FECHA DE INFORME:	10 de marzo de 2020
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
- Guía para la Administración Integral de riesgos en los procesos.
- 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. Octubre de 2018.
- 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 que especifica: *La Oficina de Control Interno realiza seguimiento al Mapa de*

Riesgos Institucional ver ASIG01 Guía 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. (actividad 13)

A su vez la Guía para la Administración Integral de riesgos en los procesos, precisa que *la Oficina de Control Interno realiza 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. Análisis de las metodologías y/o procedimientos establecidos en el Ministerio para la administración de los riesgos asociados a los procesos del Sistema Integrado de Gestión 2019.
b. Diseño base de datos para verificar: i) la trazabilidad del análisis del entorno, los factores de riesgo priorizados, los preponderados en las fichas de los riesgos y los realmente controlados. ii) las escalas adoptadas para el análisis y la valoración de los riesgos y los cálculos automáticos de la ficha integral de riesgos.
c. Revisión preliminar sobre cada uno de los Mapas de Riesgos caracterizados y publicados en el SIG, a 30 de enero de 2020.
d. Desarrollo de mesas con los líderes de los procesos y sus correspondientes equipos de trabajo.
e. Entrevista con el líder del procedimiento Administración Integral de riesgos institucionales.
f. Consolidación de la información y elaboración de informe.

OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS

POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

La Política de Administración de Riesgos vigente en el Ministerio fue aprobada por el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno en sesión del 2 de abril de 2019.

Política que señala que el *Ministerio de Salud y Protección Social se compromete a* ***controlar los riesgos que puedan impedir el cumplimiento de los objetivos*** *institucionales mediante una efectiva administración de los mismos, contemplando el desarrollo de herramientas y estrategias de gestión que respondan a las necesidades de la entidad, contando con la* ***participación activa de los Líderes de los Procesos*** *del Sistema Integrado de Gestión Institucional y de sus equipos de trabajo*. (Negrilla fuera de texto)

Para el efecto, se establecieron líneas de acción por cada enfoque de riesgo. Para los de gestión y de corrupción se unificaron las siguientes:

- Establecer estrategias eficaces de aseguramiento desde la identificación hasta el tratamiento de los riesgos de mayor impacto para la entidad.
- Fortalecer la efectividad de los controles existentes.
- Promover mecanismos a nivel de cultura organizacional enfocadas a la adopción del pensamiento basado en riesgos.

En el informe semestral de Administración del Riesgo, julio-diciembre de 2019, de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, se precisan los siguientes avances en cada una de las líneas:

Establecer estrategias eficaces de aseguramiento desde la identificación hasta el tratamiento de los riesgos de mayor impacto para la entidad*. Durante 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 procesos.*
Fortalecer la efectividad de los controles existentes*. 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 auditoria interna de calidad.*
Promover mecanismos a nivel de cultura organizacional enfocadas a la adopción del pensamiento basado en riesgos*. A través de SaludNet se realizó la divulgación de la política de administración de riesgos, y el rol de las líneas de defensa a través de los boletines de la Oficina de Control Interno.*[1]

Durante las mesas de trabajo con los representantes de los procesos se pudo evidenciar que el conocimiento de la Política de Administración de Riesgos, requiere fortalecimiento en su

[1] Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales. Informe semestral de Administración de riesgos 2019. Sistema Integrado de Gestión. Enero de 2020

socialización para lograr suficiente apropiación de los conceptos básicos definidos en ésta. Hubo procesos que no consiguieron ubicarla en la intranet institucional o que se aprendieron la ruta pero su nivel de interiorización fue bajo o nula, en total fueron 18 procesos, que no demostraron conocimiento general sobre los principios de la gestión del riesgo; el ciclo de gestión del riesgo; el esquema de las Líneas de Defensa y las líneas de acción establecidas para los riesgos de gestión. Los 9 procesos restantes, mostraron conocimiento sin que el mismo se haya ajustado, de manera integral, a una correcta interpretación.

Por ello se sugiere fortalecer y diversificar las actividades de cada línea. Primero, promover el conocimiento sobre la política, el contexto estratégico y las metodologías de administración de riesgos. Con la apropiación de estos documentos, se estará dando un avance significativo hacia la consolidación de las tres líneas. Pero también es importante planear e implementar acciones, estrategias y mecanismos, encaminadas a lograr el objetivo final de cada línea: La administración de los riesgos de mayor impacto para la entidad, el diseño efectivo de los controles y una cultura organizacional fundamentada en el aseguramiento.

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*.

En la intranet institucional, en el enlace "Direccionamiento Estratégico" se observan dos documentos: Contexto estratégico de seguridad de la información 2019 y Contexto estratégico MSPS (**2018**).[2] Adicional en el enlace: https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/Planeacion-estrategica.aspx, se encuentra documento denominado Plataforma Estratégica 2018-2022.

La Oficina de Planeación y Estudios Sectoriales, informó que el contexto fue actualizado el año anterior, con ocasión de la expedición de la Ley 1955 de 2019 – Plan Nacional de Desarrollo, que a su vez conllevó a la reformulación de la plataforma estratégica. El documento se encuentra publicado en la web institucional en la sección Direccionamiento del Sector: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/plan-estrategico.aspx

No obstante, que el documento Plataforma Estratégica 2018 – 2022, fue producto de un *ejercicio eminentemente participativo, promovido desde la Alta Dirección en cabeza del Señor Ministro y con el liderazgo de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales,* se evidenció que los participantes en las mesas de trabajo promovidas por la OCI para el presente seguimiento, no sabían ubicar con exactitud el documento en la web y su conocimiento fue impreciso y en otros solo aproximado. Incluso, se constató que su consulta a la hora de definir el contexto del proceso fue mínima. Pese a que en la Guía se establece: *La identificación del riesgo se lleva a cabo determinando las causas con base en el contexto interno, externo y del proceso que pueden afectar el logro de los objetivos. Algunas causas externas no controlables por la entidad se podrán evidenciar en el análisis del contexto externo, para ser tenidas en cuenta en el análisis y valoración del riesgo.*

[2] https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/Direccionamiento.aspx

La Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, del Departamento Administrativo de la Función Pública señala:
...Una vez determinados estos lineamientos básicos, es preciso analizar el contexto general de la entidad para establecer su complejidad, procesos, planeación institucional, entre otros aspectos, lo anterior para conocer y entender la entidad y su entorno, lo que determinará el análisis de riesgos y la aplicación de la metodología en general.[3]

La NTC-ISO 31000:2018, especifica: *El contexto del proceso de la gestión del riesgo se debería establecer a partir de la comprensión de los entornos externo e interno en los cuales opera la organización y debería evidenciar el entorno específico de la actividad, en la cual se implementará la gestión del riesgo.*[4]
La comprensión del contexto es importante porque:

- *La gestión del riesgo se desarrolla en el contexto de los objetivos y las actividades de la organización.*
- *Los aspectos organizacionales pueden ser una fuente generadora de riesgo*
- *El propósito y alcance del proceso de la gestión del riesgo puede ser interrelacionado con los objetivos de la organización como un todo.*

En este sentido, el documento *Plataforma Estratégica 2018 – 2022*, que incluye la DOFA institucional, también debe ser objeto de socialización y como lo señaló el entonces señor Ministro Juan Pablo Uribe Restrepo: *Invito en particular a los colaboradores del Ministerio de Salud y Protección Social* ***a apropiar este documento, e incorporarlo*** *–con el entusiasmo que nos caracteriza– en los planes, programas, proyectos y labores específicas que a diario emprenden desde sus propias dependencias en pro de una mejor salud para los habitantes de Colombia*. (Negrilla fuera de texto)

Dado justamente el cambio de administración, se sugiere revisar la pertinencia de la actualización del documento, considerando que los retos de la jefatura anterior se concentraba en los *esfuerzos para afrontar el reto de un sistema con mayor equidad, teniendo siempre como centro a las personas y al paciente, ahora se concentran en la* ***triple meta*** *que he propuesto: mejorar el estado de salud de las comunidades; una experiencia de salud digna y respetuosa; y, responsabilidad financiera, así como en* ***cinco ejes orientadores*** *para nuestra gestión: visión de largo plazo, calidad, salud pública, talento humano en salud y sostenibilidad.*

Y también para dar cumplimiento a 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.*

PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN INTEGRAL DE RIESGOS INSTITUCIONALES Y GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN INTEGRAL DE RIESGOS EN LOS PROCESOS

Los documentos metodológicos fueron aprobados en abril de 2019. De acuerdo con la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, su socialización fue realizada en una reunión con los facilitadores y acompañamiento a cada proceso mediante la asesoría individualizada.

[3] Departamento Administrativo de la Función Pública. Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Versión 2018.
[4] NTC-ISO 31000: 2018

Sobre estos documentos se propone:

- Incluir dentro de las definiciones, el significado de "control detectivo" y en la Guía dar ejemplos prácticos. Se observó falta de unidad de criterio tanto en su enunciado como en su aplicación.

- Describir la forma en que se cumple con la actividad dos del procedimiento: *Identificar los riesgos estratégicos.* Atendiendo a la consideración general de la Guía que especifica: *Se deberán identificar* ***y gestionar los riesgos estratégicos***. Única referencia que se encuentra frente a los riesgos estratégicos.

- Verificar el punto de control que se registra en el procedimiento con el nombre "lista de chequeo", para las actividades 3 a 7. Ninguno de los procesos pudo referenciar su aplicación.

- Incluir metodología para que los procesos puedan cumplir con la actividad cuatro del procedimiento, es decir, la identificación y priorización de los riesgos más significativos del proceso.

- Diseñar metodología para el análisis de causas y su respectiva priorización. Teniendo en cuenta que en la Guía se establece: *Posterior a la consolidación de los resultados obtenidos en las debilidades y amenazas* ***se deben priorizar de manera objetiva*** *aquellas que podrían generar un mayor impacto en el cumplimiento del objetivo del proceso.* En el análisis de cada uno de los riesgos efectuado por la OCI contenido en el anexo 1, se evidencia la falta de priorización objetiva y de trazabilidad entre los resultados del contexto del proceso y los factores de riesgo finalmente consignados en las fichas de riesgo.

- Incluir en el procedimiento como evidencia de este ejercicio, un registro de control, en el que también se pueda observar el cumplimiento de la siguiente directriz: *El proceso debe determinar inicialmente si el riesgo de la vigencia anterior se mantiene, si se generaron nuevos escenarios de riesgo o si el riesgo se ha materializado.*

- Fortalecer el contenido de la Guía en cuanto a los controles: Qué es y qué no es un control, cómo se identifican, cómo se definen.

- Fortalecer la explicación relacionada con las variables o criterios de evaluación del diseño del control y/o analizar la pertinencia de ajustar las preguntas.

- Verificar la actividad 11 del procedimiento, por cuanto en la práctica se cumple de otra forma. A la fecha, el monitoreo a los riesgos se realiza a partir de un formulario web dispuesto por la Oficina Asesora de Planeación, a través del cual los procesos dan respuesta a una serie de preguntas y planteamientos que el Grupo de Desarrollo Organizacional recepciona y consolida trimestralmente con el fin de elaborar el *documento que evidencia el monitoreo realizado frente al riesgo.* De esta actividad a los procesos nos les queda soporte alguno que demuestre su cumplimiento y que les permita hacer trazabilidad y seguimiento. Tampoco se advierte el citado documento, que debería permitir evidenciar trimestralmente: *Las acciones de tratamiento se están desarrollando correctamente. Los controles establecidos se encuentran operando con normalidad. Si se han generado alertas tempranas. Si existen riesgos emergentes y Si el riesgo se ha materializado.*

- Precisar el alcance de la actividad 14 en cuanto a: *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*. Los procesos no saben la forma en que se debe ejecutar esta actividad, máxime cuando como punto de control se registra: *Informe/Reporte de evaluación de la gestión efectiva del riesgo aprobado por el Líder del proceso.*

En cuanto a las políticas de operación, relacionadas con riesgos de gestión, incluidas en el procedimiento y las consideraciones generales definidas en la Guía, se plantean las siguientes situaciones:

POLÍTICAS DE OPERACIÓN:

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

Se observa cumplimiento de esta política de operación. Es decir cada uno de los 27 procesos documentados en el MSPS tiene sus respectivas fichas de riesgos: Un proceso tiene identificados 4 riesgos; tres procesos, tres riesgos; siete procesos identificaron dos riesgos; los restantes 16 procesos solo identificaron un riesgo. Sin embargo, se advierten procesos que estando bajo el liderazgo de los Viceministros y la responsabilidad de Directores o Jefes de Oficina, no evidencian identificación de riesgos relacionados con las materias que están bajo su órbita. Este es el caso de:

Gestión de la Protección Social en Salud. 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. Se evidencia ficha integral de riesgos administrado 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 proceso de Direccionamiento Estratégico, es liderado por Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales y como corresponsables figuran: Ministro de Salud y Protección Social, Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios, Viceministro de la Protección Social, Coordinador del Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales, Coordinador Grupo de Estudios Sectoriales y de Evaluación de Política Pública y Coordinador Grupo de Planeación. Sin embargo y no obstante, la connotación especial que le cabe a dicho proceso, solo se evidencian dos riesgos: Inexactitud en la formulación de planes, programas y/o proyectos asociados a la planeación estratégica del Ministerio de Salud y Protección Social, e Inadecuada planificación para la formulación de la agenda de cooperación internacional que incluya elementos como: Estrategias, recursos y/o trámites para el Ministerio de Salud y Protección Social. Sin que el desarrollo de sus fichas de riesgos agote la complejidad de su nombre. Se obvian riesgos frente a aspectos tan fundamentales como: Política pública, asistencia técnica, estudios e investigaciones y proyectos de inversión.
Una evidencia más, de la necesidad de fortalecer las líneas de acción de los riesgos de gestión.

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

Se observa cumplimiento de esta política de operación.

- **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.**

Se evidenció cumplimiento de la política de operación. Sin embargo, la forma en que están expresadas las variables para el análisis de controles, no facilita su comprensión y por ende la respuesta. Lo cual podría afectar la calificación de su nivel de solidez y la posibilidad de formular acciones para fortalecer los controles y generar oportunidades.

Se sugiere ampliar su explicación en la Guía o redactarlas de tal forma que sea suficiente para su correcto diligenciamiento. Los criterios que demostraron mayor confusión a la hora de dar una respuesta fueron: ¿El responsable tiene la autoridad y adecuada segregación de funciones en la ejecución del control? ¿Las actividades que se desarrollan en el control realmente buscan por si sola prevenir o detectar las causas que pueden dar origen al riesgo, ejemplo: Verificar, Validar Cotejar, 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?

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

Solo 3 procesos cumplen con esta política de operación: Gestión de Contratación, Gestión Financiera y Gestión y Prevención de Asuntos Disciplinarios, sobre este último, se observan dos fichas: GYPR01 y GYPR03, la primera contentiva de los riesgos de gestión y seguridad de la información y la segunda, con la identificación de un riesgo de corrupción. Se sugiere su unificación.

Los 24 procesos restantes se presentan así: 14 evidencian en sus mapas solo identificación de riesgos de gestión; 5 cuentan con riesgos de gestión y corrupción; 5 con riesgos de gestión y seguridad de la información.

De otra parte se observaron las siguientes situaciones: Para el proceso de Gestión de la protección social en salud, se evidencia la publicación de dos fichas, una por cada Subdirección, GPSR01 y GPSR02 cada una con riesgos de gestión y corrupción. Se sugiere su unificación.

Para el proceso Administración de sistemas de información, se observan dos fichas SIMR01 y SIMR02. La primera corresponde a la ficha del proceso Administración del Sistema Integrado de Gestión. Se sugiere su eliminación de este espacio.

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

No se observa cumplimiento de esta política de operación para la generalidad de los procesos. La aprobación y publicación de fichas de riesgos, de acuerdo con la fecha registrada en las mismas, se adelantó durante el segundo trimestre de 2019, lo que significa que los reportes se debían generar en septiembre y diciembre. De acuerdo con la base de datos manejada por el Grupo de Desarrollo Organizacional, para el primer corte, reportaron 16 de los 27 procesos en tanto que para el segundo, solo lo hicieron 3.

Adicional, los procesos que reportaron, indican que producto de esta actividad no les queda soporte alguno que evidencie su cumplimiento y que les permita su trazabilidad y seguimiento.

Se sugiere tomar medidas en este sentido, considerando que puede ser insumo para cumplir con la actividad 14 del procedimiento.

PERIODO	FECHA DE REPORTE	PROCESOS
1er monitoreo (septiembre - 2019)	09/10/2019	PSS Gestión de la Prestación de Servicios en Salud
1er monitoreo (septiembre - 2019)	15/10/2019	PSS Gestión de la Prestación de Servicios en Salud
1er monitoreo (septiembre - 2019)	15/10/2019	GFI Gestión Financiera
1er monitoreo (septiembre - 2019)	15/10/2019	GFI Gestión Financiera
1er monitoreo (septiembre - 2019)	15/10/2019	TED Transversalización del Enfoque Diferencial
1er monitoreo (septiembre - 2019)	16/10/2019	GMT Gestión de Medicamentos y Tecnologías en Salud
1er monitoreo (septiembre - 2019)	17/10/2019	PSP Planeación, Monitoreo y Evaluación de los Resultados en Salud Pública
1er monitoreo (septiembre - 2019)	25/10/2019	PSP Planeación, Monitoreo y Evaluación de los Resultados en Salud Pública
1er monitoreo (septiembre - 2019)	17/10/2019	GDO Gestión Documental
1er monitoreo (septiembre - 2019)	17/10/2019	GTH Gestión del Talento Humano
1er monitoreo (septiembre - 2019)	17/10/2019	GTH Gestión del Talento Humano
1er monitoreo (septiembre - 2019)	18/10/2019	PEL Patrimonios Autónomos y Entidades Liquidadas
1er monitoreo (septiembre - 2019)	18/10/2019	PEL Patrimonios Autónomos y Entidades Liquidadas
1er monitoreo (septiembre - 2019)	18/10/2019	ABI Administración de Bienes e Insumos
1er monitoreo (septiembre - 2019)	18/10/2019	ABI Administración de Bienes e Insumos
1er monitoreo (septiembre - 2019)	18/10/2019	ABI Administración de Bienes e Insumos
1er monitoreo (septiembre - 2019)	22/10/2019	GST Gestión de Soporte a las Tecnologías
1er monitoreo (septiembre - 2019)	22/10/2019	DES Direccionamiento Estratégico
1er monitoreo (septiembre - 2019)	23/10/2019	GYP Gestión y Prevención de Asuntos Disciplinarios
1er monitoreo (septiembre - 2019)	23/10/2019	ASI Administración del Sistema Integrado de Gestión
1er monitoreo (septiembre - 2019)	23/10/2019	APF Análisis de Recursos del SGSSS y Planeación Financiera Territorial
2do monitoreo (diciembre - 2019)	07/01/2020	Control y evaluación de la gestión
2do monitoreo (diciembre - 2019)	15/01/2020	Control y evaluación de la gestión
2do monitoreo (diciembre - 2019)	15/01/2020	Control y evaluación de la gestión
2do monitoreo (diciembre - 2019)	20/01/2020	Gestión Jurídica
2do monitoreo (diciembre - 2019)	16/01/2020	Gestión de la protección social en salud
2do monitoreo (diciembre - 2019)	10/01/2020	Gestión de la protección social en salud

Fuente: Grupo de Desarrollo Organizacional

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

Se evidenció cumplimiento.

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

Se evidenció cumplimiento.

- **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 (seguridad de la información) con la justificación correspondiente.**

Se evidenció cumplimiento. 6 riesgos fueron eliminados.

- **La Política de Administración de Riesgos 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.**

Se observa cumplimiento de esta política de operación.

- **Los riesgos identificados deben estar asociados a las categorías pre-establecidas.**

Efectivamente los riesgos identificados se acogen a las categorías pre-establecidas. No obstante se precisa su revisión por cuanto las temáticas en todos los casos, no resulta fácil relacionarlas con el riesgo identificado.

- **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.**

Se observa cumplimiento de esta política de operación. Sin embargo, los procesos indicaron que dicha actividad les significa un doble trabajo: El registro en las fichas del riesgo y en la matriz de Formulación y seguimiento de acciones preventivas y correctivas.

- **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.**

Se observa cumplimiento de esta política de operación.

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

Política de operación que requiere precisión. El líder del proceso es el responsable de gestionar los riesgos identificados. Durante las mesas de trabajo adelantadas por la OCI para el presente informe, de los 27 líderes, 11 participaron en las reuniones de seguimiento.

- **La gestión de oportunidades en el contexto positivo del riesgo se desarrollaran solamente en el contexto estratégico.**

No se observó que algún proceso abordara la gestión de oportunidades.

CONSIDERACIONES GENERALES: GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN INTEGRAL DEL RIESGO

- **Se deberán identificar y gestionar los riesgos estratégicos.**

Por enfoque del riesgo y por su condición de estratégicos, 9 procesos identificaron riesgos con esta connotación, no obstante no se observan riesgos gestionados asociados directamente con asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, como: formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud; dirigir, orientar, coordinar y evaluar el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales. Así como riesgos referidos a los objetivos y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo, Objetivos Transformacionales (OT), Compromisos con la Unidad de Cumplimiento (UC) , Objetivo de Desarrollo Sostenible, Proyectos de Inversión del ministerio (PI). Todos estos priorizados en el documento de plataforma estratégica.

De otra parte, se observó que en: https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Paginas/Planeacion-estrategica.aspx#pla, se encuentra publicado un archivo denominado Riesgos Estratégicos 2019, que incluye seis riesgos relacionados con cada uno de los objetivos estratégicos definidos en la Plataforma Estratégica 2018 - 2022. No obstante, no se evidenciaron las fichas integrales del riesgo para verificar la aplicación metodológica y la efectividad de los controles. (ASIF 09)

La actividad dos del procedimiento, precisa: Identificar los riesgos estratégicos: Tomando los resultados del Contexto Estratégico del MSPS se identificarán los riesgos estratégicos relacionados. Como responsable figura el Jefe de la OAPES. Sin embargo, en el transcurso del procedimiento ni de la Guía se describe cómo se gestionarán dichos riesgos.

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

Proyecto de inversión de OAPES.

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

Se evidencia cumplimiento de este lineamiento. Se observaron especialmente ajustes a los procesos y procedimientos en cuanto a sus objetivos y actividades e identificación de riesgos.

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

Se evidencia cumplimiento de este lineamiento.

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

Es una directriz sobre la cual es preciso recabar. Los procesos continúan viendo al SIG como una carga más de trabajo. Específicamente, con respecto a los riesgos, el diligenciamiento de la ficha es lo que más les ha parecido complejo. La revisión de los riesgos aún no forma parte de la cultura organizacional de los procesos.

- **Los líderes de procesos pueden realizar reuniones con los miembros de su equipo de trabajo, cuyo propósito sea identificar riesgos y factores de riesgo para el proceso o la entidad.**

Se evidencian listados de asistencia y actas de Subcomité Integrado de Gestión. Sin que el contenido de dichos soportes permitan evidenciar toma de decisiones o análisis más allá de lo referencial.

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

En el anexo 1 adjunto al presente informe, se evidencia que los procesos aún no han identificado los riesgos más significativos que pueden afectar el logro del objetivo del proceso. En algunos casos el riesgo ni siquiera está orientado a la misionalidad del proceso y en otros, solamente están enfocados al aseguramiento de la eficacia del objetivo del mismo.

El procedimiento Administración integral de riesgos institucionales, precisa en la actividad 4 que: *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...*Sin que en la Guía se observen lineamientos sobre la forma en que se deben identificar los riesgos más significativos y su respectiva priorización.

- **El Formato de 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.**

Se evidencia cumplimiento de este lineamiento.

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 2020, se consolidan en el **anexo 1** del presente informe.

SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORA FRENTE AL RIESGO

En el anexo 2, se presentan los resultados (Cumplida – No cumplida), frente a esta gestión de las acciones de mejora para fortalecer las actividades de control y la gestión del riesgo u oportunidad.

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:

RUBY ROCIO CASTRO CONTRERAS

MARIA NINA ZAMBRANO TRUJILLO

Revisó: SANDRA LILIANA SILVA CORDERO