con los lineamientos y controles establecidos en el Manual SARLAFT de la E.S.E. HOMO.

En la identificación de las áreas de impacto se considerarán las consecuencias que puedan derivarse de la materialización del riesgo. Como particularidad de los riesgos para la integridad pública, podrán reconocerse consecuencias económicas, reputacionales, operativas, legales y de contagio, según las características del evento analizado.

La consecuencia legal se relaciona con situaciones que puedan derivar en incumplimientos normativos, sanciones, indemnizaciones u otras actuaciones judiciales o administrativas, mientras que el contagio corresponde a la posibilidad de que la E.S.E. HOMO resulte afectada económica, reputacional o legalmente como consecuencia de actuaciones de personas o entidades relacionadas.

Para efectos de la valoración del impacto, las consecuencias legales y de contagio se analizarán, cuando corresponda, en términos de su potencial afectación económica, conforme a los criterios establecidos en la metodología general. Esta constituye una particularidad de los riesgos para la integridad pública y no modifica los criterios generales aplicables a las demás tipologías de riesgo.

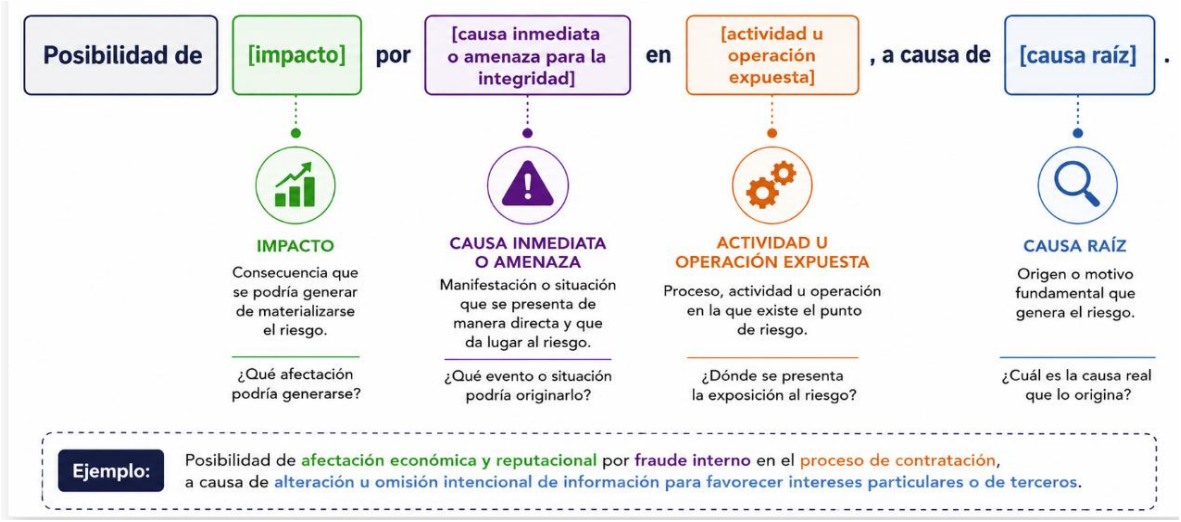
La identificación de los factores de riesgo se realizará considerando las condiciones que puedan incrementar la exposición de la Entidad a las amenazas para la integridad. Estos factores se analizarán conforme a la metodología general y al catalogo de Factores de Riesgo adoptado como instrumento complementario.

Para los riesgos de LA/FT/FP se considerarán como mínimo las contrapartes, productos, canales y jurisdicciones. Su segmentación, conocimiento y monitoreo, así como su utilización para la definición de señales de alerta, identificación de operaciones inusuales y determinación y reporte de operaciones sospechosas, se desarrollará conforme al Manual SARLAFT y los instrumentos institucionales asociados, evitando duplicar en este Manual la metodología especializada.

La causa inmediata deberá identificar la manifestación que origina o materializa la exposición al riesgo y podrá corresponder, entre otras, a corrupción, fraude, soborno, inadecuada gestión del conflicto de intereses o LA/FT/FP. La causa raíz deberá identificar la actividad, operación, acción, omisión, falla o condición dentro del proceso que origina la exposición, de manera que posteriormente puedan establecerse controles dirigidos a intervenir las causas reales del riesgo y no únicamente sus consecuencias.

La descripción del riesgo deberá iniciar con la expresión “Posibilidad de” y expresar claramente el impacto, la causa inmediata y la causa raíz, conforme a la estructura definida en la metodología institucional:

ESTRUCTURA PARA LA DESCRIPCION DEL RIESGO PARA LA INTEGRIDAD PÚBLICA – SIGRIP



Fuente: elaboración propia, adoptado de la guía DAFP V7

PASO 2. Análisis del riesgo inherente

Una vez identificado y descrito el riesgo, se aplicarán los criterios establecidos en la metodología general del presente Manual para determinar el riesgo inherente, diseñar y valorar los controles y establecer el riesgo residual. El análisis deberá considerar la probabilidad de materialización, la magnitud de las consecuencias y las características particulares de la exposición identificada002E

Por la naturaleza de los riesgos para la integridad pública, su gestión tendrá como propósito transversal prevenir, detectar y reportar oportunamente las situaciones que puedan afectar la integridad institucional.

La probabilidad se determinará considerando la frecuencia de exposición o ejecución de la actividad u operación en la cual se encuentra el punto de riesgo, mientras que el impacto se determinará considerando las consecuencias que podría generar su materialización.

La combinación de ambos factores permitirá establecer el nivel de riesgo inherente y su ubicación en la Matriz Institucional de Severidad.

PASO 3. Diseño y análisis de controles

Los controles serán identificados, diseñados y valorados conforme a la metodología general del presente Manual.

Para esta tipología podrán constituir controles las políticas, procedimientos, mecanismos de debida diligencia, función de cumplimiento, códigos y demás herramientas institucionales, siempre que su aplicación intervenga efectivamente las causas, permita prevenir o detectar la materialización del riesgo o contribuya a mitigar sus consecuencias.

Para los riesgos de LA/FT/FP se tendrán adicionalmente en cuenta los controles y mecanismos especializados establecidos en el Manual SARLAFT y sus instrumentos asociados.

La valoración de los controles se realizará de acuerdo con los criterios establecidos en la metodología general del presente Manual, determinando su capacidad para modificar la probabilidad y/o el impacto del riesgo.

PASO 4. Valoración del riesgo residual

Una vez valorados los controles, se determinará el nivel de riesgo residual conforme a la metodología institucional, estableciendo la probabilidad e impacto residuales y la zona de riesgo correspondiente.

Cuando el nivel residual se encuentre por encima de los criterios de aceptación establecidos por la E.S.E. HOMO, deberán definirse las acciones de tratamiento y fortalecimiento de controles que correspondan. Cuando se encuentre dentro del nivel aceptable, deberá mantenerse su monitoreo conforme a la periodicidad definida.

El resultado de la identificación y valoración se registrará en la Matriz Integral de Riesgos y permitirá determinar las medidas de tratamiento, seguimiento y reporte correspondientes, manteniendo la articulación de los riesgos para la integridad pública con las demás tipologías y con los instrumentos que integran el SIGRIP.

4.5.3.1 Debida diligencia en el conocimiento de las contrapartes

La E.S.E. HOMO aplicará el principio de debida diligencia en el conocimiento de las contrapartes, de acuerdo con las disposiciones legales y reglamentarias aplicables y con el nivel de exposición al riesgo identificado.

La debida diligencia estará orientada a disponer de información suficiente, pertinente y actualizada que permita conocer a las personas naturales, jurídicas u otras estructuras con la0pos cuales la entidad establezca relaciones, así como identificar, cuando corresponda, sus beneficiarios finales, estructura de propiedad y control, actividad, antecedentes y demás elementos relevantes para la gestión del riesgo.

Las medidas de debida diligencia deberán aplicarse bajo criterios de razonabilidad, proporcionalidad y enfoque basado en riesgos, de manera que su intensidad corresponda al nivel de exposición identificado.

Los resultados de la debida diligencia podrán generar, entre otras medidas, señales de alerta, controles adicionales, aprobaciones especiales, monitoreo reforzado o la adopción de decisiones respecto de la continuidad o inicio de una relación, de acuerdo con la normativa aplicable.

La aplicación operativa de estas medidas se desarrollará mediante el instrumento institucional establecido para tal fin, evitando duplicar en este Manual los procedimientos, formatos y mecanismos específicos de conocimiento de contrapartes.

4.5.3.2 Función de cumplimiento

La E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO contará con una función de cumplimiento dentro del Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP, orientada a promover y verificar el cumplimiento de las disposiciones, políticas, procedimientos y controles relacionados con la gestión de los riesgos para la integridad pública.

En la E.S.E. HOMO, la función de cumplimiento será ejercida por el Oficial de Cumplimiento designado por la Entidad, de conformidad con las competencias, responsabilidades y condiciones establecidas en los actos administrativos y demás instrumentos institucionales que regulen su designación y actuación.

En desarrollo de esta función, el Oficial de Cumplimiento, dentro del ámbito de sus competencias, deberá:

- Promover el cumplimiento de las disposiciones aplicables al SIGRIP y de los lineamientos institucionales relacionados con la gestión de los riesgos para la integridad pública.

- Evaluar el funcionamiento de los componentes del SIGRIP y presentar los resultados a las instancias correspondientes.

- Promover la adopción de correctivos y acciones de mejora cuando se identifiquen situaciones que puedan afectar la eficacia del Sistema.

- Articular con las dependencias responsables las acciones necesarias para la operación del SIGRIP y el fortalecimiento de las competencias institucionales en materia de cumplimiento y gestión del riesgo.

- Proponer la actualización de los elementos del SIGRIP y promover su comunicación a las partes interesadas.

- Participar, de acuerdo con sus competencias, en el desarrollo y aplicación de metodologías, modelos e indicadores relacionados con la gestión de los riesgos para la integridad pública.

- Establecer o proponer los lineamientos institucionales para la aplicación proporcional y basada en riesgos de los mecanismos de debida diligencia en el conocimiento de las contrapartes.

- Participar en la definición de criterios para la identificación de operaciones inusuales y sospechosas, de acuerdo con los instrumentos especializados aplicables.

- Realizar o coordinar los reportes que correspondan ante las autoridades competentes, de conformidad con las obligaciones legales, regulatorias y los procedimientos institucionales aplicables.

La función de cumplimiento se desarrollará de manera articulada con las demás instancias y líneas de defensa del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, sin sustituir las responsabilidades de los líderes de proceso, de la Alta Dirección, de las demás instancias de gestión y control, ni las funciones de evaluación independiente que corresponden a la Oficina de Control Interno.

El Oficial de Cumplimiento deberá contar con las condiciones de independencia, autoridad, acceso a la información y recursos necesarios para el adecuado ejercicio de las funciones que le sean asignadas, de acuerdo con la normativa aplicable y los actos administrativos institucionales que regulen su designación.

4.5.3.3 Herramientas de gestión del riesgo para la integridad

La gestión de los riesgos para la integridad pública se soportará en los instrumentos institucionales que permitan prevenir, detectar, gestionar y responder frente a las amenazas identificadas.

En este sentido, el SIGRIP se articulará, según corresponda, con:

- La Política para la Gestión Integral de Riesgos.
- El Mapa Integral de Riesgos.
- Los instrumentos de debida diligencia.
- La Política de Transparencia y Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción.
- La Política de Integridad.
- El Código de Integridad.
- El Código de Buen Gobierno.
- El Manual SARLAFT y los instrumentos asociados a la gestión de los riesgos LA/FT/FP.
- El Sistema Institucional de Reporte y Denuncia y los procedimientos relacionados.
- Los demás procedimientos, protocolos, instructivos y mecanismos institucionales que operen como controles frente a los riesgos para la integridad pública.

La gestión deberá priorizar la articulación de los instrumentos existentes y evitar la creación de documentos paralelos cuando una herramienta institucional ya atienda la necesidad correspondiente.

4.5.3.4 Monitoreo, evaluación, auditoría y mejora

El SIGRIP estará sujeto a monitoreo, evaluación, auditoría y mejora continua, de acuerdo con las responsabilidades establecidas en el Sistema de Gestión Integral de Riesgos y en el esquema institucional de líneas de defensa.

El monitoreo corresponde principalmente a la primera línea de defensa, a través de los líderes de proceso y sus equipos, quienes deberán realizar el seguimiento al comportamiento de los riesgos, la eficacia de los controles y las acciones de tratamiento establecidas.

La segunda línea realizará las actividades de seguimiento, acompañamiento, análisis y evaluación que correspondan a sus competencias, incluyendo las relacionadas con la función de cumplimiento.

La tercera línea, a través de Control Interno o quien haga sus veces, realizará la evaluación independiente del diseño y efectividad de los controles y de los elementos del SIGRIP, conforme a su competencia y al plan de auditoría institucional.

Los resultados del monitoreo, evaluación y auditoría deberán utilizarse como insumo para:

- identificar oportunidades de mejora;
- fortalecer controles;
- actualizar riesgos;
- ajustar los instrumentos de gestión;
- establecer acciones correctivas o preventivas;
- actualizar los elementos del SIGRIP cuando resulte necesario.

La función de cumplimiento deberá considerar, dentro de sus evaluaciones, los resultados de la gestión desarrollada, los reportes de operaciones generados y los planes de mejoramiento implementados.

La actualización del SIGRIP se realizará cuando se presenten cambios relevantes en el contexto institucional, en la normativa aplicable, en los procesos, en los factores de riesgo o cuando los resultados del monitoreo, evaluación o auditoría así lo determinen.

4.5.4 Otros Riesgos Institucionales Específicos

La E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO podrá incorporar dentro del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos otras tipologías o riesgos institucionales específicos que, por su naturaleza, características, obligaciones

legales o regulatorias, o decisiones institucionales, requieran un tratamiento diferenciado de la metodología general.

La incorporación de un riesgo institucional específico deberá considerar su articulación con la metodología general establecida en el presente Manual y con los demás subsistemas e instrumentos institucionales existentes, evitando la creación de metodologías, matrices, controles o documentos paralelos cuando la exposición ya se encuentre gestionada mediante otro componente del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

Cuando una nueva tipología de riesgo requiera elementos metodológicos, técnicos o regulatorios particulares, estos deberán incorporarse mediante los instrumentos institucionales que correspondan y mantenerse articulados con el presente Manual.

La identificación de nuevos riesgos institucionales específicos podrá originarse, entre otras fuentes, en cambios normativos, modificaciones del contexto institucional, cambios en los procesos, resultados del monitoreo, evaluaciones, auditorías, materialización de eventos, requerimientos de autoridades competentes o nuevas condiciones de exposición.

Su gestión se desarrollará conforme a los cuatro pasos metodológicos establecidos en el numeral 4.3, salvo que una disposición legal o regulatoria de obligatorio cumplimiento establezca una metodología específica

5. ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Apetito, Tolerancia, Capacidad y Límites de Riesgo.

Los demás documentos, matrices, procedimientos y metodologías que cuenten con control documental independiente se mantendrán como instrumentos articulados al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y no se reproducirán como anexos del presente Manual.

6. MARCO LEGAL

NORMA	DESCRIPCIÓN	EMITIDA POR

Ley 87 de 1993	Establece las normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y constituye fundamento para la gestión y control de los riesgos institucionales.	Congreso de la República
Ley 610 de 2000	Establece el trámite de los procesos de responsabilidad fiscal y constituye referente para la gestión preventiva de los riesgos que puedan afectar los recursos y el patrimonio público.	Congreso de la República
Ley 1474 de 2011	Adopta medidas para fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública. Constituye antecedente normativo para la gestión de riesgos de corrupción y los Programas de Transparencia y Ética.	Congreso de la República
Ley 1712 de 2014	Regula el derecho de acceso a la información pública y establece disposiciones relacionadas con transparencia y publicidad de la información, relevantes para la gestión de riesgos de integridad y transparencia institucional.	Congreso de la República
Decreto 1499 de 2017	Actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG e integra la gestión del riesgo y el control interno en el marco de la gestión institucional.	Presidencia de la República
Decreto 403 de 2020	Fortalece el control fiscal y establece disposiciones relacionadas con la vigilancia y protección de los recursos públicos, relevantes para la gestión preventiva del riesgo fiscal.	Presidencia de la República
Ley 2195 de 2022	Adopta medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y modifica, entre otros aspectos, las disposiciones relacionadas con los Programas de Transparencia y Ética Pública.	Congreso de la República
Circular Externa 2021170000000 4-5 de 2021	Establece instrucciones generales relativas al Código de Conducta y Buen Gobierno Organizacional, el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus subsistemas de administración de riesgos aplicables a las IPS destinatarias.	Superintendencia Nacional de Salud
Circular Externa 2021170000000 5-5 de 2021 y sus modificaciones	Establece disposiciones relacionadas con el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF y modifica disposiciones aplicables a los sistemas de administración de riesgos.	Superintendencia Nacional de Salud
Circular Externa 009 de 2016 y sus modificaciones	Establece instrucciones relacionadas con la prevención y gestión del riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo – LA/FT, de acuerdo con el marco regulatorio aplicable al sector salud.	Superintendencia Nacional de Salud

Circular Externa 20221510000000 53-5 de 2022	Establece lineamientos para la adopción e implementación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE, como instrumento para prevenir, detectar y corregir situaciones relacionadas con corrupción, opacidad, fraude y soborno.	Superintendencia Nacional de Salud
Decreto 1122 de 2024	Reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública.	Presidencia de la República
Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – Versión 7	Constituye el referente metodológico adoptado por la E.S.E. HOMO para la gestión integral del riesgo y el diseño, valoración y evaluación de controles.	Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP
NTC ISO 31000:2018	Proporciona principios y directrices para la gestión del riesgo y constituye un referente técnico para la metodología institucional.	ICONTEC

7. DIFUSIÓN

La E.S.E. Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO realizará la difusión del presente Manual del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de sus actualizaciones mediante los mecanismos institucionales establecidos para tal fin, procurando que la información sea conocida por los servidores públicos, contratistas y demás responsables que participen en la gestión de los riesgos.

La difusión deberá facilitar el conocimiento de las políticas, metodología, responsabilidades, lineamientos y demás disposiciones aplicables a la gestión integral de riesgos, de acuerdo con las funciones y responsabilidades de cada destinatario.

La divulgación de los lineamientos específicos de los subsistemas que cuenten con documentos especializados se realizará de manera articulada con los mecanismos establecidos en dichos instrumentos, evitando la duplicidad de actividades y documentos.

La E.S.E. HOMO conservará las evidencias de las actividades de difusión realizadas, de acuerdo con las disposiciones institucionales de gestión documental.

8. CONTROL DE CAMBIOS

ELABORÓ	Oswaldo González Henao
ACTUALIZÓ	Catalina Arenas Mejia- auxiliar administrativa
APROBÓ	Comité De Gestión y Desempeño- Duber Mary Velasquez directora técnica de planeación y proyectos
VERSIÓN	02
MOTIVO DE ACTUALIZACIÓN	Actualización e integración del Manual del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, incorporando los lineamientos metodológicos de la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – Versión 7 del DAFP y los Subsistemas de Administración de Riesgos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con las disposiciones regulatorias aplicables. Se modifica el nombre del Manual, con el fin de actualizar su denominación y reflejar de manera más precisa su alcance, contenido y enfoque integral en la gestión institucional del riesgo.
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	31/08/2026