


Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	1 de 32		

PRELIMINAR <input type="checkbox"/>	DEFINITIVO <input checked="" type="checkbox"/>
Elemento Organizacional Evaluado:	Gestión de Riesgos 2023
Unidad Administrativa:	Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional
Líder del elemento organizacional evaluado:	Fernando de Jesús Vergara Vélez – Jefe Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional Yolanda Jaramillo Profesional Especializada Oficina de Planeación
Equipo evaluador:	Adolfo Marulanda Calle, Claudia González González, Héctor Vallejo Velásquez Profesionales - Especializados Oficina Control Interno y Evaluación
Fechas de realización de la evaluación:	5 febrero a 7 marzo de 2024
Fechas de presentación del informe:	Abril 05 de 2024


1. Evaluación:

1.1. Objetivo de la evaluación:

Proporcionar una evaluación objetiva a la Gerencia y Comité Coordinador de Control Interno sobre el diseño, y efectividad de las actividades de administración del riesgo en la ESE Metrosalud, asegurando que los riesgos claves o estratégicos, entre ellos, aquellos fiscales, de corrupción, operativos, de seguridad de la información, entre otros estén adecuadamente definidos, sean gestionados apropiadamente, repercutiendo en la operación y eficacia del sistema de control interno.

1.2. Objetivos Específicos:

1. Evaluar la eficacia y la mejora del sistema de gestión de riesgos evidenciando como ésta apoya el cumplimiento de los objetivos y la misión de la organización.
2. Verificar que los riesgos significativos están identificados, evaluados y se hayan definido respuestas apropiadas para su mitigación.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	2 de 32		

3. Proporcionar información sobre la gestión del sistema de riesgos, permitiendo a la Gerencia y Comité Coordinador de Control Interno la toma de acciones y decisiones para la mejora del sistema de control interno.
4. Evaluar las estrategias de implementación y despliegue del sistema de gestión de riesgos en todos los niveles de la ESE y su relación con la materialización de estos.

1.3. Alcance de la evaluación:

Sistema de gestión de riesgos documentados en la ESE Metrosalud, acorde con la política de riesgos, los mapas de riesgos de los procesos, la evaluación de la eficiencia de los controles y la materialización de los riesgos. Se incluyen los diferentes subsistemas de gestión de riesgos aplicables a la entidad.

1.4. Limitaciones:

Durante la ejecución de esta evaluación no se presentaron limitaciones.

1.5. Instrumentos aplicados:


1. PV01 FR 21 FR Formato evaluación de la gestión del riesgo 2023
2. PV01 FR 21 FR Formato evaluación - cumplimiento de los lineamientos establecidos en el manual institucional gestión riesgos 2023.
3. PV01 FR 15 FR Matriz evaluación controles.
4. Matriz para determinar el nivel de madurez del componente de evaluación de riesgos según COSO 2013. Adoptado de la plataforma www.auditool.org.
5. Encuesta evaluación del despliegue del sistema gestión de riesgos.

1.6. Muestra:

De acuerdo a la metodología planteada por el equipo auditor, se evaluó para la presente auditoría seis mapas de riesgos de igual número de procesos.

Se aplica muestreo selectivo de los mapas de riesgos de los procesos en la vigencia 2023 basado en criterios de priorización:

1. Procesos con riesgos inherentes extremos.
2. Procesos priorizados en el plan general de evaluaciones 2023.
3. Riesgos materializados.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	3 de 32		

De acuerdo a los criterios establecidos previamente se priorizaron para la evaluación los siguientes procesos: Atención en promoción y prevención – Atención quirúrgica – Gestión servicio farmacéutico – Atención ambulatoria - Gestión financiera – Gestión Bienes y servicios; para un total de seis mapas con 22 riesgos y 161 controles dentro del alcance.

1.7. Contexto: información relevante o estratégica de la unidad auditable.


En la ESE Metrosalud para el ciclo 2021–2023 y de acuerdo a la metodología establecida, se formularon 23 mapas de riesgos, uno por cada proceso (misionales – estratégicos – apoyo – evaluación), con un total de 85 riesgos y 411 controles.

La estructura documental en la ESE Metrosalud del sistema consta de: el Manual de Sistema de Gestión de Riesgos, la política institucional de Riesgos, los mapas de riesgos de los procesos, el plan de tratamiento y los reportes de materialización de los riesgos. Adicional se incorporaron los lineamientos para la documentación e implementación de los subsistemas de riesgos establecidos en la Circular 04-5 de 2021 y 0003 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud.

La oficina de Control Interno en cumplimiento del rol de evaluación del Sistema de Gestión de Riesgos: 1) en las auditorías internas se evalúan los riesgos y controles de cada unidad auditable, 2) semestralmente en la evaluación del informe independiente al Sistema de Control Interno el cual incluye el componente de gestión de riesgos, para la presente evaluación se toman los resultados de la vigencia 2023, el cual arrojó un nivel de cumplimiento del 53%, con una disminución de sus resultados del 13% comparado con el periodo 2022, y 3) anualmente se hace auditoría al Sistema de Gestión de Riesgos, siguiendo los lineamientos del Decreto 648 de 2017 el cual en su “ARTÍCULO 2.2.21.5.3 “De las oficinas de control interno. Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento y relación con entes externos de control. El Departamento Administrativo de la Función Pública determinará los lineamientos para el desarrollo de los citados roles.”. En septiembre de 2023 se actualiza por la Función Pública la Guía Rol de las Unidades u Oficinas de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces. Versión 3.

La guía establece dos ámbitos de acción de la oficina de control interno en la evaluación de la gestión de los riesgos:

1. “Para el desarrollo de este rol se debe brindar asesoría a los responsables y ejecutores de los procesos y proyectos (primera línea de defensa), respecto a metodologías y herramientas para la identificación, análisis y evaluación de riesgos”.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	4 de 32		

2. “En el marco de la evaluación independiente se deberán señalar aquellos aspectos que se consideren una amenaza para el cumplimiento de los objetivos de los procesos. En tal sentido el Jefe de control interno debe pronunciarse sobre la pertinencia y efectividad de los controles”

Se toman como fuentes adicionales de información los siguientes:

- Informes de auditoría interna de la oficina de control interno de la vigencia 2023.
- La PV01 FR 15 MATRIZ DE EVALUACIÓN CONTROLES UNIDAD AUDITABLE de los procesos priorizados.
- Informes de la evaluación independiente al sistema de control interno 2023-1 y 2023-2.
- Análisis consolidado de los mapas de riesgo de los procesos organizacionales vigentes en el año 2023.

2. Resultados de la evaluación:


2.1. Fortalezas:

1. El desarrollo de la labor de la profesional de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional en la gestión del sistema de riesgos, el cual por su tamaño y complejidad ameritaría contar con un equipo interdisciplinario de profesionales.
2. Oportunidad en la presentación de los informes del sistema de gestión de riesgos a la Junta Directiva, el plan de acción institucional y el Comité Coordinador de Control Interno de acuerdo a la periodicidad establecida, así como a las demás instancias de vigilancia y control.
3. Los mecanismos de comunicación y socialización del sistema, como el curso virtual del sistema de gestión de riesgos, la reinducción institucional, los despliegues y boletines institucionales.

2.2. Riesgos de la unidad auditable:

Según el alcance de la unidad auditable se presentan los resultados del análisis realizado a los mapas de riesgo de los procesos de la ESE Metrosalud vigentes en el año 2023, utilizando como fuente los Mapas de riesgos por proceso del ciclo 2021-2023 de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, archivos en Excel carpeta compartida en red (Z:\MAPAS DE RIESGO MARTHA 2023).

1. Los 23 mapas de riesgos de los procesos tienen identificados 85 riesgos a los cuales se les formulan 411 controles. Ver tabla 1. En promedio se documentan 3,7 riesgos por proceso.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	5 de 32		

2. La distribución de los riesgos por nivel inherente identifica que el 55,0% están en nivel alto, ver imagen 1.

3. La distribución de los riesgos por nivel residual identifica que el nivel moderado es del 38,8%, seguido por el nivel alto con un 31,8% Ver imagen 2.

En la imagen 3 se aprecia la variación porcentual de los niveles de riesgo residual frente al nivel inherente. El 56,5% de los riesgos mantienen el mismo nivel, indicando que la efectividad de los controles no es evidente.

4. En promedio se han definido 4,8 controles por riesgo documentado.

5. Por tipo de control, el 46,4% son detectivos, el 45,6% son preventivos, mientras que los correctivos son el 8,4%, lo cual puede explicar que el 56,5% de los riesgos no presenten variación entre el nivel inherente y el residual, ya que los controles detectivos tienen poca injerencia sobre las consecuencias y por ende en la calificación del impacto, lo cual podría generar mayores cambios en la calificación del nivel de riesgo residual; de acuerdo a lo establecido en la actual metodología institucional. La formulación de controles correctivos es un factor clave para la reducción del nivel de riesgo residual. Ver imagen 4.

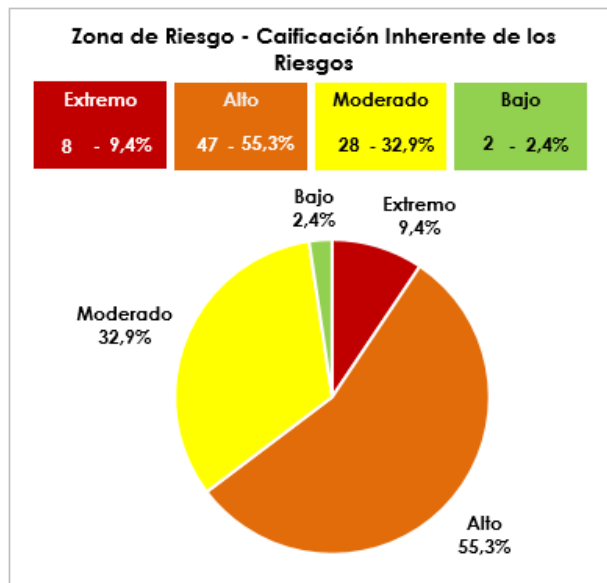
Tabla 1. Distribución de los riesgos y controles por proceso 2023

CÓDIGO	PROCESO	CANTIDAD	
		RIESGOS	CONTROLES
PE01	Direccionamiento y Planeación	3	13
PE02	Desarrollo del Sistema de Gestión	3	15
PE03	Gestión del Conocimiento y la Innovación	2	9
PE04	Gestión Venta de Servicios	4	12
PM01	Atención en Promoción y Prevención	5	29
PM02	Atención Ambulatoria	5	35
PM03	Atención en Urgencias	4	30
PM04	Atención en Hospitalización	9	20
PM05	Atención Quirúrgica	5	37
PM06	Atención en Laboratorio Clínico	8	15
PM07	Atención en Imágenes Diagnósticas	3	18
PM08	Gestión Servicio Farmacéutico	2	28
PM09	Gestión Docencia Servicio	4	9
PM10	Gestión de Salud Pública y Territorial	2	11
PA01	Gestión Jurídica	2	7
PA02	Gestión Talento Humano	7	43
PA03	Gestión Bienes y Servicios	2	13
PA04	Gestión Sistema de Información	3	15
PA05	Gestión Financiera	3	19
PA06	Gestión Control Interno Disciplinario	4	8
PA07	Gestión Documental	2	8
PV01	Gestión de la Evaluación	3	17
TOTAL RIESGOS Y CONTROLES		85	411

Fuente: Elaboración propia. Datos tomados de las Mapas de riesgos por proceso ciclo 2021-2023 de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, archivos en Excel carpeta compartida en red (Z:\MAPAS DE RIESGO MARTHA 2023)

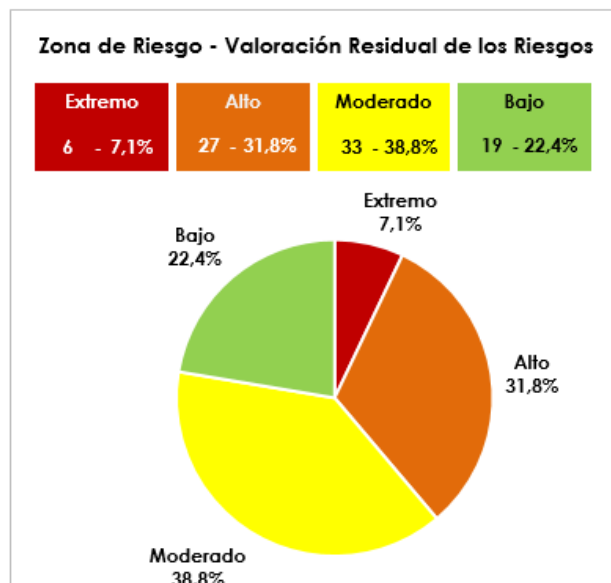
Imagen 1. Distribución de los riesgos institucionales por nivel inherente 2023

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	6 de 32		



Fuente: Elaboración propia. Datos tomados de las Mapas de riesgos por proceso ciclo 2021-2023 de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, archivos en Excel carpeta compartida en red (Z:\MAPAS DE RIESGO MARTHA 2023)

Imagen 2. Distribución de los riesgos institucionales por nivel residual 2023



Fuente: Elaboración propia. Datos tomados de las Mapas de riesgos por proceso ciclo 2021-2023 de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, archivos en Excel carpeta compartida en red (Z:\MAPAS DE RIESGO MARTHA 2023)


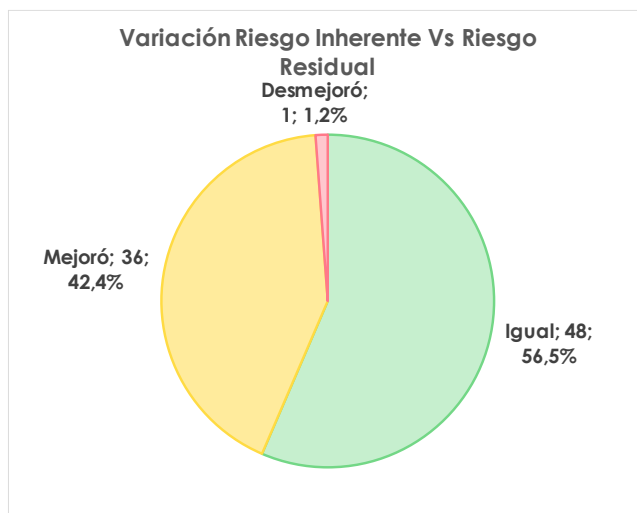
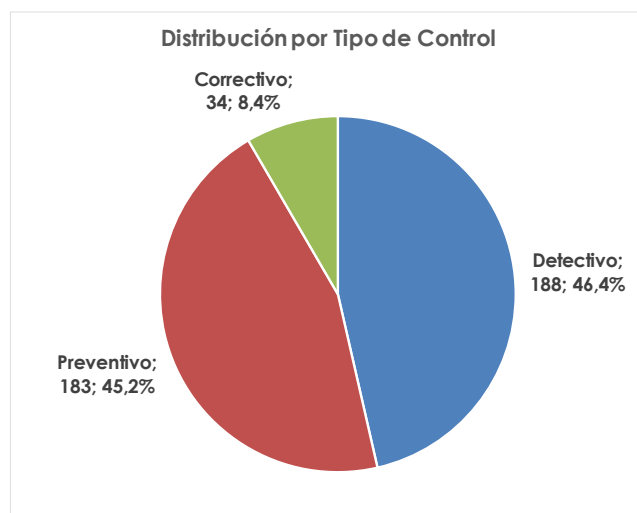
Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	7 de 32		

Imagen 3. Variación del nivel de riesgo inherente vs residual mapa de los procesos institucionales 2023



Fuente: Elaboración propia. Datos tomados de las Mapas de riesgos por proceso ciclo 2021-2023 de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, archivos en Excel carpeta compartida en red (Z:\MAPAS DE RIESGO MARTHA 2023)

Imagen 4. Distribución de controles por tipo 2023.



Fuente: Elaboración propia. Datos tomados de las Mapas de riesgos por proceso ciclo 2021-2023 de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, archivos en Excel carpeta compartida en red (Z:\MAPAS DE RIESGO MARTHA 2023)

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	8 de 32		

6. Informe consolidado de la evaluación de la eficiencia de controles de los procesos evaluados.

La oficina de Control Interno por medio de las auditorías con enfoque en riesgos ha evidenciado que los líderes de proceso y sus equipos de trabajo, tienen una alta dependencia de la Oficina de Planeación para desarrollar los resultados esperados en la evaluación de los riesgos y la gestión de los controles.

La oficina de Control Interno realiza evaluación a la eficiencia de los controles en cada auditoría interna a partir del segundo semestre de 2023. Los resultados consolidados de la gestión de riesgos a los seis procesos seleccionados para la actual auditoría se evidencian las siguientes situaciones:

Los 6 mapas de riesgo evaluados, tienen formulados 161 controles, de los cuales 18 no son controles (11,2%). La aplicación del instrumento PV01 FR 15 MATRIZ DE EVALUACIÓN DE CONTROLES UNIDAD AUDITABLE, arroja la evaluación de la eficiencia de los controles.

De acuerdo a los parámetros del instrumento, solo 40 presentan un nivel de eficiencia alta (28,0%), 70 controles tienen una eficiencia media (53. 1%) y 27 tienen eficiencia baja (18,9%); según los criterios del instrumento los controles con eficiencia media y baja requieren la formulación de planes de mejora.

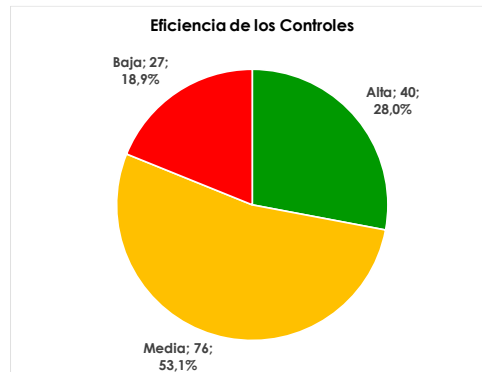
Tabla 2. Consolidada evaluación de la eficiencia de los controles procesos incluidos auditoría gestión de riesgos 2023.

PROCESO	TOTAL CONTROLES	NO ES UN CONTROL		CALIFICACIÓN DE LA EFICIENCIA DEL CONTROL					
				ALTA		MEDIA		BAJA	
				Nº	%	Nº	%	Nº	%
ATENCIÓN EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	29	3	10,3%	1	3,8%	16	61,5%	9	34,6%
ATENCIÓN AMBULATORIA	35	9	25,7%	3	11,5%	18	69,2%	5	19,2%
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	37	0	0,0%	14	37,8%	17	45,9%	6	16,2%
GESTIÓN SERVICIO FARMACÉUTICO	28	2	7,1%	14	53,8%	10	38,5%	2	7,7%
GESTIÓN BIENES Y SERVICIOS	13	3	23,1%	2	20,0%	4	40,0%	4	40,0%
GESTIÓN FINANCIERA	19	1	5,3%	6	33,3%	11	61,1%	1	5,6%
TOTAL	161	18	11,2%	40	28,0%	76	53,1%	27	18,9%

Fuente: Instrumento construcción del equipo auditor.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	9 de 32		

Imagen 5. Clasificación consolidada de controles de los procesos evaluados por nivel de eficiencia 2023



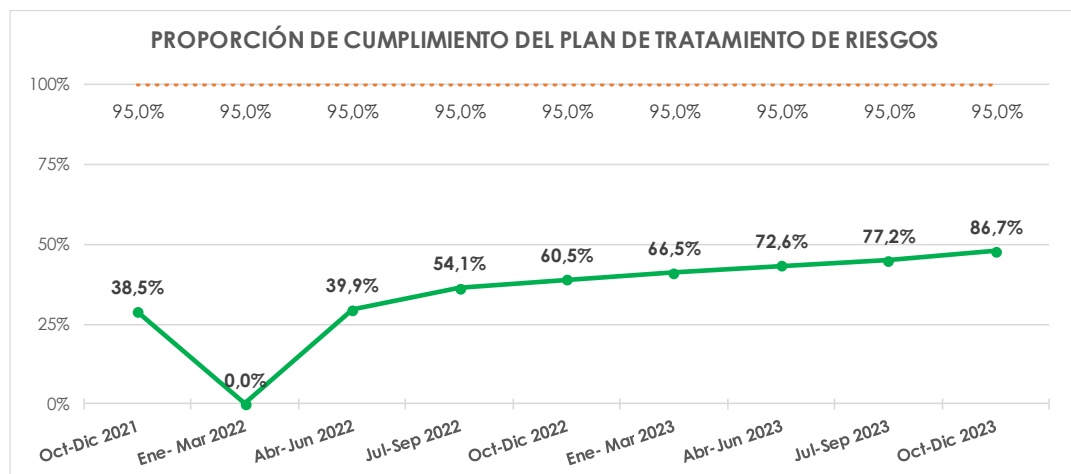
Fuente: construcción del equipo auditor.

7. Planes de intervención de los riesgos

Se tienen documentados 25 planes a los mapas de riesgos de los procesos institucionales en el aplicativo Almera. Según informe del plan de acción de la oficina de Planeación y Desarrollo Organizacional, con corte al 31 de diciembre de 2023 el promedio porcentual de cumplimiento de las acciones de estos planes es del 86,7%.

Entre los años 2021 y 2023 se tiene una tendencia positiva en el cumplimiento de los planes de intervención de riesgos. Ver imagen 6

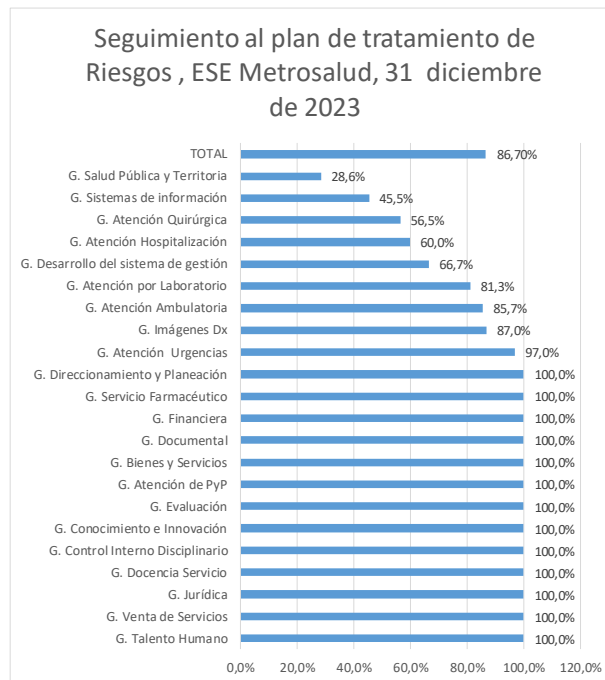
Imagen 6. Trazabilidad del cumplimiento de planes de intervención de riesgos 2021-2023



Fuente: informe del plan de acción de la oficina de Planeación y Desarrollo Organizacional, con corte al 31 de diciembre de 2023 el promedio porcentual

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	10 de 32		

Imagen 7. Reporte cumplimiento de los planes de intervención de riesgos a 31 diciembre



Fuente: Informe a Control Interno Sistema de Gestión de Riesgos 2023. Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional


Según las estadísticas generadas por el aplicativo Almera, el cumplimiento acumulado entre los años 2021 y 2023 de los compromisos de los planes de tratamiento a los riesgos es del 20,6%.

Imagen 8. Resultado acumulado cumplimiento de los compromisos del plan de tratamiento a los riesgos años 2021 – 2022 - 2023



Fuente:


<https://sgi.almeraim.com/sgi/seguiamiento/?nosgim/mecanismosdeintegración/gruposdetrabajo/grupodetrabajoriesgos>

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	11 de 32		

La revisión de los planes de tratamiento en los mapas de los procesos priorizados para la auditoria: Promoción y Prevención, Atención Quirúrgica, Atención Ambulatoria, Gestión Servicio Farmacéutico, Gestión financiera y Gestión de Bienes y Servicios evidencia las siguientes situaciones:

1. Los formatos del mapa de riesgos no tienen un diligenciamiento estandarizado en la definición del tratamiento, no se clasifica los tipos de acciones de acuerdo con los niveles de aceptabilidad, definidos en el manual.
2. Las acciones formuladas no se correlacionan con el tipo definido en los criterios de aceptabilidad de acuerdo con el nivel de riesgo residual y las causas identificadas.
4. Se evidencia falencias en la clasificación del tipo de controles (preventivos, correctivos y detectivos).
5. Cuando se programan acciones en las diferentes UPSS el tipo de evidencias no están estandarizadas, lo cual no permite evaluar la efectividad de las mismas.
6. De los planes de intervención de riesgos a los procesos registrados en el aplicativo Almera, 25 en total, solo uno tiene seguimientos en el año 2023, los demás tienen acciones y seguimientos en los años 2021 y 2022; según las estadísticas generadas en el aplicativo en promedio el cumplimiento acumulado entre los años 2021 a 2023 de los compromisos es del 20,26%. Según el informe del plan de acción de la oficina de planeación para la vigencia con corte al 31 dic de 2023 el promedio de cumplimiento de los planes de tratamiento es del 86,7%.
7. La definición de los controles preventivos no siempre actúan para eliminar las causas identificadas (probabilidad) o mitigar las consecuencias (impacto).
8. Cuando el nivel de riesgo residual es bajo o muy bajo la acción sugerida es la aceptación del riesgo, lo cual implica no tomar ninguna acción, ejemplo mapa de riesgos de servicio farmacéutico y gestión de bienes y servicios, evitando afectar la eficiencia del proceso.
9. La identificación de los riesgos debe relacionarse con eventos que impidan el cumplimiento de los objetivos de los procesos y no el incumplimiento del "deber ser" del proceso, ejemplo el incumplimiento de los criterios de calidad de los servicios.
8. Evaluación de la madurez del Sistema de Gestión de riesgos

Para la evaluación del nivel de madurez del sistema de gestión del riesgo, sugerida por la Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces Versión 3 "tomando como referencia lo recomendado por el Instituto de Auditores propone un análisis de madurez de la gestión de riesgos que involucra principios y lineamientos de los marcos actuales (COSO-ERM e ISO31000)".

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	12 de 32		

Para la evaluación se toma como instrumento la MATRIZ PARA DETERMINAR EL NIVEL DE MADUREZ DEL COMPONENTE DE EVALUACIÓN DE RIESGOS DE CONTROL SEGÚN COSO 2013, adoptado de la plataforma www.auditool.org la cual evalúa los principios 6. 7. 8 y 9 del modelo COSO 2013.

En la tabla 3 se presentan los resultados consolidados por principio obtenidos de la aplicación del instrumento.

“La matriz está diseñada para evaluar el cumplimiento de la organización con los principios y componente de la evaluación de riesgos establecidos en el marco COSO 2013. También proporciona una valoración del nivel de madurez de cada componente y permite identificar los riesgos asociados. Además, la matriz ayuda a la organización a entender qué es necesario para alcanzar el siguiente nivel de madurez, y qué documentación es necesaria para demostrar este progreso. Las columnas para la prioridad y los planes de acción permiten a la organización establecer una hoja de ruta para la mejora continua de su ambiente de control interno”¹.

Principio 6: la organización especifica los objetivos con suficiente claridad para permitir la identificación y evaluación de los riesgos relacionados con los objetivos, el resultado 2,6 lo clasifica en el nivel “Definido”, lo cual significa que “El proceso o componente está establecido, documentado y es efectivo en su mayoría. La organización sigue las prácticas establecidas y monitorea su desempeño, ajustando el proceso o componente según sea necesario.

Principio 7: la organización identifica los riesgos para el logro de sus objetivos en toda la entidad y analiza los riesgos como base para determinar cómo deben gestionarse los riesgos. El resultado 2,2 igualmente lo clasifica en el nivel definido.

Principio 8: la organización considera el potencial de fraude al evaluar los riesgos para el logro de los objetivos. La calificación 1,25 lo clasifica en el nivel en desarrollo, lo que significa “El proceso o componente se encuentra en desarrollo y es parcialmente efectivo. La organización ha implementado algunas prácticas formales y estructuradas, pero aún no se ha alcanzado la eficacia total”

Principio 9: la organización identifica y evalúa los cambios que puedan impactar significativamente el sistema de control interno. La calificación 1,0 lo clasifica en un nivel inicial, lo cual significa que “Existe conciencia del proceso o componente en la organización, pero no se cuenta con un enfoque estructurado o un proceso formalizado”.

¹ Auditool.org. COMPONENTE II: EVALUACIÓN DE RIESGOS COSO 2013.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	13 de 32		

Tabla 3. Resultado consolidado por principio del nivel de madurez del componente de evaluación de riesgos según COSO 2013

Componente	Puntaje	Objetivo
PRINCIPIO 6: LA ORGANIZACIÓN ESPECIFICA LOS OBJETIVOS CON SUFICIENTE CLARIDAD PARA PERMITIR LA IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS RELACIONADOS CON LOS OBJETIVOS	2,60	5,00
PRINCIPIO 7: LA ORGANIZACIÓN IDENTIFICA LOS RIESGOS PARA EL LOGRO DE SUS OBJETIVOS EN TODA LA ENTIDAD Y ANALIZA LOS RIESGOS COMO BASE PARA DETERMINAR CÓMO DEBEN GESTIONARSE LOS RIESGOS	2,20	5,00
PRINCIPIO 8: LA ORGANIZACIÓN CONSIDERA EL POTENCIAL DE FRAUDE AL EVALUAR LOS RIESGOS PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS	1,25	5,00
PRINCIPIO 9: LA ORGANIZACIÓN IDENTIFICA Y EVALÚA LOS CAMBIOS QUE PUEDAN IMPACTAR SIGNIFICATIVAMENTE EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	1,00	5,00

Fuente: Cuestionario para determinar el nivel de madurez del componente de evaluación de riesgos según coso 2013

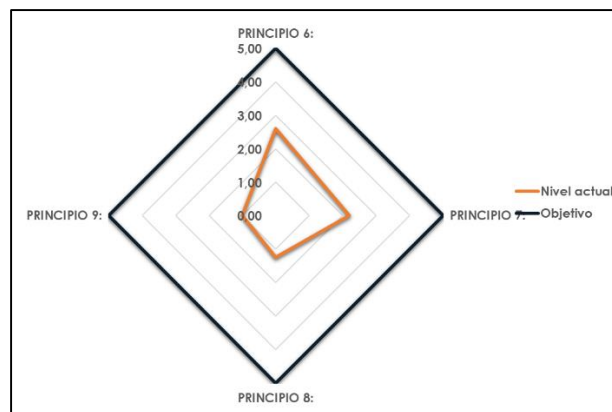
Tabla 4. Calificación global del Índice De Madurez Del Componente Evaluación De Riesgos

	Puntaje	Nivel de madurez
ÍNDICE DE MADUREZ DEL COMPONENTE EVALUACIÓN DE RIESGOS	1,76	En desarrollo

Fuente: Cuestionario para determinar el nivel de madurez del componente de evaluación de riesgos según coso 2013

Lo cual significa "El proceso o componente se encuentra en desarrollo y es parcialmente efectivo. La organización ha implementado algunas prácticas formales y estructuradas, pero aún no se ha alcanzado la eficacia total".

Imagen 9. Resultado globalizado por principio 2023.



Fuente: Cuestionario para determinar el nivel de madurez del componente de evaluación de riesgos según coso 2013

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	14 de 32		

Se incluye como anexo del informe el instrumento aplicado "Matriz para determinar el nivel de madurez del componente de evaluación de riesgos según COSO 2013"

9. Manual de Sistema de Gestión de Riesgos - PE02 MA 429. Versión 01/ 2021

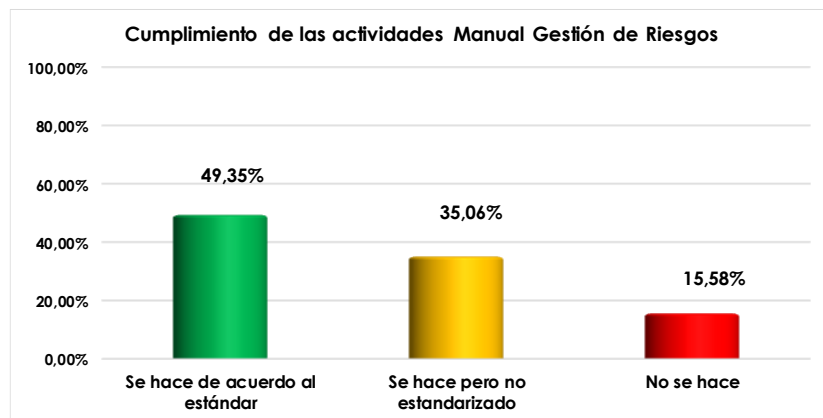
El actual Manual del Sistema de Gestión de Riesgos, tiene como objetivo: Establecer los lineamientos generales y acciones para la gestión de los riesgos en la ESE Metrosalud, con relación a los riesgos organizacionales y por proceso; como resultado de la aplicación del instrumento elaborado por el equipo auditor para evaluar el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el manual institucional, se obtiene que, de las 77 elementos evaluados, 38 se hace "de acuerdo al estándar", equivalentes al 49,3%; 27 se hace "pero no estandarizado", equivalente al 35,0%; y 12 "no se hace", equivalentes al 15,5%. Ver Tabla 5

Tabla 5. Calificación de las acciones evaluadas en el Manual del Sistema de Gestión de Riesgos.


CALIFICACIÓN DE LAS ACCIONES	Nº	%
Total de acciones evaluadas que "Se hace de acuerdo al estándar"	38	49,35%
Total de acciones evaluadas que "Se hace pero no estandarizado"	27	35,06%
Total de acciones evaluadas que "No se hace"	12	15,58%
Total acciones evaluadas	77	-
Total de acciones no evaluadas (que "No Aplica")	1	-

Fuente: Instrumento Formato de Evaluación Procedimientos – Oficina Control Interno y Evaluación – Manual de Sistema de Gestión.

Imagen 10. Calificación de las acciones evaluadas en el Manual del Sistema de Gestión de Riesgos.



Fuente: Instrumento Formato de Evaluación Procedimientos – Oficina Control Interno y Evaluación – Manual de Sistema de Gestión.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	15 de 32		

Del total de criterios evaluados en los seis procesos priorizados, el resultado más bajo de cumplimiento de 30,7% para Gestión Financiera, del 53,8% para Gestión Bienes y Servicios, 46,1% para Atención en Promoción y Prevención, 50,0% para Gestión Servicio Farmacéutico, 53,8% para Atención Ambulatoria y finalmente de 61,5% para Atención Quirúrgica. Ver Tabla 6

Tabla 6. Calificación de las acciones evaluadas por proceso priorizado

PROCESO CALIFICACIÓN DE LAS ACCIONES	ATENCIÓN EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	ATENCIÓN AMBULATORIA	ATENCIÓN QUIRURGICA	GESTIÓN SERVICIO FARMACÉUTICO	GESTIÓN BIENES Y SERVICIOS	GESTIÓN FINANCIERA	TOTAL
Se hace de acuerdo al estándar	46,15%	53,85%	61,54%	50,00%	53,85%	30,77%	49,35%
Se hace pero no estandarizado	38,46%	30,77%	23,08%	33,33%	30,77%	53,85%	35,06%
No se hace	15,38%	15,38%	15,38%	16,67%	15,38%	15,38%	15,58%

Fuente: Instrumento Formato de Evaluación Procedimientos – Oficina Control Interno y Evaluación – Manual de Sistema de Gestión.

Al evaluar el informe de Mesa de Ayuda Riesgos Consolidado 2023 generado por la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, se evidencia frente al proceso de Gestión Financiera la materialización del riesgo de: Posibilidad de afectación económica y reputacional (no pago de obligaciones financieras interna y externas, Alto índice de endeudamiento, categorización en riesgo medio o alto por Ministerio de Hacienda, Desequilibrio presupuestal (ingreso no cubre gastos presupuestales), deficiencias en la prestación de los servicios, sanciones y demandas, desconfianza en la institución, insatisfacción de los usuarios, familia y comunidad) Por Insuficiencia en el flujo de recursos propios.

Se incluye como anexo del informe el instrumento aplicado "PV01 FR 21 FR Formato evaluación - cumplimiento de los lineamientos establecidos en el manual institucional gestión riesgos 2023".

10. Encuesta de evaluación del despliegue del sistema de gestión de riesgos.

Se aplicó una encuesta por el aplicativo google drive, dirigida a los directivos, Directores, Coordinadores asistenciales y administrativos de UPSS, Coordinadores de centros de salud y otros profesionales clave en la gestión de los riesgos a nivel de los procesos, con el objetivo de: Identificar si los informes del sistema de gestión de riesgos se comunican de manera fluida y la participación de todos los niveles de la organización.

Se envía la encuesta a un total de 80 servidores públicos, la medición se realizó entre el 26 de febrero al 01 de marzo de 2024, se recibieron un total de 15 respuestas equivalente al 18,8% de los encuestados. Ver tabla 7.


Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	16 de 32		

Tabla 7. Resultados encuesta evaluación del despliegue del sistema de gestión de riesgos 2024

PREGUNTA	RESPUESTA		SI		NO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conoce la política y manuales para la gestión de riesgos de la ESE Metrosalud	13	86,7%	2	13,3%		
Ha participado en la construcción de mapas de riesgos de los procesos en los cuales participa	4	26,7%	11	73,3%		
Dentro de sus actividades tiene programado el seguimiento a los riesgos y controles de los procesos en los cuales participa	11	73,3%	4	26,7%		
Se le comunica a Usted o a su dependencia los informes de evaluación de la gestión de riesgos elaborados por la oficina de planeación	7	46,7%	8	53,3%		
En caso de respuesta afirmativa a la pregunta anterior se hace despliegue de estos informes al personal de su unidad o dependencia	7	46,7%	8	53,3%		
En caso de respuesta afirmativa a la pregunta anterior se toman acciones de mejora a los resultados de estos informes	6	40,0%	9	60,0%		

Fuente: Instrumento elaborado por el equipo auditor de la Oficina Control Interno y Evaluación

Análisis de Resultados:

1. Baja participación de los servidores públicos seleccionados para la aplicación de la encuesta, no se obtuvo respuesta del nivel directivo, la mayor proporción fue los coordinadores de centros de salud, donde participaron 7 de los 34, lo que equivale a un 20,5%.
2. De acuerdo con los resultados, el 73,3% no han participado en la construcción de mapas de riesgos de los procesos en los cuales participa y de los cuales son responsables (primera línea).
3. Al 53,3% de los encuestados, no se les comunica los informes de evaluación de la gestión de riesgos elaborados por la oficina de planeación.

11. Evaluación de la gestión del riesgo 2023.

La evaluación de la gestión del riesgo de la ESE Metrosalud fue realizada de acuerdo con los criterios de la Guía Rol de Las Oficinas de Control Interno - septiembre de 2023 - Versión 3 de la Función Pública, la cual en el capítulo 5 "Rol Evaluación de la Gestión del Riesgo" establece los lineamientos claves para el desarrollo de este rol, dicha evaluación arroja como resultado que, de las 26 elementos evaluados, 3 se hace "de acuerdo al estándar", equivalentes al 11.5%; 16 se hace "pero no estandarizado", equivalente al 61,5%; y 7 "no se hace", equivalentes al 26.9%. Ver tabla 8.


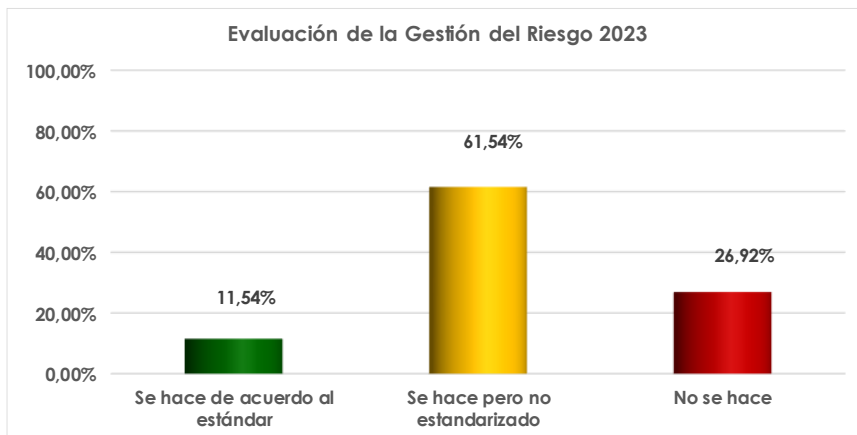
Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	17 de 32		

Tabla 8. Resultados Evaluación de la gestión del riesgo 2023.

Calificación de las acciones:	N°	%
Total de acciones evaluadas que "Se hace de acuerdo al estándar"	3	11,54%
Total de acciones evaluadas que "Se hace pero no estandarizado"	16	61,54%
Total de acciones evaluadas que "No se hace"	7	26,92%
Total acciones evaluadas	26	-
Total de acciones no evaluadas (que "No Aplica")	0	-

Fuente: Instrumento elaborado por el equipo auditor de la Oficina Control Interno y Evaluación

Imagen 11. Resultados Evaluación de la gestión del riesgo 2023.




Fuente: Instrumento elaborado por el equipo auditor de la Oficina Control Interno y Evaluación

Se incluye como anexo del informe el instrumento aplicado denominado "PV01 FR 21 FR Formato evaluación de la gestión de riesgos 2023"

2.3. Oportunidades de Mejora

1.	Estructura del sistema de gestión de riesgos en la organización
<p>En la formulación del direccionamiento estratégico, no se evidencia la identificación de eventos o factores críticos (riesgos estratégicos) que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales, evidenciado en la documentación disponible y aportada por la oficina de planeación, la cual incluye un listado de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas que son parte de un análisis de contextos pero no identifica riesgos estratégicos (documentos: "Diagnóstico</p>	

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	18 de 32		

Estratégico ESE Metrosalud”, disponible en el aplicativo Almera, “Análisis Estratégico Factor Externo ESE Metrosalud 2019” y “Documento Matiz DOFA consolidado”, aportados por la oficina de planeación).


Incumpliendo los lineamientos de la dimensión de direccionamiento y planeación de MIPG... “se deben atender las recomendaciones para formular los lineamientos para administración del riesgo - Política de Riesgo: esta es una tarea propia del equipo directivo y se debe hacer desde el ejercicio de Direccionamiento Estratégico y de Planeación. En este punto, se deben emitir los lineamientos precisos para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos que afectan el logro de los objetivos institucionales”, así como lo definido en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, del Consejo Para La Gestión Y Desempeño Institucional Versión 5 de la Función Pública, con relación a los lineamientos de la política de Planeación Institucional, establece “Analizar el contexto interno y externo de la entidad para la identificación de los riesgos y sus posibles causas, así como retos, tendencias y oportunidades de mejora e innovación en la gestión”.

2. Política Gestión de Riesgos

La política gestión de riesgos de la ESE Metrosalud fue actualizada en el año 2022, a la fecha no se han incluido los riesgos fiscales según lo establecido en la guía de la Función Pública V6 de 2023 y los riesgos de soborno según los lineamientos de la circular externa 003/2018 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Así mismo, los lineamientos de la Superintendencia de Salud establecidos en la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021, “Por la cual se imparten Instrucciones Generales Relativas Al Código De Conducta y de Buen Gobierno Organizacional, El Sistema Integrado De Gestión De Riesgos y a sus Subsistemas De Administración De Riesgos”, no se encuentran referenciados en el aparte del marco normativo de la política.

Las estrategias no incluyen las propuestas por la guía para la gestión de riesgos de la Función Pública V6 de 2022, la cual establece que “Las Políticas de Gestión de Riesgos deben ser revisadas como mínimo una vez al año, con el fin de actualizarlas a las condiciones particulares de cada entidad y a las del mercado en general. Asimismo, estas políticas deben ser conocidas por todos los funcionarios de la organización y se deben establecer mecanismos de comunicación y socialización que permitan que los responsables a cargo de las funciones de la gestión de los diversos riesgos conozcan los hechos que pueden impactar sus funciones”.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	19 de 32		

3. Indicadores Clave de Riesgo - KRI

El Manual Institucional Sistema Gestión de Riesgos, en el aparte 8.3. Monitoreo, seguimiento y evaluación del sistema de gestión de riesgos, establece que los indicadores clave de riesgo o KRI (Key Risk Indicator), corresponden a algunos de los indicadores trazadores de los procesos, a los cuales se les hará seguimiento acorde con lo definido en la ficha técnica de cada uno en el SGI Almera. Al respecto, no se encuentra evidencia de la designación de cuales indicadores trazadores son los clave de riesgo en cada proceso.


De acuerdo con los lineamientos de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6 de 2022, las herramientas para la gestión de los riesgos son: 1. los mapas de riesgos, 2. la gestión de los eventos materializados y 3. los indicadores clave de riesgo, los cuales hacen referencia a la colección de datos históricos, por periodo de tiempo, relacionados con un evento cuyo comportamiento puede indicar una mayor o menor exposición a determinados riesgos. No indica la materialización de los riesgos, pero sugiere que algo no funciona adecuadamente y, por lo tanto, se debe investigar".

4. Formulación mapas de riesgos

En los seis mapas de riesgos evaluados, la identificación de los riesgos, de las causas raíces y la definición de controles, presentan debilidades de correlación con el objetivo del proceso o el objetivo estratégico aplicable, las acciones del plan de tratamiento no se relacionan con el tipo definido en los criterios de aceptabilidad de acuerdo con el nivel de riesgo residual y sus causas de manera que garanticen la eliminación o mitigación de los riesgos, de acuerdo con el Manual de Gestión de Riesgos institucional y la Guía para la administración del riesgo de la Función Pública.

5. Gestión de la materialización de riesgos

La gestión de los eventos (riesgos materializados) realizada por la Oficina de Planeación y Desarrollo Organizacional, se basa en la información consignada en el formato de "sucesos administrativos", de estos la profesional responsable del sistema selecciona cuales considera riesgos materializados, enviándolo a los posibles responsables con el fin de la toma de acciones.


Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	20 de 32		

En los informes de Gestión de riesgos presentados al Comité Coordinador de Control Interno, no se evidencia el seguimiento y validación de los resultados, ni la eficacia de las intervenciones realizadas. Tampoco se evidencia el análisis del comportamiento en el tiempo de la materialización de los riesgos que sirva de insumo para la evaluación de la efectividad de los controles.

Incumpliendo los lineamientos de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6 de 2022, la cual establece "que se debe contar con una base histórica de eventos que permita revisar si el evento fue identificado y que sucedió con los controles. En caso que el riesgo no se hubiese identificado, se debe incluir y dar tratamiento de acuerdo con la metodología. Este mecanismo genera información para que el evento no se vuelva a presentar, así mismo, es posible establecer el desempeño de los controles".

2.4. Recomendaciones o acciones propuestas:


1. Considerar en el plan de tratamiento de riesgos en la formulación de acciones los criterios definidos en la matriz de aceptabilidad según el nivel riesgo residual.
2. Considerar ampliar en la formulación de los mapas de riesgos, la participación del personal operativo asistencial y administrativo de los puntos de atención y de las dependencias administrativas, con el fin fomentar la apropiación y compromiso de la primera línea con la gestión de los riesgos y controles.
3. Considerar que el diseño de la estructura documental, evidencie la integración del sistema de gestión de riesgos y su vinculación al proceso de direccionamiento y planeación, según los lineamientos de la dimensión de direccionamiento y planeación del MIPG.
4. Considerar el fortalecimiento del equipo para el sistema integrado de gestión de riesgos, el cual por su tamaño y complejidad ameritaría contar con un equipo interdisciplinario de profesionales, así como la ampliación de los perfiles a otros núcleos de conocimiento diferentes al área de la salud.
5. Considerar las recomendaciones y los resultados obtenidos en los instrumentos utilizados en la auditoría, los cuales se anexan con el informe y permiten orientar la implementación de los criterios aplicables al sistema.
6. Considerar en el Comité Coordinador de Control Interno, así como en el Comité institucional de gestión y desempeño, la creación de un espacio para revisar las responsabilidades de estos frente a la gestión de riesgos y la intervención de los riesgos críticos y su materialización.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	21 de 32		

7. Considerar replantear las estrategias para la gestión de los riesgos, fortaleciendo la participación activa de los niveles más operativos de la empresa, la asesoría técnica por parte de la segunda y tercera línea, y el seguimiento periódico y sistemático por parte de la tercera línea, de manera que se logre la implementación eficaz y efectiva del sistema.
8. Considerar en la construcción de los mapas, los riesgos identificados en las auditorías internas y externas, así como los reportes de mesa de ayuda riesgos, con el fin de integrar otros aspectos críticos que puedan afectar el cumplimiento del objetivo de los procesos.
9. Considerar la revisión de la estructura del proceso de Direccionamiento y Planeación y la vinculación explícita a este del sistema de gestión de riesgos, así como el ajuste metodológico en la revisión anual del plan de desarrollo, siguiendo los lineamientos de la política de planeación institucional del MIPG, la cual establece "Revisar la normativa que le es propia a la entidad, desde su acto de creación hasta las normas más recientes en las que se le asignan competencias y funciones, con el fin verificar que toda su actuación esté efectivamente encaminada a su cumplimiento, de manera que su estructura, procesos, planes, programas, proyectos, actividades, recursos, e información, sean coherentes con los objetivos para los cuales fue concebida".

3. Conclusiones:

1. El Sistema Gestión de Riesgos de la ESE Metrosalud, cumple de manera aceptable los criterios aplicables evaluados, pero la implementación y los mecanismos de monitoreo y evaluación en los diferentes niveles de la organización presentan debilidades que no permiten evidenciar la efectividad del sistema.
2. La gestión de los riesgos en la organización no es consistente y sistematizada de acuerdo con las responsabilidades de las líneas de defensa y no se ha implementado especialmente en los niveles más operativos de la organización (primera línea).
3. La no integración del sistema de gestión de riesgos, sugerida por los requisitos legales aplicables (decretos, circulares y guías), afecta su eficiencia y eficacia.
4. Los seis mapas de riesgos evaluados permitieron evidenciar deficiencias en la identificación y evaluación de los riesgos, así como la definición de respuestas apropiadas para su mitigación, resultados que pueden inferirse a los demás procesos organizacionales complementado con la realización de las auditorías de la Oficina de Control Interno.
5. Los cambios en la metodología de la gestión de riesgos sugerida por la Función Pública y la superintendencia de Salud, no han permitido el cierre efectivo del ciclo, que le

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	22 de 32		

permita a la línea estratégica definir o mantener las políticas de gestión de los riesgos institucionales, en cumplimiento de sus responsabilidades.

4. Observaciones del Auditado:

Respuesta a oportunidad de mejora 1:

- **En la formulación del direccionamiento estratégico y del Plan de Desarrollo 2021 – 2025, no se evidencia la identificación de eventos y factores críticos (riesgos estratégicos), que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales:**

Para la formulación del direccionamiento estratégico y del Plan de Desarrollo 2021 – 2025 de la ESE Metrosalud, se parte desde lo que está concebido en el PE01 PR 01 - PROCEDIMIENTO DEFINICIÓN Y DESPLIEGUE DE LOS ELEMENTOS ESTRATÉGICOS y en el PE01 ME 73 METODOLOGÍA FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN DE ELEMENTOS ESTRATÉGICOS.


Dentro de la metodología se detalla los aspectos que se deben tener en cuenta para la Formulación de elementos estratégicos y la Definición del Diagnóstico Estratégico, donde se indica claramente:

*“La realización de un diagnóstico estratégico o la actualización del **análisis del entorno interno o externo**, se realiza según se requiera o según las directrices y los lineamientos definidos por la Gerencia y la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional.”*

*“Adicionalmente en este análisis se deben incluir la **identificación de necesidades y expectativas de los diferentes grupos de interés**, tales como servidores, asociación de usuarios, sectores de las comunidades, organizaciones sociales y comunitarias, representantes de la academia, entre otros. Para ello se deben realizar la aplicación de diferentes metodologías como mesas de discusión, encuestas, entrevistas entre otros.”*

*“Para la elaboración del análisis interno se pueden utilizar diferentes herramientas que en esencia permiten identificar, describir y comparar las variables internas (debilidades y fortalezas) y externas (oportunidades y amenazas) y se elabora teniendo en cuenta las diferentes fuentes existentes internas tales como **los resultados en la evaluación de los planes institucionales, los informes de auditoría internos y externos, resultados de la gestión de los procesos y procedimientos, avances en el cumplimiento de plan de tratamiento de riesgos, resultados de las encuestas de satisfacción cliente interno y externo, evaluación de la cultura, análisis de las PQRS, así como otras actividades de interés y que aporten al análisis.***

Posterior a la identificación de los aspectos internos (debilidades y fortalezas) y externos (oportunidades y amenazas), se realiza la consolidación de la información y

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	23 de 32		

la **identificación de los problemas más relevantes a intervenir, identificando las causas raíz y las posibles alternativas de solución.**

Teniendo en cuenta lo anterior, para la formulación del Plan de Desarrollo 2021 – 2025, se avanzó con la consolidación del Diagnóstico Estratégico con los lineamientos dados por la Gerencia y la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, para lo cual se desarrollaron diferentes actividades con diferentes grupos de interés como se indica a continuación:

Para el análisis externo:

Se realiza diagnóstico externo con el Análisis Estratégico Factor Externo ESE Metrosalud 2019, el cual es ajustado en el año 2020 por la Universidad EAFIT, contratada para la consolidación del Plan de Desarrollo Institucional, con el uso de la Metodología AMOFITH detallada en el documento de Diagnóstico Estratégico dispuesto en Almera

Para el análisis interno:

Se inicia con reunión específica del equipo de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, donde se determina los siguientes aspectos en el ejercicio:

**Actividad 1. Diagnóstico Estratégico Institucional
Direccionamiento y Planeación**


Procedimientos del Direccionamiento Estratégico

1. Definir los elementos estratégicos: Diagnóstico y Matriz DOFA
2. Implementar los elementos estratégicos
3. Monitorear y realizar seguimiento al cumplimiento de los elementos estratégicos
4. Ajustar los elementos estratégicos

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG


Hacer un diagnóstico de capacidades y entorno que implica:

- Identificar puntos críticos y factores de éxito
- Identificar capacidades administrativas y estratégicas
- Identificar riesgos a partir del análisis interno y externo

Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP


 Alcaldía de Medellín

Los resultados arrojaron una propuesta inicial de *Matriz DOFA institucional*, la cual fue validada por diferentes grupos de trabajo en la ejecución del **Taller 1. Revisión, ajuste y validación de Matriz DOFA** y el **Taller 2. Identificación de necesidades, expectativas y limitaciones**, donde se dieron respuestas a preguntas como:

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	24 de 32		

- ¿Qué necesidades tiene la ESE Metrosalud para desarrollar el objetivo de la línea estratégica?
- ¿Cuáles son sus expectativas frente a la implementación de la línea estratégica?
- ¿Cuáles limitaciones advierte usted para el cumplimiento del objetivo de la línea estratégica?

Por último, se realiza el **Taller 3. Identificación de alternativas y retos**, donde se dieron respuestas a preguntas como se indican a continuación y por último una puesta en común:

- ¿Qué alternativas o estrategias identifica usted para el logro del objetivo de la línea estratégica?
- Defina 5 retos que tendría la línea estratégica para los próximos años.

Como resultado de este ejercicio se consolida el Documento Técnico Matriz DOFA por Línea Estratégica - ESE Metrosalud, con fecha de octubre 20 de 2020; documento que es la base para la formulación del Diagnóstico estratégico por parte de la Universidad EAFIT con el apoyo de los profesionales especializados de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional de Metrosalud.


Es importante anotar que este documento indica claramente:

*“Teniendo en cuenta el análisis de información generada en el ejercicio del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, el análisis de cada uno de los objetivos estratégicos de la ESE Metrosalud, de las 5 líneas estratégicas y sus respectivos programas y proyectos, el mapa de procesos, **el mapa de riesgos institucional con sus puntos de control** y los resultados del Estudio de Prospectiva de la ESE Metrosalud 2011 con alcance 2025; se ha consolidado un avance de la Matriz DOFA institucional que responde a la definición de 18 estrategias de intervención para el fortalecimiento financiero”.*

En conclusión, en el diagnóstico estratégico y la definición del Plan de Desarrollo 2021 – 2025 se realiza la identificación de eventos y factores críticos; de acuerdo a la metodología definida.

Adicionalmente, dentro del procedimiento se advierten; posibles fallas potenciales en su desarrollo tales como:


- No contar con lineamientos claros por parte de la Gerencia para la definición o ajuste de los elementos estratégicos
- Recolectar información insuficiente o de mala calidad para revisión de los elementos estratégicos.
- No se realice plenaria con todas las partes interesadas.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	25 de 32		

- No se correspondan los aspectos críticos (Diagnóstico estratégico) con las necesidades y planteamientos de los grupos de interés.
- No se apruebe los elementos estratégicos propuestos, por órgano competente
Falta de conocimiento de los elementos estratégicos por parte de los servidores
Falta de apropiación de los elementos estratégicos por parte de los servidores

Y en la definición del mapa de riesgos se advierten los siguientes riesgos:

- *Posibilidad de afectación económica por un direccionamiento estratégico que no responda a las necesidades identificadas en el diagnóstico estratégico*
 - Por falta de priorización de las necesidades a intervenir
 - Por falta de articulación entre las rutas e iniciativas estratégicas con las necesidades identificadas
 - Por un diagnóstico no ajustado a la realidad de la organización.
- *Posibilidad de Afectación económica y reputacional por no tener presupuesto para financiar el plan de desarrollo*
 - Por exigencias económicas de las agremiaciones
 - Por costos en que se incurren para la prestación de servicios
 - Por falta de diversificación de ingresos y por los limitados aportes Municipales
 - Por falta de gestión en la consecución de recursos externos
- *Posibilidad de afectación económica y reputacional Planes, programas y proyectos que no cumple los objetivos y las metas definidas*
 - Por falta de gestión a los planes, programas, proyectos por parte de los responsables
 - Por falta de recursos para ejecutar el plan programa o proyecto
 - Por falta de asignación de una prioridad para la ejecución de los planes, programas o proyectos
 - Falta de competencias para la ejecución de planes, programas, proyectos
- **En la formulación del direccionamiento estratégico y del plan de desarrollo 2021 – 2025, no se evidencia la identificación de eventos o factores críticos (riesgos estratégicos) que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales, así como en la estructura del mapa de procesos no se encuentra explícitamente vinculado este sistema al proceso de Direccionamiento y Planeación de la entidad.**

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	26 de 32		

Respecto a la oportunidad de mejora planteada frente a que la estructura del mapa de procesos no se encuentra explícitamente vinculado el sistema de gestión de riesgos al proceso de direccionamiento y planeación, respetuosamente solicitamos tener presente el siguiente contexto, toda vez que en nuestra consideración, a pesar de los ajustes puntuales a realizar al mapa de procesos, en la actualidad el mapa de procesos si se corresponde con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión:

En correspondencia con el esquema de planeación establecido en el documento PE01 ME 74ME METODOLOGÍA FORMULACIÓN Y DESPLIEGUE DE PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS INSTITUCIONALES (Ver página 9), Metrosalud establece la articulación entre el direccionamiento estratégico y la estructura organizacional (Estructura de procesos y Estructura Administrativa).

En el mapa de procesos vigente los procesos de Direccionamiento y Planeación (PE01) y Desarrollo del Sistema Integrado de Gestión (PE02) hacen parte del Macroproceso Estratégico. Ambos procesos determinan las orientaciones y directrices frente al direccionamiento de Metrosalud y su armonía (articulación de entradas y salidas) es determinante en el cumplimiento de una política estatal como la definida para el Direccionamiento y Planeación desde el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.


La implementación de las orientaciones definidas en la Dimensión de Direccionamiento y Planeación (Política de Planeación Institucional) del Modelo Integrado de Planeación y Gestión se realizan en Metrosalud a través del proceso de Direccionamiento y Planeación (PE01) y Desarrollo del Sistema Integrado de Gestión (PE02) que hacen parte del Macroproceso Estratégico.

El sistema integrado de gestión adoptado por la gerencia mediante resolución 285 de 2012 y ajustado mediante resolución 505 de 2013 y 576 de 2013, tiene contemplado la integración del subsistema de gestión ambiental, subsistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, el subsistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, el modelo integrado de planeación y gestión, el subsistema de gestión de seguridad de la información y el subsistema de gestión de riesgos (con los respectivos componentes de salud, actuarial, liquidez, crédito).

Teniendo en cuenta la oportunidad de mejora propuesta en el Informe de Evaluación Preliminar de la Gestión de riesgos 2023 del 11 de marzo de 2023; **No se acepta la oportunidad de mejora descrita,**

En cuanto a la Oportunidad de Mejora 5:

“Gestión de la materialización de riesgos: La gestión de los eventos (riesgos materializados) realizada por la Oficina de Planeación y Desarrollo Organizacional, se

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	27 de 32		

basa en la información consignada en el formato de "sucesos administrativos", de estos la profesional responsable del sistema selecciona cuales considera riesgos materializados, enviándolo a los posibles responsables con el fin de la toma de acciones.

En los informes de Gestión de riesgos presentados al Comité Coordinador de Control Interno, no se evidencia el seguimiento y validación de los resultados, ni la eficacia de las intervenciones realizadas. Tampoco se evidencia el análisis del comportamiento en el tiempo de la materialización de los riesgos que sirva de insumo para la evaluación de la efectividad de los controles.

Incumpliendo los lineamientos de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6 de 2022, la cual establece "que se debe contar con una base histórica de eventos que permita revisar si el evento fue identificado y que sucedió con los controles. En caso que el riesgo no se hubiese identificado, se debe incluir y dar tratamiento de acuerdo con la metodología. Este mecanismo genera información para que el evento no se vuelva a presentar, así mismo, es posible establecer el desempeño de los controles".

La empresa cuenta con una mesa de ayuda riesgos la cual es gestionada por el profesional de la Oficina de Planeación: Profesional Especializado Riesgos, además de un instructivo PE02 IS 306 IS REPORTE DE SUCESOS ADMINISTRATIVOS.

Se realiza promoción al uso a la mesa de ayuda en 2023 a través de un stik compartidos a diferentes servidores y con un módulo en el curso de la plataforma virtual en el curso de gestión de riesgos.


Esta mesa de ayuda cuenta con un histórico de reportes y los eventos materializados se llevan a matriz en Excel con las acciones de intervención propuestas por la organización para su corrección y prevención de recidivas, las cuales son objeto de seguimiento por la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, archivo que fue entregado oportunamente al equipo auditor.

Trimestralmente, la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional genera un informe trimestral donde se presentan los resultados y las acciones de seguimiento realizadas.

Con base en lo precitado, **No se acepta la oportunidad de mejora descrita**, toda vez que el seguimiento y la validación de los resultados y de la eficacia de las intervenciones realizadas si se ejecuta por el PE de Riesgos de esta dependencia.

5. Pronunciamiento del auditor:

1. Aclaración punto 11 del Informe preliminar, "evaluación global del sistema gestión de riesgos 2023": La evaluación del sistema de gestión de riesgos 2023, realizada

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	28 de 32		

por el equipo auditor de la Oficina de Control Interno, género como resultado que el 11,5% de los componentes del sistema “Se hace de acuerdo al estándar”.

Se aclara en el informe definitivo que este porcentaje corresponde a la evaluación de los componentes del sistema de gestión de riesgos de acuerdo con los criterios de la Guía Rol de Las Oficinas de Control Interno - septiembre de 2023 - Versión 3 de la Función Pública, cual establece en el capítulo 5 los lineamientos claves para esta evaluación. La aplicación del instrumento arroja como resultado que, de las 26 acciones evaluadas, 3 se hace “de acuerdo al estándar”, equivalentes al 11.54%; 16 se hace “pero no estandarizado”, equivalente al 61,54%; 7 “no se hace”, equivalentes al 26.92%.

Se ajusta el nombre del archivo relacionado para no generar confusión: “PV01 FR 21 FR Formato evaluación de la gestión del riesgo 2023” en vez de “PV01 FR 21 FR Formato Evaluación Sistema Gestión de Riesgos 2023”,

2. Respuesta a las objeciones presentadas a la auditoría al sistema de gestión de riesgos:


Oportunidad de mejora 1. Estructura del sistema de gestión de riesgos en la organización.

En la formulación del direccionamiento estratégico y del plan de desarrollo 2021 – 2025, no se evidencia la identificación de eventos o factores críticos (riesgos estratégicos) que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales, así como en la estructura del mapa de procesos no se encuentra explícitamente vinculado este sistema al proceso de Direccionamiento y Planeación de la entidad.

Incumpliendo los lineamientos de la dimensión de direccionamiento y planeación de MIPG...“se deben atender las recomendaciones para formular los lineamientos para administración del riesgo - Política de Riesgo: esta es una tarea propia del equipo directivo y se debe hacer desde el ejercicio de Direccionamiento Estratégico y de Planeación. En este punto, se deben emitir los lineamientos precisos para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos que afectan el logro de los objetivos institucionales”.

Respuesta:

Se ratifica la oportunidad de mejora en el sentido de que “En la formulación del direccionamiento estratégico y del plan de desarrollo 2021 – 2025, no se evidencia la identificación de eventos o factores críticos (riesgos estratégicos) que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales”. Esto soportado en la revisión de la documentación disponible del direccionamiento estratégico, la revisión de normas técnicas como la NTC ISO 9001:2015, documento SBQ CONSULTORES ISO 9001:2015 Los ejes de la revisión. 2016, libro de JOSÉ ANTONIO GÓMEZ MARTÍNEZ. Guía para la aplicación de ISO 9001:2015. Adenor ediciones, Alfaomega 2016., EL Modelo Integrado de planeación y Gestión MIPG, documentos técnicos como las guías “para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6 nov

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	29 de 32		

2022, Guía para la gestión por procesos en el marco del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) VERSIÓN 1 de la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de JULIO DE 2020, Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. CONSEJO PARA LA GESTIÓN Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL Versión 5 2023 de la Función Pública, Los cuales sustentan la presente respuesta:

1. El enfoque en riesgos es un pilar fundamental de un sistema de gestión de calidad, el pensamiento basado en el riesgo es parte esencial de la visión estratégica de la empresa.
2. Es Principio establecido en los sistemas de gestión de calidad “la toma de decisiones basada en la evidencia, que implica que para alcanzar los resultados buscados es necesario disponer de la información precisa que haya nacido del análisis y la evaluación. El análisis de los hechos y datos aporta a la objetividad de las decisiones tomadas y ayuda a incrementar la confianza en ellas”². Con la documentación disponible y la aportada por la oficina de planeación no se encuentra evidencia objetiva de la identificación de los riesgos estratégicos, pues el listado de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas registradas son parte de un análisis de contextos, pero no identifica riesgos estratégicos, los cuales son eventos que pueden llegar a afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

El análisis del contexto de la organización (Norma NTC ISO 9001:2015) implica identificar la “necesidad de que la empresa determine los procesos que son necesarios, los métodos de seguimiento, los recursos necesarios para llevarlo a cabo, las acciones de mejora y los riesgos y oportunidades. Y todo ello de forma documentada y mantenida en el tiempo”.


“Si en el proceso de definir y planificar un proceso tenemos en cuenta aquellos posibles riesgos a los que podemos tener que enfrentarnos, así como aquellas oportunidades que se nos pueden presentar, será posible estar preparados, evitar incidencias y alcanzar la meta general del sistema: la mejora”.

Además, “vuelve a incluir la importancia del contexto y del pensamiento basado en el riesgo al hacer mención directa a ellos en las responsabilidades de la alta dirección, junto con la labor de velar por que el sistema esté integrado de forma explícita en los procesos estratégicos de negocio de la empresa”³.

En el capítulo Planificación: la norma ISO 9001:2015 “nos habla de otros dos ejes principales que ya hemos visto reflejados anteriormente: las acciones para abordar los riesgos y las oportunidades; y la importancia de la planificación de los cambios para el sistema de gestión de la calidad”.

² Norma NTC ISO 9001:2015.

³ Ibidem

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	30 de 32		

Partiendo de la base de que toda acción realizada conlleva un grado mayor o menor de incertidumbre, el apartado 6.1 de la misma Norma establece, “Acciones para abordar riesgos y oportunidades” busca que la planificación sea más explícita para permitir una mayor eficacia y promover una orientación clara hacia la mejora.

Por otro lado, en la “Revisión por la dirección” tendremos nuevas entradas que deben ser revisadas por la alta dirección, como son: la eficacia de las acciones planificadas en relación con los riesgos y oportunidades.


Según el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, del Consejo Para La Gestión Y Desempeño Institucional Versión 5 de la Función Pública, con relación a los lineamientos de la política de Planeación Institucional, establece “Analizar el contexto interno y externo de la entidad para la identificación de los riesgos y sus posibles causas, así como retos, tendencias y oportunidades de mejora e innovación en la gestión”.

Si bien se encuentra un plan de desarrollo formulado para el periodo 2021-2025, se identifican debilidades en la aplicación de las herramientas referenciadas (AMOFHIT Y PESTEL) las cuales son útiles para identificar los factores internos y externos, pero no se consolidan los resultados en la identificación de los factores críticos, y especialmente los riesgos relacionados con el direccionamiento estratégico, ni se aplica completamente la matriz DOFA, la cual se referencia en las objeciones presentadas al informe preliminar de la auditoría.

Los aspectos relacionados con el plan de desarrollo y la estructura del proceso de direccionamiento y Planeación, se decide levantarlos del hallazgo, sin embargo se dejará como recomendación para realizar el ajuste metodológico en la revisión anual del plan de desarrollo y el revisar los lineamientos de la política de planeación institucional del MIPG, la cual establece “Revisar la normativa que le es propia a la entidad, desde su acto de creación hasta las normas más recientes en las que se le asignan competencias y funciones, con el fin verificar que toda su actuación esté efectivamente encaminada a su cumplimiento, de manera que su estructura, procesos, planes, programas, proyectos, actividades, recursos, e información, sean coherentes con los objetivos para los cuales fue concebida”.

Oportunidad de mejora 5. Gestión de la materialización de riesgos

La gestión de los eventos (riesgos materializados) realizada por la Oficina de Planeación y Desarrollo Organizacional, se basa en la información consignada en el formato de “sucesos administrativos”, de estos la profesional responsable del sistema selecciona cuales considera riesgos materializados, enviándolos a los posibles responsables con el fin de la toma de acciones.

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	31 de 32		

En los informes de Gestión de riesgos presentados al Comité Coordinador de Control Interno, no se evidencia el seguimiento y validación de los resultados, ni la eficacia de las intervenciones realizadas. Tampoco se evidencia el análisis del comportamiento en el tiempo de la materialización de los riesgos que sirva de insumo para la evaluación de la efectividad de los controles.

Respuesta:

Se ratifica la oportunidad de mejora considerando:

1. No se cuestiona en la oportunidad de mejora la existencia de la mesa de ayuda para el reporte de sucesos administrativos, los cuales no corresponden todas las veces a riesgos materializados.
2. El reporte y la gestión de los riesgos materializados es responsabilidad de la primera línea y corresponde a la segunda línea realizar el monitoreo y consolidación de la información, como lo establece la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6 de 2022, la cual establece "que se debe contar con una base histórica de eventos que permita revisar si el evento fue identificado y que sucedió con los controles. En caso que el riesgo no se hubiese identificado, se debe incluir y dar tratamiento de acuerdo con la metodología. Este mecanismo genera información para que el evento no se vuelva a presentar, así mismo, es posible establecer el desempeño de los controles".
3. El hallazgo hace referencia a los informes presentados al comité coordinador de control interno, los cuales no evidencian el seguimiento y validación de los resultados, ni la eficacia de las intervenciones realizadas, lo cual es fundamental para la toma de acciones frente a la gestión de los riesgos y de manera especial los materializados.
4. Es responsabilidad de la primera línea la formulación e implementación de las acciones de tratamiento a los riesgos, si se presentan nuevos riesgos, a estos se le debe se debe incluir en el mapa de riesgos y dar tratamiento de acuerdo con la metodología.

6. Aprobación del informe:

Nombre completo y cargo del auditor líder	Adolfo Marulanda Calle – Claudia González González – Héctor Vallejo Velásquez
Fecha de elaboración del informe	Abril 05 de 2024

Código:	PV01 FR 12	INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	32 de 32		

Nombre completo y cargo del Jefe de C.I.	Gloria Patricia Isaza Orduz
Fecha de aprobación del informe	Abril 05 de 2024

ANEXOS:

1. PV01 FR 21 FR Formato evaluación de la gestión del riesgo 2023
2. PV01 FR 21 FR Formato evaluación - cumplimiento de los lineamientos establecidos en el manual institucional gestión riesgos 2023.
3. PV01 FR 15 FR Matriz evaluación controles.
4. Matriz para determinar el nivel de madurez del componente de evaluación de riesgos según COSO 2013. Adoptado de la plataforma www.auditool.org.