



FECHA DE INFORME:

Marzo 9 de 2021

PROCESO Y/O DEPENDENCIA:

Procesos del Ministerio de Salud y Protección Social

LÍDER DEL PROCESO Y/O DEPENDENCIA:

Líderes de Procesos y/o Jefes de Dependencia

TEMA DE SEGUIMIENTO:

Administración de Riesgos de Gestión

NORMATIVA

- Ley 87 de 1993: Establece normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 1083 de 2015: Único reglamentario de la Función Pública
- Decreto 648 de 2017: Actualiza el régimen de ingreso, administración de personal, situaciones administrativas y retiro de los empleados públicos y regula la organización de las Oficinas de Control Interno, su rol y actualiza lo relativo al Comité de Coordinación de Control Interno.
- Decreto 1499 de 2017: Reglamenta el alcance del Sistema de Gestión y su articulación con el Sistema de Control Interno.
- Política de Administración de Riesgos Institucionales MSPS – Abril de 2019
- Procedimiento ASIP02 Administración Integral de riesgos institucionales. Versión 05.
- Guía para la Administración Integral de riesgos en los procesos. Versión 04. Abril de 2020.
- Guía para la Administración del Riesgo V3 Departamento Administrativo de la Función Pública
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Versión 4 de octubre de 2018 y versión 5, de diciembre de 2020.
- Modelo COSO 2013, COSO ERM 2017 (Marco Integrado para la Administración de Riesgos Empresariales (ERM)).
- Modelo de las Tres Líneas de Defensa Norma ISO 31000 Gestión del Riesgo.

JUSTIFICACIÓN DEL SEGUIMIENTO

El presente informe tiene como objetivo dar cumplimiento a los establecido en la Ley 87 de 1993, Decreto 1083 de 2015, Decreto 648 de 2017 que entre otros, redefine los roles que deben cumplir las Oficinas de Control Interno y el Decreto 1499 de 2017, que actualizó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG, indicando que las Oficinas de Control Interno deben *revisar la efectividad y la aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves de la entidad*. Directriz acogida en el procedimiento documentado por el Ministerio Procedimiento ASIP02 Administración Integral de riesgos institucionales versión 5, que especifica como política de operación 7: *La Oficina de Control Interno debe realizar seguimiento a los riesgos de gestión de procesos y de seguridad digital por lo menos una vez al año, cuyo informe debe ser publicado durante el mes siguiente al período*.

Y en la actividad 15: *Realizar seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional. La Oficina de Control Interno realiza seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional ver ASIG01Guía para la Administración Integral de Riesgos en los Procesos, analizando las causas, la gestión de los riesgos y su evolución, la efectividad de los controles incorporados y las acciones tomadas en caso de materialización, entre otras. El informe de seguimiento generado se publica en la*



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA
GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

página Web del Ministerio ver Procedimiento GCMP01 Gestión de la Comunicación Externa, y es remitido a los Jefes de Dependencia mediante memorando para tomar las medidas pertinentes.

A su vez la Guía para la Administración Integral de riesgos en los procesos, precisa que: *La Oficina de Control Interno realiza el seguimiento y evaluación, cuya finalidad es sugerir los correctivos y ajustes necesarios que permitan un adecuado tratamiento del riesgo, propendiendo por la formulación de planes de mejoramiento y tratamiento a las situaciones detectadas.*

La evaluación adelantada por la Oficina de Control Interno a la administración de riesgos, involucra los siguientes aspectos entre otros:

- *Correcto diligenciamiento de los diferentes campos del mapa de riesgos del proceso.*
- *Ajustes en el análisis o valoración de los riesgos identificados, producto del seguimiento y calificación a los controles establecidos, y los cambios presentados en cuanto a la probabilidad e impacto.*
- *Verificación de la ejecución del procedimiento ASIP02 Administración Integral de Riesgos Institucionales.*
- *Verificar que los controles definidos para tratar los riesgos existen, funcionan y son suficientes.*
- *Verificar la operatividad –ejecución- de los controles identificados en el mapa de riesgos.*
- *Validar la operatividad –ejecución- de las acciones de tratamiento de riesgos definidas.*
- *Verificar que el tratamiento de los riesgos es adecuado y efectivo.*
- *Verificar la implementación de la Política de Administración de Riesgos.*
- *Verificar las evidencias de la revisión del mapa de riesgos del proceso.*
- *Verificar que los responsables de los riesgos adelanten acciones para la identificación de riesgos y se revisen periódicamente.*
- *Verificar la aplicación acciones frente a los controles o de contingencia, y su análisis frente a la valoración efectuada.*

GESTIÓN / ACCIONES DEL SEGUIMIENTO

Para el seguimiento y evaluación de la gestión de administración de riesgos con enfoque en gestión, se adelantaron las siguientes actividades:

- a. Identificación de las metodologías documentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para la administración de los riesgos de gestión y publicadas en la intranet institucional. Se observó que, durante 2020 las versiones de la Guía y el procedimiento fueron actualizadas y como consecuencia, los mapas de riesgos de los procesos tuvieron que ser ajustados a los nuevos lineamientos.
- b. Análisis de las metodologías precitadas.
- c. Consulta y análisis de otros documentos relacionados con el tema objeto de seguimiento. Entre otros: Manual de Calidad, Política de Administración de Riesgos, Consolidado de prioridades Estratégicas del MSPS, Contexto Estratégico, Informe semestral de riesgos primer semestre de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, Plan Anual MiPG – SIG 2020, Plataforma Estratégica 2018 – 2022, Rendición de cuentas por proceso frente al SIG, Riesgos Estratégicos MSPS, Informe de Revisión por la Dirección.
- d. Revisión preliminar de cada uno de los Mapas de Riesgos caracterizados y publicados en el SIG, a 15 de enero de 2021.
- e. Consolidación en una única base, de los datos contenidos en los mapas de riesgos por procesos.
- f. Consolidación en una única base, de las acciones para fortalecer las actividades de control según la solidez y acciones para fortalecer la gestión del riesgo u oportunidad según la valoración.
- g. Solicitud de información a los procesos.
- h. Desarrollo de mesas virtuales con los líderes de los procesos y sus correspondientes equipos de trabajo.
- i. Entrevista con el líder del procedimiento Administración Integral de riesgos institucionales.
- j. Consolidación de la información y elaboración de informe.



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA
GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS

POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

La Política de Administración de Riesgos de Gestión vigente en el Ministerio fue aprobada por el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno en sesión del 2 de abril de 2019.¹ De acuerdo con la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, la Política no fue revisada ni evaluada durante 2020.

La Oficina de Tecnologías de la Información y Comunicación, como líder del Sistema de Seguridad de la Información, solicitó al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno la aprobación del documento **ASIS06 Política de Administración de Riesgos Institucionales V2**, en sesión del 20 de septiembre de 2020.

Los documentos pertenecientes al proceso ASI Administración del Sistema Integrado de Gestión, relacionados con el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, fueron ajustados y validados metodológicamente en lo pertinente a Riesgos de Seguridad Digital por parte del Grupo de Desarrollo Organizacional.

ASIG01 Administración Integral de Riesgos en los Procesos V4

ASIS06 Política de Administración de Riesgos Institucionales V2

ASIG03 Levantamiento y Valoración de Activos de Seguridad Digital V3

ASIF17 Inventario de Activos de Seguridad Digital V4

La revisión, aprobación y actualización de los cambios realizados sobre el documento ASIS06 Política de Administración de Riesgos Institucionales, se sustentan bajo la adopción de las premisas dadas por la Guía de Administración de Riesgos del Departamento Administrativo de la Función Pública de 2018 y su Anexo 4 - Lineamientos para la Gestión del Riesgo de Seguridad Digital.

Los cambios realizados se basan en la adopción del término y ámbito de **seguridad digital** propuesto por el CONPES 3854 de 2016, que logra que se amplíe la visión de seguridad de la información llevándola a los ambientes de Ciberseguridad, Ciberdefensa e Infraestructuras Críticas.

Los cambios de la Política se resumen así:

- Actualización del término y ámbito de seguridad de la información por **seguridad digital**
- Se incluye la responsabilidad de garantizar los recursos necesarios para el desarrollo de gestión de riesgos a la línea de defensa Estratégica.
- Se incluyó la responsabilidad de Identificar y valorar activos de información a la línea de Lideres de Proceso.
- Se actualizan las definiciones de reducir y aceptar el riesgo, dentro de las opciones de tratamiento de los riesgos.
- Se incluyeron **evitar y compartir el riesgo** como opciones de tratamiento de los riesgos.

En los informes semestrales de administración del riesgo de gestión de 2020,² de la Oficina de Planeación y Estudios Sectoriales, se describen las siguientes acciones por cada una de las líneas definidas para la implementación de la Política:

¹ <https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Mapa-de-procesos/Documentosmapa/ASIS06.pdf> (Consulta marzo 4 de 2021)

² <https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/Mapa.aspx>



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA
GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

LINEA DE ACCIÓN	ACTIVIDADES REPORTADAS POR OAPES PRIMER SEMESTRE	ACTIVIDADES REPORTADAS POR OAPES SEGUNDO SEMESTRE
Establecer estrategias eficaces de aseguramiento desde la identificación hasta el tratamiento de los riesgos de mayor impacto para la entidad	Como resultado de las asesorías técnicas realizadas a los procesos se aplicaron los parámetros de verificación en la actualización de las fichas de riesgos, así como la generación de otros mecanismos para el monitoreo sobre el estado de los riesgos, controles y acciones de tratamiento por parte de los líderes de proceso.	Como resultado de las asesorías técnicas realizadas a los procesos se aplicaron los parámetros de verificación en la actualización de las fichas de riesgos, así como la generación de otros mecanismos para el monitoreo sobre el estado de los riesgos, controles y acciones de tratamiento por parte de los líderes de proceso.
Fortalecer la efectividad de los controles existentes	Mejoró notablemente la identificación de los controles. Teniendo en cuenta el inventario y su caracterización y mayor precisión en la asociación a la tipología relacionada.	Los controles que no fueron evaluados como Fuertes, definieron acciones de mejora orientadas a actualizar procedimientos o políticas de operación. Se revisó la operación de los controles existentes en los procedimientos de manera aleatoria a través de la auditoría interna de calidad.
Promover mecanismos a nivel de cultura organizacional enfocadas a la adopción del pensamiento basado en riesgos.	Se realizaron diferentes sesiones de entrenamiento a los facilitadores y líderes de proceso de manera virtual. A través de SaludNet se realizó la divulgación de la política de administración de riesgos, y el rol de las líneas defensa y conceptos relacionados a través de los boletines de Control Interno.	A través de SaludNet se realizó la divulgación de temáticas relacionadas a la administración del riesgo y líneas de defensa.

CONTEXTO ESTRATÉGICO

De acuerdo con la Guía para la Administración Integral de riesgos en los procesos, *el Contexto Estratégico se debe revisar por lo menos una vez al año, con el propósito de identificar posibles factores que permitan conocer la exposición a nuevos riesgos y se podrá definir a través de reuniones estratégicas y/o de planificación estratégica.*

La directriz se ratificó en la política de operación que señala: *El Contexto Estratégico del MSPS deber ser revisado por lo menos una vez al año para realizar los ajustes correspondientes en caso de ser necesario.*

El Contexto Estratégico, de acuerdo con el documento denominado Plataforma Estratégica 2018-2022, fue revisado en 2019.³ El citado documento describe la metodología aplicada para el rediseño de la plataforma estratégica y los resultados de la misma. La primera etapa fue justamente, el diagnóstico institucional, *ello a través de encuestas virtuales respondidas por cerca de 300 colaboradores al interior de la entidad y aproximadamente 100 usuarios, se procedió a efectuar una tabulación de información, obteniéndose alrededor de 6.000 registros (cantidad de respuestas), las cuales –junto a las entrevistas semiestructuradas efectuadas a directivos– permitieron la estructuración de la matriz FODA a nivel institucional, la cual fue complementada con los resultados consolidados de las tipologías objeto de las PQRSD.* Trabajo que fue la antesala para la consolidación de la plataforma estratégica: misión, visión, objetivos y acciones estratégicas. Así como los riesgos y el mapa estratégico.

³ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/plataforma-estrategica-2018-2022.pdf>

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF01
	Formato	Seguimiento y control	Versión	02

En consulta efectuada a los documentos *Informe Revisión por la Dirección - 2020 Sistema Integrado de Gestión*, presentados al Comité Institucional de Gestión y Desempeño en **sesión del 11 de noviembre de 2020**,⁴ el Contexto Estratégico de fecha 2018, fue actualizado, a partir de la metodología FODA a través de los siguientes pasos:

- ♦ Elaboración de encuesta con preguntas abiertas orientadas a identificar el contexto externo e interno y las acciones estratégicas.
- ♦ Aplicación de encuesta remitida mediante correo electrónico a los servidores de manera indistinta a su nivel jerárquico y tipo de vinculación.
- ♦ Aplicación de la encuesta al nivel directivo, adicionando qué acciones estratégicas se requieren para afrontar el contexto estratégico.
- ♦ Análisis de información de instrumentos aplicados.
- ♦ Identificación de información adicional para consolidar la FODA.
- ♦ Cruce información contexto estratégico actual frente a resultados obtenidos en la aplicación de instrumentos.
- ♦ Ajuste contexto estratégico, dando como resultado el ajuste de la matriz FODA institucional, las acciones estratégicas nuevas y la consolidación de los riesgos estratégicos.

De acuerdo con el informe, *el contexto estratégico actualizado se presentará en la instancia de Comité Institucional de Gestión y desempeño y se divulgará a los colaboradores de la entidad y será dispuesta en la página web del Ministerio, con el fin de ser conocida por los distintos grupos de valor e interés. (...) Una vez presentado a los colaboradores de la entidad y dado a conocer a los grupos de valor, se procederá a publicar el contexto estratégico 2020 y eventualmente se ajustará el documento de Plataforma Estratégica 2018- 2022, el cual será publicado tanto en la página web como en la intranet.*

La Coordinación del Grupo de Desarrollo Organizacional, informó que: *En el mes de diciembre se llevó a cabo revisión con Ministerio, Viceministros y Directivos para analizar entre otros aspectos nuevas acciones estratégicas, así como el contexto estratégico y riesgos estratégicos, los cuales están en aprobación por las instancias competentes de la entidad.*

Como oportunidades de mejora frente a la gestión del SGC, específicamente contexto estratégico y riesgos y oportunidades se establecieron las siguientes:

Contexto estratégico: A partir de la identificación de las cuestiones externas e internas que pueden afectar el sistema de gestión de la calidad, se resumieron como oportunidades de mejora las siguientes: fortalecimiento de la operación interna, adecuación a las necesidades del entorno en especial en temas relacionados con la salud pública y las condiciones relacionadas con el COVID – 19, adecuación al uso de las tecnologías de la información, articulación de los diferentes procesos y mayor apropiación del sistema por parte de la alta dirección y colaboradores de la entidad.

La Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales explicó que las oportunidades de mejora descritas, se gestionan de acuerdo con la política de operación que señala que *se desarrollarán solamente en el contexto estratégico a través de los riesgos estratégicos soportados en el desarrollo de los proyectos de inversión asociados a los objetivos estratégicos.* Como evidencia, señala el comportamiento que tuvieron durante la vigencia 2020 los proyectos de inversión y la trazabilidad que en los Planes de Acción y Estratégico Institucional se hace frente al contexto estratégico.

Riesgos y oportunidades: Se requieren desarrollar actividades de enfoque lúdico y pedagógico para fortalecer la

⁴ <https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/default.aspx> <https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/default.aspx> Formato presentación, 34 folios. Formato Word, 56 páginas.



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA
GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

cultura en la gestión del riesgo y la apropiación de líneas de defensa. Los procesos han presentado demoras para realizar los reportes y actualizaciones requeridas. Se debe definir y establecer el mapa de aseguramiento en el esquema de líneas de defensa institucionales y establecer auditorías especializadas en gestión del riesgo en los procesos, lo cual incluye formación de auditores especializados.

Frente a la necesidad de desarrollar actividades de enfoque lúdico y pedagógico para fortalecer la cultura en la gestión del riesgo y la apropiación de líneas de defensa, explicó la Oficina Asesora de Planeación, que no cuenta con recursos para entrenamiento y pedagogía, por lo que se sugirieron temas que fueron incluidos en el Plan Institucional de capacitación para 2021 y se diseñó un tutorial y un video. Los demás riesgos y oportunidades son objeto de análisis para establecer las respectivas acciones.

ACTUALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

En el *Informe Revisión por la Dirección - 2020 Sistema Integrado de Gestión*, se observa la entrada 12: *eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades*, ítem en el que se presenta la siguiente información, que resume los avances frente a la gestión del riesgo:

- ♦ Actualización de la guía de administración del riesgo, así como su respectivo procedimiento.
- ♦ Actualización de la ficha de riesgos de gestión con la incorporaron de los siguientes cambios: i) Acta de cierre de la vigencia anterior (2019). ii) Análisis de coherencia de los objetivos del proceso con el contexto estratégico institucional. iii) Criterios de priorización de los posibles escenarios de riesgo. iv) Inventario y caracterización de controles.
- ♦ Jornadas de socialización y entrenamiento virtual por grupo de procesos durante los meses de abril y mayo de 2020, para apoyar la actualización de los riesgos de gestión.

A nivel de procedimiento se establecieron los siguientes cambios:

ASPECTO	PROCEDIMIENTO VIGENTE A 2019	PROCEDIMIENTO 2020
POLÍTICAS DE OPERACIÓN	Los riesgos asociados a temas de corrupción y que estén contenidos en el Mapa de Riesgos Institucional deben ser actualizados de manera general durante el cuarto trimestre de cada vigencia, para efectos de construir el componente de Gestión del Riesgo de Corrupción en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano del siguiente año.	Política de operación eliminada
	Las acciones establecidas para dar tratamiento a los riesgos identificados se deben acoger a los lineamientos del procedimiento MACP03 Formulación y seguimiento de acciones preventivas y correctivas, teniendo en cuenta el enfoque hacia el mejoramiento del control y la mitigación de las causas identificadas	Política de operación eliminada. Se incluyó en la Actividad 7, ajustándola a Planes de Mejora
	La gestión de oportunidades en el contexto positivo del riesgo se desarrollarán solamente en el contexto estratégico.	La gestión de oportunidades en el contexto positivo del riesgo se desarrollará solamente en el contexto estratégico a través de los riesgos estratégicos soportados en el desarrollo de los proyectos de inversión asociados a los objetivos estratégicos vigentes.
ACTIVIDADES	Actividad 2: Identificar los riesgos estratégicos	El registro cambió: Riesgos estratégicos identificados en el Formato ASIF09 Ficha Integral del Riesgo. Por: Riesgos estratégicos incluidos en el documento plataforma estratégica. La Oficina Asesora explica, que la decisión se fundamenta en el hecho que la aplicación del Formato ASIF09 Ficha Integral del Riesgo, resultó ser un instrumento complejo para aplicarlo a los riesgos estratégicos, razón por la que se dejaron registrados en el documento Plataforma Estratégica 2018- 2022 para ser gestionados en el desarrollo de los proyectos de inversión asociados a los objetivos estratégicos.



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA
GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

ASPECTO	PROCEDIMIENTO VIGENTE A 2019	PROCEDIMIENTO 2020
ACTIVIDADES	<p>Actividad 4: Identificar los riesgos del proceso.</p> <p>El Líder del Proceso y su equipo de trabajo identifican los riesgos más significativos que puedan afectar el logro del objetivo del proceso de acuerdo con las categorías pre-establecidas.</p> <p>Definen las posibles causas que los originen y las consecuencias de su materialización con el apoyo de los profesionales del Grupo de Desarrollo Organizacional –GDO (para riesgos de gestión de procesos y de corrupción- y la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación –OTIC (para riesgos de seguridad de la información).</p>	<p>Actividad 4: Identificar los riesgos del proceso. Se ajustó:</p> <p>Se eliminó el siguiente texto: <i>con el apoyo de los profesionales del Grupo de Desarrollo Organizacional –GDO (para riesgos de gestión de procesos y de corrupción- y la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación –OTIC (para riesgos de seguridad de la información).</i></p> <p>La OAPES explica, que se elimina, porque es una labor que le corresponde a los procesos en su condición de primera línea de defensa.</p>
	<p>Actividad 8: Consolidar y validar metodológicamente la ficha integral del riesgo</p> <p>Una vez diligenciados los Formatos ASIF09 Ficha Integral del Riesgo, se consolida la información del proceso en el Formato ASIF10 Mapa Integral de Riesgos del Proceso, y el Líder del Proceso lo envía mediante correo electrónico a sigi@minsalud.gov.co indicando su aprobación a los riesgos allí caracterizados -ver ASIG01 Guía para la Administración Integral de Riesgos en los procesos</p>	<p>Actividad 8: Consolidar y validar metodológicamente la ficha integral del riesgo.</p> <p>Se divide en dos actividades, haciendo precisiones sobre la validación metodológica:</p> <p>Una vez diligenciados los Formatos ASIF09 Ficha Integral del Riesgo, se consolida la información del proceso en el Formato ASIF10 Mapa Integral de Riesgos del Proceso, y mediante correo electrónico, se valida metodológicamente la ficha por parte de los asesores de cada proceso del Grupo de Desarrollo Organizacional, para el caso de riesgos de gestión de procesos y corrupción. Para el caso de riesgos de seguridad digital se validaran por parte de los servidores públicos de la Oficina TIC.</p> <p>Como responsables de la verificación figuran: Servidor Público del Grupo de Desarrollo Organizacional y Servidor Público de la Oficina TIC</p>
	<p>Actividad 14: Evaluar la gestión del riesgo</p> <p>Los procesos presentan informe de la gestión realizada en la vigencia contemplando la medición de los indicadores establecidos, contemplando los resultados del monitoreo, seguimiento y auditorías internas.</p> <p>El Grupo de Desarrollo Organizacional consolidará los resultados presentados para emitir informe a nivel institucional.</p> <p>Posterior al análisis de los resultados se establecerán las acciones o ajustes a incorporar en la administración del riesgo a nivel institucional.</p>	<p>Actividad 16: Evaluar la gestión del riesgo. Se hace claridad sobre el reporte de gestión frente a los riesgos:</p> <p>Los procesos reportan mediante acta la evaluación de la gestión realizada en la vigencia con relación a los controles y las acciones tomadas.</p> <p>El Grupo de Desarrollo Organizacional consolidará los resultados presentados para emitir informe a nivel institucional.</p> <p>Posterior al análisis de los resultados se establecerán las acciones o ajustes a incorporar en la administración del riesgo a nivel institucional.</p>
	<p>Actividad 14: Evaluar la gestión del riesgo</p> <p>Los procesos presentan informe de la gestión realizada en la vigencia contemplando la medición de los indicadores establecidos, contemplando los resultados del monitoreo, seguimiento y auditorías internas.</p> <p>El Grupo de Desarrollo Organizacional consolidará los resultados presentados para emitir informe a nivel institucional.</p> <p>Posterior al análisis de los resultados se establecerán las acciones o ajustes a incorporar en la administración del riesgo a nivel institucional.</p>	<p>Actividad 16: Evaluar la gestión del riesgo.</p> <p>Se incorporó un nuevo elemento: Acta de Cierre de Gestión de Riesgos</p> <p>Los procesos reportan mediante acta la evaluación de la gestión realizada en la vigencia con relación a los controles y las acciones tomadas.</p> <p>El Grupo de Desarrollo Organizacional consolidará los resultados presentados para emitir informe a nivel institucional.</p> <p>Posterior al análisis de los resultados se establecerán las acciones o ajustes a incorporar en la administración del riesgo a nivel institucional.</p>

En el procedimiento no se incorporaron los siguientes cambios: Análisis de coherencia de los objetivos del proceso con el contexto estratégico institucional, aplicación de los criterios de priorización de los posibles escenarios de riesgo e inventario y caracterización de controles. A diferencia del Acta de cierre gestión del riesgo, que sí se incluyó (Actividad 16).

De otra parte, en el procedimiento no se incluyeron las siguientes actividades:

- Los indicadores: i) El Nivel de efectividad de los controles establecidos. ii) El Nivel de cumplimiento de las acciones de tratamiento. Deben ser reportados por vigencia a nivel de proceso y de la entidad.



La salud es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

- b) Como resultado del análisis realizado se generarán los ajustes requeridos tanto en la metodología como en el desarrollo de las etapas establecidas a nivel de proceso y de la entidad.⁵

La Oficina Asesora de Planeación, indicó que dichos elementos se dejaron incluidos en la Guía para la administración integral de riesgos en los procesos, porque el procedimiento no se hizo con un enfoque metodológico como sí se hizo en la Guía.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

En el procedimiento Administración Integral Riesgos Institucionales se definieron 16 políticas de operación en tanto que, en la Guía Administración Integral de Riesgos en los Procesos, se contemplaron 14, tres de ellas incluidas en las 16 políticas que se fijaron en el procedimiento. La Oficina Asesora de Planeación indica, que en su momento no creyó conveniente su unificación.

POLITICAS DE OPERACIÓN PROCEDIMIENTO	POLITICAS DE OPERACIÓN GUIA
Cada proceso del Sistema Integrado de Gestión debe tener su correspondiente mapa de riesgos.	Los riesgos de gestión de procesos se identifican a la totalidad de los procesos del Sistema Integrado de Gestión Institucional.
La gestión de oportunidades en el contexto positivo del riesgo se desarrollará solamente en el contexto estratégico a través de los riesgos estratégicos soportados en el desarrollo de los proyectos de inversión asociados a los objetivos estratégicos vigentes.	Las oportunidades se abordarán solamente en el contexto estratégico tomando de referencia los objetivos estratégicos y los proyectos de inversión de la entidad.
La Ficha integral del Riesgo realiza los cálculos automáticos en lo relacionado a la calificación del riesgo residual, la solidez del control, la solidez del conjunto de controles y la calificación del riesgo residual.	El Formato ASIF09 Ficha integral del Riesgo, realiza los cálculos automáticos en lo relacionado a la calificación del riesgo residual, la solidez del control, la solidez del conjunto de controles y la calificación del riesgo residual.

El análisis a la observancia de las políticas de operación arrojó los siguientes resultados:

♦ **Cada proceso del Sistema Integrado de Gestión debe tener su correspondiente mapa de riesgos.**

Se evidencia cumplimiento de esta política de operación. Los 27 procesos documentados en el Ministerio de Salud y Protección Social identificaron 57 riesgos de gestión: Un proceso tiene identificados cinco riesgos; tres procesos, cuatro riesgos; cinco procesos identificaron tres riesgos; siete procesos, identificaron dos riesgos y 11 procesos identificaron un único riesgo.

No obstante, se continúan observando procesos que estando bajo el liderazgo de los viceministros y la responsabilidad de directores o Jefes de Oficina, que no identifican riesgos relacionados con las materias que están bajo su ámbito. Así:

El proceso de Direccionamiento Estratégico. Para la vigencia 2020 se gestionaron cuatro riesgos. Dos bajo la responsabilidad de la Jefatura de la Oficina de Planeación y Estudios Sectoriales: i) Inexactitud en la formulación de planes, programas y/o proyectos asociados a la planeación estratégica del Ministerio de Salud y Protección Social. ii) Inadecuado suministro/entrega de productos y/o servicios con los parámetros definidos para alcanzar los resultados en los estudios, evaluaciones e investigaciones priorizadas.

⁵ Actividades contenidas en el Guía para la administración integral de riesgos en los procesos, numerales 21 y 22.



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA
GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

Dos más, a cargo del Coordinador Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales: i) Inadecuada planificación para la formulación de la agenda de cooperación internacional. ii) Inexactitud ante la planeación de convenios de Cooperación Internacional.

No se han formulado riesgos para temas que tienen una triple connotación, es decir, son estratégicos, misionales y transversales, como son: Política Pública, Asistencia Técnica y Transferencias.

Gestión de la Protección Social en Salud. Liderado por el Viceministerio de la Protección Social. Los líderes de los procedimientos documentados son: Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. Jefe Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres.

Se observa identificación de riesgos cuya responsabilidad de administración recae sobre la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. De la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones y Oficina de Gestión Territorial, no se observó ficha integral de riesgo de gestión.

Gestión de la Prestación de Servicios de Salud. Liderado por el Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios. Los procedimientos adjuntos al proceso están bajo la responsabilidad de: Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria / Jefe Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres / Jefe Oficina de Calidad.

Se evidencia ficha integral de riesgos administrados por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, pero no para la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres y Oficina de Calidad.

► **El Mapa de Riesgos Institucional debe ser actualizado y publicado en caso de presentarse novedades.**

De acuerdo con fecha de aprobación de los mapas de riesgos de los procesos, los mismos se actualizaron en 2020 así:

- A 31 de mayo, se actualizaron cuatro riesgos de los procesos Gestión de la Protección Social en Salud y, Control y Evaluación de la Gestión.
- A 30 de junio, 31 riesgos de 13 procesos.
- A 31 de julio, 10 riesgos de 5 procesos.
- Entre agosto y noviembre, se actualizaron 5 riesgos más de cuatro procesos.
- Adicional, dos riesgos no se actualizaron y en las fichas de cinco riesgos no se registra fecha de aprobación.

Lo anterior implica que el mapa de riesgos institucional se esté actualizando permanentemente. No obstante, en consulta efectuada el 18 de enero de 2021, se observó que los siguientes riesgos no han sido incluidos en el mapa de riesgos institucional:

- Inadecuada planificación para el seguimiento y evaluación de planes, programas y estrategias a cargo de la dirección, del proceso Intervenciones Colectivas, no figuraba en el Mapa de Riesgos Institucionales.
- Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios al no disponer de los sistemas de información misionales durante la ejecución contractual, del proceso Administración de Sistemas de Información.
- Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios con calidad del concepto técnico de viabilidad de proyectos de inversión en infraestructura asociada a la prestación de servicios de salud y dotación hospitalaria, del proceso Gestión de la Prestación de Servicios en Salud.

► **La ficha integral del riesgo realiza los cálculos automáticos en lo relacionado a la calificación del riesgo residual, la solidez del control, la solidez del conjunto de controles y la calificación del riesgo residual.**

La presentación del diseño de las actividades de control, fue uno de los aspectos que se ajustó dentro de la Ficha Integral del Riesgo u Oportunidad:



ANTES

Actividades de Control frente al impacto (Controles que están diseñados para identificar un evento o resultado no previsto después de que se haga producción. Buscan detectar la situación no deseada para que se corrija y se tomen las acciones correspondientes)	Clase de control	Diseño de la actividad de control						Ejecución		Explicación de la actividad de control ¿En qué consiste y cómo se aplica? ¿Dónde está documentada su aplicación? ¿Quiénes lo aplican? ¿Con qué frecuencia se aplica? ¿Qué soportes se tiene de la ejecución?
		Responsable	Periodo	Propósito	Realiza	Observa	Evidencia	Calificación del diseño	Calificación de la ejecución	
		¿Existe un responsable asignado a la ejecución del control?	¿El responsable tiene la autoridad y adecuada segregación de funciones en la ejecución del control?	¿La oportunidad en que se ejecuta el control ayuda a prevenir o detectar la materialización del riesgo de manera oportuna?	¿Las actividades que se desarrollan en el control realmente buscan por sí sola prevenir o detectar las causas que pueden dar origen al riesgo, ejemplo: Verificar, Validar Colejar, Comparar, Revisar, etc.?	¿La fuente de información que se utiliza en el desarrollo del control es información confiable que permita mitigar el riesgo?	¿Las observaciones, desviaciones o diferencias identificadas como resultados de la ejecución del control son investigadas y resueltas de manera oportuna?	¿Se deja evidencia o rastro de la ejecución del control, que permita a cualquier tercero con la evidencia, llegar a la misma conclusión?	¿El control se ejecuta de manera consistente por los responsables?	

AHORA

Actividades de Control frente a la probabilidad Ver aquí	Responsable	Frecuencia y Oportunidad	Objetivo	Fuente de información	Seguimiento	Evidencia	Calificación del diseño	Ejecución		Explicación de la actividad de control Ver Aquí
								Calificación de Ejecución	Calificación de la ejecución	
	Ver Aquí	Ver Aquí	Ver Aquí	Ver Aquí	Ver Aquí	Ver Aquí	Ver Aquí	Ver Aquí	Ver Aquí	Ver Aquí
	Ver Aquí	Ver Aquí	Ver Aquí	Ver Aquí	Ver Aquí	Ver Aquí	Ver Aquí	Ver Aquí	Ver Aquí	Ver Aquí

Se entiende que, con la nueva presentación, se buscó facilitarles a los procesos la redacción de la actividad de control y dar respuesta de manera sencilla, a las variables del diseño de control. No obstante, en la práctica, los ajustes no resultaron ser de fácil aplicación frente a algunos controles, por la forma en que se construyó la pregunta y por las mismas opciones de respuesta.

A continuación, se describe la forma en que la Oficina de Control Interno planteó las preguntas durante evaluación de los controles, para dar claridad a cada variable y poder constatar la solidez de los controles:

	2019	2020	RESPUESTAS	OTRAS FORMAS DE PREGUNTA	OTRAS FORMAS DE RESPUESTA
Responsable	¿Existe un responsable asignado a la ejecución del control? ¿El responsable tiene la autoridad y adecuada segregación de funciones en la ejecución del control?	Responsable ¿Existe un responsable asignado a la ejecución del control?	Asignado No asignado	¿Se encuentra definido quién es el responsable de ejecutar el control?	SINO Documentado Sin documentar
Periodicidad	¿La oportunidad en que se ejecuta el control ayuda a prevenir la mitigación del riesgo o a detectar la materialización del riesgo de manera oportuna?	Frecuencia y Oportunidad El control cuenta con frecuencia de aplicación y criterio de oportunidad para su aplicación	Oportuna Inoportuna	¿Se tiene establecido la frecuencia con la que se debe aplicar el control?	Permanente Periodicidad definida
Propósito	¿Las actividades que se desarrollan en el control realmente buscan por sí sola prevenir o detectar las causas que pueden dar origen al riesgo, ejemplo: Verificar, Validar Colejar, Comparar, Revisar, etc.?	Objetivo Se encuentra establecido el fin de la actividad del control	Prevenir o detectar No es un control	¿El control es preventivo, detectivo o correctivo?	preventivo detectivo correctivo
Realización	¿La fuente de información que se utiliza en el desarrollo del control es información confiable que permita mitigar el riesgo?	Fuente de información El control tiene definidas las posibles fuentes de información relacionadas	Confiable No confiable	¿El control tiene definidas fuentes confiables para su ejecución?	SINO
Observación	¿Las observaciones, desviaciones o diferencias identificadas como resultados de la ejecución del control son investigadas y resueltas de manera oportuna?	Seguimiento El control cuenta con criterios de seguimiento a su aplicación	Se investigan y resuelven oportunamente No se investigan y resuelven oportunamente	¿El proceso le hace seguimiento a los resultados de la aplicación del control y toma decisiones?	Se analizan y resuelven oportunamente No se analizan
Evidencia	¿Se deja evidencia o rastro de la ejecución del control, que permita a cualquier tercero con la evidencia, llegar a la misma conclusión?	Evidencia El control cuenta con soportes de ejecución	Completo Incompleto No existe	¿El control cuenta con soportes de ejecución?	SINO
Ejecución	¿El control se ejecuta de manera consistente por los responsables?	Criterio de Ejecución El control se conoce e implementa correctamente	Siempre algunas veces No se ejecuta	¿El control es conocido e implementado correctamente?	SINO



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA
GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

► **El Mapa de riesgos Institucional y el Mapa de Riesgos del Proceso deben consolidar los riesgos de gestión de procesos, corrupción y seguridad de digital aprobados.**

El Mapa de Riesgos Institucional no cumple con esta política. En el mismo, solo se consolidan los riesgos de gestión. En cuanto a los mapas por proceso se establecieron las siguientes situaciones:

PROCESOS ESTRATEGICOS:

- Administración del Sistema Integrado de Gestión Institucional, tiene dos mapas. Uno con un riesgo de gestión y otro, con un riesgo de seguridad digital.
- Gestión del Servicio al Ciudadano tiene dos mapas. Uno de ellos con la identificación del riesgo de gestión y otro con la identificación de dos riesgos de seguridad digital.
- Direccionamiento Estratégico tiene tres mapas: Dos a cargo de la OAPES con un riesgo de gestión cada uno y uno bajo la responsabilidad del Grupo de Cooperación Internacional con dos riesgos de gestión.
- Gestión de las Comunicaciones, con un único riesgo de gestión.
- Gestión para la Innovación y Adopción de las Mejores Prácticas de TIC, un mapa con único riesgo de gestión.
- Transversalización del Enfoque Diferencial, un mapa de riesgos con tres riesgos de gestión.
- Mejora Continua, con un mapa con tres riesgos de gestión identificados.

PROCESOS MISIONALES:

- Gestión de las Intervenciones Individuales y Colectivas para la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, tiene tres mapas: Uno, con dos riesgos de corrupción. Dos más, cada uno con un riesgo de gestión.
- Gestión de la Protección Social en Salud, tiene cuatro mapas: dos, cada uno con un riesgo de corrupción y dos más, cada uno con un riesgo de gestión.
- Prestación de Servicios tiene tres mapas: Uno con un riesgo de corrupción y dos más, cada uno con riesgo de gestión.
- Análisis de Recursos del SGSSS y Planeación Financiera Territorial, tiene un único mapa de riesgos con tres riesgos de gestión.
- **Ciclo de Vida y Reingeniería de Sistemas de Información, tiene un único mapa con tres fichas en las que se identifican dos riesgos de gestión y uno de corrupción.**
- Integración de Datos de Nuevas Fuentes al Sistema de Gestión de Datos, tiene dos mapas: Uno con un riesgo de gestión y otro, con un riesgo de corrupción.
- **Gestión de Medicamentos y Tecnologías de Salud, tiene un único mapa con la identificación de un riesgo de corrupción y cuatro de gestión.**
- Gestión del Talento Humano en Salud, tiene un único mapa con tres riesgos de gestión.
- Planeación, Monitoreo y Evaluación de Resultados en Salud Pública, tiene un único mapa con un riesgo de gestión.

PROCESOS DE APOYO

- Gestión del Talento Humano, tiene tres mapas de riesgos: Dos en el los que se identifica un riesgo de corrupción y uno de gestión. Y un tercer mapa en el que se presentan tres riesgos de seguridad digital.
- Gestión de la Contratación, con dos mapas de riesgos. Uno con dos riesgos de gestión y otro con dos riesgos de seguridad digital.
- Gestión Documental, presenta un mapa con dos riesgos de gestión y otro con dos riesgos de seguridad digital.
- Administración de Sistemas de Información con dos mapas: Uno en el que se identifica un riesgo de corrupción y otro con uno de gestión.
- Gestión Soporte de las Tecnologías, con un mapa en el que se identifica un único riesgo de gestión.
- Gestión de Bienes e Insumos, tiene un mapa con cuatro riesgos de gestión.
- Gestión Financiera tiene tres mapas de riesgos: Dos mapas, cada uno con un riesgo de corrupción y uno de



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA
GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

seguridad de la información digital, y un tercer mapa con cinco riesgos de gestión.

- Gestión Jurídica, un único mapa de riesgos con un riesgo de gestión.
- Gestión de Patrimonios Autónomos tiene un mapa con tres riesgos de gestión.

PROCESOS DE EVALUACIÓN

- Control y Evaluación de la Gestión, con un mapa en el que identifican dos riesgos de gestión.
- Gestión y prevención de asuntos disciplinarios, tiene tres mapas de riesgos: Dos mapas cada uno con un riesgo de corrupción y de gestión. Y un tercer mapa con tres riesgos de seguridad digital.

♦ La gestión de los riesgos debe ser monitoreada y revisada al menos cada tres meses por parte del Líder del proceso.

De acuerdo con la Guía Administración Integral de Riesgos en los Procesos, numeral 19: Monitoreo y Revisión, el líder del proceso debe realizar al menos una vez cada tres meses el reporte de monitoreo y revisión de la gestión de los riesgos lo cual incluye determinar si:

- Las acciones de tratamiento se están desarrollando correctamente.
- Los controles establecidos se encuentran operando con normalidad.
- Se han generado alertas tempranas.
- Existen riesgos emergentes.
- Si el riesgo se ha materializado.

Frente a esta actividad, el Grupo de Desarrollo Organizacional en el informe Semestral de Administración de Riesgos II, precisa que a noviembre de 2020 se contaba con el primer reporte de monitoreo. No obstante, no fue allegada a esta Oficina el soporte que evidenciara el cumplimiento de los procesos frente a este monitoreo y la consolidación de los datos, para establecer el comportamiento de cada una de las 5 variables definidas.

En la citada Guía en cuanto a la Medición y análisis de indicadores en la gestión del riesgo, señala que se determinan como indicadores: **el Nivel de efectividad de los controles establecidos y el Nivel de cumplimiento de las acciones de tratamiento.** *Los cuales deben ser reportados por vigencia a nivel de proceso y de la entidad. Cuando se tenga como mínimo una línea base de medición a nivel de proceso y de la entidad deberá determinarse la disminución del nivel de vulnerabilidad en los riesgos críticos identificados.*

En el informe Semestral de Administración de Riesgos II, el Grupo de Desarrollo Organizacional presenta los siguientes datos:

Porcentaje de efectividad de los controles existentes:

Riesgos de gestión:

75% de los controles de probabilidad calificados como fuertes

77% de los controles de impacto calificados como fuertes

Porcentaje de eficacia en los planes de tratamiento vigencia 2020:

Riesgos de Corrupción: 75%

Riesgos de Gestión: N.D (planes en ejecución)

Porcentaje de eficacia en las oportunidades (Riesgos estratégicos): 93%

En la actividad 16 del procedimiento, *Evaluar la gestión del riesgo* se establece que: *Los procesos reportan mediante acta la evaluación de la gestión realizada en la vigencia con relación a los controles y las acciones*



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA
GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

tomadas. El Grupo de Desarrollo Organizacional consolidará los resultados presentados para emitir informe a nivel institucional. Posterior al análisis de los resultados se establecerán las acciones o ajustes a incorporar en la administración del riesgo a nivel institucional. (Acta de cierre de la vigencia)

En el citado informe no se observan resultados frente a esta actividad.

- ♦ **La Oficina de Control Interno debe realizar seguimiento a los riesgos de gestión de procesos y de seguridad digital por lo menos una vez al año, cuyo informe debe ser publicado durante el mes siguiente al periodo.**

La Oficina de Control Interno, realiza evaluación anual a los riesgos de gestión con corte a diciembre de cada vigencia y entrega el informe a cierre del primer bimestre del siguiente año.

Los informes se encuentran publicados en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/Oficina-de-Control-Interno---Ley-de-Transparencia.aspx>

- ♦ **La revisión de la Dirección frente a la gestión de riesgos realizada debe efectuarse por lo menos una vez al año**

Se observa cumplimiento: <https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/default.aspx>.

- ♦ **Para la eliminación de riesgos establecidos en el Mapa de Riesgos Institucional se debe enviar la solicitud al correo sig@minsalud.gov.co con copia al Coordinador del Grupo de Desarrollo Organizacional (gestión de procesos y corrupción) y Jefe de la Oficina de TIC - Líder del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (Seguridad Digital) con la justificación correspondiente.**

De acuerdo con la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, durante la vigencia 2020, ninguno de los procesos solicitó eliminación de riesgos.

- ♦ **El documento ASIS06 Política de Administración de Riesgos Institucionales, debe ser comunicada a través de los medios disponibles, y revisada por lo menos una vez al año para su actualización en caso de ser necesario, durante la sesión del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.**

La Política de Administración de Riesgos de Gestión vigente en el Ministerio fue aprobada por el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno en sesión del 2 de abril de 2019.⁶ De acuerdo con la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, la Política no fue revisada ni evaluada durante 2020.

La Oficina de Tecnologías de la Información y Comunicación, como líder del Sistema de Seguridad de la Información, solicitó al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno la aprobación del documento ASIS06 Política de Administración de Riesgos Institucionales V2, en sesión del 20 de septiembre de 2020.

- ♦ **Los riesgos identificados deben estar asociados a las categorías preestablecidas.**

En el Ministerio de Salud y Protección Social se han preestablecido 15 categorías para los riesgos de gestión: Seis de eficacia, cuatro de eficiencia, uno de efectividad y cinco más que no corresponden a ninguno de estos conceptos.

En la formulación de los riesgos, se han empleado 11, de las 15 categorías. La más usada es la "Inexactitud".

⁶ <https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Mapa-de-procesos/Documentosmapa/ASIS06.pdf> (Consulta marzo 4 de 2021)



La salud es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02



Las categorías que no figuran dentro de la formulación de los riesgos son:

[Eficacia] Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas

[Eficiencia] Inadecuada asignación y/o ejecución de los recursos

[Eficiencia] Inadecuado seguimiento a la asignación y/o ejecución de los recursos

[Efectividad] Incumplimiento en la entrega de los resultados e impacto previstos

► **El Contexto Estratégico del MSPS deber ser revisado por lo menos una vez al año para realizar los ajustes correspondientes en caso de ser necesario**

En consulta efectuada a los documentos *Informe Revisión por la Dirección - 2020 Sistema Integrado de Gestión*, presentados al Comité Institucional de Gestión y Desempeño en sesión del 11 de noviembre de 2020,⁷ el Contexto Estratégico de fecha 2018, fue actualizado, a partir de la metodología FODA.

De acuerdo con el informe, *el contexto estratégico actualizado se presentará en la instancia de Comité Institucional de Gestión y desempeño y se divulgará a los colaboradores de la entidad y será dispuesta en la página web del Ministerio, con el fin de ser conocida por los distintos grupos de valor e interés. (...) Una vez presentado a los colaboradores de la entidad y dado a conocer a los grupos de valor, se procederá a publicar el contexto estratégico 2020 y eventualmente se ajustará el documento de Plataforma Estratégica 2018- 2022, el cual será publicado tanto en la página web como en la intranet.*

La Coordinación del Grupo de Desarrollo Organizacional, informó que: *En el mes de diciembre se llevó a cabo revisión con Ministerio, Viceministros y Directivos para analizar entre otros aspectos nuevas acciones estratégicas, así como el contexto estratégico y riesgos estratégicos, los cuales están en aprobación por las instancias competentes de la entidad.*

► **La gestión de los riesgos identificados está a cargo del respectivo responsable, que no necesariamente corresponde al líder del proceso**

Se hace la diferencia entre líder y responsable de la gestión de los riesgos, bajo el entendido que hay procesos liderados por los viceministerios, cuyos riesgos identificados responden a los procedimientos adjuntos al mismo. Ejemplos: i) los procesos Gestión de la Protección Social en Salud y Gestión de la Prestación de Servicios en Salud, cuyos responsables son: Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. Jefe Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres y Jefe Oficina de Calidad. ii) Direccionamiento Estratégico, liderado por la Oficina de Planeación y Estudios Sectoriales, pero como responsables figuran:

⁷ <https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/default.aspx> <https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/default.aspx> Formato presentación, 34 folios. Formato Word, 56 páginas.



La salud es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

Coordinador del Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales. Coordinador Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública y Coordinador Grupo de Planeación. iii) Proceso Administración del Sistema Integrado de Gestión, liderado por el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, que además es responsable de 4 procedimientos. También figura Oficina de TIC y la Subdirectora de Gestión de Talento Humano.

► La gestión de oportunidades en el contexto positivo del riesgo se desarrollará solamente en el contexto estratégico a través de los riesgos estratégicos soportados en el desarrollo de los proyectos de inversión asociados a los objetivos estratégicos vigentes.

Las oportunidades definidas de acuerdo con la política de operación son:

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	RIESGOS ESTRATEGICOS	OPORTUNIDADES
Fortalecer la rectoría y gobernanza tanto a nivel sectorial como territorial del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a través de la generación de instrumentos, lineamientos, políticas y asistencia técnica, con el fin de mejorar la capacidad institucional de los actores del sistema.	Riesgo 1 Inadecuadas estrategias de gobernanza orientadas a garantizar la adopción de políticas, lineamientos e instrumentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en las entidades del sector y del territorio. Controles: i) Implementación de mecanismos de participación activa y social en la formulación de políticas, lineamientos e instrumentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con las entidades del sector y territorio. ii) Desarrollo del comité sectorial de desempeño	Formular planes sectoriales en temáticas de gobernanza en común. Diseñar mecanismos y canales de comunicaciones sectorial y territorial.
Implementar intervenciones en salud pública y promoción de políticas saludables, mediante la priorización según carga de enfermedad y el análisis, diagnóstico y particularidades del territorio y poblacionales, así como las acciones intersectoriales, con el fin de mejorar la calidad de vida y bienestar de los habitantes del territorio nacional.	Riesgo 2 Insuficiente cobertura en la implementación de las intervenciones en salud pública y la promoción de políticas saludables en el territorio nacional Controles: Implementación del Plan Decenal de Salud Pública Implementación de Programas y planes de promoción en salud y prevención de la enfermedad	Actualizar políticas, planes y programas con base en el nuevo Plan de Gobierno
Articular los agentes del sector salud mediante el fortalecimiento de la regulación de los mecanismos de habilitación, acreditación, la generación de incentivos, modelos integrales de atención, acceso a la infraestructura y dotación en salud, para responder con calidad, oportunidad y humanización en la prestación de servicios de salud a los habitantes del territorio nacional.	Riesgo 3 Inadecuados modelos y estándares de calidad orientados a la oportunidad, humanización en la prestación de servicios de salud Controles: Implementación de guías y estándares de acreditación y habilitación Implementación del Modelo de humanización en la prestación del servicio	Ampliar la cobertura en la implementación de los modelos de calidad y humanización en la prestación de servicios de salud. Fortalecer los mecanismos de incentivos y modelos integrales de atención en salud
Fortalecer el talento humano en salud, mediante la generación de lineamientos de formación, incentivos, formalización y cierre de brechas, con el propósito de mejorar la calidad en la prestación de servicios en salud.	Riesgo 4 Inadecuado diseño e implementación del modelo de operación del Talento Humano en Salud Controles: Implementación de lineamientos operativos en: Docencia Servicio en los Programas de Formación del Área de la Salud Análisis de Pertinencia de Nuevos Programas de Educación Superior del Área de la Salud Información y Conocimiento del Talento Humano en Salud Servicio Social Obligatorio	Actualizar el modelo de operación del Talento Humano en Salud en el MSPS
Mejorar la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) mediante el control de gastos, el saneamiento de deudas y el incremento de las distintas fuentes de financiamiento con el fin de garantizar la prestación de servicios en salud.	Riesgo 5 Insostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) Controles: Implementación de lineamientos operativos orientados a: La Sostenibilidad financiera. Implementación de Planes financieros territoriales de salud. Saneamiento financiero del sector.	Establecer Modelo/ estrategia de nuevas fuentes de financiamiento
Fortalecer la capacidad institucional mediante la optimización de procesos, el empoderamiento del talento humano, la articulación interna, la gestión del conocimiento, las tecnologías de la información y la comunicación y la infraestructura física con el fin de mejorar la oferta institucional a los habitantes del territorio nacional en términos de calidad y eficiencia.	Riesgo 6 Inadecuado desarrollo institucional para la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios del MSPS Controles Desarrollo, implementación y evaluación de los sistemas integrados de gestión Implementación de procesos y procedimientos Trámites u otros procedimientos administrativos	Actualización de la plataforma estratégica institucional Definición de modelo de cadena de valor en los procesos misionales Definición del modelo institucional de servicio



La salud es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

- Se deberán identificar y gestionar los riesgos estratégicos tomando como insumo el análisis de contexto de la planeación estratégica vigente, los controles institucionales relativos a la operación y misionalidad en el marco de los objetivos del Ministerio.

El tema de los riesgos estratégicos, no tiene suficiente desarrollo ni en la Guía Administración Integral de Riesgos en los Procesos, ni en el respectivo procedimiento. En la primera, además de la política de operación en cita, se hace la siguiente referencia: *Riesgos estratégicos: se asocian con la forma en que se administra la Entidad. El manejo del riesgo estratégico se enfoca a asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la definición de políticas, el diseño y la conceptualización de la entidad por parte de la alta gerencia.* (19)

En el procedimiento Administración Integral Riesgos Institucionales, el tema está contemplado en la actividad dos, así:

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO						
No	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PHVA	PUNTO DE CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
2	Identificar los riesgos estratégicos	Tomando los resultados del Contexto estratégico del MSPS se identificarán los riesgos estratégicos relacionados.	Planear	Revisión y aprobación de los riesgos estratégicos	Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales	Riesgos estratégicos incluidos en el documento plataforma estratégica.

El registro de la actividad cambió. Inicialmente indicaba: *Riesgos estratégicos identificados en el Formato ASIF09*, condición que se cumplió durante la vigencia 2019. Para 2020 se especificó: *Riesgos estratégicos incluidos en el documento plataforma estratégica.*

La Oficina Asesora explica, que la decisión se fundamenta en el hecho que la aplicación del Formato ASIF09 Ficha Integral del Riesgo, resultó ser un instrumento complejo para aplicarlo a los riesgos estratégicos, razón por la que se dejaron registrados en el documento Plataforma Estratégica 2018- 2022 para ser gestionados en el desarrollo de los proyectos de inversión asociados a los objetivos estratégicos.

En el Documento Plataforma Estratégica 2018 – 2022, se lee la siguiente nota: *De acuerdo con lo establecido por la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG un tipo de riesgos son los estratégicos, entendidos éstos como la posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los objetivos estratégicos de la organización pública y por tanto impactan toda la entidad, en este sentido en el Anexo No. 2 se relacionan estos riesgos, los cuales han tomado como insumos los resultados obtenidos en el contexto estratégico relacionados en el presente documento.* (25) (Negrilla fuera de texto)

Como riesgos estratégicos se definieron los siguientes:

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	ACCIONES ESTRATEGICAS	RIESGOS ESTRATEGICOS
Fortalecer la rectoría y gobernanza tanto a nivel sectorial como territorial del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a través de la generación de instrumentos, lineamientos, políticas y asistencia técnica, con el fin de mejorar la capacidad institucional de los actores del sistema.	1.1 Diseñar e implementar el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE).(OT) 1.2 Implementar un Plan de Acción del MAITE en 5 departamentos priorizados: La Guajira, Vichada, Casanare, Guaviare y Chocó. (UC) 1.3. Reglamentar el uso medicinal del Cannabis y medicamentos de control especial. (UC) 1.4 Introducir reformas sectoriales. (UC) 1.5 Proteger al sector de la salud de los riesgos de corrupción y falta de transparencia. (PND)	Riesgo 1 Inadecuadas estrategias de gobernanza orientadas a garantizar la adopción de políticas, lineamientos e instrumentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en las entidades del sector y del territorio. Controles: i) Implementación de mecanismos de participación activa y social en la formulación de políticas, lineamientos e instrumentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con las entidades del sector y territorio. ii) Desarrollo del comité sectorial de desempeño Acciones: Acciones estratégicas



La salud es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	ACCIONES ESTRATÉGICAS	RIESGOS ESTRATÉGICOS
Implementar intervenciones en salud pública y promoción de políticas saludables, mediante la priorización según carga de enfermedad y el análisis, diagnóstico y particularidades del territorio y poblacionales, así como las acciones intersectoriales, con el fin de mejorar la calidad de vida y bienestar de los habitantes del territorio nacional.	<p>2.1 Priorizar e implementar intervenciones en salud pública y liderar, monitorear y evaluar las acciones intersectoriales para la promoción de políticas saludables. (PND)</p> <p>2.2 Estructurar e implementar la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas. (UC)</p> <p>2.3 Emprender una ruta intersectorial de atención a los niños con desnutrición aguda. (UC)</p> <p>2.4 Entrar en la Iniciativa Regional de Eliminación de la Malaria –IREM-. (UC)</p> <p>2.5 Implementar el Plan de Acción Alianza Colombia Vive Saludable. (UC)</p> <p>2.6 Diseñar y emprender un Plan Nacional de Respuesta al Fenómeno Migratorio, adaptado a 15 entidades territoriales. (UC)</p>	<p>Riesgo 2 Insuficiente cobertura en la implementación de las intervenciones en salud pública y la promoción de políticas saludables en el territorio nacional</p> <p>Controles: Implementación del Plan Decenal de Salud Pública Implementación de Programas y planes de promoción en salud y prevención de la enfermedad</p> <p>Acciones: Acciones estratégicas</p>
Articular los agentes del sector salud mediante el fortalecimiento de la regulación de los mecanismos de habilitación, acreditación, la generación de incentivos, modelos integrales de atención, acceso a la infraestructura y dotación en salud, para responder con calidad, oportunidad y humanización en la prestación de servicios de salud a los habitantes del territorio nacional.	<p>3.1 Fortalecer integralmente los hospitales públicos (programa Al Hospital). (OT)</p> <p>3.2 Implementar un plan de acción del Programa Al Hospital en 8 hospitales priorizados. (UC)</p> <p>3.3 Implementar una reforma de los Hospitales Públicos. (OT)</p> <p>3.4 Redefinir e implementar una política de prestación de servicios garantizando la calidad y humanización de la atención. (PND)</p> <p>3.5 Actualizar el marco normativo de infraestructura física hospitalaria (UC)</p> <p>3.6 Fortalecer la elaboración de investigaciones, estudios y evaluación de las políticas públicas en salud y protección social (PI)</p> <p>3.7 Robustecer los sistemas de habilitación y acreditación para prestadores y aseguradores. (PND)</p> <p>3.8 Generar incentivos al desempeño para la calidad, eficiencia y el mejoramiento de los resultados en salud. (PND)</p> <p>3.9 Incentivar herramientas que pongan a disposición información de calidad y desempeño de cara a los usuarios para empoderarlos en la toma de decisiones. (PND)</p>	<p>Riesgo 3 Inadecuados modelos y estándares de calidad orientados a la oportunidad, humanización en la prestación de servicios de salud</p> <p>Controles: Implementación de guías y estándares de acreditación y habilitación Implementación del Modelo de humanización en la prestación del servicio</p> <p>Acciones: Acciones estratégicas</p>
Fortalecer el talento humano en salud, mediante la generación de lineamientos de formación, incentivos, formalización y cierre de brechas, con el propósito de mejorar la calidad en la prestación de servicios en salud.	<p>4.1 Cerrar brechas de talento humano en el sector de la salud. (PND)</p> <p>4.2 Crear y desarrollar lineamientos para el cierre de brechas de cantidad, calidad y pertinencia del talento humano de la salud a nivel territorial. (PND)</p> <p>4.3 Implementar estrategias de educación continua para desarrollar y fortalecer competencias de los trabajadores de la salud. (PND)</p>	<p>Riesgo 4 Inadecuado diseño e implementación del modelo de operación del Talento Humano en Salud</p> <p>Controles: Implementación de lineamientos operativos en: Docencia Servicio en los Programas de Formación del Área de la Salud Análisis de Pertinencia de Nuevos Programas de Educación Superior del Área de la Salud Información y Conocimiento del Talento Humano en Salud Servicio Social Obligatorio</p> <p>Acciones: Acciones estratégicas</p>
Mejorar la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) mediante el control de gastos, el saneamiento de deudas y el incremento de las distintas fuentes de financiamiento con el fin de garantizar la prestación de servicios en salud.	<p>5.1 Actualizar sistemáticamente el Plan de Beneficios con cargo a la UPC. (OT)</p> <p>5.2 Mejorar la eficiencia del gasto no Plan de Beneficios de Salud – PBS. (OT)</p> <p>5.3 Diseñar e implementar el subsidio parcial en salud de acuerdo a la capacidad de pago. (OT)</p> <p>5.4 Incrementar nuevas fuentes de ingresos a través de nuevos impuestos o gasto de bolsillo. (OT)</p> <p>5.5 Estructurar e implementar un Acuerdo nacional de Punto Final para la disminución de las deudas acumuladas. (OT)</p> <p>5.6 Estructurar e implementar un Acuerdo territorial de Punto Final para la disminución de las deudas acumuladas. (OT)</p> <p>5.7 Fortalecer la Política Farmacéutica. (OT)</p> <p>5.8 Reglamentar valores máximos de recobro y techos de presupuesto. (UC)</p>	<p>Riesgo 5 Insostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)</p> <p>Controles: Implementación de lineamientos operativos orientados a: La Sostenibilidad financiera. Implementación de Planes financieros territoriales de salud. Saneamiento financiero del sector.</p> <p>Acciones: Acciones estratégicas</p>
Fortalecer la capacidad institucional mediante la optimización de procesos, el empoderamiento del talento humano, la articulación interna, la gestión del conocimiento, las tecnologías de la información y la comunicación y la infraestructura física con el fin de mejorar la oferta institucional a los habitantes del territorio nacional en términos de calidad y eficiencia.	<p>6.1 Fortalecer el entorno laboral del ministerio. (PI)</p> <p>6.2 Fortalecer los sistemas de gestión del ministerio con base en las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. (PI)</p> <p>6.3 Implementar el modelo de atención y servicio al ciudadano. (PI)</p> <p>6.4 Mejorar las sedes físicas del ministerio. (PI)</p> <p>6.5 Fortalecer el sistema de información del ministerio. (PI)</p> <p>6.6 Fortalecer la comunicación pública y estratégica para la promoción y divulgación de los temas relacionados con salud y protección social. (PI)</p>	<p>Riesgo 6 Inadecuado desarrollo institucional para la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios del MSPS</p> <p>Desarrollo, implementación y evaluación de los sistemas integrados de gestión Implementación de procesos y procedimientos Trámites u otros procedimientos administrativos</p> <p>Acciones: Acciones estratégicas</p>

► **La entidad dispondrá de los recursos necesarios para adoptar la política.**

En consulta efectuada al Sistema de Seguimiento a Proyectos de Inversión⁸ se observa que para la vigencia 2020, la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales gerenciaba el proyecto de inversión *Fortalecimiento de los sistemas de gestión en el Ministerio de Salud y Protección Social nacional*, con el objetivo de *Implementar articuladamente los sistemas de gestión en el Ministerio de Salud y Protección Social*. Su cierre a diciembre de 2020 presenta la siguiente situación:

⁸ <https://spi.dnp.gov.co/Consultas/>. Febrero 8 de 2021



La salud es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

Código

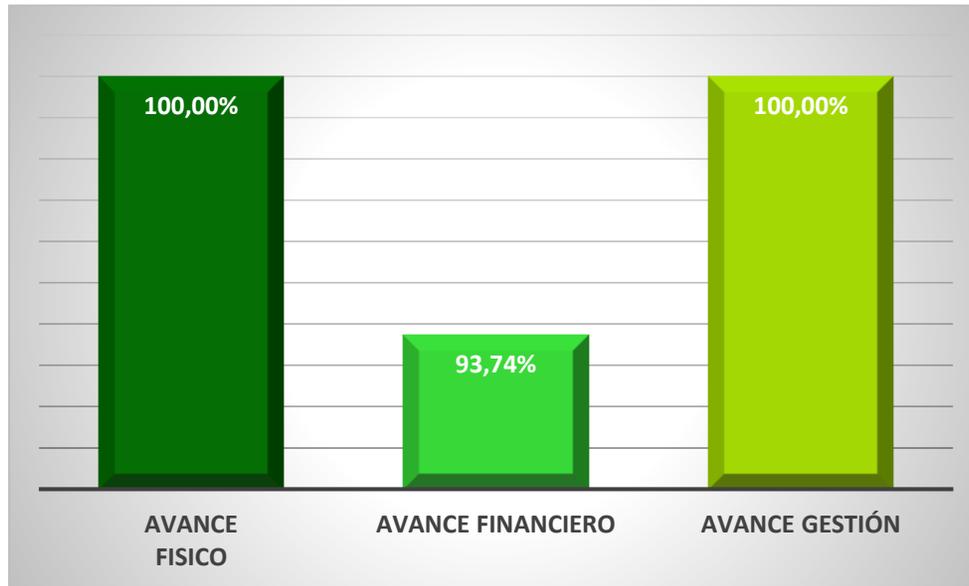
CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02



El detalle de la cadena de valor es el siguiente:

OBJETIVO	PRODUCTO	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES	INICIAL	VGENTE	OBLIGADO
Apropiar los temas de gestión en los servidores públicos del Ministerio de Salud y Protección Social	Servicio de Educación Informal para la Gestión Administrativa	Sensibilizar a los servidores públicos en temas relacionados con la implementación, mantenimiento y mejora del sistema integrado de gestión	No registra	\$0	\$0	\$0
		Prestar asistencia técnica en temas relacionados con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión	No registra	\$0	\$0	\$0
Establecer estrategias de integración de los diferentes temas del Sistema Integrado de Gestión	Servicio de Implementación Sistemas de Gestión	Apoyar la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión a nivel sectorial e institucional	Para Diciembre 2020 se continua con el diseño, implementación, mantenimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión, en especial desarrollando acciones para la articulación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG (ver anexo)	\$460.000.000	\$460.000.000	\$440.341.798
		Mantener y certificar los sistemas de gestión de la entidad	Se realizó la contratación con la firma SGS Colombia quien desarrollo la auditoria de año 1, que corresponde a la primera auditoria de seguimiento de este ciclo, logrando mantener la certificación en la norma ISO 9001:2015 del Sistema de Gestión de la Calidad. (ver anexo)	\$20.000.000	\$20.000.000	\$9.609.250
		Realizar monitoreo, actualización y seguimiento a las actividades de implementación del modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, bajo la metodología de Elaboración y Control de Documentos	No registra	\$0	\$0	\$0
		Realizar monitoreo, actualización y seguimiento a las actividades de implementación del modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, bajo la metodología de Elaboración y Control de Documentos	No registra	\$0	\$0	\$0

Para la vigencia 2021, el proyecto de inversión presenta el siguiente avance:



La salud es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

Código

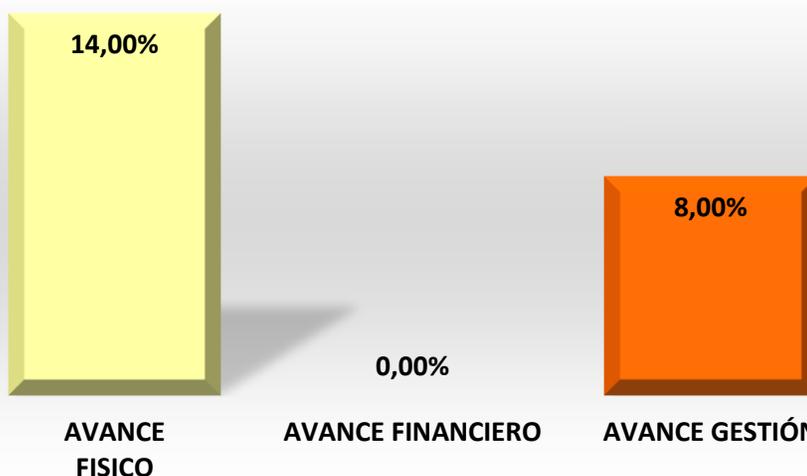
CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02



La cadena de valor se resume así:

OBJETIVO	PRODUCTO	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES	INICIAL	VIGENTE	OBLIGADO
Apropiar los temas de gestión en los servidores públicos del Ministerio de Salud y Protección Social	Servicio de Educación Informal para la Gestión Administrativa	Sensibilizar a los servidores públicos en temas relacionados con la implementación, mantenimiento y mejora del sistema integrado de gestión	Para el mes de enero se tiene avance físico pero no se tiene obligado en el periodo a reportar.	\$96.000.000	\$96.000.000	\$0
		Prestar asistencia técnica en temas relacionados con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión	Para el mes de enero no se programaron asistencias técnicas	\$84.000.000	\$84.000.000	\$0
Establecer estrategias de integración de los diferentes temas del Sistema Integrado de Gestión	Servicio de Implementación Sistemas de Gestión	Apoyar la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión a nivel sectorial e Institucional	Para el mes de enero se tiene avance físico pero no se tiene obligado en el periodo a reportar.	\$506.578.800	\$506.578.800	\$0
		Mantener y certificar los sistemas de gestión de la entidad	Se tiene programada la ejecución de la actividad en el ultimo trimestre de 2021	\$20.000.000	\$20.000.000	\$0
		Realizar monitoreo, actualización y seguimiento a las actividades de implementación del modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, bajo la metodología de Elaboración y Control de Documentos	No registra	\$0	\$0	\$0
		Realizar monitoreo, actualización y seguimiento a las actividades de implementación del modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, bajo la metodología de Elaboración y Control de Documentos	No registra	\$0	\$0	\$0

► **En caso de materialización del riesgo se deberán tomar las acciones correctivas necesarias**

En el informe semestral de administración del riesgo de gestión II del Grupo de Desarrollo Organizacional, durante la vigencia 2020 no se materializó ninguno de los riesgos identificados.

En la vigencia 2019, de acuerdo con el diligenciamiento de las fichas de los riesgos que hicieron los procesos, los riesgos que se relacionan, al parecer se materializaron en la vigencia 2019.

PROCESO	EL RESGO IDENTIFICADO SE MATERIALIZÓ	RIESGO
Mejora Continua	SI	Inexactitud en la gestión de los planes de mejora por parte de los procesos del Sistema Integrado de Gestión
Gestión de Servicio al Ciudadano	SI	Incumplimiento legal al tramitar fuera de términos una petición del ciudadano



La salud es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

PROCESO	EL RESGO IDENTIFICADO SE MATERIALIZÓ	RIESGO
Administración de Sistemas de Información	SI	[Eficacia] Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios al no disponer de los sistemas de información misionales durante la ejecución contractual
Patrimonios Autónomos y Entidades Liquidadas	SI	Eficacia] Inoportuna atención de necesidades o requerimientos durante la expedición de certificaciones laborales
Gestión Financiera	SI	Incumplimiento de compromisos al no pagar oportunamente las obligaciones con recursos asignados
Gestión Financiera	SI	Incumplimiento de compromisos en la identificación de las consignaciones cargadas por la DTN al portafolio del Ministerio, para la debida clasificación e imputación de los ingresos
Gestión Financiera	SI	Inexactitud en la expedición del certificado de disponibilidad presupuestal y/o del registro presupuestal
Gestión Financiera	SI	[Eficacia] Inoportuna atención de necesidades o requerimientos en la legalización de comisiones
Gestión Documental	SI	[Eficacia] Incumplimiento de los objetivos establecidos en la aplicación de las directrices administrativas y técnicas en materia de gestión documental en el Ministerio de Salud y Protección Social.
Gestión de Soporte a las Tecnologías	SI	Daño de activos En el Data Center
Control y Evaluación de la Gestión	SI	Inexactitud en la aplicación de criterios de calidad para la elaboración de los informes de la Oficina de Control Interno

A partir de las fichas de cierre que hicieron los procesos solo tres de estos procesos ratificaron la información: Administración de Sistemas de Información, Gestión de Soporte a las Tecnologías y Control y Evaluación de la Gestión.

♦ Se realizarán las actualizaciones necesarias como resultado del monitoreo y revisión establecidos.

De acuerdo con fichas de riesgos, los siguientes procesos identificaron nuevos riesgos:

PROCESO	CLASE DE RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO A ENERO DE 2021
Administración del Sistema Integrado de Gestión Institucional	OPERATIVO	[Eficiencia] Inadecuado seguimiento a la gestión en la planificación, implementación y nivel de cumplimiento del Sistema Integrado de gestión.
Direccionamiento Estratégico	CUMPLIMIENTO	[Eficacia] Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios con los parámetros definidos para alcanzar los resultados en los estudios, evaluaciones e investigaciones prioritizadas
Mejora Continua	OPERATIVO	[Eficacia] Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas para la optimización de la gestión y la satisfacción de las partes interesadas y grupos de valor.
Mejora Continua	OPERATIVO	[Eficacia] Incumplimiento de los objetivos establecidos en la planificación y ejecución de las auditorías internas al Sistema Integrado de Gestión
Transversalización del Enfoque Diferencial	OPERATIVO	[Eficacia] Inoportuna atención de necesidades o requerimientos para el desarrollo de los planes/ programas / actividades relacionadas con la atención de la emergencia del COVID-19
Desarrollo del Talento Humano en Salud	CUMPLIMIENTO	[Eficacia] Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios sobre información, ejercicio, desempeño, gestión del conocimiento y la información del Talento Humano en Salud al no contar con personal suficiente para la ejecución de procedimientos y actividades.



La salud es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

PROCESO	CLASE DE RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO A ENERO DE 2021
Desarrollo del Talento Humano en Salud	OPERATIVO	[Eficacia] Inoportuna atención de necesidades o requerimientos sobre la entrega de información y gestión de acciones para fortalecer el Talento Humano en Salud relacionada con la atención a la emergencia del COVID-19.
Gestión de las Intervenciones Individuales y Colectivas para La Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad	OPERATIVO	[Eficacia] Inadecuada planificación para el seguimiento y evaluación de planes, programas y estrategias a cargo de la dirección
Planeación, Monitoreo y Evaluación de Resultados en Salud Pública	OPERATIVO	[Eficacia] Inoportuna atención de necesidades o requerimientos en el monitoreo y evaluación de los resultados de la Salud Pública
Patrimonios Autónomos y Entidades Liquidadas	OPERATIVO	Inexactitud en la expedición de Actos Administrativos del Orden Secuencial de Pagos
Gestión Financiera	NO REGISTRA	[Eficacia] Inoportuna atención de necesidades o requerimientos en la legalización de comisiones
Administración de Bienes e Insumos	CUMPLIMIENTO	[Eficacia] Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios de transporte, fotocopiado, vigilancia y servicios generales en el Ministerio de Salud y Protección Social.
Control y Evaluación de la Gestión	OPERATIVO	Inexactitud en el desarrollo de las actividades que realiza la OCI, con ocasión de la pandemia del virus COVID-19.

En las actas de cierre, solo 5 de los 11 procesos ratifican esta información: Administración del Sistema Integrado de Gestión Institucional, Mejora Continua, Transversalización del Enfoque Diferencial, Patrimonios Autónomos y Entidades Liquidadas y Administración de Bienes e Insumos. Los procesos de Gestión de Contratación y Gestión Jurídica indican en las actas de cierre, que se incluyen nuevos riesgos, pero no se observa para ninguno de los dos procesos, riesgos diferentes a los identificados en 2019.

Otras actualizaciones que los procesos consideraron en las actas de cierre, fueron:

- 12 procesos mantienen los riesgos, pero consideran necesario actualizarlos.
- 13 procesos conservan los controles, pero creen preciso actualizarlos.
- 18 procesos plantearon la necesidad de formular acciones de mejora.

► **Dentro de la etapa de seguimiento y evaluación se contempla el desarrollo de auditorías internas.**

En el Informe Auditoría Interna 1er Ciclo-2020 Sistema de Gestión de la Calidad, que *presenta de manera consolidada, los resultados de las auditorías internas realizadas en el 1er ciclo 2020, las cuales fueron practicadas a 27 procesos bajo la norma ISO9001:2015.* Específicamente, frente al numeral 6.1.2 Acciones para abordar riesgos y oportunidades se presentaron los siguientes resultados:

PROCESO	NO CONFORMIDAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA DOCUMENTADAS
Gestión de Servicio al Ciudadano.	Se evidenció que los planes de mejora como fruto de la identificación y priorización de los riesgos no se encuentran documentados tal como lo indica el procedimiento ASIPO2 Administración Integral Riesgos Institucionales, la Guía ASIG01 Administración Integral de Riesgos en los Procesos y el procedimiento MACP03 Planes de Mejora.	El Grupo Atención al Ciudadano debe formular acciones de mejora orientadas a dar cumplimiento a lo establecido en los procedimientos ASIPO2 Administración Integral Riesgos Institucionales y MACP03 Planes de Mejora	Entre septiembre, octubre y noviembre de 2020, formuló 10 acciones de mejora, teniendo como fuente Auditoría Interna y Administración de Riesgos. Se identifican acciones enfocadas a la oportunidad de mejora.
Gestión de las Intervenciones Individuales y Colectivas para la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad	En La Dirección de Promoción y prevención se observó que al revisar la ficha de riesgos de gestión vigencia 2020, no se encontró debidamente actualizada y publicada.	La Dirección de promoción y prevención debe formular acciones de mejora orientadas a la entrega oportuna de los reportes pertinentes al Sistema Integrado de Gestión (Indicadores, Planes de mejora, Monitoreo de riesgos, etc.) así como la actualización de sus riesgos de gestión.	En octubre de 2020 el proceso formula 10 acciones teniendo como fuente Auditoría Interna y Administración de Riesgos. Se identifican acciones enfocadas a la oportunidad de mejora.
Planeación, Monitoreo y Evaluación de los Resultados en Salud Pública.	En el proceso Planeación, Monitoreo y Evaluación de los Resultados en Salud Pública, se evidenció que al revisar la actualización y publicación de la ficha de riesgos de gestión, está no fue actualizada ni publicada para la presente vigencia ... no se muestra la implementación del procedimiento ASIPO2 Administración Integral de riesgos institucionales, ni del formato ASIF09 Ficha Integral del Riesgos u oportunidad.	La Dirección de Epidemiología y demografía debe formular acciones de mejora orientadas a dar cumplimiento a las actividades de actualización de los riesgos de gestión, definidas en el procedimiento ASIPO2 Administración integral de riesgos institucionales.	En noviembre de 2020 y enero de 2021, el proceso formula 14 acciones, teniendo como fuente Auditoría Interna y Administración de Riesgos. Se identifican acciones enfocadas a la oportunidad de mejora.



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA
GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

PROCESO	NO CONFORMIDAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA DOCUMENTADAS
Gestión del Talento Humano	En el proceso de GTH Gestión del Talento Humano, se evidenció en entrevista con las servidoras públicas encargadas del procedimiento GTHP11 Certificaciones se encontró que no se están cumpliendo con las políticas de operación determinadas para el desarrollo y cumplimiento del mismo.	El Subdirector de Gestión del Talento Humano debe formular acciones de mejora orientadas al cumplimiento de las políticas de operación definidas en el procedimiento GTHP11 Certificaciones y el seguimiento de los controles que se implementaron en los riesgos de gestión del proceso.	En noviembre de 2020 el proceso formula 10 acciones, teniendo como fuente Auditoría Interna. Se identifican acciones enfocadas a la oportunidad de mejora.
Gestión Jurídica	En el proceso de Gestión Jurídica se evidenció que se encuentra identificado el riesgo "Incumplimiento legal al vencerse los términos para actuaciones judiciales" actualizado el 30 de julio de 2020, el cual no se encuentra documentado tal como lo indica el procedimiento ASIP02 Administración Integral Riesgos Institucionales, la Guía ASIG01 Administración Integral de Riesgos en los Procesos, ya que la calificación antes de controles para la probabilidad se encuentra en "rara vez" y para el impacto en moderado", adicionalmente se definen controles únicamente para un grupo cuando deberían ser transversales al proceso.	La Dirección Jurídica debe formular acciones de mejora orientadas a la aplicación correcta de la metodología definida en el procedimiento ASIP02 Administración Integral de riesgos institucionales y revalorar los riesgos identificados	En noviembre de 2020 el proceso formula 8 acciones, teniendo como fuente Auditoría Interna. Se identifican acciones enfocadas a la oportunidad de mejora.
	En el proceso de Gestión Jurídica se evidenció que los planes de mejora como fruto de la identificación y priorización de los riesgos no se encuentran documentados tal como lo indica el procedimiento ASIP02 Administración Integral Riesgos Institucionales, la Guía ASIG01 Administración Integral de Riesgos en los Procesos y el procedimiento MACP03 Planes de Mejora.	La Dirección Jurídica debe formular acciones de mejora orientadas a dar cumplimiento a lo establecido en los procedimientos ASIP02 Administración Integral Riesgos Institucionales y MACP03 Planes de Mejora.	
Administración de Sistemas de Información	En el proceso SIM Administración de Sistemas de Información, se halló que solicitada la identificación y gestión de riesgos del proceso, estos no fueron suministrado.	La Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación debe formular acciones de mejora orientadas a la entrega oportuna de los reportes pertinentes al Sistema integrado de Gestión (Indicadores, Planes de mejora, Monitoreo de riesgos, etc.).	No se identificó formulación de acciones de mejora para el proceso, enfocada a la oportunidad de mejora.
Gestión y Prevención de Asuntos Disciplinarios		En el proceso Gestión y Prevención de Asuntos Disciplinarios, se observó que la explicación del riesgo no es coherente con la calificación, frente a la probabilidad e impacto antes de controles, por cuanto el riesgo se califica en probabilidad improbable y el impacto en moderado, mientras que la explicación define que la calificación para la probabilidad es muy probable que se materialice. La Oficina de Control Interno Disciplinario puede formular acciones de mejora orientadas a revisar la valoración del riesgo antes de controles y ajustar la explicación de la valoración de manera coherente.	No se identificó formulación de acciones de mejora para el proceso.

► **El proceso de identificación del riesgo es iterativo y debe estar en permanente revisión y actualización.**

La Oficina de Control Interno, evidenció en las mesas de trabajo desarrolladas para la presente evaluación, que en los procesos, la identificación de riesgos, su revisión y actualización, aún responde más a una gestión que se les ha impuesto y que cumplen de manera anual, usualmente como consecuencia de los ajustes de las metodologías dispuestas en el Ministerio para cumplir con esta labor.

En la Resolución 2363 de 2018 por la cual se crean, conforman y se definen funciones de algunos órganos de asesoría y coordinación en el Ministerio de Salud y Protección Social, entre ellos los Subcomités Integrados de Gestión, se precisa que uno de los temas a abordar en las sesiones de dichos Subcomités, mínimamente cada dos meses, *debe ser la revisión e identificación de riesgos y controles en el proceso y la promoción de acciones preventivas y correctivas pertinentes*. Sin embargo, solo algunos procesos registran en sus actas el alcance que hacen sobre los riesgos, otros no lo incluyen en ninguna de las sesiones y otros más, ni siquiera cumplen con la conformación de los Subcomités y el envío de las actas a la Oficina de Control Interno. Así se puede leer en el informe presentado por esta Oficina a propósito del seguimiento a esta observancia por parte de los procesos durante 2019.



La salud es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

► **Es importante centrarse en los riesgos más significativos para la entidad.**

De acuerdo con la Oficina de Planeación y Estudios Sectoriales, el riesgo más significativo es *incumplimiento legal al tramitar fuera de términos una petición del ciudadano*. Riesgo que gracias a los planes de mejora ha ido fortaleciendo sus controles. En la consulta efectuada a 26 de febrero de 2021 se observan las siguientes acciones implementadas por el proceso, bajo la responsabilidad de la Coordinación del Grupo de Atención al Ciudadano.

ACCIÓN	PRODUCTO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	FECHA DE SEGUIMIENTO	ESTADO DE LA ACCIÓN	EVIDENCIAS O SOPORTES EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN
Determinar que actividades del proceso GSC Gestión de Servicio al Ciudadano son susceptibles de medición y contemplar la posibilidad de caracterizarlas como indicadores.	Diagnostico de actividades analizadas y contempladas para ser medibles.	16/09/2019	29/02/2020	05/02/2021	En ejecución	(...) Seguimiento 7/12/20: En el mes de noviembre se realizó una nueva medición aplicando el formato de evaluación a la muestra seleccionada. La consolidación y análisis de resultados se encuentra en elaboración. Seguimiento 12/1/21: El proceso ha definido los parámetros y metodología para la medición del indicador de oportunidad de respuesta, los cuales se incluirán dentro del procedimiento GSCP01 en la actualización programada para enero 2021, y formalización del nuevo indicador. Seguimiento 12/1/21: Se consolida la fuente de información para formalización del indicador en el SIG.
1. Elaborar el Manual de la Política de Atención al Ciudadano institucional donde se establezcan principios, objetivos, lineamientos, responsabilidades, designación del responsable para la implementación, con los servicios, tramites, políticas, programas proyectos e iniciativas que ofrece la institución para la prestación de un servicio al ciudadano.	1. Manual de la Política de Atención al Ciudadano institucional elaborado. 2. Modelo de Gestión Pública Eficiente al Servicio del Ciudadano institucional elaborado e implementado.	07/09/2020	30/06/2021	5/02/2021	En ejecución	Para noviembre se desarrollan las siguientes actividades como insumo para la consolidación del manual y el modelo: Construcción de documento preliminar de propuesta de Incentivos para los servidores publicos de atienden de manera directa a los ciudadanos y Desarrollo de dos capacitaciones en enfoque diferencial. 5/2/21: Se publicó el Manual de atención incluyente Ministerio de Salud y Protección Social como parte integral del proceso de Gestión de Servicio al Ciudadano. https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Mapa-de-procesos/Documentosmapa/GSCM01.pdf
2. Elaborar e implementar el Modelo de Gestión Pública Eficiente al Servicio del Ciudadano (Conpes 3785 de 2013).	2. Modelo de Gestión Pública Eficiente al Servicio del Ciudadano institucional elaborado e implementado.	07/09/2020	30/06/2021	5/02/2021	En ejecución	Para noviembre se desarrollan las siguientes actividades como insumo para la consolidación del manual y el modelo: Construcción de documento preliminar de propuesta de Incentivos para los servidores publicos de atienden de manera directa a los ciudadanos y Desarrollo de dos capacitaciones en enfoque diferencial. 5/2/21: Se publicó el Manual de atención incluyente Ministerio de Salud y Protección Social como parte integral del proceso de Gestión de Servicio al Ciudadano. https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Mapa-de-procesos/Documentosmapa/GSCM01.pdf
Proyectar solicitud de la Subdirección Administrativa a la Secretaría General para establecer la viabilidad de realizar modificaciones en la infraestructura física, de cara a una posible implementación de la NTC 6047 de 2013 y otras normas vigentes.	Memorando proyectado.	07/09/2020	30/10/2020	12/01/2021	Terminado	Por parte de la Subdirección de operaciones se encuentra en elaboración el Manual para la Atención Incluyente, en el cual se definen todos los criterios para las adecuaciones físicas del Ministerio. Por lo anterior la acción formulada se enfoca en la participación del Grupo de atención al Ciudadano en la validación del contenido de dicho manual en relación con la normatividad de Atención Incluyente. Las recomendaciones de parte del Grupo de Atención al Ciudadano fueron remitidas por correo electrónico a la Subdirección de operaciones, por lo anterior se da por terminada esta acción.
Publicar los indicadores de PQRSD correspondientes a los tres trimestres de 2020 en la intranet y realizar el análisis de los indicadores para el informe correspondiente.	Informe consolidado por trimestre publicado en intranet de los indicadores de gestión de PQRSD.	21/10/2020	30/10/2020	9/11/2020	Terminado	Se realiza la publicación del Indicador en la Intranet en el link: https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Mapa-de-procesos/Paginas/GSC.aspx . Adicionalmente mediante memorando: 202042000247163 se informó a todos los procesos las nueva metodología asociada este indicador.
Realizar ajustes en la matriz de identificación y priorización de riesgos en la gestión de PQRSD y formular el plan de mejora de acuerdo con el procedimiento ASIPO2 Administración Integral Riesgos Institucionales, la Guía ASIG01 Administración Integral de Riesgos en los Procesos y el procedimiento MACP03 Planes de Mejora.	Matriz de riesgos actualizada	21/10/2020	30/11/2020	7/12/2020	Terminado	Se actualiza y publica la ficha de gestión de Riesgos del Proceso de Servicio al Ciudadano con fecha de aprobación del 20 de noviembre de 2020
Actualizar el procedimiento GSCP01 Gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones y reescribir el punto de control mencionado y determinar la forma de operativizarlo.	Procedimiento GSCP01 actualizado	05/10/2020	30/01/2021	5/02/2021	En ejecución	Se ha avanzado en el diagnóstico del proceso de Gestión al Ciudadano en desarrollo del Diseño y mejora de procesos y procedimientos que realiza la OAPES. Se solicitó plazo hasta el 31 de enero de 2021 para incorporar la actualización de la política nacional de servicio al ciudadano y la reglamentación del artículo 17 de la Ley 2052 de 2020. 12/01/2021: Se consolida información para actualización del procedimiento 5/2/2021: Se amplía la fecha para incluir a las nuevas disposiciones de Política de Servicio al Ciudadano por parte de la Función Pública.
Revisar el caso particular y los mecanismos para el cálculo de las estadísticas de PQRSD que genera el Grupo de Atención al Ciudadano.	Metodología para la generación de estadísticas (indicadores de PQRSD e informes) revisado y/o ajustado.	21/10/2020	15/11/2020	7/12/2020	Terminado	Se realiza la revisión del reporte, se valida la calidad de la información reportada y se concluye el radicado presentado como no respondido obedece a una gestión inadecuada de la herramienta de gestión documental. Por lo anterior se incluye este caso dentro de las priorizaciones de capacitación y acompañamiento de los resultados del indicador de oportunidad de respuesta.



La salud es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

ACCIÓN	PRODUCTO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	FECHA DE SEGUIMIENTO	ESTADO DE LA ACCIÓN	EVIDENCIAS O SOPORTES EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN
Revisar el caso particular y los mecanismos para el cálculo de las estadísticas de PQRSO que genera el Grupo de Atención al Ciudadano.	Metodología para la generación de estadísticas (indicadores de PQRSO e informes) revisado y/o ajustado.	21/10/2020	15/11/2020	7/12/2020	Terminado	Se realiza sesión de trabajo con la Dirección Jurídica, revisando los resultados de oportunidad de respuesta, explicando metodología de cálculo y herramientas de seguimiento estadístico, logrando estandarizar los conceptos y metodologías de cálculo para evitar las diferencias numéricas en el resultado del indicador
Establecer los lineamientos para el seguimiento de los resultados del indicador por parte de todos los Procesos de Ministerio.	Documento que establezca los lineamientos para el seguimiento de los resultados del indicador por parte de todos los Procesos de Ministerio.	20/11/2020	30/11/2020	7/12/2020	Terminado	Documento "Recomendaciones para la medición, análisis y evaluación del indicador de PQRSO" socializado y aprobado por parte de la Subdirectora Administrativa.
Definir un mecanismo de seguimiento trimestral con profesionales de enlace de cada uno de los procesos para analizar los resultados del indicador y las causas de incumplimiento a la oportunidad de respuesta.	Formalización de mecanismo de seguimiento a los resultados del indicador.	20/11/2020	30/11/2020	7/12/2020	Terminado	Mediante memorando 202042000244633 se solicitó a los Líderes de proceso la designación de un profesional de enlace para realizar el seguimiento al indicador de oportunidad de respuesta de cada proceso. Se adjunta copia del memorando. Se adjuntan listados de asistencia a mesas de trabajo desarrolladas con los procesos explicando la metodología del cálculo y seguimiento a los resultados del indicador.

En el seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno, a la Administración de Riesgos, se constató cumplimiento de las acciones, relacionadas en la ficha de riesgos. Sobre las demás acciones, la Oficina, a partir de marzo, adelantará seguimiento para la verificación de su eficacia.

En el anexo 1 del presente informe, la Oficina de Control Interno identificó oportunidades de mejora frente a cada uno de los controles.

LÍNEAS DE DEFENSA

La Oficina de Control Interno realizó para el presente informe, una aproximación al cumplimiento de los niveles de autoridad y responsabilidad frente a la gestión de riesgos, planteados en la Guía Administración Integral de Riesgos en los Procesos mediante el esquema de Líneas de Defensa.

Algunas de las evidencias de la gestión se presentan a continuación:

LÍNEA	RESPONSABILIDADES	EVIDENCIA DE GESTIÓN	
Línea Estratégica Ministro de Salud y Protección Social, Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Comité Institucional de Control Interno.	Establecer y aprobar la Política de Administración del Riesgo.	https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/Políticas.aspx	
	Analizar los cambios en el entorno (contexto interno y externo).	https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/Planeacion-estrategica.aspx	
	Realizar seguimiento y análisis periódico a los riesgos institucionales		https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Documents/Home/Informe_revision_por_la_direccion_SGC_2020.pdf
			https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/Actas-oci.aspx https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/Generalidades.aspx
	Definir el marco general para la gestión de la organización y la gestión del riesgo.	https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Documents/Home/Informe_revision_por_la_direccion_SGC_2020.pdf	
	Garantizar el cumplimiento de los planes de la entidad.	https://www.minsalud.gov.co/atencion/Paginas/transparencia-acceso-informacion.aspx	
	Analiza los riesgos y amenazas institucionales frente al cumplimiento de planes estratégicos.	https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/Planeacion-estrategica.aspx	
	Toma decisiones con base en los resultados del seguimiento, evaluación a la gestión efectiva del riesgo.	https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Documents/Home/Informe_revision_por_la_direccion_SGC_2020.pdf	
Garantizar los recursos necesarios para el desarrollo de la gestión de riesgos	https://spi.dnp.gov.co/Consultas/Detalle.aspx?vigencia=2021&periodo=1&proyecto=2018011000067		
Primera línea Líderes de proceso y equipos de trabajo	Identificar y valorar los riesgos que pueden afectar los procesos a su cargo y actualizarlos cuando se requiera.	https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/Mapa.aspx https://intranet.minsalud.gov.co/sistema-integrado/mapa-de-procesos/Paginas/default.aspx	
	Definir, aplicar y hacer seguimiento a los controles para tratar los riesgos identificados.	https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/Mapa.aspx https://intranet.minsalud.gov.co/sistema-integrado/mapa-de-procesos/Paginas/default.aspx	
	Informar a la Oficina de Planeación (segunda línea) sobre los riesgos materializados en los procesos a su cargo y aplicar las acciones de contingencia definidas.	La OAPES informa que durante 2020 no se materializó ningún riesgo.	



La salud es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

LINEA	RESPONSABILIDADES	EVIDENCIA DE GESTION
	Detectar deficiencias del control y formular e implementar las acciones correctivas necesarias.	https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/Mapa.aspx https://intranet.minsalud.gov.co/sistema-integrado/mapa-de-procesos/Paginas/default.aspx https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/Planes.aspx
	Ejecutar y mejorar los controles establecidos.	https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/Mapa.aspx https://intranet.minsalud.gov.co/sistema-integrado/mapa-de-procesos/Paginas/default.aspx
	Realizar el monitoreo y revisión en los tiempos establecidos.	La OAPES informa que los procesos a los falta desarrollar el hábito de la cultura del reporte. Durante el proceso de seguimiento, del presente informe, la OCI constató que solo algunos procesos, sabían que tenían que remitir la información del seguimiento de manera trimestral. Otros inclusive, argumentaron no conocer esta responsabilidad por desconocimiento de la Guía Administración del Riesgo. Al cierre del presente informe la OAPES, no había remitido el soporte que permitiera evidenciar dicha responsabilidad.
	Realizar la medición y análisis a la gestión efectiva de los riesgos. Identificar y valorar activos de información	Al cierre del presente informe la OAPES, no había remitido el soporte que permitiera evidenciar dicha responsabilidad.
Segunda línea Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales y servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles	Asesorar a la línea estratégica en el análisis del contexto interno y externo para la definición de la política de riesgo, el establecimiento de los niveles de impacto y el nivel de aceptación del riesgo.	https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/Planeacion-estrategica.aspx https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Documents/Home/Informe_revisión_por_la_direccion_SGC_2020.pdf
	Orientar a la primera línea en el análisis del contexto del proceso.	https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/Planeacion-estrategica.aspx https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Documents/Home/Informe_revisión_por_la_direccion_SGC_2020.pdf
	Consolidar el Mapa de riesgos institucional.	https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/Mapa.aspx
	Acompañar, orientar y entrenar a los líderes de procesos en la identificación, análisis y valoración del riesgo.	El Grupo de Desarrollo Organizacional, informa que los 27 procesos son distribuidos entre los profesionales del Grupo, quienes se encargan de cumplir con esta responsabilidad.
	Evaluar que los riesgos sean consistentes con la presente política de la entidad y que sean monitoreados por la primera línea de defensa.	El Grupo de Desarrollo Organizacional, informa que dicha responsabilidad se cumple mediante la validación metodológica que se hace de la ficha de los riesgos, por parte de los asesores de cada proceso del Grupo de Desarrollo Organizacional.
	Asegurar el correcto funcionamiento de los controles que se aplican en la primera línea de defensa	El Grupo de Desarrollo Organizacional, señala que se cumple a través del procedimiento de Auditoría Interna al SIG
	Supervisar en coordinación con los demás responsables de esta segunda línea de defensa que la primera línea de defensa identifique, evalúe y gestione los riesgos y controles para que se generen acciones.	El Grupo de Desarrollo Organizacional, precisa que se hace mediante el proceso de seguimiento.
	Supervisar la implementación de prácticas de gestión de riesgos eficaces por parte de la primera línea.	El Grupo de Desarrollo Organizacional, indica que se cumple a través de la definición de lineamientos, estrategias de socialización y acompañamiento.
	Ejercer el control y la gestión de riesgos, las funciones de cumplimiento seguridad, calidad y otras similares.	Se hace seguimiento a la calidad de la información. El tema de la seguridad es competencia del líder en Seguridad Digital.
	Apoyar la evaluación, medición y análisis de la gestión efectiva del riesgo desarrollada por los procesos.	El Grupo de Desarrollo Organizacional, indica que se cumple a través de la definición de lineamientos, estrategias de socialización y acompañamiento.
Tercera Línea Jefe de Oficina de Control Interno	Proporcionar aseguramiento objetivo sobre la eficacia de la gestión del riesgo y control, con énfasis en el diseño e idoneidad de los controles establecidos en los procesos.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=((dcispartof:"Seguimiento Mapa de Riesgos de Gestión")
	Asesorar de forma coordinada con la Oficina de Planeación, a la primera línea de defensa en la identificación de los riesgos institucionales y diseño de controles.	Se trabaja con Control Interno, en el tema de las actualizaciones metodológicas.
	Llevar a cabo el seguimiento a los riesgos consolidados en los mapas de riesgos y recomendar mejoras a la política de administración del riesgo.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=((dcispartof:"Seguimiento Mapa de Riesgos de Gestión")
	Evaluar el desarrollo de las etapas establecidas para la gestión de los riesgos institucionales.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=((dcispartof:"Seguimiento Mapa de Riesgos de Gestión")
Realizar seguimiento y evaluación a las acciones de mejora.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=((dcispartof:"Seguimiento Mapa de Riesgos de Gestión")	



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA
GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

LÍNEA	RESPONSABILIDADES	EVIDENCIA DE GESTIÓN
Tercera Línea Grupo de Comunicaciones	<ul style="list-style-type: none"> Definir e implementar la estrategia de comunicación y consulta de los riesgos institucionales. • Difundir la Política de Administración del Riesgo, mapas de Riesgo y Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 	Aplicación de los procedimientos del proceso Gestión de las Comunicaciones Públicas y Estratégicas. https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/Paginas/plan-anticorrupcion-atencion-ciudadano.aspx
Tercera Línea Grupo de Atención al Ciudadano	Liderar la formulación de las acciones asociadas a los riesgos relacionados a los trámites y servicios de la entidad. Realizar el análisis de los posibles riesgos relacionados a las PQRSD, Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias recibidas por la entidad.	Aplicación de los procedimientos del proceso Gestión del Servicio al Ciudadano https://intranet.minsalud.gov.co/ACiudadano/Paginas/Inicio.aspx

FORMULACIÓN DE RIESGOS CON OCASIÓN DE LA PANDEMIA COVID 19

A propósito de la emergencia por COVID 19, y en atención a las responsabilidades del Ministerio de Salud y Protección Social para hacerle frente a la crisis y dado el impacto que esta situación significa en la planeación de la organización y la gestión y operación de los procesos, la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales diseñó una ficha denominada *Identificación de Escenarios de Riesgos de Gestión Emergencia Covid-19*, en la que se definen cinco posibles escenarios de riesgo y cinco posibles riesgos de gestión. El propósito era que los procesos determinaran los escenarios que podrían conllevar a riesgos en su operación como parte de la atención a la emergencia del COVID-19 y en consecuencia caracterizar el o los riesgos de gestión.

	Descripción:
Escenario relacionado	Creación, ajuste o modificación de planes, programas y/o proyectos para atender la emergencia del COVID-19
	Adquisición de bienes y/o servicios para atender la emergencia del COVID-19
	Asignación de recursos financieros para atender la emergencia del COVID-19
	Asignación y/o entrega de productos y/o servicios relacionados con la atención a la emergencia del COVID-19
	Generación, producción, entrega y/o publicación de datos e información relacionada con el COVID-19
Posibles riesgos de gestión -emergencia COVID-19	Inadecuada planificación para el desarrollo de las planes/programas/ actividades relacionadas con la atención de la emergencia del COVID-19
	Inadecuada asignación/ ejecución/ control de los recursos financieros para/ asignados para la atención de la emergencia del COVID-19
	Inadecuada planeación para la prestación de los productos/ servicios relacionadas con la atención de la emergencia del COVID-19
	Inadecuado desarrollo de las actividades relacionados con la prestación de los productos/servicios para la atención de la emergencia del COVID-19
	Inconsistencia en la información/ datos producida, entregada y/o publicada relacionada con la emergencia del COVID-29
	Posterior la escogencia del escenario deberá diligenciar la ficha de riesgos.

Precisa la Oficina de Planeación que los procesos desconocieron los lineamientos. Efectivamente, en el proceso de revisión de las fichas y evaluación de controles, se pudo establecer que seis (6) de los 27 procesos, demostraron gestión frente a los lineamientos. Dos más, no incluyeron riesgos ni factores, pero hicieron saber a esta Oficina su gestión:



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA
GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

PROCESO	GESTION FRENTE A RIESGOS POR COVID
Desarrollo del Talento Humano en Salud	Identificación del riesgo: [Eficacia] Inoportuna atención de necesidades o requerimientos sobre la entrega de información y gestión de acciones para fortalecer el Talento Humano en Salud relacionada con la atención a la emergencia del COVID-19. Los controles se aplican y cumplen con los criterios de evaluación.
Planeación, Monitoreo y Evaluación de Resultados en Salud Pública	Identificación del riesgo: [Eficacia] Inoportuna atención de necesidades o requerimientos en el monitoreo y evaluación de los resultados de la Salud Pública. Algunos de los controles deben fortalecerse
Transversalización del Enfoque Diferencial	Identificación del riesgo [Eficacia] Inoportuna atención de necesidades o requerimientos para el desarrollo de los planes/ programas / actividades relacionadas con la atención de la emergencia del COVID-19. Los controles definidos están sin documentar
Control y Evaluación de la Gestión	Identificación del riesgo: Inexactitud en el desarrollo de las actividades que realiza la OCI, con ocasión de la pandemia del virus COVID-19. La identificación del riesgos y los controles deben ser fortalecidos. No se evidencia gestión.
Gestión de las Comunicaciones Públicas y Estratégicas	Identificación del factor: Afectación en el desarrollo de la planeación por afectación de la emergencia del COVID-19. No se se registran controles.
Mejora Continua	Identificación del factor: Afectación en el desarrollo de la planeación por afectación de la emergencia del COVID-19. No se se registran controles.
Soporte Informático	No identificó riesgos ni factores relacionados con COVID 19, pero evidenció gestión relacionada con el objetivo del proceso.
Gestión y Prevención de Asuntos Disciplinarios	El proceso evidenció análisis frente a la forma en que la pandemia por COVID 19, afectaría el objetivo del proceso, sus resultados determinaron la necesidad de suspender los términos de los procesos.

SEGUIMIENTO MAPAS DE RIESGOS DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS

Los resultados de los análisis efectuados sobre cada una de las fichas integrales de riesgo de gestión de los 27 procesos y de las mesas de trabajo adelantadas con los representantes de los mismos durante el mes de febrero de 2021, se consolidan en el **anexo 1** del presente informe.

La Oficina de Control Interno, con el propósito de constatar la calificación de la solidez de los controles efectuada por los procesos, diseñó una matriz en la que examinó cada una de las variables de diseño de controles a partir de lo informado en las mesas de trabajo y en los soportes consultados. Los resultados se encuentran en el **anexo 2**. Se



La salud es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

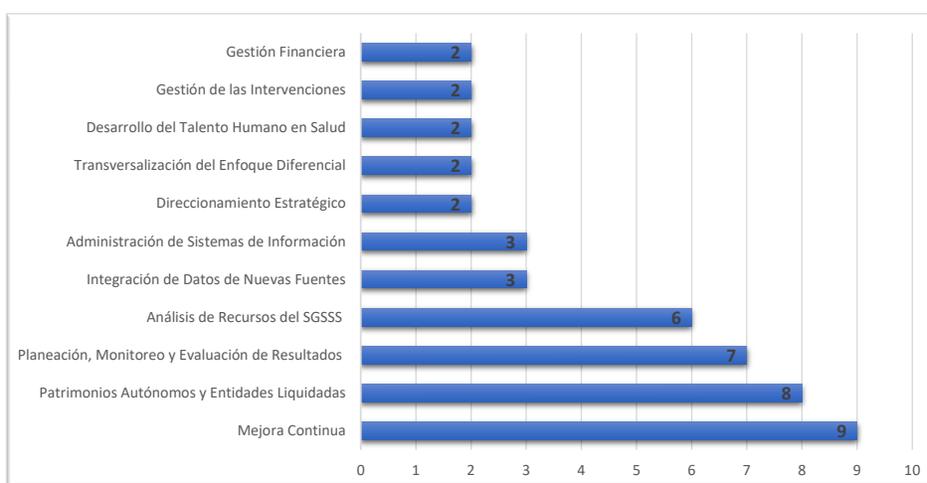
02

precisa que el peso de la evaluación del diseño del control corresponde a los mismos valores dispuestos en el Guía Administración del Riesgo, página 30.

SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORA: ACTIVIDADES DE CONTROL Y GESTIÓN DEL RIESGO

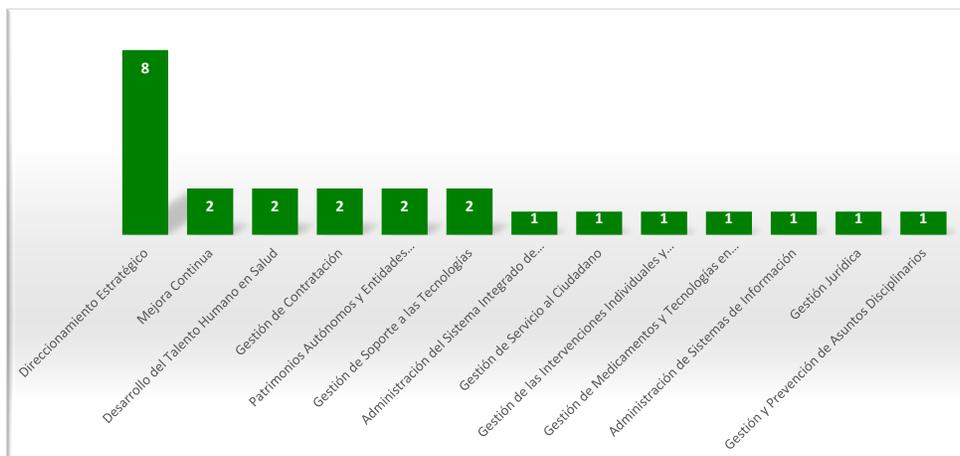
En el **anexo 3**, se presentan los resultados, sobre el cumplimiento o no de las acciones de mejora para fortalecer las actividades de control y la gestión del riesgo u oportunidad.

- a. 20 procesos formularon 55 acciones de mejora para fortalecer las actividades de control según la solidez.
- b. Los procesos con mayor cantidad de acciones formuladas fueron:



- c. Siete acciones están en ejecución. Se cumplieron 29 acciones, las 19 restantes, deben ser reprogramadas por los procesos.

Frente a la mejora para fortalecer la gestión del riesgo u oportunidad se formularon 25 acciones así:



Dos acciones están ejecución. Se cumplieron 17 acciones, las restantes 6 deben ser reprogramadas por los procesos.



La salud es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

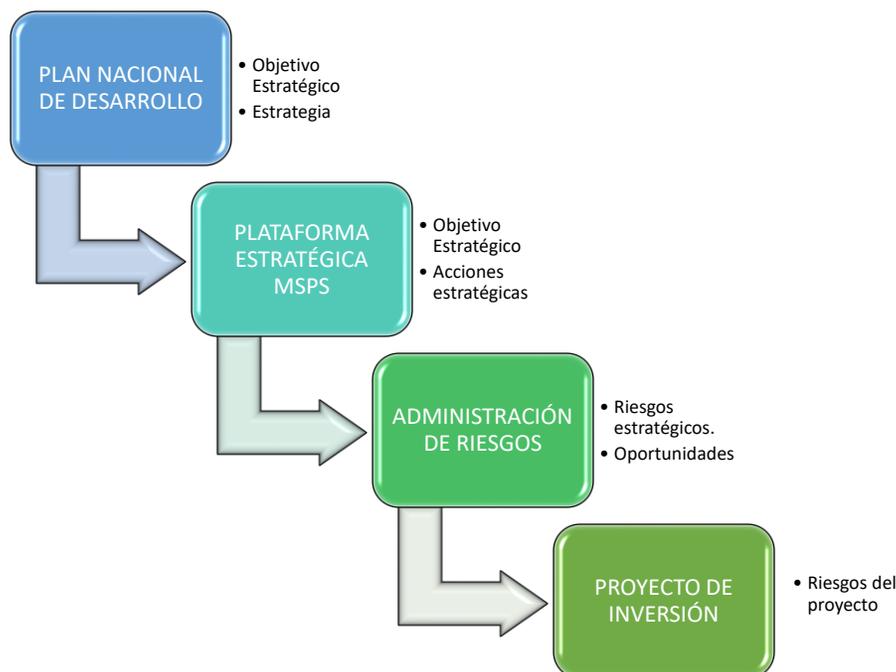
02

CONCLUSIONES GENERALES

- La Oficina de Control Interno para verificar qué tan fácil resulta evidenciar el cumplimiento de la política de operación que señala: *La gestión de oportunidades en el contexto positivo del riesgo se desarrollará solamente en el contexto estratégico a través de los riesgos estratégicos soportados en el desarrollo de los proyectos de inversión asociados a los objetivos estratégicos vigentes*; consultó en el Sistema de Seguimiento a Proyectos de Inversión SPI - DNP, los 26 proyectos que, a cierre de 2020, figuraban bajo responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

En los documentos allí dispuestos, especialmente, resúmenes ejecutivos, informes mensuales e informes anuales, se pudo evidenciar lo siguiente: i) Cada gerente de proyecto, emplea su propio formato para presentar los citados informes. ii) De los 26 proyectos de inversión, 8 relacionan en sus informes los riesgos identificados durante la formulación del proyecto, sin que se hagan precisiones sobre resultados de su gestión, solo aducen que se siguen manteniendo. iii) En los riesgos identificados por los procesos en sus proyectos de inversión, no se registra la trazabilidad de las oportunidades de mejora ni de los riesgos estratégicos, que permitan identificar concretamente, qué oportunidad de mejora o riesgo estratégico gestionan a través de los proyectos de inversión.

Como el Ministerio de Salud y Protección Social, ha decidido definir la política de operación en comento, resulta importante que su aplicación se haga explícita en la matriz de caracterización empleada por los gerentes para la definición de los riesgos de sus proyectos, de tal forma que se vea la trazabilidad:



De esta manera, resulta viable efectuar los respectivos análisis y constatar la operación de la citada política. Adicional, es importante que la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, estandarice los formatos de resúmenes ejecutivos, informes mensuales e informes anuales que los procesos disponen en el SPI, en los que naturalmente no sólo se incluya el ítem de gestión de riesgos, sino que se inste a los procesos a aplicar dichos formatos y a diligenciarlos de modo completo.



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA
GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

• Frente a los riesgos y oportunidades planteadas, en el Informe Revisión por la Dirección - 2020 Sistema Integrado de Gestión, presentados al Comité Institucional de Gestión y Desempeño en noviembre de 2020, se sugiere que para la presente vigencia, la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales deje definidas en el plan anual de implementación y mantenimiento del SIG,⁹ las acciones que adelantará para: i) *desarrollar actividades de enfoque lúdico y pedagógico para fortalecer la cultura en la gestión del riesgo y la apropiación de líneas de defensa.* ii) *Promover en los procesos la cultura del reporte y las actualizaciones requeridas.* iii) *Definir y establecer el mapa de aseguramiento en el esquema de líneas de defensa institucionales y,* iv) *formar auditores especializados para desarrollar auditorías especializadas en gestión del riesgo en los procesos.*

• Se observó que en el procedimiento ASIP02 Administración Integral Riesgos Institucionales, V5, no se incorporaron los siguientes cambios: Análisis de coherencia de los objetivos del proceso con el contexto estratégico institucional, aplicación de los criterios de priorización de los posibles escenarios de riesgo e inventario y caracterización de controles. A diferencia del Acta de cierre gestión del riesgo, elemento nuevo, que sí se incluyó (Actividad 16).

De otra parte, en el procedimiento no se incluyeron las siguientes actividades:

Los indicadores: i) El Nivel de efectividad de los controles establecidos. ii) El Nivel de cumplimiento de las acciones de tratamiento, deben ser reportados por vigencia a nivel de proceso y de la entidad.

Como resultado del análisis realizado se generarán los ajustes requeridos tanto en la metodología como en el desarrollo de las etapas establecidas a nivel de proceso y de la entidad.

La Oficina Asesora de Planeación, indicó que dichos elementos se dejaron incluidos en la Guía para la administración integral de riesgos en los procesos, porque el procedimiento no se hizo con un enfoque metodológico como sí se hizo en la Guía. No obstante, la Oficina de Control Interno sugiere que se valide su inclusión dentro del procedimiento en referencia. Dichas actividades forman parte del ciclo PHVA que deben estar registradas dentro del procedimiento, por cuanto forman parte del paso a paso del mismo. Las guías y manuales tienen, si se quiere, un enfoque más didáctico o pedagógico y es allí donde se debe ilustrar entre otros: Cómo se hace un análisis de coherencia de los objetivos del proceso con el contexto estratégico institucional; qué es un escenario de riesgos y cómo se aplican los criterios; qué comprende el inventario y caracterización de controles y qué es un acta de cierre de gestión del riesgo. Pero ello no obsta para que se excluyan del procedimiento. Máxime cuando su ejecución no es opcional.

A su vez, el reporte de los indicadores, su seguimiento, análisis y la generación de ajustes, cierran el ciclo de mejora del proceso, por lo que también deberían considerarse en el procedimiento. *El ciclo PHVA permite a una organización asegurarse de que sus procesos cuenten con recursos y se gestionen adecuadamente, y que las oportunidades de mejora se determinen y se actúe en consecuencia.*

• En el procedimiento Administración Integral Riesgos Institucionales se definieron 16 políticas de operación en tanto que, en la Guía Administración Integral de Riesgos en los Procesos, se contemplaron 14, tres de ellas incluidas en las 16 políticas que se fijaron en el procedimiento. La Oficina Asesora de Planeación indica, que en su momento no creyó conveniente su unificación. La Oficina de Control Interno, sugiere que tanto en la Guía como en el procedimiento se presenten las políticas de operación unificadas, ello permite su conocimiento, comprensión, interiorización y cumplimiento.

• Se continúan observando procesos que estando bajo el liderazgo de los viceministros y la responsabilidad de directores o Jefes de Oficina, que tienen identificados riesgos de gestión relacionados con las materias que están

⁹ A la fecha no se encuentra publicado el de la vigencia 2021: <https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/default.aspx>



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA
GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

bajo su ámbito. Así: i) En el proceso de Direccionamiento Estratégico, no se han formulado riesgos para temas que tienen una triple connotación, es decir, son estratégicos, misionales y transversales, como son: Política Pública, Asistencia Técnica y Transferencias. ii) En el proceso Gestión de la Protección Social en Salud, no se observó identificación de riesgos de la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones y Oficina de Gestión Territorial. iii) En el proceso Gestión de la Prestación de Servicios de Salud, la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres y Oficina de Calidad, tampoco identifican riesgos.

Lo anterior evidencia inconsistencia en la primera y segunda línea de defensa. A la primera, le corresponde *identificar y valorar los riesgos que pueden afectar los procesos a su cargo y actualizarlos cuando se requiera* En tanto que la segunda línea es responsable de *Supervisar en coordinación con los demás responsables de esta segunda línea de defensa que la primera línea de defensa identifique, evalúe y gestione los riesgos y controles para que se generen acciones.*

Se sugiere a la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales tomar las decisiones respectivas y promover la identificación y gestión de los riesgos, de tal forma que se asegure, que los mismos responden a la integralidad de los objetivos de los procesos.

- La Política de operación que señala: El Mapa de riesgos Institucional y el Mapa de Riesgos del Proceso deben consolidar los riesgos de gestión de procesos, corrupción y seguridad de digital aprobados. No se cumple. Se recomienda que se tomen las medidas para dar cumplimiento a esta directriz.
- La política de operación que señala: *La Oficina de Control Interno debe realizar seguimiento a los riesgos de gestión de procesos y de seguridad digital por lo menos una vez al año, cuyo informe debe ser publicado durante el mes siguiente al período.* La Oficina de Control Interno cumple con esta directriz de forma parcial: i) El seguimiento a riesgos de gestión se hace de manera anual, pero el informe se publica en el mes de febrero. ii) El informe de seguimiento a riesgos de seguridad digital, se elaboró y publicó en noviembre de 2020. Dado lo anterior, se sugiere revisar la política de operación.
- La Oficina de Control Interno realizó para el presente informe, una aproximación al cumplimiento de los niveles de autoridad y responsabilidad frente a la gestión de riesgos, planteados en la Guía Administración Integral de Riesgos en los Procesos mediante el esquema de Líneas de Defensa. Se constató, que si bien es cierto, se demuestra gestión frente a las diferentes obligaciones, también se identificaron oportunidades de mejora en cada una de las líneas.

Una de ellas, es la necesidad de fortalecer la apropiación de la cultura de la administración del riesgo y de la misma responsabilidad que se tiene frente al Sistema Integrado de Gestión. Se observa aún, que el tema sigue siendo distante para los líderes de los procesos, quienes siempre dejan en manos de unos pocos servidores, la tarea de responder por esta gestión ante la Oficina Asesora de Planeación y la Oficina de Control Interno, en calidad de primera y segunda línea de defensa, respectivamente. Pero la interiorización del sistema y del tema que ocupa el presente informe, también debe extenderse a la generalidad de los servidores de los procesos. No todos, manejan el mismo conocimiento ni demuestran la misma receptividad a la hora de evaluarse la gestión del riesgo. Sin embargo, es claro que el empoderamiento del tema, no depende solo de las actividades lúdicas o pedagógicas que puedan desarrollar la primera y segunda línea defensa, también a la primera, le corresponde asumir los compromisos que tiene frente a la adecuada administración de riesgos. El primer paso debería ser el interés por conocer cómo opera el esquema de las líneas de defensa, cuáles son sus deberes y finalmente atenderlos de manera eficiente y efectiva.



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA
GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

Dentro de este proceso de aprendizaje, también es importante que la segunda y tercera línea, asuman desde sus roles, las obligaciones que tienen a cargo de manera concluyente. Por ejemplo, es fundamental, que para la asesoría y acompañamiento a los procesos, se cumpla inicialmente con una labor de conocimiento y entrenamiento del mismo asesor, en la metodología del riesgo. De esta manera, la responsabilidad que se tiene de orientar y ejercitar a los procesos en la identificación, análisis y valoración del riesgo, se haga de forma efectiva.

También, tener la convicción, que las metodologías no solo se deben adoptar y actualizar, sino verificar que se entiendan y apliquen de manera correcta. Si bien es cierto que los procesos tienen autonomía, no es menos cierto que también deben acatar las directrices y lineamientos definidos por la organización, que como se sabe, son aprobadas por la alta dirección. Todos los procesos, dependencias e instancias al interior de la entidad, deben observarlas.

Se debe fortalecer en la segunda línea, las funciones relacionadas con: i) Evaluar para que los riesgos sean consistentes con la política de la entidad y sean monitoreados por la primera línea de defensa. ii) Asegurar el correcto funcionamiento de los controles que se aplican en la primera línea de defensa. iii) Supervisar en coordinación con los demás responsables de la segunda línea de defensa, para que la primera línea de defensa identifique, evalúe y gestione los riesgos y controles para que se generen acciones. iv) Ejercer el control y la gestión de riesgos, las funciones de cumplimiento seguridad, calidad y otras similares.

A su vez, la segunda y tercera línea de defensa, deberían propiciar espacios de conocimiento y entrenamiento, en conjunto con sus equipos de trabajo, cuando las metodologías sean actualizadas. De esta manera se consigue unificación de criterios a la hora de asesorar y evaluar, de tal forma que los procesos no continúen percibiendo que las Oficinas de Planeación y Control Interno, cumplen sus funciones de manera desarticulada y sin el debido conceso frente a las metodologías y su correcta aplicación.

En diciembre de 2020, el Departamento Administrativo de la Función Pública, hizo pública la versión 5 de la Guía de administración para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, esta nueva actualización trae cambios importantes especialmente en la identificación y valoración de los riesgos de gestión. En esta última, por ejemplo, el DAFP propone criterios para el análisis de probabilidad e impacto del riesgo ajustando la tabla para el análisis de probabilidad y la matriz de calor, por cuanto considera la afectación económica y reputacional como aspectos principales frente a la posible materialización de los riesgos. Así mismo, propone una nueva tabla de análisis para calcular los movimientos en la matriz de calor.

De acuerdo con lo informado por la Oficina Asesora de Planeación, el próximo 15 de marzo se tiene prevista una reunión con el DAFP para puntualizar sobre algunos aspectos específicos de la metodología. En atención a esta situación, la Oficina de Control Interno, se permite sugerir lo siguiente: Si es del caso, ajustar la metodología siguiendo la estructura, premisas y nuevos criterios definidos por el DAFP, no obstante analizar la conveniencia o no de iniciar su implementación durante la presente vigencia, teniendo en cuenta que: i) los procesos no han terminado de conocer, interiorizar e implementar de manera integral, los ajustes que se surtieron el año anterior en la metodología. ii) Los permanentes cambios en los procedimientos, no favorecen para que el tema sea aceptado en los procesos, que lo siguen viendo como una imposición a cargo de unos pocos. iii) Para lograr un nivel de aprendizaje en la identificación y valoración del riesgo, es importante que las metodologías tengan alguna permanencia o continuidad, en aras de alcanzar una maduración en su conceptualización y aplicación. Lo que también favorece, a conseguir un estado de madurez del riesgo, para pasar de una fase de implementación, a la de administración, hasta llegar a la de optimización.



La salud
es de todos

Minsalud

PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA
GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

Dado lo anterior, se plantea la posibilidad de realizar la actualización de la metodología durante la presente vigencia e iniciar su socialización e interiorización por proceso, en el primer bimestre de 2022 y su implementación, durante el segundo bimestre. Esta metodología podría ayudar a que la actualización tenga una mayor aceptación y mejor implementación. En esta línea, se sugiere continuar con la implementación de la actual metodología e instar a los procesos para que cumplan con sus lineamientos y aplicar las mejoras propuestas por esta Oficina.

SOPORTES DE LA REVISIÓN

- Documentación publicada en el SIGI adjunta a cada proceso.
- Mapas de Riesgos por proceso.
- Entrevistas con líderes de procesos o representantes de los mismos.

Elaboró:

JOHANNA CAROLINA TOVAR SILVA

RUBY ROCIO CASTRO CONTRERAS

Revisó: SANDRA LILIANA SILVA CORDERO