

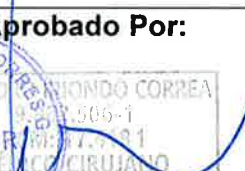


POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

HOSPITAL DOCTOR ERNESTO TORRES GALDAMES
IQUIQUE

2024 2026

Código Identificación	HDEI-GOPE-LPO-01
Número Edición	1
Vigencia	2024 - 2026
Vº Bueno Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente	Calidad y Seguridad del Paciente

Elaborado Por:  Freddy Casareggio Sepúlveda Unidad de Planificación y Control de Gestión Fecha: Septiembre 2024	Revisado Por:  Fresa Amas Vilca Jefa Unidad de Planificación y Control de Gestión Septiembre 2024	Aprobado Por:  Dr. Pedro Iriondo Correa Director (S) Hospital "Dr. Ernesto Torres Galdames" Iquique Septiembre 2024
--	--	--



	POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código : HDETG - PE - PO - 01
		Edición : 1
		Fecha : septiembre 2024
		Página: 2 de 17
		Vigencia : Sept 2024 - 2026

ÍNDICE

Prefacio	3
1. Introducción	4
2. Normativa y elementos a considerar en la Política de Riesgos	5
3. Alcance	6
4. Enfoque	6
5. Responsables de la ejecución	6
5.1 Definición de Roles y Responsabilidades	7
6. Desarrollo	8
6.1 Objetivos	8
6.1.1 Objetivo general	8
6.1.2 Objetivos específicos	8
6.2 Criterios para el tratamiento de los Riesgos	9
6.2.1 Capacitación	10
6.3 Plazos asociados	10
7. Estrategia para abordar los riesgos	10
7.1 Prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y delitos funcionarios	11
8. Matriz de Riesgos	12
9. Indicadores de Proceso de Gestión de Riesgos	12
10. Encargados de Proceso-Riesgo	13
11. Diccionario de Riesgos	14



	POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código : HDETG - PE - PO - 01
		Edición :1
		Fecha : septiembre 2024
		Página: 3 de 17
		Vigencia :Sept 2024 - 2026

Prefacio

La Gestión organizacional, particularmente la gestión pública, está expuesta a situaciones de riesgo que pueden afectar en forma negativa impactando a los objetivos estratégicos. Como consecuencia de la multiplicidad de riesgos, se requiere un acercamiento más completo, metodológico y sistemático a la gestión de estos riesgos.

Es un proceso estructurado, consistente y continuo, que debe estar implementado a través de todo el Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames de Iquique, para identificar, medir y reportar las amenazas y oportunidades que afectan el logro de los objetivos y metas institucionales.

La presente política describe una metodología para que el recinto hospitalario acoja formalmente la gestión de sus riesgos, es decir el proceso de identificarlos, evaluarlos, ponderar su impacto y probabilidad, mitigarlos y monitorearlos, todo con el fin de colaborar a la toma de decisiones de Directivos y jefaturas en la ejecución de la gestión que desempeñan.

Esta política servirá de lineamiento estructurante para la gestión de todas las acciones y procesos realizados por el Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames de Iquique.



	POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código : HDETG - PE - PO - 01
		Edición : 1
		Fecha : septiembre 2024
		Página: 4 de 17
		Vigencia : Sept 2024 - 2026

1. Introducción

El Hospital Doctor Ernesto Torres Galdames de Iquique, es el establecimiento de alta complejidad autogestionado de la región de Tarapacá, y hasta hace menos de un año el único Hospital en la Región. El establecimiento está bajo los lineamientos del Servicio de Salud de Tarapacá.

La gestión pública del Hospital está expuesta a distintos tipos de riesgos y a requerimientos, tanto legales como de mejora de la eficacia, eficiencia y economicidad de sus actividades estratégicas y operacionales.

Por su parte, el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno (CAIGG) desde el año 2007 trabaja en la implementación, mantención y actualización de procesos de gestión de riesgos en el estado, lo que recoge el Hospital en su política y en su matriz de riesgos.

La Dirección del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames asume la estrategia de gestión de riesgos para diagnosticar, identificar, evaluar y controlar acciones o hechos respecto de probables y potenciales riesgos que deben ser recogidos en una matriz que permita optimizar su control, proponer medidas de mitigación o de eliminación de los riesgos con el fin de propender al logro de los objetivos institucionales.

El Hospital reconoce que la gestión de riesgos resulta fundamental para el desarrollo de los procesos institucionales y que es una herramienta estratégica para la prevención y el control de acontecimientos y situaciones potenciales que podrían afectar la atención a las y los beneficiarios del sistema público de Salud, arriesgando el cumplimiento de las obligaciones legales de la institución.

La gestión de riesgos proporciona al Hospital la capacidad para identificar, evaluar y gestionar todo el espectro de riesgos que pueden afectar al Servicio y posibilitar que todo el personal mejore su comprensión del riesgo, lo que permite obtener:

- Aceptación responsable del riesgo.
- Apoyo a la dirección.
- Mejoras en los resultados.
- Responsabilidad reforzada.
- Liderazgo superior.

La presente política, que asigna especial importancia a la reducción de los riesgos, obedece al propósito de mejorar la gestión institucional, a fin de contribuir al cumplimiento de sus objetivos estratégicos y con ello, al logro de su misión.



	POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código : HDETG - PE - PO - 01
		Edición : 1
		Fecha : septiembre 2024
		Página: 5 de 17
		Vigencia : Sept 2024 - 2026

2. Normativa y elementos a considerar en la Política de Riesgos

- a) Ley N° 18.575 Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del año 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, publicada en el Diario Oficial el 17/11/2001, que fija su texto refundido, coordinado y sistematizado de las Bases Generales de la Administración del Estado.
- b) Ley 19.937 de febrero de 2004 que modifica la Ley 2.763 en cuanto a las funciones, organización y atribuciones del Ministerio de Salud, Servicios de Salud y crea los Hospitales Autogestionados.
- c) Decreto Supremo N° 140 de abril de 2005 Reglamento que establece la estructura, organización y funciones de los Servicios de Salud.
- d) Decreto N° 38 de diciembre de 2005, Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los establecimientos Autogestionados en Red.
- e) Documento Técnico N° 70 V 0.3 de septiembre de 2022 del Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno CAIGG.
- f) Resolución Exenta N° 1138 de fecha 10 de mayo de 2024 que modifica el Organigrama del Hospital Doctor Ernesto Torres Galdames de Iquique.
- g) Utilización de la norma chilena ISO NCh-ISO 31000:2018 como marco principal para la gestión de riesgos integral en la organización.
- h) La integridad y consistencia de los procedimientos administrativos y procesos asociados del Hospital.
- i) La calidad de la gestión de los recursos humanos a través, fundamentalmente, de sus habilidades, perfiles y entrenamiento.
- j) La infraestructura hospitalaria, vehículos, equipamiento industrial y equipos médicos.
- k) La pertinencia, oportunidad y seguridad de la información



	POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código : HDETG - PE - PO - 01
		Edición : 1
		Fecha : septiembre 2024
		Página: 6 de 17
		Vigencia : Sept 2024 - 2026

3. Alcance

La política institucional se enmarca dentro de la misión declarada del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, que expresa:

“Somos el mayor centro hospitalario asistencial de alta complejidad, docente asistencial, comprometido con los habitantes de la región de Tarapacá a entregar siempre lo mejor.”

Desde este marco, el alcance es tocante con la Dirección del Hospital, las Subdirecciones, todos los Servicios y Unidades Clínicas, Unidades Asesoras y de Apoyo del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames de Iquique.

4. Enfoque

Prevalecerá el enfoque Preventivo y Proactivo.

La metodología para determinar el nivel de “Apetito de Riesgo”¹ es una ponderación global del nivel de riesgo que la máxima autoridad del HDETG está dispuesta a aceptar para el logro de los objetivos institucionales, de acuerdo con lo establecido en el Documento Técnico N° 70 del Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno (CAIGG), en su última versión o el que lo reemplace.

El proceso de Gestión de Riesgos dará cumplimiento a los siguientes aspectos:

- La existencia de un ambiente controlado de gestión de riesgos que, definido por la Dirección, establezca estrategias institucionales y una estructura de supervisión adecuada que garantice su operatividad.
- La definición y documentación de la exposición al riesgo a lo largo de los procesos y lineamientos, de acuerdo con los criterios de las Normas de Calidad.
- La cuantificación del impacto y probabilidad de ocurrencia para cada uno de los riesgos identificados.
- Evaluación y seguimiento permanente de eventos que generen perjuicios al Hospital.

5. Responsables de la ejecución.

Las responsabilidades asociadas a la gestión de riesgos en el Hospital son:

- Director y Equipo Directivo HETG
- Comité de Gestión de Riesgos HETG
- Jefaturas HETG: jefes médicos, supervisoras de unidades y servicios clínicos, jefes de unidades de apoyo y asesoras de la dirección.
- Responsables de procesos-riesgos (jefaturas o funcionarios/as claves).

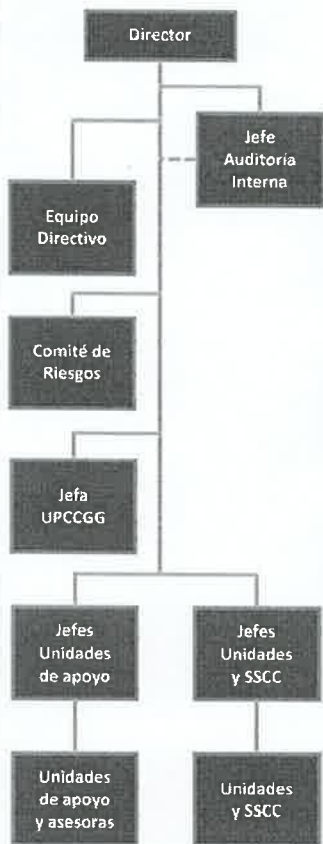
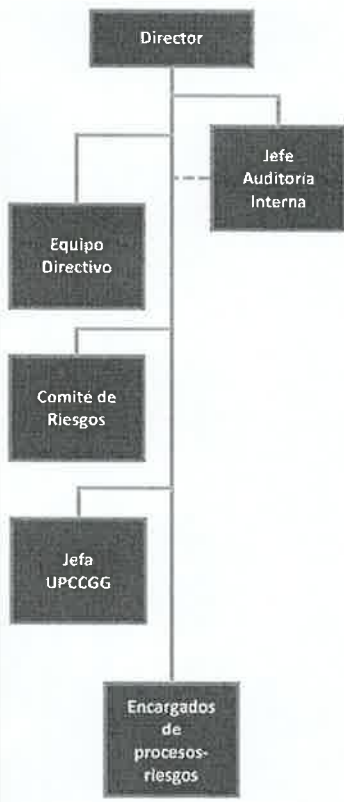
¹ El apetito al riesgo es lo que define si el riesgo está dentro de los límites aceptados. Una organización que desarrolla apetito al riesgo, desarrolla control en el manejo de los riesgos, atacando el espacio entre el desempeño deseado y el desempeño real.



	POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código : HDETG - PE - PO - 01
		Edición :1
		Fecha : septiembre 2024
		Página: 7 de 17
		Vigencia :Sept 2024 - 2026

- Auditor interno (Asesoría-Consultoría-Revisión).

5.1 Definición de Roles y Responsabilidades.

Estructura Organizacional funcional para fines de Matriz de Riesgos	Responsabilidades Administración de Riesgos	Roles Claves	Tareas
		Rol supervisor Coordinar decisiones	Director y equipo Directivo: ▪ Aprobación de políticas ▪ Priorizar y definir criticidad de los riesgos ▪ Evaluar efectividad de matriz de riesgos Comité de Riesgos: ▪ Supervisar y revisar implementación del marco de gestión de riesgos ▪ Monitorear perfil de riesgos de la institución ▪ Asegurarse que los riesgos han sido considerados en planes de mejora. ▪ Revisar el cumplimiento de planes de mejora
		Comprensión del riesgo	Jefaturas HETG: ▪ Definir prioridades de riesgo ▪ Emisión de matriz de riesgo por Unidad y SSCC ▪ Arbitrar y resolver conflictos ▪ Alienar respuesta al riesgo a todas las estrategias de la organización y objetivos ▪ Proponer planes de mejora ▪ Monitorear el avance general de la implementación de los planes de mejora
		Operación y soporte. Administrar y reportar riesgos a nivel de misión y objetivos	Encargados de procesos-riesgos: ▪ Elaboración de matriz de riesgos en unidades y SSCC ▪ Medición de impacto de los riesgos ▪ Proponer planes de mejora a Jefaturas ▪ Monitorear el avance de matriz y planes de mejora en sus áreas de gestión.
		Revisión cumplimiento de riesgos específicos	Auditor Interno: ▪ Revisión del cumplimiento de riesgos específicos, fraude, oportunidad de mejora, etc. ▪ Reportes al Director.
		Recolectar, analizar y reportar riesgos y respuestas a los riesgos en forma independiente y a través de auditoría interna	Unidad de Auditoría Interna: ▪ Comunicar y reforzar políticas de medición y monitoreo del CAIGG y de CGR ▪ Revisión de cumplimiento de actualización anual de matriz de riesgos. ▪ Revisión del cumplimiento de planes de mejora. ▪ Reportes al Director.



	POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código : HDETG - PE - PO - 01
		Edición : 1
		Fecha : septiembre 2024
		Página: 8 de 17
		Vigencia : Sept 2024 - 2026

6. Desarrollo.

En atención a lo indicado en el Documento Técnico N° 70 V 0.3 del mes de septiembre de 2022 del Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno CAIGG, que versa respecto a implantación, mantención y actualización del proceso de gestión de riesgos en el sector público, teniendo como principal objetivo facilitar a las organizaciones gubernamentales, la implementación y cumplimiento del Proceso de Gestión de Riesgos, así como su mantención y mejora continua, sumado al enfoque técnico que está basado principalmente en la Norma Chilena NCh-ISO 31000:2018, Gestión del Riesgo - Principios y Orientaciones, y en el Marco de Gestión de Riesgos Corporativos ERM – COSO III, emerge la presente política que otorga especial preponderancia a la reducción de los riesgos y apunta al mejoramiento continuo de la gestión institucional del Hospital.

Tal como lo indica la resolución que valida la presente política, el comité de riesgos como la Dirección del Hospital se comprometen anualmente a realizar una revisión de la política en el marco de los cambios del entorno y directrices del CAIGG.

6.1 Objetivos

Los siguientes son los objetivos de la política de Gestión del Riesgo establecidos por el Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames de Iquique:

6.1.1 Objetivo general

Definir la política de riesgos del establecimiento hospitalario y precisar los roles asociados al proceso de gestión de riesgos, buscando establecer el contexto necesario para la implementación, seguimiento y evaluación de dicho proceso, buscando la reducción o mitigación de los riesgos que pueden afectar negativamente al Hospital. Proporcionar una base estratégica y coherente para tomar decisiones para cada tipo de riesgo.

6.1.2 Objetivos específicos

- Diagnosticar los riesgos específicos inherentes al quehacer del Hospital, asegurando la correcta ejecución de las etapas de identificación de los riesgos.
- Evaluar los riesgos específicos inherentes al quehacer del Hospital, asegurando la correcta ejecución de las etapas de análisis y valoración de dichos riesgos.
- Definir los procesos que se deben abordar en la matriz de riesgos institucional a través del uso de herramientas de gestión de procesos.
- Propender a la elaboración de la matriz de riesgos institucional y su actualización anual.
- Monitorear y evaluar el cumplimiento de los planes de mejora declarados frente a los hallazgos y riesgos detectados.
- Difundir en medios institucionales y al público en general la matriz de riesgos institucional.



	POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código : HDETG - PE - PO - 01
		Edición : 1
		Fecha : septiembre 2024
		Página: 9 de 17
		Vigencia : Sept 2024 - 2026

6.2 Criterios para el tratamiento de los Riesgos

- a) El Hospital debe definir los objetivos con suficiente claridad para permitir la identificación y evaluación de los riesgos relacionados.
- b) Se identifican los procesos y riesgos asociados en matriz institucional para la consecución de los objetivos en todos los niveles de la institución y se deben analizar como base sobre la cual se ha de determinar cómo se deben gestionar.
- c) El Hospital al evaluar la matriz de riesgos considera dentro de la batería de riesgos la posibilidad de la ocurrencia de fraude.
- d) De acuerdo a la matriz de riesgos, existen riesgos que tienen un nivel de exposición al riesgo igual o superior a la puntuación "2". Estos riesgos deben ser priorizados en atención a su criticidad.
- e) Junto a lo anterior, los procesos y subprocesos que por sí mismos representan niveles de priorización por su impacto y riesgo crítico (MEDIO o MAYOR) son los siguientes:
 - Gestión de Control Interno
 - Gestión del Reclutamiento.
 - Financiamiento de la actividad hospitalaria
 - Comunicación Interna y Externa en la institución.
 - Licitaciones
 - Adquisiciones y Compras públicas
 - Contratos
 - Rendición de cuentas (Accountability)
 - Estimación presupuestaria
 - Control financiero, Deuda.
 - Pagos de facturas
 - Gestión de cobro de licencia médicas ISAPRES
 - Mantenimiento de equipos médicos, industriales, infraestructura, ambulancias.
 - Protocolizar la actividad clínica
 - Gestión de pabellones quirúrgicos
 - Programación de la actividad clínica, médicas, no médicas y odontológicas.
 - Gestión de lista de espera
 - Calidad y seguridad del paciente



	POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código : HDETG - PE - PO - 01
		Edición : 1
		Fecha : septiembre 2024
		Página: 10 de 17
		Vigencia : Sept 2024 - 2026

- Capacitación de funcionarios en IAAS
- Cumplimiento de las garantías explícitas en Salud
- Urgencias
- Hospitalización
- Atención Abierta
- Imagenología, Laboratorio, Diálisis
- Gestión GRD
- Registro y calidad del dato DEIS
- Costos hospitalarios PERC
- Ciberseguridad
- Glosa honorarios suma alzada subtítulo 21
- Glosa horas extras subtítulo 21
- Gestión del Ausentismo laboral
- Prevención de Delitos Funcionarios, el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo.

6.2.1 Capacitación

Se solicitará a las jefaturas la actualización en formación y certificación de competencias en control interno y matrices de riesgos.

6.3 Plazos asociados

El Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames de Iquique define que el proceso de gestión de riesgos y la formulación de la matriz de riesgos, se actualizará anualmente.

7. Estrategia para abordar los riesgos

Para el Proceso de Gestión de Riesgos, se incorporarán todos los procesos que desarrolla el recinto hospitalario, tanto aquellos que se relacionan directamente con su razón de ser en salud, como los de apoyo y soporte.

En el marco del proceso de Gestión de Riesgos, el Director del Hospital y su equipo directivo utilizará la metodología del Consejo de Auditoría (CAIGG) esto es, se levantarán estos procesos, desagregándose por subproceso, etapas, actividades y riesgos y priorizará los procesos y subprocesos en función de la importancia relativa de cada uno de ellos en el cumplimiento de la misión institucional y objetivos estratégicos, para luego ser administrados, utilizando alguna de las siguientes estrategias genéricas, que no se excluyen necesariamente unas a otras, adecuándolas a la realidad del recinto hospitalario:

- Evitar el riesgo decidiendo no iniciar o continuar con la actividad que causa el riesgo.
- Aceptar o aumentar el riesgo a fin de perseguir una oportunidad.



	POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código : HDETG - PE - PO - 01
		Edición : 1
		Fecha : septiembre 2024
		Página: 11 de 17
		Vigencia : Sept 2024 - 2026

- Eliminar la fuente del riesgo.
- Modificar la probabilidad de ocurrencia del riesgo.
- Modificar las consecuencias.
- Compartir el riesgo con otras partes (incluyendo los contratos y la financiación del riesgo).
- Retener el riesgo en base a una decisión informada.

Cualquier estrategia que se elija, debe estar justificada en forma adecuada y estar aprobada por el Director del Hospital.

El Director y su equipo se comprometen a realizar de forma periódica una revisión de la política de riesgos aquí establecida.

7.1 Prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y delitos funcionarios

El 15 de mayo de 2015, el Ministerio de Hacienda distribuyó a todos los ministerios y servicios públicos del Estado, intendencias, gobernaciones y municipalidades, el Oficio Circular N° 20 con orientaciones generales relativas a la Ley N° 20.818, de 18 de febrero de 2015, que introdujo importantes modificaciones a la Ley N° 19.913 que creó la Unidad de Análisis Financiero.

Entre las orientaciones, está la obligación de todas las superintendencias y los demás servicios y órganos públicos señalados en el inciso segundo del artículo 1° de la Ley N° 18.575, orgánica constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, de informar sobre las operaciones sospechosas que adviertan en el ejercicio de sus funciones.

El Oficio Circular N° 20 fue acompañado de una Guía de Recomendaciones para la Implementación de un Sistema Preventivo contra los Delitos Funcionarios, el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo, la cual fue elaborada en conjunto con la Unidad de Análisis Financiero.

Con esta obligación se refuerza el compromiso y la colaboración del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames con los más altos estándares de transparencia y probidad en la administración del Estado, combatiendo la corrupción y previniendo la comisión de delitos tales como el cohecho, fraude al fisco y malversación de caudales públicos, entre otros.

Para cumplir con la Ley N° 19.913, la Guía de Recomendaciones, así como el Oficio Circular N° 20 de Hacienda que la acompaña, el Hospital debe inscribirse en el Registro de Entidades Reportantes de la UAF, y se ha designado un funcionario responsable de relacionarse con la UAF, quien debe coordinar políticas y procedimientos de prevención y detección de delitos, conforme las características organizacionales propias del recinto hospitalario.



	POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código : HDETG - PE - PO - 01
		Edición : 1
		Fecha : septiembre 2024
		Página: 12 de 17
		Vigencia : Sept 2024 - 2026

A través de una adecuada evaluación de riesgos, es posible desarrollar y mantener un sistema preventivo antilavado de activos, delitos funcionarios y financiamiento del terrorismo, otorgando la flexibilidad necesaria para direccionar y tratar dichas amenazas.

Para garantizar el flujo efectivo de la información detectada como sospechosa, se deberán generar canales de recepción de datos que sean anónimos y seguros, y que den garantías de confidencialidad a todos los funcionarios.

No es deber del Hospital como entidad reportante determinar si se está o no ante un delito base o precedente de lavado de activos. Basta con la sospecha de buena fe que se tenga al respecto, ya que solo las autoridades judiciales pueden definir si se trata efectivamente de una operación de lavado de activos.

La obligación de reportar operaciones sospechosas a la UAF no exime de la obligación de denunciar al Ministerio Público o a los Tribunales de Justicia los posibles delitos que se adviertan en el ejercicio de las funciones, o de emprender acciones para perseguir eventuales responsabilidades administrativas cuando corresponda.

8. Matriz de Riesgos²

La matriz de riesgos es una herramienta usada para sistematizar el análisis de los procesos, sus riesgos, la severidad de los mismos, los controles asociados y la exposición al riesgo que presenta cada uno. Es una presentación gráfica en forma de Matriz en formato de Microsoft Excel, que es construida de acuerdo a una metodología, permite identificar y priorizar los principales riesgos y exposiciones al riesgo que afectan a los procesos y en consecuencia a la posibilidad de alcanzar los objetivos institucionales.

9. Indicadores de Proceso de Gestión de Riesgos

Para evaluar el grado de cumplimiento, se establece el siguiente indicador de proceso:

Porcentaje de cumplimiento de acuerdo a las fases definidas en el documento técnico N°70 v3 del CAIGG, a saber:



² Ministerio Secretaría General de la Presidencia, Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno. (2020). <https://www.auditoriainternadegobierno.gob.cl/publicacion/formato-matriz-de-riesgos/>

	POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código : HDETG - PE - PO - 01
		Edición : 1
		Fecha : septiembre 2024
		Página: 13 de 17
		Vigencia : Sept 2024 - 2026

Para el año 2024, que se ha actualizado la política de riesgos, se espera el cumplimiento del 60% de las acciones relevadas en la matriz de riesgos simplificada.

Para el año 2025 y siguientes se espera el cumplimiento del 80% de las tareas del plan de tratamiento, monitoreo por parte de Auditoría Interna y la actualización anual de la matriz.

10. Encargados de Proceso-Riesgo

Para dar continuidad y soporte a los procesos y riesgos asociados, cada jefe de servicios clínicos y unidades clínicas y de apoyo, dependientes de las Subdirecciones o asesoras de Dirección, nombrarán un encargado/a de procesos quienes deben trabajar con la metodología de definición de procesos, control del riesgo, medición de impacto, etc. Esto es que serán responsables de llevar la información de cada matriz de riesgo por servicio y/o unidad.

Las principales tareas de los encargados de procesos-riesgos son las siguientes:

- Elaboración de matriz de riesgos en unidades y SSCC
- Medición de impacto de los riesgos
- Proponer planes de mejora a Jefaturas
- Monitorear el avance de matriz y planes de mejora en sus áreas de gestión

El rol de las y los encargados de procesos-riesgos es conocer la matriz de su Servicio o Unidad, los procesos, subprocesos y etapas correspondientes. Deben ser colaboradores de sus jefaturas en la actualización anual de la matriz, en el levantamiento de la información sobre identificación y trazabilidad de los riesgos y mantenimiento de procesos de gestión de riesgos.

Junto con lo señalado, trabajar con su jefatura en la medición del impacto y formulación de respuestas apropiadas al riesgo, plan de tratamiento, medidas para la mejora continua de procesos y monitoreo de las estrategias implementadas para el tratamiento y mitigación de riesgos.

El Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames emitirá una resolución que formalice los encargados de procesos-riesgos de todos los Servicios y Unidades del recinto hospitalario.



	POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código : HDETG - PE - PO - 01
		Edición : 1
		Fecha : septiembre 2024
		Página: 14 de 17
		Vigencia : Sept 2024 - 2026

11. Diccionario de Riesgos³

- a) **Causa:** factor externo o interno que genera un riesgo.
- b) **Control:** Cualquier medida que tome la dirección u otros componentes de una organización gubernamental, para gestionar los riesgos y aumentar la probabilidad de alcanzar los objetivos y metas establecidos. La planificación, organización y supervisión de las acciones suficientes para proporcionar una seguridad razonable de que se alcanzarán los objetivos y metas, corresponde al jefe superior.
- c) **Control Interno:** Proceso efectuado por todo el personal de una organización gubernamental, para proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto al logro de los objetivos dentro de las siguientes categorías: a) Eficacia y eficiencia de las operaciones, b) Fiabilidad de la información, y c) Cumplimiento de las leyes y normas aplicables.

Dentro del marco integrado se identifican cinco elementos de control interno que se relacionan entre sí y son inherentes al estilo de gestión de la empresa. Estos son:

- Entorno de Control.
- Evaluación de Riesgos.
- Actividades de Control.
- Información y Comunicación.
- Actividades de Supervisión.



- d) **Críticidad:** Característica que se fundamenta entre otras variables, en el nivel del riesgo y en su importancia estratégica.
- e) **Eficacia:** Grado de cumplimiento de los objetivos planteados en la organización, sin considerar necesariamente los recursos asignados para ello. La calidad del servicio es una dimensión específica del concepto de eficacia que se refiere a la capacidad de la organización gubernamental para responder en forma rápida y directa a las necesidades de sus clientes, usuarios o beneficiarios.

³ Ministerio Secretaría General de la Presidencia, Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno. (2016). Diccionario de Riesgos para el Sector Público. RPI N° A-273617. Santiago de Chile.

	POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código : HDETG - PE - PO - 01
		Edición :1
		Fecha : septiembre 2024
		Página: 15 de 17
		Vigencia :Sept 2024 - 2026

- f) **Eficiencia:** Relación entre dos magnitudes: la producción de un bien o servicio y los insumos o recursos que se utilizaron para alcanzar aquellos. Se refiere a la ejecución de las acciones, beneficios o prestaciones del servicio utilizando el mínimo de recursos posibles.
- g) **Encargado de un proceso:** Profesional o jefatura que tiene directa relación con el proceso, lo identifica, define y monitorea, capaz de identificar riesgos asociados. En el marco del DFL 29/2005 que sistematiza la Ley N°18.834 sobre Estatuto Administrativo.
- h) **Entorno de Control:** Componente del Marco Integrado de Control Interno COSO 2013, el entorno de control es el conjunto de normas, procesos y estructuras que constituyen la base sobre la que desarrollar el control interno de la organización gubernamental. El Jefe de Servicio y su equipo directivo son quienes establecen el "Tone at the top" o "Tono desde la Dirección" con respecto a la importancia del control interno y las normas de conducta esperables. Elemento fundamental del sistema de control interno. Se refiere a la actitud y acciones de la dirección respecto a la importancia del control dentro de la organización. El entorno de control proporciona disciplina y estructura para la consecución de los objetivos principales del sistema de control interno. El entorno de control contiene elementos como; integridad y valores éticos; filosofía de dirección y estilo de gestión; estructura de la organización; asignación de autoridad y responsabilidad; políticas y prácticas de recursos humanos y compromiso de competencia profesional.
- i) **Estrategias:** Tácticas globales que permiten enfrentar la problemática de gestionar los riesgos, desde el punto de vista de su nivel de severidad y del nivel de la exposición al riesgo. Existen cuatro estrategias globales: aceptar, reducir, compartir y evitar.
- j) **Etapa Relevante:** Componente estratégico de carácter relevante en un subproceso o proceso compuesto por actividades o tareas.
- k) **Evaluación del Riesgo:** Dentro del Proceso de Gestión de Riesgos, la evaluación del riesgo es el proceso global de identificación del riesgo, de análisis del riesgo y de valoración del riesgo. Así mismo, como componente del Marco Integrado de Control Interno COSO 2013, la evaluación del riesgo implica un proceso dinámico e iterativo para identificar y evaluar los riesgos de cara a la consecución de los objetivos. Dichos riesgos deben evaluarse en relación a unos niveles preestablecidos de tolerancia. De este modo, la evaluación de riesgos constituye la base para determinar cómo se gestionan.



	POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código : HDETG - PE - PO - 01
		Edición :1
		Fecha : septiembre 2024
		Página: 16 de 17
		Vigencia :Sept 2024 - 2026

- l) **Factores de Riesgo:** Manifestaciones o características medibles u observables de un proceso que indican la presencia de Riesgo o tienden a aumentar la Exposición.
- m) **Gestión de Riesgos:** Es un proceso estructurado, consistente y continuo implementado a través de toda la organización gubernamental para identificar, evaluar, medir y reportar amenazas y oportunidades que afectan el logro de sus objetivos.
- n) **Impacto:** Consecuencia que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo. Puede haber más de una consecuencia de un mismo evento. Las consecuencias pueden estar en el rango de positivas a negativas. Las consecuencias se pueden expresar cualitativa o cuantitativamente. Las consecuencias se determinan en relación con el logro de objetivos.
- o) **Matriz de Riesgos:** Una herramienta usada para sistematizar el análisis de los procesos, subprocesos, etapas, sus riesgos, la severidad de los mismos, los controles asociados y la exposición al riesgo que presenta cada uno.
- p) **Nivel de Riesgo:** Severidad ante la ocurrencia del riesgo. Se determina por la relación $\text{RIESGO} = \text{PROBABILIDAD} \times \text{IMPACTO}$
- q) **Planes de mejora:** Planes que define la organización para gestionar los riesgos que se han priorizado en la fase valoración de los riesgos y que deben señalar las estrategias y acciones orientadas a la gestión de riesgos.
- r) **Ponderación:** Nivel de importancia estratégica de un subproceso dentro de un proceso crítico. La organización debe definir el peso relativo que cada subproceso tiene dentro de un proceso crítico, esto atendiendo a la relevancia o importancia estratégica que tiene cada subproceso en la consecución exitosa de los objetivos de cada proceso crítico. (Ver justificación de la ponderación).
- s) **Política de Riesgos:** Documento formal aprobado por el Jefe de Servicio, que debe definir y documentar la disposición y actitud de la Organización ante el riesgo, conteniendo a lo menos los objetivos y compromisos con la gestión de riesgo, el alineamiento entre la política y los objetivos estratégicos, el alcance o amplitud de la política, los responsables de gestionar los riesgos y las competencias que estos requieren, el compromiso de la dirección para la revisión periódica.



	POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES	Código : HDETG - PE - PO - 01
		Edición : 1
		Fecha : septiembre 2024
		Página: 17 de 17
		Vigencia : Sept 2024 - 2026

- t) **Probabilidad:** La posibilidad de ocurrencia de un resultado o riesgo específico. La probabilidad se puede expresar en términos cuantitativos, mediante escalas que identifiquen niveles desde muy improbables hasta casi certeza.
- u) **Proceso:** Conjunto de actividades íntimamente relacionadas que existen para generar un bien o un servicio, que cuentan con un ingreso de recursos, una transformación de éstos y una salida de servicios o productos, 7Hque tienen un cliente interno o externo a la organización.
- v) **Proceso crítico:** Aquellos procesos identificados como claves para el logro de la misión institucional a través del cumplimiento de los objetivos estratégicos.
- w) **Riesgo:** Contingencia o proximidad de que suceda algo que tendrá un impacto en los objetivos. La posibilidad de que ocurra un acontecimiento que tenga un impacto en el alcance de los objetivos. El riesgo se mide en términos de impacto y probabilidad.
- x) **Riesgo Inherente:** Es la posibilidad de que existan errores o irregularidades en la gestión administrativa y financiera, antes de verificar la eficiencia del control interno diseñado en la organización gubernamental. Este riesgo tiene relación directa con el contexto global de una organización e incluso puede afectar a su gestión.
- y) **Riesgo Residual:** El nivel de riesgo restante luego del tratamiento del riesgo. El nivel remanente del riesgo después de que se han tomado medidas de tratamiento del riesgo.
- z) **Severidad del Riesgo:** Corresponde al nivel del riesgo originado por la relación entre la consecuencia y la probabilidad de ocurrencia.
- aa) **Subproceso:** Corresponden a aquellos componentes principales en la estructura de un proceso de estratégico, de negocio o soporte.
- bb) **Tolerancia al Riesgo:** Es el nivel aceptable de la variación alrededor del logro de un objetivo de negocio específico y se debe alinear con el apetito del riesgo de una organización.

