

	MANUAL		FO-500
	GESTIÓN DEL RIESGO		
	CÓDIGO MN-CI-01	VERSIÓN: 02	VIGENCIA 07/09/2017

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN.....	2
2.	ALCANCE.....	2
3.	OBJETIVO GENERAL.....	2
4.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	2
5.	DESARROLLO DEL MANUAL.....	2
5.1.	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO.....	3
5.2.	RESPONSABILIDADES DE LOS ÓRGANOS DE DIRECCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y CONTROL DE LA CLÍNICA CON LA GESTIÓN DEL RIESGO.....	4
5.3.	CLASIFICACIÓN DE LOS RIESGOS.....	6
5.4.	LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO.....	8
5.4.1.	Identificación de riesgos.....	8
5.4.2.	Evaluación y medición de riesgos.....	10
5.4.3.	Selección de métodos para el tratamiento y control de los riesgos.....	12
5.4.4.	Seguimiento y monitoreo.....	15
5.4.5.	Análisis y valoración de los controles implementados.....	16
5.4.6.	Estimación del riesgo residual.....	18
5.5.	ELABORACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS.....	19
6.	DEFINICIONES.....	19
7.	DOCUMENTOS DE REFERENCIA.....	21
8.	ANEXOS.....	21
9.	CONTROL DE CAMBIOS.....	21

	MANUAL		FO-500
	GESTIÓN DEL RIESGO		
	CÓDIGO MN-CI-01	VERSIÓN: 02	VIGENCIA 07/09/2017

1. INTRODUCCIÓN

Los riesgos son la probabilidad de ocurrencia de un daño o de una pérdida como consecuencia de la materialización de una amenaza, los cuales, en el caso de la clínica, pueden afectar al usuario y otros clientes externos, al cliente interno, a la institución o al medio ambiente.

La gestión de riesgos, por su parte, es un proceso que permite a las instituciones establecer una estrategia diseñada para identificar eventos potenciales que puedan afectar a la entidad, y proporcionar seguridad sobre la consecución de los objetivos de la misma.

Teniendo en cuenta lo anterior, y conscientes de la importancia del tema, la clínica ha establecido los lineamientos generales para la identificación, evaluación, medición, control, seguimiento y monitoreo de los riesgos a los cuales se encuentra expuesta, a fin de prevenir posibles impactos negativos y mejorar los resultados en salud, la satisfacción de los clientes internos y externos, la estabilidad financiera y reducir los impactos negativos sobre el medio ambiente.

2. ALCANCE

Aplica a todos los procesos de la institución. Son responsables de su ejecución los clientes internos, beneficiando al usuario y su familia, los clientes internos y externos, la institución y el medio ambiente.

3. OBJETIVO GENERAL

Aumentar la probabilidad de alcanzar los objetivos institucionales a través de un modelo sistémico de gestión del riesgo.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 4.1. Capacitar a los clientes internos en la prevención y administración de los riesgos.
- 4.2. Identificar, evaluar, medir, controlar y realizar seguimiento y monitoreo a los riesgos a los cuales se encuentra expuesta la clínica.
- 4.3. Promover la cultura de autocontrol hacia una supervisión y administración basada en riesgos.

5. DESARROLLO DEL MANUAL

La evaluación de los riesgos permite identificar los principales determinantes de los eventos de riesgo, el impacto de los riesgos inherentes y la correspondencia y efectividad de los controles implementados; es por ello que la clínica debe gestionar todos los riesgos que se presenten dentro de su operación, teniendo en cuenta su clasificación.

	MANUAL		FO-500
	GESTIÓN DEL RIESGO		
	CÓDIGO MN-CI-01	VERSIÓN: 02	VIGENCIA 07/09/2017

5.1. POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

La clínica cuenta con una política de gestión de riesgos en la cual se expresa el compromiso de la alta dirección, como se ilustra a continuación.

POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

1. PROPÓSITO

Generar y mantener una cultura de gestión del riesgo que permita evaluar, prevenir, controlar o mitigar los posibles impactos negativos que puedan afectar el logro de los objetivos de la clínica a fin de mejorar los resultados de la atención en salud, la estabilidad financiera de la organización, reducir el impacto ambiental y alcanzar altos niveles de satisfacción de los usuarios, clientes internos y demás grupos interesados.

2. COMPROMISOS INSTITUCIONALES

Para garantizar el cumplimiento de esta política, la Clínica SOMA implementará las siguientes estrategias:

1. *Actualizar, difundir e implementar el código de ética y el código de buen gobierno, evaluar la adherencia a los mismos e intervenir para alcanzar altos niveles de cumplimiento.*
2. *Promover la cultura de autocontrol hacia una administración basada en riesgos.*
3. *Formular, desplegar, implementar y evaluar un programa de gestión de riesgos que incluya las siguientes etapas:*
 - i) *Identificación de riesgos lo cual consiste en reconocer, explorar exhaustivamente y documentar todos los riesgos internos y externos que podrían afectar los objetivos de la institución, identificando sus causas y efectos potenciales y la posible interrelación entre los diferentes tipos de riesgos.*
 - ii) *Evaluación y medición de los riesgos, entendida como la valoración de los efectos probables asociados a los riesgos que han sido identificados, considerando la frecuencia y la severidad de su ocurrencia. El objetivo de este proceso es establecer una estimación y priorización de los riesgos, con base en la información obtenida en la etapa de identificación, a fin de establecer el nivel de riesgo y las acciones que se van a implementar.*
 - iii) *Selección de métodos para el tratamiento y control de los riesgos, con lo cual se busca analizar las posibles acciones a emprender, teniendo en cuenta que éstas deben ser factibles y efectivas. Las opciones de tratamiento pueden considerarse cada una de ellas independientemente, interrelacionadas, o en conjunto según sea el caso. Las opciones pueden ser clasificadas como: Evitar el riesgo, reducir el riesgo, dispersar y atomizar el riesgo, transferir el riesgo y asumir el riesgo.*

	MANUAL		FO-500
	GESTIÓN DEL RIESGO		
	CÓDIGO MN-CI-01	VERSIÓN: 02	VIGENCIA 07/09/2017

iv) Seguimiento y monitoreo, es la evaluación periódica del avance en la ejecución de los controles y en la materialización de los riesgos, en el entendido que una vez diseñado y validado el plan para administrar los riesgos, es necesario monitorearlo teniendo en cuenta que estos nunca dejan de representar una amenaza para la organización. El monitoreo es esencial para asegurar que las acciones planeadas se están llevando a cabo y evaluar la eficiencia y eficacia de su implementación, adelantando revisiones sobre la marcha para evidenciar todas aquellas situaciones o factores que pueden estar afectando la aplicación de las medidas implementadas.

4. Documentar y actualizar anualmente la matriz de riesgos para cada uno de los procesos asistenciales y administrativos, siendo ésta la herramienta conceptual y metodológica para la identificación, evaluación, tratamiento y seguimiento de los riesgos en la Clínica SOMA. La elaboración de la matriz de riesgos estará a cargo de los responsables de cada uno de los procesos con el acompañamiento de la dirección de calidad y planeación y el área de control interno.
5. Formular un plan de trabajo para implementar los controles definidos en las matrices de riesgos, teniendo en cuenta que los responsables de los procesos serán los encargados de implementar los controles para cada uno de los riesgos, verificar su efectividad, proponer cambios y velar por su adecuada documentación, socialización y aplicación en su respectivo proceso.
6. Monitorizar el impacto del programa de gestión de riesgos, mediante la variación en el riesgo residual.
7. Fortalecer la supervisión a través del autocontrol, las auditorías internas y el aprovechamiento de los hallazgos de las auditorías externas, con el fin de consolidar el ambiente de control y la eficacia de la gestión de riesgos en la institución.

3. EXCEPCIONES. A la presente política no le aplican excepciones.

4. EVALUACIÓN

El cumplimiento de esta política se constatará a través de los siguientes indicadores e instrumentos:

1. Índice de eventos de seguridad.
2. Indicadores de gestión.
3. Matrices de riesgo por cada uno de los procesos asistenciales y administrativos.
4. Mapa colorimétrico de riesgo inherente y riesgo residual.
5. Informes de auditoría.

5.2. RESPONSABILIDADES DE LOS ÓRGANOS DE DIRECCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y CONTROL DE LA CLÍNICA CON LA GESTIÓN DEL RIESGO

Las siguientes son las funciones, responsabilidades y atribuciones específicas de cada uno de los funcionarios de los diferentes órganos de dirección, administración y control, y, en general, de aquellos involucrados en el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la clínica.

	MANUAL		FO-500
	GESTIÓN DEL RIESGO		
	CÓDIGO MN-CI-01	VERSIÓN: 02	VIGENCIA 07/09/2017

A. Responsabilidades de la Junta Directiva para el direccionamiento del sistema integrado de gestión de riesgos

- a) Aprobar la política de gestión del riesgo.
- b) Aprobar el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
- c) Efectuar el seguimiento periódico a la implementación del sistema de gestión de riesgos.

B. Responsabilidades del Gerente para la organización del sistema integrado de gestión de riesgos

- a) Aprobar los procedimientos y metodologías definidas para la gestión del riesgo.
- b) Asignar los recursos humanos, físicos y técnicos para el adecuado desarrollo del sistema.
- c) Evaluar las propuestas de controles que sugieran los directores y coordinadores, sin perjuicio de la adopción oficiosa de los que estime pertinentes.
- d) Analizar los informes y la gestión de las áreas encargadas del control del riesgo.
- e) Sustentar ante la Junta Directiva los avances en la implementación del sistema de gestión de riesgos.

C. Responsabilidades de las direcciones y coordinaciones de áreas y servicios para la implementación del sistema integrado de gestión del riesgo

- a) Participar activamente en la identificación de los riesgos del proceso y en la valoración de los controles existentes.
- b) Definir los controles a implementar para cada uno de los riesgos identificados.
- c) Socializar a su equipo de trabajo los riesgos identificados en el proceso y los controles definidos.
- d) Implementar los controles definidos para cada uno de los riesgos, y obtener las evidencias correspondientes.
- e) Realizar análisis de causa raíz de manera oportuna y objetiva a los eventos o riesgos materializados en su proceso.
- f) Actualizar permanentemente la matriz de riesgos.

D. Responsabilidades de todos los clientes internos para la implementación del sistema integrado de gestión del riesgo

- a) Adherirse a los procesos y procedimientos adoptados por la institución.
- b) Ejecutar las acciones de autocontrol en todas y cada una de las actividades que desarrollen.
- c) Ejecutar los controles definidos para cada uno de los riesgos.
- d) Reportar los eventos o riesgos materializados en las áreas y servicios.

E. Responsabilidades de las áreas de calidad y control interno para el seguimiento y monitoreo del sistema integrado de gestión del riesgo

- a) Capacitar al personal de la clínica sobre el sistema integrado de gestión del riesgo.
- b) Asesorar el proceso de identificación de los riesgos institucionales y con base en ellos, realizar recomendaciones preventivas y/o correctivas con los responsables de los procesos.
- c) Realizar seguimiento y monitoreo a los riesgos y a los controles definidos para cada uno de los mismos.

	MANUAL		FO-500
	GESTIÓN DEL RIESGO		
	CÓDIGO MN-CI-01	VERSIÓN: 02	VIGENCIA 07/09/2017

- d) Consolidar el mapa de riesgos de la institución y monitorizar el avance global de la clínica.
- e) Presentar informes trimestrales sobre el comportamiento de los riesgos en el comité de Gerencia.

5.3. CLASIFICACIÓN DE LOS RIESGOS

La clínica clasificó sus riesgos en 5 grandes grupos, los cuales se describen a continuación:

a) **Riesgo en salud:** Estos riesgos se clasifican en dos categorías:

- **Riesgo de salud – Resultados sanitarios.** Es la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa, la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. El evento, la ocurrencia de la enfermedad / traumatismos o su evolución desfavorable y sus causas son los diferentes factores asociados (Definición del Plan Decenal de Salud Pública del MSPS).
- **Riesgo de salud - Riesgo actuarial.** Es la posibilidad de pérdida económica de la entidad debido a fallas en la tarificación, afiliación, constitución de reservas y adecuación de capital. Siendo este un riesgo que solo aplica las IPS cuyos ingresos se deriven por contratos de capitación o pagos globales prospectivos en más de un 40%.

b) **Riesgo financiero:** Es la probabilidad de que la clínica incurra en pérdidas económicas como consecuencia de eventos no deseados relacionados con créditos, el mercado y la liquidez, es decir, que incurra en pérdidas como consecuencia de que sus deudores no cumplan sus obligaciones en los términos acordados, se presente incremento no esperado de sus obligaciones con acreedores externos, se presente pérdida en el valor de sus activos por causa de las variaciones en las tasas de interés, en la tasa de cambio o cualquier otro parámetro de referencia, o no se cuente con los recursos financieros líquidos para cumplir sus obligaciones de pago en el corto plazo. Este riesgo está compuesto por las siguientes categorías:

- **Riesgo de liquidez.** Es la probabilidad que una entidad supervisada no tenga la capacidad financiera para cumplir sus obligaciones de pago tanto a corto como a largo plazo. En el caso de las IPS, se consideran parte de las obligaciones las reservas técnicas que exija la normatividad vigente. También se consideran parte de las obligaciones los compromisos de inversiones destinados a las reposiciones que puedan llegar a afectar la continuidad de la operación.
- **Riesgo de crédito.** Es la probabilidad que una entidad supervisada incurra en pérdidas como consecuencia de que sus deudores no cumplan sus obligaciones en los términos acordados.
- **Riesgo de mercado de capitales.** Corresponde a la probabilidad de incurrir en pérdidas derivadas del incremento no esperado en el momento, de sus obligaciones con acreedores externos o la pérdida en el valor de sus activos, por causa de las variaciones en las tasas de interés, en la tasa de cambio o cualquier otro parámetro de referencia.

	MANUAL		FO-500
	GESTIÓN DEL RIESGO		
	CÓDIGO MN-CI-01	VERSIÓN: 02	VIGENCIA 07/09/2017

c) **Riesgo operativo:** Es la probabilidad de que la clínica presente desviaciones en los objetivos de sus procesos como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el talento humano, en los sistemas tecnológicos y biomédicos, en la infraestructura, por fraude y corrupción, o acontecimientos externos, entre otros. Se reconocen al menos 5 ámbitos de gestión del riesgo operacional:

- De los procesos de las operaciones.
- De los procesos con actores externos para garantizar el objeto del servicio; en el caso de la clínica, externalización de procesos y servicios complementarios de atención.
- De tecnologías de la información y comunicación.
- De las personas.
- De la continuidad de negocio y recuperación de desastres.

d) **Riesgo ambiental:** Es la probabilidad de que la institución genere daño o pérdida para los recursos naturales (agua, aire, tierra) o los ecosistemas como consecuencia de sus actividades operacionales y no operacionales.

e) **Riesgos generales:** Estos riesgos están compuestos por las siguientes categorías:

- **Riesgo de grupo.** Es la probabilidad de pérdida que surge como resultado de participaciones de capital y/o actividades u operaciones con entidades que forman parte del mismo grupo. Éste se deriva de la exposición a fuentes de riesgo adicionales a las propias del negocio de la entidad, dentro de las que se encuentran: i) riesgo de contagio financiero, ii) detrimentos patrimoniales por filtración de flujos o concentración de pasivos, iii) posibles conflictos de intereses, que generen condiciones desfavorables de transacción a la entidad, iv) restricciones a la competencia, dando condiciones desfavorables para competidores en el mercado. La exposición a las fuentes de riesgo, puede ser directa, mediante exposición financiera u operativa, o indirecta, mediante daño de reputación.
- **Riesgo reputacional.** Es la probabilidad de toda acción, evento o situación que podría impactar negativa o positivamente en la imagen o reputación de una organización, ya sea por acción propia o de terceros, tales como el impacto de la publicidad negativa sobre las prácticas comerciales de la entidad, conducta o situación financiera. Estas acciones, sean reales o no, pueden mermar la confianza pública en la entidad, y potencialmente, disminuir los negocios y, por ende, sus ingresos. Es un riesgo que tiende a aumentar como consecuencia de la materialización de otros riesgos y de su gestión deficiente.
- **Riesgo de fallas del mercado de salud.** Es la probabilidad que la estructura del mercado de salud genere pérdidas en el bienestar y beneficios de la entidad. Ejemplos: mercado monopólico, oligopólico, monopsonio; prácticas de competencia desleal (por ejemplo, la selección de riesgo, barreras de acceso a los servicios).
- **Riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.** Es la posibilidad que, en la realización de las operaciones de una entidad, estas puedan ser utilizadas por organizaciones criminales como instrumento para ocultar, manejar, invertir o aprovechar dineros, recursos y cualquier otro tipo de bienes provenientes de actividades delictivas o destinados a su

	MANUAL		FO-500
	GESTIÓN DEL RIESGO		
	CÓDIGO MN-CI-01	VERSIÓN: 02	VIGENCIA 07/09/2017

financiación, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas o a las transacciones y fondos de recursos vinculados con las mismas.

5.4. LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO

La administración de riesgos se logra mediante la implementación del ciclo de gestión de riesgo, el cual está compuesto por las etapas que se describen a continuación:

- i) Identificación.
- ii) Evaluación y medición.
- iii) Selección de métodos para el tratamiento y control.
- iv) Seguimiento y monitoreo.

5.4.1. Identificación de riesgos

La identificación de los riesgos es la primera etapa del ciclo de gestión y consiste en reconocer, explorar exhaustivamente y documentar todos los riesgos internos y externos que podrían afectar los objetivos de la clínica, identificando sus causas y efectos potenciales. El proceso de identificación del riesgo será permanente e interactivo, y estará integrado al proceso de planeación.

Previa identificación de los riesgos es importante tener en cuenta los factores que pueden incidir en la aparición de los mismos, los cuales pueden ser externos (económicos, sociales, de orden público, políticos, legales, cambios tecnológicos, entre otros) e internos (la naturaleza de las actividades de la entidad, la estructura organizacional, los sistemas de información, los procesos, procedimientos y los recursos económicos).

La identificación de los riesgos a los que está expuesta la clínica se realiza mediante de la revisión de los procesos y procedimientos institucionales y reuniones con los coordinadores y personal operativo de áreas y servicios, o expertos de cada proceso.

A continuación se muestra el listado general de los riesgos identificados por la clínica, clasificados según el grupo afectado.

- **Riesgos para el usuario:** Se utilizará el siguiente listado de eventos:
 - Accidentes post transfusionales.
 - Asfixia perinatal.
 - Convulsión febril intrahospitalaria.
 - Deterioro Evitable del paciente en la clasificación en la escala de Glasgow sin tratamiento.
 - Daño o lesión a la madre o al feto por distocia inadvertida.
 - ECV en paciente hospitalizado no previsto a su ingreso.
 - Entrega equivocada de un neonato.
 - Falla renal POP o post aplicación medio de contraste.
 - Flebitis en sitio de punción.
 - Evento adverso medicamentoso evitable.
 - Choque hipovolémico en post – quirúrgico o postparto.

	MANUAL		FO-500
	GESTIÓN DEL RIESGO		
	CÓDIGO MN-CI-01	VERSIÓN: 02	VIGENCIA 07/09/2017

- Eventos adversos asociados a las tecnologías en salud.
- Luxación post – quirúrgica en reemplazo de cadera.
- Muerte no previsible de paciente.
- Neumotórax por ventilación mecánica o posterior a procedimiento.
- Caída de paciente.
- Perforación de apéndice y/o peritonitis y/o sepsis en paciente con diagnóstico de apendicitis que no es atendido después de 12 horas de realizado el diagnóstico.
- Neumonías broncoaspirativas en paciente hospitalizado.
- Lesiones por presión.
- Pérdida funcional de un órgano.
- Fuga de paciente.
- Robo de menor de edad.
- Procedimiento quirúrgico equivocado o en un sitio o paciente erróneo.
- Quemaduras por lámparas de fototerapia y por electrocauterio.
- Reacción adversa por alimentos.
- Reacción Adversa por anestésicos.
- Reacción Adversa por Medicamento.
- Daño o lesión al paciente por reportes equivocados o inoportunos de ayudas diagnósticas.
- Retención de cuerpos extraños en pacientes internados.
- Secuelas post – reanimación.
- Sufrimiento fetal o lesiones al neonato por fallas en los procesos de atención.
- Suicidio de Pacientes internados.
- Retiro accidental de dispositivos médicos con lesión.
- Tromboembolismo pulmonar en paciente hospitalizado no previsto a su ingreso.
- Reintervención quirúrgica no prevista.
- Infecciones urinarias asociadas a la atención en salud.
- Infecciones respiratorias asociadas a la atención en salud.
- Infecciones hematógenas asociadas a la atención en salud.
- Infecciones de localización quirúrgica asociadas a la atención en salud.
- Otras infecciones asociadas a la atención en salud.
- Daño o pérdida por vulneración de los derechos de los usuarios.
- Pérdida económica para el paciente y/o su familia.
- Pérdida económica para otros clientes externos diferentes a paciente y/o familia (Universidades, EPS, Proveedores, entre otros).
- Eventos adversos de diversa índole.

- **Riesgos para los clientes internos:** En cada uno de los procesos se considerarán los siguientes riesgos, tomados de la Guía Técnica Colombiana GTC 45 (Guía para la identificación de los peligros y la valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional):

- Daño y/o pérdida por riesgo biológico.
- Daño y/o pérdida por riesgo físico.
- Daño y/o pérdida por riesgo químico.
- Daño y/o pérdida por riesgo psicosocial.

	MANUAL		FO-500
	GESTIÓN DEL RIESGO		
	CÓDIGO MN-CI-01	VERSIÓN: 02	VIGENCIA 07/09/2017

- Daño y/o pérdida por riesgo biomecánico.
- Daño y/o pérdida por condiciones de seguridad.
- Daño y/o pérdida como consecuencia de fenómenos naturales.

• **Riesgos para la institución**

- Pérdida económica.
- Deterioro de la imagen institucional.
- Daños a la estructura física.
- Pérdida o daño de equipos.
- Pérdida o daño de insumos.
- Pérdida de información no recuperable.
- Pérdida de gobernabilidad (intervención por entes de control).

• **Riesgos para el medio ambiente**

- Daño ambiental por contaminación (agua, aire, tierra, ecosistemas, etc.).

Los riesgos identificados en cada uno de los procesos, tanto asistenciales como administrativos, deberán registrarse en la matriz de riesgos por cada uno de los líderes de proceso y su equipo, especificando claramente el proceso en el cual se identificó, la clasificación (de salud, financiero, operativo, ambiental o general), el grupo afectado (usuario u otros clientes externos, clientes internos, la institución, el medio ambiente), las causas más influyentes y los efectos potenciales que podría generar, como se ilustra en la siguiente tabla.

Identificación del riesgo						
No.	Nombre del proceso	Grupo afectado	Riesgo	Clasificación del riesgo	Causas más influyentes	Efectos potenciales
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						

5.4.2. Evaluación y medición de riesgos

La segunda etapa del ciclo de gestión del riesgo es la valoración de los efectos probables asociados a los riesgos que han sido identificados, considerando la frecuencia y la severidad de su ocurrencia, lo que significa que la valoración del riesgo es la medida, cualitativa o cuantitativa, de su probabilidad de ocurrencia y su posible impacto. El objetivo de esta etapa del proceso es establecer una estimación y priorización de los riesgos, con base en la información obtenida en la etapa de identificación, a fin de establecer el nivel de riesgo y las acciones que se van a implementar.

	MANUAL		FO-500
	GESTIÓN DEL RIESGO		
	CÓDIGO MN-CI-01	VERSIÓN: 02	VIGENCIA 07/09/2017

Para establecer el nivel de riesgo, la clínica ha definido la siguiente escala cualitativa, en la cual se valora la probabilidad de ocurrencia y el impacto de cada riesgo de acuerdo con una escala descriptiva que permita ordenarlos.

- **Probabilidad de ocurrencia:**

Calificación	Descripción
1	Muy baja: Nunca ha ocurrido y, de hecho, se considera casi imposible que ocurra.
2	Baja: No se sabe si ha ocurrido o no, pero cabe alguna posibilidad de ocurrencia aunque se considera muy remota.
3	Moderada: Ha ocurrido, hace más de dos años, pero se considera que las posibilidades de volver a suceder no son remotas.
4	Alta: No ha ocurrido durante el año en curso pero sí el año anterior y se considera probable que vuelva a presentarse.
5	Muy alta: Ha ocurrido, durante el año en curso, y se considera que las posibilidades de repetirse son muy altas.

Para calificar la probabilidad de ocurrencia, siempre que sea posible, se tendrán en cuenta los indicadores o datos de incidencia de los eventos evaluados (materialización de los riesgos).

- **Posible impacto:**

Calificación	Descripción
1	Inferior: El riesgo se considera de una muy baja peligrosidad. Pérdida insignificante (<15 SMDLV) o daño mínimo.
2	Menor: Peligrosidad baja . Pérdida leve (15-30 SMDLV) o daño temporal menor.
3	Importante: Grado de peligro intermedio . Pérdida intermedia (1-5 SMLMV) o daño temporal mayor o permanente menor.
4	Mayor: Grado de peligro alto . La pérdida cuantiosa (5-12 SMLMV) o el daño permanente mayor.
5	Superior: Grado de peligro muy alto . El potencial de pérdida es exorbitante (>12 SMLMV) o el daño puede llevar a una o más muertes.

Para determinar la zona en la cual se encuentra el riesgo (Bajo, moderado, importante o intolerable), se deberá asignar un valor a la probabilidad de ocurrencia y un valor al posible impacto según la escala definida anteriormente, y con base en ello, determinar el perfil de riesgo, el cual resulta de multiplicar la probabilidad de ocurrencia por el posible impacto. Las zonas de riesgo definidas por la clínica se ilustran en el siguiente mapa colorimétrico, en donde:

	Riesgo bajo. Gestionar mediante procedimientos de rutina.
	Riesgo moderado. Realizar seguimiento y planes de mejoramiento con el o los responsables del proceso.
	Riesgo importante. Es necesaria la intervención y seguimiento por parte de la instancia superior al proceso afectado.
	Riesgo intolerable. Se requiere acción inmediata.

	MANUAL		FO-500
	GESTIÓN DEL RIESGO		
	CÓDIGO MN-CI-01	VERSIÓN: 02	VIGENCIA 07/09/2017

MAPA COLORIMÉTRICO					
POSIBLE IMPACTO					
PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	1	2	3	4	5
	Inferior	Menor	Importante	Mayor	Superior
5 Muy alta					
4 Alta					
3 Moderada					
2 Baja					
1 Muy baja					

El proceso de evaluación y medición del riesgo es responsabilidad de cada uno de los coordinadores de área o servicio y su equipo. Este ejercicio deberá quedar registrado en la matriz de riesgos, teniendo en cuenta la tabla que se ilustra a continuación:

Valoración del riesgo inherente				
Frecuencia (Indicador o dato)	Probabilidad de ocurrencia (1-5)	Posible impacto del Riesgo (1-5)	Nivel del Riesgo	Zona de Riesgo

Este primer análisis del riesgo se denomina Riesgo Inherente y se define como aquel al que se enfrenta la clínica, en la actualidad, con los controles existentes.

5.4.3. Selección de métodos para el tratamiento y control de los riesgos

Para el manejo de los riesgos se deben analizar las posibles acciones a emprender, las cuales deben ser factibles y efectivas. Las opciones de tratamiento pueden considerarse de manera independiente, interrelacionadas o en conjunto, según el caso.

Para seleccionar los métodos de tratamiento se hace necesario tener claridad sobre los puntos de control existentes en los diferentes procesos, los cuales permiten obtener información para efectos de tomar decisiones.

Las opciones de tratamiento a tener en cuenta en la clínica son las siguientes:

- **Evitar el riesgo:** Es siempre la primera alternativa a considerar. Se logra cuando se generan cambios sustanciales en los procesos por mejoramiento, rediseño o eliminación, como resultado de unos controles efectivos y de las acciones emprendidas.

	MANUAL		FO-500
	GESTIÓN DEL RIESGO		
	CÓDIGO MN-CI-01	VERSIÓN: 02	VIGENCIA 07/09/2017

- **Reducir el riesgo:** Si el riesgo no puede ser evitado porque crea grandes dificultades operacionales, el siguiente paso es reducirlo al más bajo nivel posible. La reducción del riesgo es probablemente el método más sencillo y económico para superar las debilidades antes de aplicar medidas más costosas y difíciles. Se consigue mediante la optimización de los procedimientos y la implementación de controles.
- **Dispersar y atomizar el riesgo:** Se logra mediante la distribución o localización del riesgo en diversos lugares. Por ejemplo, la información de gran importancia se puede duplicar y almacenar en un lugar distante y de ubicación segura, en vez de dejarla concentrada en un solo lugar.
- **Transferir el riesgo:** Hace referencia a buscar respaldo y trasladar a otro una parte del riesgo como, por ejemplo, tomar pólizas de seguros: esta técnica es usada para eliminar el riesgo de un lugar y pasarlo a otro o de un grupo a otro. Así mismo, el riesgo puede ser minimizado compartiéndolo con otro grupo o dependencia.
- **Asumir el riesgo:** Luego de que el riesgo ha sido reducido o transferido puede quedar un riesgo residual que se mantiene; en este caso, el coordinador del proceso simplemente acepta la pérdida residual probable y elabora planes de contingencia para su manejo.

Para definir las opciones de tratamiento se debe tener en cuenta la posición del riesgo en la siguiente matriz, según la celda que ocupa:

MAPA COLORIMÉTRICO					
POSIBLE IMPACTO					
PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	1	2	3	4	5
	Inferior	Menor	Importante	Mayor	Superior
5 Muy alta	Zona de riesgo moderada: Evitar, reducir o transferir el riesgo.	Zona de riesgo importante: Evitar, Reducir, transferir, dispersar o atomizar el riesgo.	Zona de riesgo importante: Evitar, Reducir, transferir, dispersar o atomizar el riesgo.	Zona de riesgo intolerable: Evitar, reducir, intransferir, dispersar o atomizar el riesgo.	Zona de riesgo intolerable: Evitar, reducir, transferir, dispersar o atomizar el riesgo.
4 Alta	Zona de riesgo baja: Asumir el riesgo.	Zona de riesgo moderada: Evitar, reducir o transferir el riesgo.	Zona de riesgo importante: Evitar, Reducir, transferir, dispersar o atomizar el riesgo.	Zona de riesgo importante: Evitar, Reducir, transferir, dispersar o atomizar el riesgo.	Zona de riesgo intolerable: Evitar, reducir, transferir, dispersar o atomizar el riesgo.
3 Moderada	Zona de riesgo baja: Asumir el riesgo.	Zona de riesgo moderada: Evitar, reducir o transferir el riesgo.	Zona de riesgo importante: Evitar, reducir o transferir el riesgo.	Zona de riesgo importante: Evitar, Reducir, transferir, dispersar o	Zona de riesgo importante: Evitar, Reducir, transferir,

	MANUAL		FO-500
	GESTIÓN DEL RIESGO		
	CÓDIGO MN-CI-01	VERSIÓN: 02	VIGENCIA 07/09/2017

MAPA COLORIMÉTRICO					
POSIBLE IMPACTO					
PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	1	2	3	4	5
	Inferior	Menor	Importante	Mayor	Superior
		riesgo.		atomizar el riesgo.	dispersar o atomizar el riesgo.
2 Baja	Zona de riesgo baja: Asumir el riesgo.	Zona de riesgo baja: Asumir el riesgo.	Zona de riesgo moderada: Evitar, reducir o transferir el riesgo.	Zona de riesgo moderada: Evitar, reducir o transferir el riesgo.	Zona de riesgo importante: Evitar, Reducir, transferir, dispersar o atomizar el riesgo.
1 Muy baja	Zona de riesgo baja: Asumir el riesgo.	Zona de riesgo baja: Asumir el riesgo.	Zona de riesgo baja: Asumir el riesgo.	Zona de riesgo baja: Asumir el riesgo.	Zona de riesgo moderada: Evitar, reducir o transferir el riesgo.

Una vez definida la(s) opción(es) de tratamiento, se deben establecer y describir los controles a ser implementados, definiendo claramente los responsables y los plazos de ejecución de cada uno de los mismos, con el fin de que los riesgos que excedan los límites aceptados se ubiquen en el nivel de riesgo tolerado, es decir, en las zonas de riesgo bajo y moderado.

Los controles deberán registrarse en la matriz de riesgos, teniendo en cuenta la siguiente tabla:

Nuevos controles requeridos					
Opción de tratamiento	Tipos de controles	Descripción de los controles	Foco de los Controles	Responsable(s) del desarrollo e implementación de los controles	Plazo

Los tipos de controles se seleccionarán de una lista desplegable, dependiendo del énfasis de los mismos hacia la prevención, detección y/o corrección del riesgo.

Se entenderá por “Foco de los Controles” el propósito de los mismos, dependiendo de si estos apuntan principalmente a reducir la probabilidad del riesgo, su impacto o ambos factores.

Una vez establecidos los controles para el tratamiento de los riesgos que se han identificado como relevantes para la institución, los coordinadores de área y servicio deberán poner en práctica los mismos, según los responsables y plazos establecidos en la matriz de riesgos, y asegurarse de generar todas las evidencias que demuestren la implementación de cada uno de los controles.

	MANUAL		FO-500
	GESTIÓN DEL RIESGO		
	CÓDIGO MN-CI-01	VERSIÓN: 02	VIGENCIA 07/09/2017

5.4.4. Seguimiento y monitoreo

Una vez diseñado y validado el plan para administrar los riesgos, es necesario monitorearlo teniendo en cuenta que estos nunca dejan de representar una amenaza para la institución. El monitoreo es esencial para asegurar que las acciones planeadas se están llevando a cabo y evaluar la eficacia de su implementación.

El monitoreo debe estar a cargo de los responsables de los procesos, la Dirección de calidad para los riesgos en salud y la Coordinación de control interno para los demás riesgos, teniendo en cuenta que su finalidad principal es la de aplicar y sugerir los correctivos y ajustes necesarios para asegurar un efectivo manejo del riesgo.

Dentro de los aspectos que el proceso de seguimiento y monitoreo debe contemplar se encuentran:

- Asegurar que los controles sean eficaces y eficientes en la operación; velando porque las estrategias de riesgo elegidas estén dando los resultados deseados.
- Obtener más información para mejorar la evaluación del riesgo.
- Analizar y aprender las lecciones de los eventos (incluyendo los incidentes), cambios, tendencias, éxitos y fracasos.
- Detectar los cambios en el contexto externo e interno.
- Identificar riesgos emergentes.

Para realizar seguimiento y monitoreo a los riesgos se realizarán las siguientes actividades.

a) Revisión de los controles establecidos para cada uno de los riesgos

La implementación de los controles definidos para cada uno de los riesgos será verificada teniendo en cuenta los responsables y plazos definidos en la matriz de riesgos. Una vez realizada la revisión, se deberá registrar, en un informe de auditoría, el cumplimiento o avance de la implementación de los controles, identificando claramente los controles no implementados, en cuyo caso, se deberán tener en cuenta las siguientes medidas:

- Revisar con el responsable del proceso las causas por las cuales no se han implementado los controles definidos en la matriz de riesgo.
- En caso de requerir recursos adicionales para la implementación de los controles, orientar o apoyar la gestión de los mismos con el área correspondiente.
- Realizar seguimiento a la implementación de los controles.
- En caso de desidia o franca negligencia, enviar un informe a la Gerencia para que se tomen los correctivos correspondientes.

b) Gestión de los riesgos materializados

Para evaluar la efectividad de los controles implementados y conocer la materialización de los riesgos en la institución, la clínica cuenta con un sistema de reporte de eventos tanto asistenciales como administrativos. Para esto, los clientes internos deberán reportar a través del formato “**Reporte de riesgos asistenciales y administrativos**” todos los eventos de salud, financieros, operativos, ambientales o generales que se presenten una vez éstos sean identificados, teniendo en cuenta que

	MANUAL		FO-500
	GESTIÓN DEL RIESGO		
	CÓDIGO MN-CI-01	VERSIÓN: 02	VIGENCIA 07/09/2017

el reporte de los eventos no es un medio confiable para conocer la verdadera magnitud del riesgo sino una herramienta para profundizar en la cultura de la seguridad.

Luego de generado el reporte, la Dirección de Calidad y la Coordinación de Control Interno deberán identificar si el reporte hace referencia a un riesgo de salud, financiero, operativo, ambiental o general y proceder a clasificarlo, teniendo en cuenta que los riesgos de salud deberán ser gestionados por el equipo de seguridad, según lo definido en el **“Programa de seguridad del paciente”**.

Los eventos financieros, operativos, ambientales o generales reportados, deberán ser gestionados por control interno, teniendo en cuenta las siguientes actividades:

1. Registrar en base de datos el evento reportado, especificando lo siguiente:
 - Referencia: Código interno que relacione el evento en forma secuencial.
 - Fecha de reporte.
 - Área o servicio donde se presentó el evento.
 - Categoría (Salud, financiero, operativo, ambiental, general).
 - Descripción del evento presentado.
 - Nombre completo de la persona que reporta el evento.
 - Fecha de inicio del evento: Día, mes, año, hora.
 - Fecha de finalización del evento (si aplica): Día, mes, año, hora
 - Fecha de descubrimiento del evento (si aplica): Día, mes, año, hora.
 - Fecha en que se registra contablemente la pérdida generada por el evento: Día, mes, año, hora.
 - Cuantía: El monto de dinero (moneda legal) a que asciende la pérdida.
 - Cuantía total recuperada: El monto de dinero recuperado por acción directa de la empresa. Incluye las cuantías recuperadas por seguros.
2. Informar el evento presentado al responsable de formular y ejecutar el plan de acción, y en caso de requerir análisis exhaustivo, indicarle que éste debe realizarse utilizando el formato **“Análisis de riesgos administrativos (FO-CI-09)”**.
3. Registrar en base de datos la fecha de notificación del evento al responsable de ejecutar el plan de acción.
4. Solicitar al responsable del proceso los resultados del análisis realizado.
5. Identificar junto con el responsable del proceso si el evento presentado se encuentra incluido en la matriz de riesgos y si los controles definidos son suficientes, adicionando los que se consideren pertinentes para impactar las causas que originaron el evento.
6. Evaluar el comportamiento de los procesos y la eliminación o disminución de los eventos detectados durante el trimestre.

5.4.5. Análisis y valoración de los controles implementados

A partir del seguimiento y monitoreo a los controles establecidos, se procede a calificar su efectividad. Para tal efecto, se valoran 4 variables por cada uno de los controles implementados. Esas variables son:

	MANUAL		FO-500
	GESTIÓN DEL RIESGO		
	CÓDIGO MN-CI-01	VERSIÓN: 02	VIGENCIA 07/09/2017

a) **Formalidad.** Es el grado en el cual los controles descritos en el conjunto se encuentran documentados, aprobados y socializados a todos los responsables de su aplicación. Para calificar el grado de formalidad de un conjunto de controles se tendrá en cuenta la siguiente tabla:

VALOR	DESCRIPCIÓN	PONDERACIÓN
1	Ninguno de los controles descritos se encuentra documentado, aprobado e implementado	0
2	Algunos de los controles se encuentran documentados, aprobados e implementados	3
3	La mayoría de los controles se encuentran documentados, aprobados e implementados	7
4	Todos los controles se encuentran documentados, aprobados e implementados	10

En la casilla de calificación de la variable formalidad se registrará un valor de 1 a 4 como se describe en la tabla anterior, pero la aplicación tendrá en cuenta la priorización asignada en la columna de la derecha. Así, la máxima calificación posible en el ítem de formalidad representará el 10% de la calificación de efectividad del control.

b) **Aplicación.** Es el grado en el cual los controles descritos en el conjunto se ejecutan en el día a día del proceso, en las diferentes áreas en las cuales se deben aplicar. Para calificar el grado de aplicación de un conjunto de controles se tendrá en cuenta la siguiente tabla:

VALOR	DESCRIPCIÓN	PONDERACIÓN
1	Los controles descritos no se ejecutan en la institución	0
2	Los controles descritos se ejecutan en algunas áreas de la institución y/o se aplican de manera ocasional	6
3	Los controles descritos se ejecutan en la mayoría de las áreas de la institución y/o se aplican de manera muy frecuente	14
4	Los controles descritos se ejecutan en todas las áreas de la institución y/o se aplican siempre que corresponda	20

En la casilla de calificación de la variable aplicación se registrará un valor de 1 a 4 como se describe en la tabla anterior, pero la aplicación tendrá en cuenta la priorización asignada en la columna de la derecha. Así, la máxima calificación posible en el ítem de aplicación representará el 20% de la calificación de efectividad del control.

c) **Eficiencia.** En la metodología adoptada por la clínica, esta variable corresponde a un valor relativo que se obtendrá al combinar el costo y el beneficio del conjunto de controles, evaluados de manera cualitativa conforme a la siguiente tabla:

EFICIENCIA		COSTO		
BENEFICIO		ALTO	MEDIO	BAJO
	ALTO	3	4	5
	MEDIO	2	3	4
	BAJO	1	2	3

	MANUAL		FO-500
	GESTIÓN DEL RIESGO		
	CÓDIGO MN-CI-01	VERSIÓN: 02	VIGENCIA 07/09/2017

En las casillas de costo y beneficio de los controles se seleccionará una de las opciones (bajo, medio o alto), y con base en ellos en la calificación de la variable eficiencia aparecerá un valor de 1 a 5, pero la aplicación tendrá en cuenta la priorización asignada en la tabla siguiente.

VALOR	PONDERACIÓN
1	0
2	7
3	15
4	21
5	30

Así, la máxima calificación posible en el ítem de eficiencia representará el 30% de la calificación de efectividad del control.

d) Eficacia. Es el grado en el cual el conjunto de controles descrito ha demostrado su capacidad de evitar la materialización del riesgo que se está analizando. Para calificar la eficacia se tendrá en cuenta la siguiente tabla:

EFICACIA	PAUTAS PARA CALIFICAR	PRIORIZACIÓN
Muy baja	El riesgo se materializa de manera casi permanente (una o más veces al mes)	0
Baja	El riesgo se materializa por lo menos una vez cada dos meses	10
Media	El riesgo se materializa pocas veces al año	20
Alta	El riesgo se ha materializado durante los últimos 2 a 4 años	30
Muy Alta	El riesgo no se ha materializado, por lo menos durante los últimos 5 años	40

En la casilla de calificación de la variable eficacia se registrará una opción entre “muy baja” y “muy alta”, como se describe en la tabla anterior, pero la aplicación tendrá en cuenta la priorización asignada en la columna de la derecha. Así, la máxima calificación posible en el ítem de aplicación representará el 40% de la calificación de efectividad del control.

Finalmente, la efectividad de los controles se obtendrá como la sumatoria de los valores ponderados asignados a las calificaciones de las variables formalidad, aplicación, eficiencia y eficacia.

5.4.6. Estimación del riesgo residual

Luego de valorar la efectividad de los controles, la matriz de riesgos permite estimar el riesgo residual, entendido como el que permanece después de que se desarrollan los nuevos controles.

Para el efecto, la matriz de riesgos utiliza los datos consignados en las columnas correspondientes al análisis y valoración de los controles implementados.

	MANUAL		FO-500
	GESTIÓN DEL RIESGO		
	CÓDIGO MN-CI-01	VERSIÓN: 02	VIGENCIA 07/09/2017

En este contexto, riesgo residual corresponderá a un valor que integra la efectividad del control y la probabilidad e impacto ajustados en función del foco de los controles implementados.

5.5. ELABORACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS

El mapa de riesgos es una representación final de la probabilidad e impacto de los riesgos de cada proceso y de la clínica en su conjunto. En este sentido se contará con 2 tipos de mapas de riesgos:

Mapa de riesgos por proceso: Es un doble cuadro colorimétrico: uno que representa el riesgo inherente o inicial del proceso y el otro para el riesgo residual. En cada uno de estos cuadros se distribuyen los códigos de los riesgos en las diferentes celdas, en función del nivel de riesgo correspondiente. La comparación entre los 2 cuadros (inherente y residual) permite evidenciar el impacto de la gestión del riesgo, en la medida en que la concentración de los riesgos avance de las zonas intolerable e importante hacia las de riesgo moderado y bajo.

Mapa de riesgos institucional: Es una doble matriz en la cual se cruzan los riesgos identificados y los diferentes procesos institucionales, una para el riesgo inherente y la otra para el residual. En las celdas generadas a partir de este cruce, se presentará el nivel de riesgo inherente o residual, según el caso, y el color correspondiente al mismo, de manera que al comparar las dos matrices se pueda evidenciar la reducción de los colores rojo y naranja y el crecimiento del verde y el amarillo.

6. DEFINICIONES

Administración de riesgos: Rama de administración que aborda las consecuencias del riesgo. Consta de dos etapas: i) El diagnóstico o valoración, mediante Identificación, análisis y determinación del Nivel, y ii) El manejo o la administración propiamente dicha, en que se elabora, ejecuta y hace seguimiento al Plan de manejo que contiene las Técnicas de Administración del Riesgo propuestas por el grupo de trabajo, evaluadas y aceptadas por la alta dirección.

Amenaza o factor de riesgo: Es una **fuerza** (Falla latente), **acción u omisión** (falla activa) con potencial de causar daño o pérdida, en forma accidental o deliberada.

Análisis de riesgos: Determinar el Impacto y la Probabilidad del riesgo. Dependiendo de la información disponible pueden emplearse desde modelos de simulación, hasta técnicas colaborativas.

Causa: Son los medios, circunstancias y agentes que generan los riesgos.

Ciclo general de gestión de riesgo: Son las etapas que incorpora un Sistema de Gestión de Riesgos para cada uno de los tipos o categorías de riesgo.

Controles: medidas prudenciales y correctivas que ayudan a contrarrestar la exposición a los diferentes riesgos. Entre estas se encuentra la implementación de políticas, proceso, prácticas u otras acciones que actúan para minimizar los riesgos.

	MANUAL		FO-500
	GESTIÓN DEL RIESGO		
	CÓDIGO MN-CI-01	VERSIÓN: 02	VIGENCIA 07/09/2017

Costo: Se entiende por costo, las erogaciones directas e indirectas en que incurre la entidad, en la producción, prestación de un servicio o manejo de un riesgo.

Daño: Deterioro o afectación de la salud de una persona o de un bien material, incluida la imagen organizacional, como consecuencia de la materialización de una amenaza.

Factores de riesgo: Manifestaciones o características medibles u observables de un proceso que indican la presencia de Riesgo o tienden a aumentar la exposición, pueden ser internos o externos a la entidad.

Fórmula del riesgo: El Riesgo (R) se define como el producto de multiplicar la **Probabilidad** de Ocurrencia (P) por el **Impacto** potencial en términos del nivel de pérdida o daño (I). $R = P \times I$.

Identificación del Riesgo: Se refiere básicamente a establecer la estructura del riesgo; fuentes o factores, internos o externos, generadores de riesgos; puede hacerse a cualquier nivel: total entidad, por áreas, por procesos, incluso, bajo el viejo paradigma, por funciones; desde el nivel estratégico hasta el más humilde operativo.

Impacto: Es el potencial de daño o pérdida asociado a la materialización del riesgo.

Mapas de riesgos: Herramienta metodológica que permite hacer un inventario de los riesgos de manera ordenada y sistemática, definiéndolos, haciendo la descripción de cada uno de éstos y las posibles consecuencias.

Pérdida: Muerte de una persona o menoscabo económico que surgen como consecuencia de la materialización de una amenaza.

Plan de manejo del Riesgo: Plan de acción propuesto por el grupo de trabajo, cuya evaluación de beneficio costo resulta positiva y es aprobado por la gerencia.

Plan de mejoramiento: Parte del plan de manejo que contiene las técnicas de la administración del riesgo orientadas a Evitar, evitar, reducir, dispersar, transferir o asumir riesgos.

Probabilidad de ocurrencia (P): Es la posibilidad matemática de que el riesgo ocurra.

Riesgo inherente: Es la cuantificación del nivel de riesgo intrínseco de una actividad sin considerar los controles implementados.

Riesgo prioritario: cualquiera de los riesgos definidos por la SNS, que puedan afectar negativamente la operación de una Entidad y que atenten contra los objetivos del SGSSS.

Riesgo residual: Es la cuantificación del nivel de riesgo de una actividad después de haber implementado un conjunto de controles.

Riesgo: Es la probabilidad de ocurrencia de un daño o de una pérdida como consecuencia de la materialización de una amenaza.

	MANUAL		FO-500
	GESTIÓN DEL RIESGO		
	CÓDIGO MN-CI-01	VERSIÓN: 02	VIGENCIA 07/09/2017

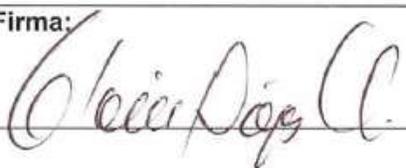
Supervisión Basada en Riesgo: Es un proceso dinámico y continuo mediante el cual se busca identificar los factores de riesgo que presentan mayores amenazas para la Entidad, además de evaluar la gestión que ésta realiza para mitigar y evitar que dichos riesgos se materialicen.

Valoración del riesgo: Es el resultado de confrontar la evaluación del riesgo con los controles existentes.

7. DOCUMENTOS DE REFERENCIA	
CÓDIGO	NOMBRE
No aplica.	Borrador de la Resolución por medio de la cual la Superintendencia Nacional de Salud establecerá los lineamientos generales del marco de la Supervisión Basada en Riesgos.
No aplica.	Guías para la Gestión Integral del Riesgo en EPS e IPS. Material para los Eventos de Socialización de Manuales de Supervisión con EPS e IPS del Producto 6.1. Servicios de Asesoría Reembolsables – RAS Fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud (SuperSalud) Fase III. El Banco Mundial.
No aplica.	Supervisión basada en riesgos, un modelo de vigilancia innovador. Lineamientos del marco de supervisión basado en riesgos (SBR) de la SNS.
No aplica.	Guía de administración del riesgo. Departamento Administrativo de la función pública.

8. ANEXOS	
CÓDIGO	NOMBRE
	No aplica.

9. CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	FECHA	NATURALEZA DEL CAMBIO
1	08/16	No aplica.
2	09/17	Actualización de los procedimientos gestión de riesgos administrativos (P-152) y monitoreo y seguimiento a riesgos administrativos (P-153), al nuevo enfoque de gestión por procesos.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Gloria López Agudelo Directora de calidad y planeación	Gloria López Agudelo Directora de calidad y planeación	Henri Philippe Capmartin Salinas Gerente
Lina María Betancur Bedoya Coordinadora de control interno		
Firma: 	Firma: 	Firma: 