

Fondo Solidario para
la Salud (FOSALUD)



PLAN DE ADMINISTRACION DE RIESGOS 2012 FOSALUD

INDICE

Introducción	1
1. Antecedentes	2
2. Objetivos	3
3. Período del Plan	4
4. Estructura Organizativa del Plan	4
5. Políticas de Administración de Riesgos.....	5
6. Estructura del Plan	7
7. Análisis FODA.....	7
8. Matriz FODA	9
9. Desarrollo del Plan	10
9.1 Conceptos	10
9.2 Análisis de Riesgos	12
9.3 Matriz de Riesgos	14
9.4 Reducción de Riesgos	35
9.5 Control de Riesgos	37
10. Conclusiones y Recomendaciones	38

INTRODUCCION

El Plan de Administración de Riesgos, está conformado por un conjunto de medidas que permiten eliminar o reducir los riesgos internos y externos derivados durante la ejecución del presupuesto o aquellos propios de la naturaleza del servicio o actividades que son desarrolladas por las diversas unidades de organización de la institución.

Para ello se hace importante definir al riesgo al cual se esta expuesto cada unidad organizativa y que pueda afectar la consecución de los objetivos institucionales, debido a la probabilidad de que ocurran incidentes, accidentes y acontecimientos que pueden trascender los límites de las instalaciones y afectar adversamente a los empleados, los documentos e información interna, los bienes propiedad de la institución y desde luego el logro de los objetivos.

El desarrollo del presente plan es concordante con las Normas Técnicas de Control Interno, el Reglamento Interno de Trabajo, el Plan Operativo Anual, la Ley AFI entre otras, ya que incorpora bajo la óptica de una planificación participativa, los riesgos potenciales de cada unidad organizativa, el análisis de estos para establecer medidas que conlleven a evitar y o minimizar dichos riesgos, así como los responsables dentro de cada área para evaluar el cumplimiento de las medidas.

La consolidación y seguimiento del Plan, estará a cargo de la Gerencia Financiera tal como lo indican las Normas Técnicas, la implementación del mismo esta a cargo de cada unidad organizativa según corresponda.

Es importante aclarar que el presente documento no incorpora la prevención de riesgos laborales debido a que esto es responsabilidad del Comité de Salud y Seguridad Ocupacional.

1. ANTECEDENTES

El Fondo Solidario para la Salud, entidad de derecho público, de carácter técnico, de utilidad pública, con plena autonomía en sus funciones, adscrita al Ministerio de Salud Pública, inicio sus funciones el agosto del 2005, desde ese año a la fecha apoya al Ramo de Salud con servicios de salud preventivos y curativos, en horarios no tradicionales, fines de semana y días festivos, así como en lugares de difícil acceso, actualmente se cuenta con 156 Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF), 5 Unidades Móviles, 9 Oficinas Sanitarias Internacionales, 10 Hogares de Espera Materna (HEM), un Centro de Nutrición Infantil, un Centro de Atención de Emergencias (CAE), así como un almacén de Medicamentos e insumos generales, y la Sede Administrativa, servicios proporcionados por aproximadamente 2,675 empleados, lo que implica que existan riesgos inherentes con el desempeño de las funciones operativas y/o administrativas, tanto a los bienes propiedad del Estado, como a la seguridad y salud de los trabajadores.

Mediante Decreto Legislativo N°: 254, de fecha 21/01/2010, la Asamblea Legislativa aprobó la LEY GENERAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LOS LUGARES DE TRABAJO cuyo OBJETO en su Art. 1 lo describe como el de establecer los requisitos de seguridad y salud ocupacional que deben aplicarse en los lugares de trabajo, a fin de establecer el marco básico de garantías y responsabilidades que garantice un adecuado nivel de protección de la seguridad y salud de los trabajadores y trabajadoras, frente a los riesgos derivados del trabajo de acuerdo a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas para el Trabajo, sin perjuicio de las leyes especiales que se dicten para cada actividad económica en particular.

El campo de aplicación de la Ley establecida en el Art. 4, hace mención a que se aplicará a todos los lugares de trabajo, sean privados o del Estado. Ninguna institución autónoma podrá alegar la existencia de un régimen especial o preferente para incumplir sus disposiciones.

Asimismo, considerando lo establecido en las Normas Técnicas de Control Interno, en el Capítulo II Art. 20 al 23 hace mención que es responsabilidad

de los funcionarios del Fondo de identificar y analizar los factores de riesgo relevantes que puedan tener incidencia en el logro de los objetivos, y definir e implementar acciones para reducir el impacto de los riesgos; por lo que el presente documento tiene como objetivo presentar el consolidado de los riesgos establecidos por las diferentes unidades organizativas, realizar el análisis de su probabilidad de amenazas y su magnitud de daños, para efecto de proponer medidas de mitigación o reducción de los mismos.

2. OBJETIVOS:

2.1 Objetivo General:

Establecer la implementación de un mecanismo que permita a la institución el manejo de los riesgos de las diferentes áreas que componen la estructura del Fondo a través de la detección, prevención, seguimiento, control y subsanación de todos los niveles de riesgo o amenazas a la integridad de los recursos humanos y materiales con que cuenta la Institución.

2.2 Objetivos específicos

Los objetivos del plan de prevención de riesgos institucionales se pueden resumir:

- Establecer la política de prevención del Fondo y adoptar la estructura soporte que garantice su aplicación.
- Definir los requisitos generales que deberá implementar la institución para garantizar la implantación y el funcionamiento del plan de prevención.
- Asignar las responsabilidades y las funciones, en materia de seguridad, de todos los niveles jerárquicos del Fondo.
- Establecer los mecanismos de acción y control para asegurar el cumplimiento de la normativa y reglamentación vigente en materia de prevención de riesgos, administrativos, técnicos y laborales.
- Presentar informes sobre el nivel de prevención alcanzado, así como el cumplimiento de los objetivos y metas propuestos.

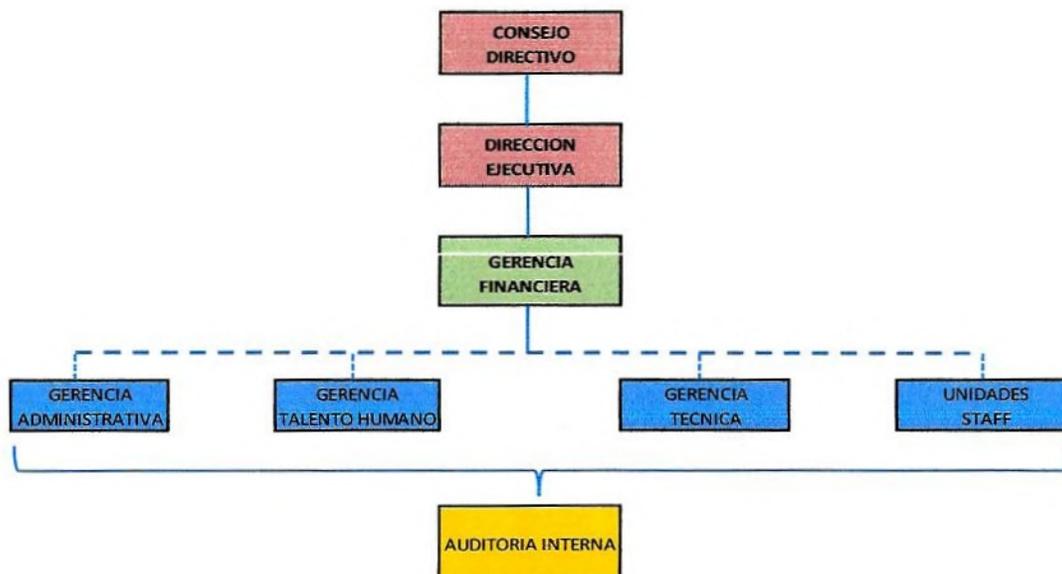
- Servir de vehículo para la formación, la calificación y la motivación del personal, respecto a la prevención de riesgos, técnicos, administrativos y laborales.

3. PERIODO DE APLICACIÓN

Por ser este un Plan que pretende establecer la estructura organizativa, las responsabilidades, las funciones y los principios de la acción preventiva y concretar los objetivos preventivos a Largo plazo, este tiene la consideración de Plan indefinido. No obstante estará sujeto a las variaciones y revisiones que, por cualquier circunstancia, se estime necesarias.

4. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL PLAN

De acuerdo a lo establecido en el Capítulo II, Arts. del 18 al 23 de las Normas Técnicas de Control Interno específicas para el FOSALUD, todos los niveles jerárquicos tienen responsabilidad prescritas en dichas normas, como las de participar en la elaboración, análisis, consolidación, aprobación y control del Plan de Gestión o Administración de Riesgos, el cual se estructura de la siguiente forma:



5. POLITICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS INSTITUCIONALES

Las opciones que a continuación se definen son las categorías de respuesta a los riesgos. La filosofía general aplicable es prevenir, para ello las acciones y controles deben orientarse a reducir la probabilidad de ocurrencia del riesgo o a mitigar el impacto negativo del evento de pérdida, para lo cual se tienen contempladas las siguientes acciones:

Opciones para evitar la materialización de los Riesgos

Todas aquellas medidas encaminadas a prevenir la materialización del riesgo que actualmente se tienen implementados una serie de controles traducidos en políticas, estrategias y acciones tendientes a evitar los efectos adversos que se puedan presentar en el desarrollo de la gestión institucional. Algunos de ellos son:

5.1 Implementación de controles

Es la principal opción considerada; los controles de tipo preventivo expresados en políticas, estrategias y lineamientos han sido clasificados en generales y específicos para los efectos alusivos a la administración del riesgo; los primeros, dirigidos y orientados al cumplimiento de la gestión institucional; mientras que los segundos, son lineamientos concretos para la ejecución de los procesos; respecto a los de origen externo, es exigible su cumplimiento.

5.2 Modelo de gestión ética

El fortalecimiento de una cultura de gestión ética fundamentada en una carta de valores y principios éticos adoptada, ha sido una de las principales estrategias abordadas a fin de que los servidores se comprometan en la aplicación de prácticas y formas concretas de actuación que permitan minimizar toda clase de riesgos en el desarrollo de sus funciones.

Se tiene conformado un Comité de ética encargado de proponer la adopción de medidas para el efectivo cumplimiento de la Ley de Etica Gubernamental, impulsar procesos de reflexión y capacitación en materia de ética, difundiendo los principios, valores y deberes que como servidor público debe poseer cada empleado o funcionario de la institución.

5.3 Procesos de capacitación y formación

Para garantizar una gestión institucional eficaz, los servidores deben contar con actualización permanente, es por ello que la entidad ha definido los procesos de capacitación y formación, orientados al fortalecimiento de sus competencias; para ello cuenta con recursos materiales y humanos, para el desarrollo del programa de capacitación al personal.

5.4 Formulación de Planes Operativos Anuales (POAS)

Definido en la Planificación Estratégica, el plan operativo anual (POA), es el componente fundamental para asegurar la real y efectiva ejecución de la estrategia institucional. Mediante éste se busca un proceso participativo, a fin de determinar las acciones a realizar para la consecución de los objetivos estratégicos, al igual que para garantizar los medios correspondientes, los recursos necesarios y los responsables, para asegurar y controlar que dichos objetivos serán alcanzados en todos los niveles de la Institución.

5.5 Programas de mantenimiento preventivo para equipos

Otra de las políticas aplicadas para prevenir o evitar la materialización de los riesgos, son los programas de mantenimiento preventivo y correctivo para equipos y bienes como son, el parque vehicular, equipos de cómputo, sistemas de información, plantas eléctricas, aires acondicionados, equipo médico-odontológico, etc.

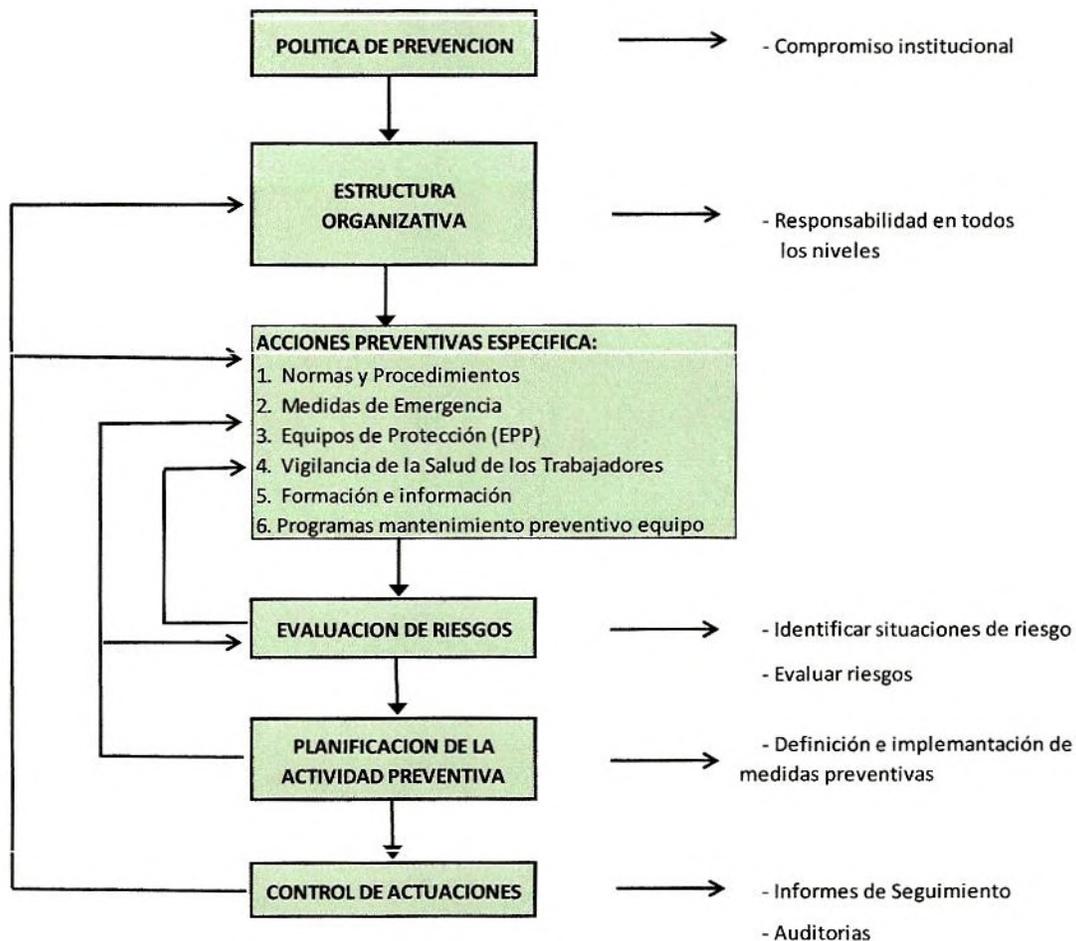
5.6 Políticas para el uso de equipos y manejo de la información

Igualmente, existen políticas para el uso de los equipos de cómputo y los servicios institucionales de correo electrónico e Internet, como también para el manejo, instalación y desinstalación de software y la conservación y cuidado de la información.

Las medidas antes señaladas son algunas de las opciones aplicadas a fin de prevenir o mitigar la materialización de los riesgos; sin embargo y como quiera que no existe un método único que se pueda considerar un estándar, para evaluar el control y su efectividad, las opciones concretas dependerán de cada responsable del proceso y serán más precisas en la medida que la severidad y categoría del riesgo lo amerite, verificando cada uno de los controles asociados a él.

6. ESTRUCTURA DEL PLAN

Partiendo de los elementos anteriormente descritos, y conociendo los objetivos principales del documento, se presenta a continuación un esquema que resume y ejemplifica la estructura del Plan de Administración de Riesgos, así:



7. ANALISIS FODA

El análisis FODA es una de las herramientas esenciales que provee de los insumos necesarios al proceso de planeación estratégica, proporcionando la información necesaria para la implantación de acciones y medidas correctivas y la generación de nuevos o mejores proyectos de mejora.

En el proceso de análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, Análisis FODA, se consideran los factores económicos, políticos, sociales y culturales que representan las influencias del ámbito externo al Fondo, que inciden sobre su quehacer interno, ya que potencialmente pueden favorecer o poner en riesgo el cumplimiento de la Misión institucional. La previsión de esas oportunidades y amenazas posibilita la construcción de escenarios anticipados que permitan reorientar el rumbo de la Institución.

Las *fortalezas y debilidades* corresponden al ámbito interno de la institución, y dentro del proceso de planeación estratégica, se debe realizar el análisis de cuáles son esas fortalezas con las que cuenta y cuáles las debilidades que obstaculizan el cumplimiento de sus objetivos estratégicos.

Entre algunas características de este tipo de análisis se encuentra las siguientes ventajas:

- Facilitan el análisis del quehacer institucional que por atribución debe cumplir el Fondo en apego a su marco jurídico y a los compromisos establecidos en las políticas públicas relacionadas con el sector salud.
- Facilitan la realización de un diagnóstico para la construcción de estrategias que permitan reorientar el rumbo institucional, al identificar la posición actual y la capacidad de respuesta de nuestra institución.
- Permiten identificar la congruencia entre la asignación del gasto público y su quehacer institucional.

De esta forma, el proceso de planeación estratégica se considera funcional cuando las debilidades se ven disminuidas, las fortalezas son incrementadas, el impacto de las amenazas es considerado y atendido puntualmente, y el aprovechamiento de las oportunidades es capitalizado en el alcance de *los objetivos, la Misión y Visión* de la entidad.

¿CÓMO SE IDENTIFICAN LOS ELEMENTOS DEL ANÁLISIS?

Este análisis nos permite delinear el alcance del Fondo y soportar bajo un marco jurídico el accionar de los programas internos, así como, evaluar la conveniencia de que sea modificado de acuerdo a las nuevas necesidades sociales, económicas, políticas y culturales que demanda nuestro país, que

cada día se encuentra más inmerso en los procesos de globalización y sustentabilidad.

Hay que acotar que el análisis de cada elemento es situacional, es decir, para decidir si nos beneficia o nos perjudica, se debe tener en cuenta que poseemos una Misión, una Visión (aunque sea propuesta) y ciertos objetivos ya dados que debemos cubrir como institución pública y que en el momento de análisis se debe de dar ese sentido de temporalidad (es decir, no siempre una amenaza será una amenaza ni una oportunidad permanecerá siempre aprovechable).

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Factores Internos	F1 Personal con experiencia en el Servicio F2 Buen % del personal con título profesional F3 Equipo necesario para realizar labores F4 Farmacias con medicamentos abastecidas F5 Buena percepción del serv. por parte usuarios F6 Existe un Plan Estratégico Institucional	D1 Falta de manuales de procedimientos D2 Falta de software para diversas tareas D3 Carencia de Liderazgo Directivo D4 Poca promoción de los servicios D5 Falta de exámenes médicos para apoyar diagnóstico D6 Dependencia de transferencias del M. de Hda. D7 Falta de control de personal de clínicas D8 Falta de capitalización de experiencias D9 Falta de cultura de planificación.
	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Factores Externos	O1 Demanda creciente de servicios médicos O2 Incremento en el Presupuesto institucional O3 Actualizaciones técnicas en coordinación con Ministerio de Salud O4 Capacitación continua del conocimiento O5 Aprovechamiento de políticas de Estado orientadas al ámbito social.	A1 Fuga de personal capacitado y con experiencia A2 Limitado espacio físico en clínicas A3 Demanda insatisfecha del MINSAL sobre carga al Fondo A4 La economía amenaza disminución de recursos A5 Falta de cultura informática A6 Desastres naturales y epidemias.

8. LA MATRIZ FODA

Al tener ya determinadas cuales son las FODA en un primer plano, nos permite determinar los principales elementos de fortalezas, oportunidades, amenazas y debilidades, lo que implica es determinar, teniendo como referencias a la Misión y la Visión del Institución, cómo afecta cada uno de los elementos de FODA, luego se realizó una ponderación y ordenamiento por importancia cada uno de los FODA, a efecto de quedarnos con los que revisten mayor importancia para la institución, en la siguiente tabla se

observan los principales elementos ponderados y las estrategias que se deberían utilizar para lograr los objetivos minimizando las amenazas y potenciando las oportunidades.

Factores Internos	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Factores Externos	F1 Personal con experiencia en el Servicio F2 Buen % del personal con título profesional F3 Equipo necesario para realizar labores F4 Farmacias con medicamentos abastecidas F5 Buena percepción del serv. por parte usuarios F6 Existe un Plan Estratégico Institucional	D1 Falta de manuales de procedimientos D2 Falta de software para diversas tareas D3 Carencia de Liderazgo Directivo D4 Poca promoción de los servicios D5 Falta de exámenes médicos para apoyar diagnóstico D6 Dependencia de transferencias del M. de Hda. D7 Falta de control de personal de clínicas D8 Falta de capitalización de experiencias D9 Falta de cultura de planificación.
OPORTUNIDADES	FO (Maxi-Maxi)	DO (Mini-Maxi)
O1 Demanda creciente de servicios médicos O2 Incremento en el Presupuesto institucional O3 Actualizaciones técnicas en coordinación con Ministerio de Salud O4 Capacitación continua del conocimiento O5 Aprovechamiento de políticas de Estado orientadas al ámbito social.	Estrategia para maximizar tanto las F. como las O. 1. Formar un área de capacitación y desarrollo de capacidades (F1, F2, F3, F6, O2, O3) 2. Fortalecer el abastecimiento de farmacias al para mantener la buena percepción de nuestros usuarios (F4, F5, O1, O2) 3. Analizar de forma periódica las tendencias y comportamientos de los dif. centros de atención. (F1, F6, O4, O5)	Estrategia para minimizar las D y maximizar las O. 1. Contratación de consultoría para la elaboración de manuales (D1, O3) 2. Instalar laboratorios en horarios Fos salud y/o apoyar al Minsal en la adquisición de equipo para fortalecer los Laboratorios (D5, O1, O2)
AMENAZAS	FA (Maxi-Mini)	DA (Mini-Mini)
A1 Fuga personal capacitado y con experiencia A2 Limitado espacio físico en clínicas A3 Demanda insatisfecha del MINSAL A4 La economía amenaza disminución recursos A5 Falta de cultura informática A6 Desastres naturales y epidémias.	Estrategia para maximizar las F y minimizar las A 1. Creación de incentivos o beneficios adicionales al personal que participa como facilitador en las capacitaciones a los empleados (F1, F2, F5, A1) 2. Gestionar la ampliación de las farmacias del FOSALUD (F4, A2, A3) 3. Impulsar las investigaciones de las enfermedades consultadas en el primer nivel. (F4, F5, F6, A3, A4, A6)	Estrategia para minimizar las A como las D. 1. Fortalecer las diversas áreas con apoyo de software para modernizar algunas tareas (D2, A5) 2. Apoyar la promoción del quehacer institucional y los servicios que presta el Fondo a la población. (D3, D4, A3, A4) 3. Solidificar los programas establecidos (D7, D8, D9, A2, A6)

9. DESARROLLO DEL PLAN DE ADMINISTRACION DE RIESGO

Nuestro punto de partida posteriormente a haber definido los objetivos, las políticas, los responsables, la organización y el esquema del plan, así como parte de nuestras necesidades a través del análisis del FODA, continuamos con el desarrollo del plan de la gestión de riesgos, con las definiciones siguientes:

9.1 CONCEPTOS

¿Que es el RIESGO?

Un riesgo es una variable del proyecto, labor o actividad que pone en peligro o impide el éxito del mismo. Es la "probabilidad de que la institución experimente sucesos no deseables, como retrasos en las fechas, excesos de

costos, pérdida de datos o bienes, o hasta no lograr alcanzar metas y objetivos”

El riesgo siempre implica dos características:

- Incertidumbre: el acontecimiento que caracteriza al riesgo puede o no puede ocurrir.
- Pérdida: Si el riesgo se convierte en una realidad, ocurrirán consecuencias no deseadas o pérdidas.

Suele ser común el confundir preocupaciones, riesgos y problemas, mientras que una preocupación es cualquier situación sobre la cual existen dudas en algún determinado contexto y que, por lo tanto, será evaluada como un posible riesgo, un problema es un riesgo que, efectivamente, se ha producido.

Amenazas y Vulnerabilidades

La posibilidad de ocurrencia de cualquier tipo de evento o acción que pueda producir un daño sobre los elementos del Sistema de Control Interno del FOSALUD, específicamente en el caso de las áreas de informática, financiera, administrativa, recursos humanos, área técnica, y Dirección institucional con sus unidades asesoras.

Identificación de Amenazas

Las principales amenazas se pueden resumir en aquellos eventos que tiene como insumo principal, sucesos de origen físico, los cuales pueden estar constituidos por acciones naturales y técnicas, así como eventos causados por la intervención humana.

Otro de los insumos a considerar es la negligencia y decisiones institucionales, que son todas aquellas acciones, decisiones u omisiones en las que participen las personas de la institución encargada de la toma de decisiones.

Vulnerabilidades

La vulnerabilidad es la capacidad, las condiciones y características del sistema mismo que lo hace susceptible a amenazas, volviéndose tales condiciones, un riesgo inherente al funcionamiento mismo.

Dentro del contexto que se desarrolla el FOSALUD, y en consideración al diagnóstico determinado a través de la matriz de riesgo, la vulnerabilidad institucional podemos enfocarla en los ámbitos: administrativo, legal, informático y operativo.

9.2 Análisis de Riesgos

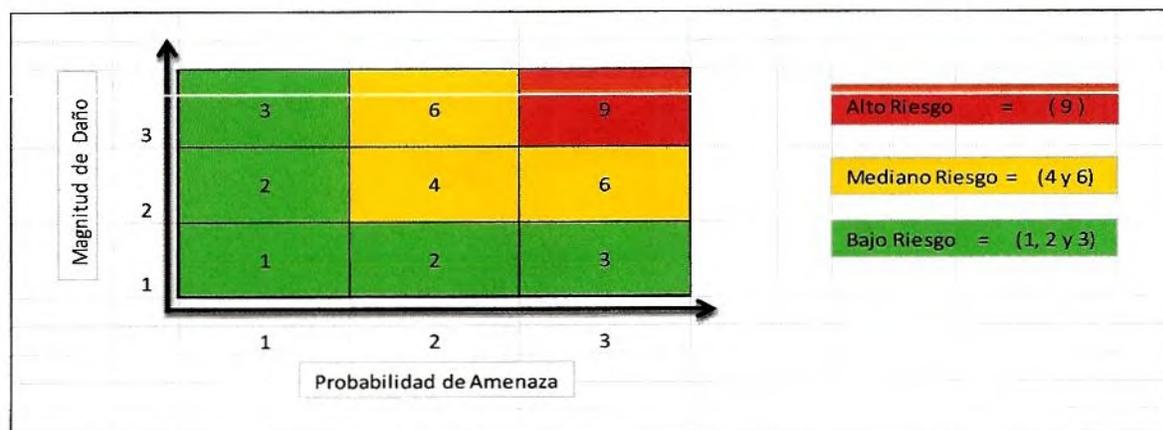
Considerando que Riesgo hace referencia a la proximidad o contingencia de un posible daño, la noción de riesgo suele utilizarse como sinónimo de peligro, el riesgo sin embargo está vinculado a la vulnerabilidad, mientras que el peligro aparece asociado a la factibilidad del perjuicio o daño.

Es posible distinguir, por lo tanto, entre riesgo (la posibilidad de daño) y el peligro (la probabilidad de accidente o patología).

El presente documento establece el análisis de riesgo con el propósito de establecer los componentes que se vuelven imprescindibles proteger, dado las vulnerabilidades del sistema las cuales lo debilitan y convirtiéndoles en potenciales amenazas. Dicho de otra manera se pretende medir los grados de riesgo a los cuales se encuentra expuesta la institución durante el presente ejercicio fiscal.

Formula de Medición del Riesgo = Probabilidad de amenaza X Magnitud de Daños

Entre más alta la Probabilidad de Amenaza y Magnitud de Daño, más grande es el riesgo y el peligro al sistema, lo que significa que es necesario implementar medidas de protección.



Probabilidad de Amenazas

Consideraciones a evaluar para la medición de riesgos

Uno de los elementos a tomar en cuenta para poder establecer las probabilidades de amenazas sin lugar a dudas son los factores externos, ya sea por el interés que estos tengan en la institución o por el grado de influencia que estos tengan en relación a la actividad del Fondo.

Un segundo elemento a considerar es el nivel de vulnerabilidad en relación a las condiciones actuales y los niveles de control de los eventos; además debe adicionarse como un tercer elemento la frecuencia con que ocurren los incidentes.

Valoraciones de la Probabilidad de Amenaza

MEDIDAS	CONCEPTOS	REFERENCIA
Baja	Cuando existen condiciones que hacen muy lejana la posibilidad de que el suceso que vulnera el control se de.	B=1
Mediana	Cuando existen condiciones que hacen poco probable un suceso que vulnere el control a corto plazo.	M=2
Alta	Cuando no existen condiciones internas y externas que impidan el desencadenamiento del evento que vulnera el control.	A=3

Magnitud de Daño

Cuando nos referimos a magnitud de daño es equivalente al impacto que pueda ocurrir en un evento que vaya en detrimento del patrimonio, información y el normal funcionamiento de nuestras actividades dentro de la organización

Consideraciones para evaluar la magnitud del daño

Entre los elementos a tomar en cuenta para poder establecer la magnitud del daño o el posible impacto de un evento son: el sujeto u objeto expuesto al daño, manejo inadecuado de la información confidencial; incumplimiento de

normativa jurídica / contractual, daño a la imagen institucional, a sus autoridades, y al patrimonio.

Valoraciones de la Magnitud del Daño

MEDIDAS	CONCEPTOS	REFERENCIA
Baja	Daño aislado, no perjudica ningún componente de la organización.	B=1
Mediana	Provoca la desarticulación de un componente de la organización, a largo plazo puede provocar desarticulación de la organización.	M=2
Alta	En corto plazo desmoviliza o desarticula la organización.	A=3

Estimar la Magnitud de Daño generalmente es una tarea muy compleja. La manera más fácil es expresar el daño de manera cualitativa, lo que significa que aparte del daño económico, también se considera otros valores como daños materiales, imagen, emocionales, entre otros.

9.3 Matriz del análisis de Riesgo

La conformación de la matriz de riesgo ha permitido establecer cuáles son los principales riesgos a los que se enfrenta el FOSALUD durante el presente año, en lo relativo a las áreas de la diferentes gerencias, así como a las unidades de staff; dicha información ha sido proporcionada por cada una de las áreas y conforman las experiencias vividas hasta la fecha, así como en función de la visión estratégica establecida en el Plan Estratégico Institucional (PEI); información recopilada mediante en una hoja electrónica (Excel), en la cual se han identificado las principales fuentes de riesgo, así como se ha analizado su impacto, a fin de diseñar las diferentes alternativas que puedan contrarrestar los riesgos descritos.

A continuación se presentan los riesgos potenciales, la clasificación del riesgo, las medidas de mitigación o reducción del riesgo, los mecanismos de control o seguimiento a las propuestas de reducción y los responsables por cada unidad organizativa, según el siguiente detalle:

A DIRECCION EJECUTIVA

No.	ANALISIS DE RIESGO			ACCIONES DE RESPUESTA	MEDIDAS DE CONTROL	RESPONSABLE
	RIESGO POTENCIAL	ALTO	MEDIANO			
1 UNIDAD JURIDICA						
A.1.1	Inseguridad jurídica en los procesos y procedimientos	9		Revisión y actualización de documentación de normativa interna y creación de normativa faltante.	Definición de filtros de control y desarrollo de la revisión, actualización y redacción de normativa.	Unidad Jurídica
A.1.2	Extravíos de documentación confidencial expedientes judiciales y administrativos		6	Designar un espacio y archivo con llave para el resguardo de documentos	Solicitud y gestión con la administración.	Unidad Jurídica
A.1.3	Aplicación de lineamientos instructivos, e instrumentos sin autorización de la autoridad correspondiente		6	Que se consensuen y discutan previamente	Legalización ante la autoridad correspondiente	Unidad Jurídica
A.1.4	Falta de conocimiento y supervisión del departamento Jurídico en los procedimientos disciplinarios		6	Definición de etapas de conocimiento conjunto	Instalación del Comité consultivo para la proposición de sanciones	Unidad Jurídica
A.1.5	Retrasos en emisión de vistos buenos para diferentes acciones en distintos departamentos (acciones de personal, compras, licitaciones)			Reordenamiento del departamento y redistribución de carga de trabajo	Seguimiento al reordenamiento	Unidad Jurídica
A.1.6	Falta de claridad en las bases de concursos públicos y términos de referencia para licitaciones y consultorias		6	Elaboración de modelos de bases e instrumentos institucionales de evaluación en coordinación con el DACI y las Unidades solicitantes	Seguimiento a conclusiones de coordinación	Unidad Jurídica
A.1.7	Incumplimiento de contratos por descuido o negligencia en el seguimiento de estos (contratos, garantías e imposición de multas)			Supervisar el control y elaborar un instrumento de actualización quincenal	Reporte quincenal	Unidad Jurídica
A.1.8	Falta de seguimiento de observaciones de auditorías		6	Informe de seguimiento bimensual	Bitacora de Observaciones	unidad Jurídica
A.1.9	Adquirir compromisos institucionales sin la debida aprobación y legalización		6	Legalizar relaciones a través de convenios o cartas de entendimiento	Detalle de convenios y planes aprobados	Unidad Jurídica

A. DIRECCION EJECUTIVA

No.	RIESGO POTENCIAL	ANALISIS DE RIESGO			REDUCCION DE RIESGOS	MEDIDAS DE CONTROL	RESPONSABLE
		ALTO	MADIANO	BAJO			
2. Unidad de Auditoria Interna							
A.2.1	No detectar oportunamente faltantes de medicamentos e insumos en las Farmacias y Almacenes con horario ampliado, fines de semana y dias festivos.	9			Coordinar con los Encargados de los Programas Especiales, a fin de detectar e investigar anomalías inmediatamente se conozcan.	Elaborar programa de visitas a Establecimientos de Salud y darle prioridad a las Unidades con irregularidades.	Auditor Interno
A.2.2	No se cuenta con Manuales de Políticas y Procedimientos y Manuales de Procesos, actualizados, completos y aprobados por la Administración Superior, que establezcan los procedimientos de control interno para el cumplimiento satisfactorio de las actividades de cada área, que constituyen los parámetros de revisión para la Unidad de auditoría interna.		6		Agilizar la actualización, revisión y aprobación en todos los niveles de la organización involucrados.	Revisar que se cuente con todos los instrumentos de control indicados en las NTCIE.	Comisión de Revisión y Actualización de NTCIE
A.2.3	Que las diferentes áreas no pongan oportunamente en práctica las recomendaciones de los entes fiscalizadores.		6		Revisar la implementación de las recomendaciones de auditoría.	Efectuar auditoría de seguimiento a recomendaciones de auditoría.	Auditor Interno

N o.	RIESGO POTENCIAL	ANÁLISIS DE RIESGO			REDUCCIÓN AL RIESGO	MEDIDAS DE CONTROL	RESPONSABLE
		ALTO	MEDIANO	BAJO			
3.	Unidad de Comunicaciones						
A.3.1	Robo de equipos (audio/video/fotografía)			3	Interno: Empresa de seguridad Políticas de seguridad	Interno: Control de salidas Externo: implementación de políticas de seguridad	Interno: Empresa de Seguridad Externo: Personal asignado de Comunicaciones
A.3.2	Daños a equipos por accidente (Cortocircuitos, cambios de voltaje, durante traslados, etc. en equipo de computación audio y video)			2	Política de cuidado de equipos	Supervisión del cumplimiento de políticas	Jefatura de Comunicaciones
A.3.3	Accidentes laborales por desplazamiento constante de equipo pesado a la segunda planta			2	Comité de seguridad laboral	No existen	Jefatura de Comunicaciones y seguridad ocupacional
A.3.4	Financiamiento de campañas para apoyo a la prevención o emergencias de salud			2	Política de ahorro	Control sobre gastos en publicidad	Jefatura de Comunicaciones

B. GERENCIA ADMINISTRATIVA

No.	ANÁLISIS DEL RIESGO			BAJO	REDUCCION DEL RIESGO	MEDIDAS DE CONTROL DEL RIESGO	RESPONSABLE
	RIESGO POTENCIAL	ALTO	MEDIANO				
1. Distribución de Combustible							
B.1.1	Pérdida de Cupones		6		Resguardo en Caja Fuerte	Conciliaciones Periódicas	Encargado de Unidad
B.1.2	No realizar oportunamente la Compra de Cupones de Combustible			3	Apr.b.Oportuna del Consejo Directivo	Solicitud de Compra a DACI	Encargado de Unidad
B.1.3	Existencias Limitadas por Variación de Precios			2	Revisión de Presupuesto Asignado	Entrega bajo Consumo Promedio Mensual	Encargado de Unidad
B.1.4	Vencimiento de Cupones			2	Adecuada Distribución y Recepciones Parciales	Cuadro de Saldos de Existencias	Encargado de Unidad
2. Distribución de Suministros							
B.2.1	Diferencias de saldos según inventarios y existencias en Almacén de suministros e insumos		4		Nombramiento de un Guardalmacén de suministros e insumos	Inventarios Semestrales	Guardalmacén de Suministros Generales
B.2.2	No realizar oportunamente la Compra de Suministros de Oficina e insumos de limpieza		4		Apr.b.Oportuna del Consejo Directivo	Solicitud de compra en tiempo a DACI	Colab. de Planif. y Dist.
B.2.3	Pérdida de Suministros de Oficina e Insumos de limpieza por incendio o Robo.			3	Adquisición de Seguros contra pérdidas	Existencias de pólizas	Servicios Generales y Gerente Administrativo
B.2.4	Incumplimiento con la entrega de Suministros de Oficina e Insumos de Limpieza			2	Contar con reservas estratégicas de existencias	Entregas bajo de consumo promedio	Colab. de Planif. y Dist.
B.2.5	Disponibilidad de Transporte para Distribución			2	Realizar nueva ruta de Distribución	Monitoreo del cumplimiento del plan de distribución	Colab. de Planif. y Dist.
B.2.6	Existencias insuficientes de Suministros de Oficina e Insumos de Limpieza			2	Ampliación del presupuesto asignado	Entrega bajo consumo promedio	Colab. de Planif. y Dist.

No.	ANÁLISIS DE RIESGO			REDUCCIÓN DE RIESGOS	MEDIDAS DE CONTROL	RESPONSABLE
	RIESGO POTENCIAL	ALTO	MEDIANO			
3. Unidad de Transporte						
B.3.1	Que sucedan Accidentes de Transito	9			Capacitación y Evaluación de motoristas anualmente	Jefe de Transporte
B.3.2	Perdida de algún vehículo por Robo	9			Existencias de pólizas contra Robo	Jefe de Transporte
B.3.3	Vehículos con problemas de Mantenimientos		6		Contar con una Empresa que brinde los Servicios de mantenimientos	Jefe de Transporte
B.3.4	Insuficientes existencias de llantas para cubrir la flota		6		Solicitud de Compra en tiempo a DACI	Jefe de Transporte
B.3.5	Vencimiento de Tarjetas de Circulación de los vehículos			3	Solicitar pago de Adeudo oportunamente	Jefe de Transporte
4. Unidad de Informática						
B.4.1	Integridad de Datos		4		Implementación de software	Encargado de Informática
B.4.2	Infecciones de Virus		4		Configuración de Equipo para monitoreo centralizado	Encargado de Informática
B.4.3	Uso de equipos que ya cumplieron su vida útil		4		Documento de renovación de equipos y ejecución del plan	Encargado de Informática
B.4.4	Robo de equipos informáticos			3	Contratación de empresa de seguridad que entran y salen de la institución	Empresa de Seguridad
B.4.5	Instalación de software no autorizado			2	Plan de monitoreo periódico a usuarios	Encargado de Informática
B.4.6	Rutinas de respaldo a servidores			1	Elaboración de lineamiento sobre forma y tiempos que se deben realizar las rutinas de respaldo en servidores.	Responsables de servicios (web, dominio, correo electrónico, etc.)

No.	RIESGO POTENCIAL	ANÁLISIS DE RIESGO			REDUCCION DEL RIESGO	MEDIDAS DE CONTROL	RESPONSABLE
		ALTO	MEDIANO	BAJO			
5.	Unidad de Seguridad Institucional						
B.5.1	Interrupción de los Servicios de Seguridad Física en las Unidades de Salud			2	Elaboración y preparación de Bases de Licitación con anticipación para la contratación de los servicios de seguridad	Estudio de Mercado Monitoreo del Servicio Gestión Presupuestaria Administración de Contrato	Unidad solicitante y DACI, JS Jefe de Seguridad D.E. y Gerente Financiero Jefe de Seguridad
B.5.2	No se cuenta con una Política de Seguridad Institucional (PSI)		6		Diseño e implementación de la PSI	Inclusión y Seguimiento en el POA 2011	Jefe de Seguridad
B.5.3	No existe Manual de Procedimientos		4		Elaboración de manual de procedimientos	Manual de Procedimientos Seguridad TERMINADO	Jefe de Seguridad
B.5.4	Falta de estudios/evaluaciones de seguridad de		4		Diseño e implementación de estudios de Seguridad Electrónica	Reportes de Evaluación y Estudios de S. Electrónica a instalaciones	Jefe de Seguridad
B.5.5	Consolidación del Comité de Seguridad y Salud Ocupacional CSSO		4		Asignación de Miembros del CSSO del FOSALUD	Estructura del CE Diseñada e Implementada	D. E. Y Jefe de Seguridad
B.5.6	No se cuenta con el Manual de actuaciones por Emergencias		4		Elaboración y discusión de actuaciones de emergencia	Manual de actuaciones por Emergencias TERMINADO	D. E. Y Jefe de Seguridad
B.5.7	No se ejecutan simulacros por emergencias		4		Incluir en el POA Simulacros de emergencias	Ejecución de simulacros por emergencias	D. E. Y Jefe de Seguridad
B.5.8	No se cuenta con Curso de conducta preventiva para Staff Gerencial		4		Preparación y programación de jornadas de capacitación	Curso de conducta preventiva implementado con el Staff Gerencial	Jefe de Seguridad
B.5.9	Preparación en Seguridad Ejecutiva a Motoristas de la DE		4		Programación y Ejecución de jornadas de capacitación en SE al personal de motoristas de la DE	Curso de Seguridad Ejecutiva implementado con Motoristas de la DE	Jefe de Seguridad

No.	ANÁLISIS DE RIESGO			REDUCCIÓN DEL RIESGO	MEDIDAS DE CONTROL	RESPONSABLE
	RIESGO POTENCIAL	ALTO	MEDIANO			
6. DACI						
B.6.1	Propuesta de PAC por Unidades solicitantes con serias deficiencias	9		Capacitar a las Gerencias, Jefaturas y personal en temas de la LACAP, e instructivos de la UNAC.	Planificar y monitorear. Revisión de las propuestas.	Jefe DACI, Gerentes y Jefes de Unidades Solicitantes
B.6.2	Solicitudes de Compra de bienes y/o servicios con serias deficiencias	9		Capacitar a las Gerencias, Jefaturas y personal encargado de su elaboración. Asegurar que haya el estudio de mercado previo. Y la asesoría o participación de experto en la materia.	Revisar previamente el documento antes de su presentación con la debida autorización.	Jefe DACI, Gerentes y Jefes de Unidades Solicitantes
B.6.3	Solicitudes de Compra de bienes y/o servicios presentadas con atraso respecto a la programación de compras	9		Capacitar a las Gerencias, Jefaturas y personal encargado de su elaboración en temas de la LACAP, e instructivos de la UNAC. Elaborar en cada Unidad calendario de presentación de las solicitudes.	Seguimiento de la ejecución del PAC general y de cada unidad.	Jefe DACI, Gerentes y Jefes de Unidades Solicitantes
B.6.4	Que se declaren desiertos procesos de licitación o Concurso y procesos de libre gestión.		4	Asegurar una integración idónea de la comisión de adecuación de bases efectiva, con la unidad social, experto. Elaborar guías para las investigaciones o sondeos de mercado.	Solicitar copia de documentación de los actos preparatorios.	Jefe DACI, Gerentes y Jefes de Unidades Solicitantes
B.6.5	Administradores de Contrato que no asuman su responsabilidad y que no informe en su momento los incumplimientos contractuales.		4	Capacitación en el tema la ADMINISTRACIÓN DE CONTRATOS Y otros de la LACAP. Prevenir sobre las responsabilidades legales del cargo.	Monitoreo mediante cuadros de seguimiento y reportes del Almacén	Jefe DACI y Administradores de Contrato.
B.6.6	Extravío de Garantías (Fianzas y/o cheques)			Adquirir Caja Fuerte, establecer políticas y normas.	Monitoreo en cuadros para el manejo y control de las Garantías, y Fianzas de Fidelidad.	Jefe DACI, Auxiliar Jurídico.
B.6.7	Extravío de Muestras			Normar en las Políticas del DACI que las muestras únicamente serán revisadas, aceptadas, trasladadas y resguardadas en forma adecuada por el Analista DACI encargado del proceso de compra. Solicitar y destinar un lugar adecuado para su resguardo. Efectuar las devoluciones	Proporcionar Mobiliario con llave y/o instalaciones apropiadas para el resguardo con acceso restringido	Jefe DACI, Gerencia Administrativa, Dpto. de Servicios Generales
B.6.8	Daño en expedientes de procesos de compra ejecutados			Llevar registro del préstamo de expedientes, trasladar los expedientes que no se estén utilizando al lugar de resguardo. Desarrollar un proyecto de archivo electrónico.	Proporcionar estantes adecuados e instalación con condiciones adecuadas de temperatura, humedad. Acceso restringido	Secretaría DA CI, Gerencia Administrativa. Informática
B.6.9	Extravío de documentos en expedientes de procesos de compra realizados			Verificar si existe copia del documento en los archivos de los otros departamentos que tienen relación con el proceso	Foliar expedientes, realizar acto de presencia cuando éstos son requeridos para revisión por las empresas, revisar los posteriores a que éstos son prestados.	Secretaría DA CI, Analistas DACI
B.6.10	Intoxicación del Personal			Resguardar las muestras en un Área Adecuada para productos químicos, alejada de las estaciones de trabajo del DACI	Proporcionar al departamento de instalaciones físicas adecuadas para resguardar químicos solicitados en algunos procesos de compra.	Gerencia Administrativa, Gerencia Técnica

B. GERENCIA ADMINISTRATIVA

No.	RIESGO POTENCIAL	ANALISIS DE RIESGO			ACCIONES DE RESPUESTA	MEDIDAS DE CONTROL	RESPONSABLE
		ALTO	MEDIANO	BAJO			
7. DEPARTAMENTO MEDICAMENTOS E INSUMOS MEDICOS							
B.7.1	Atrazo en compra conjunta MSPAS/FOSALUD	5			Solicitar apoyo MSPAS/Realizar compra paralela	Verificación existencias.	JEFE DMIM/DACI
B.7.2	Envío Tardío o No envío de requisiciones de suministros medicos de unidades de salud		4		Solicitar Nuevamente a recurso de farmacia	Monitoreo de envío de requisiciones	JEFE DMIM Y COLABORADORES
B.7.3	No Disponibilidad de Transporte para abastecimiento			2	Modificar rutas de abastecimiento	Verificación despachos	JEFE DMIM Y JEFE DE SERVICIOS GENERALES
B.7.4	Perdida de suministros médicos en Almacenes por catástrofe o Incendio			3	Adquisición de Seguros contra perdidas	Existencias de pólizas	JEFE DE ALMACENES
B.7.5	Deficiencia de Llenado de documentos de control farmacia		4		Capacitación de recurso	Monitoreos Documentación	JEFE DMIM Y DEIPTO. CAPACITACIONES RRHH
B.7.6	Envío Tardío o No envío de documentos de control al DMIM por parte de Unidades de salud		4		Solicitar Nuevamente a recurso de farmacia	Monitoreo de envío documentación	JEFE DMIM Y COLABORADORES
B.7.7	Existencia medicamentos vencidos		4		Aplicación de lineamientos para evitar vencimientos	Verificación cumplimiento de lineamientos	JEFE DMIM Y GERENCIA TECNICA
B.7.8	Robo o Accidente en las Rutas de Abastecimiento			3	Asignar Agentes de Seguridad/Asegurar Vehiculos	Monitoreo de Asignación de Vigilantes/Existencia de seguros	JEFE DMIM, JEFE DE SEGURIDAD INSTITUCIONAL Y JEFE DE SEVICIOS

B. GERENCIA ADMINISTRATIVA

No.	ANÁLISIS DE RIESGO				ACCIONES DE RESPUESTA	MEDIDAS DE CONTROL	RESPONSABLE
	RIESGO POTENCIAL	ALTO	MEDIANO	BAJO			
8. Departamento de Almacenes							
B.8.1	Mal estado de infraestructura de almacén general	9			Servicios de Reparación infraestructura	verificación periódica de infraestructura	Jefe almacenes
B.8.2	Accidentes de trabajo		6		Compra de equipos de seguridad industrial	utilización de equipos y señalización adecuada de almacenes	Jefe almacenes
B.8.3	Pérdida de suministros médicos en Almacenes por catastrofe o			3	Adquisición de Seguros contra todo riesgo	Existencias de polizas	Jefe almacenes
B.8.4	Pérdidas o diferencias de saldos en Almacenes			3	Revisión de Documentos de control	Monitoreo constante de Inventarios cíclicos	Jefe almacenes y Guardalmacen
B.8.5	Suministros médicos vencidos		6		Respeto a rotación de inventarios	verificación en sistema de suministros próximos a vencer	Guardalmacen
B.8.6	Pérdida de medicamentos e insumos médicos			3	Cumplimiento de medidas de seguridad, monitoreo periódico de existencias, procesos efectivos de	Implementación de sistemas de seguridad	Guardalmacen
B.8.7	Retraso en recepción de suministros		6		Coordinación Depto de Medicamentos e Insumos Médicos/DACI	Verificación de existencias	
B.8.8	Existencia medicamentos vencidos			2	Implementación de controles administrativos y abastecimientos oportunos	Verificación cumplimiento de lineamientos internos	Guardalmacen
B.8.9	Incumplimiento de despachos por fallo de sistema		6		Elaboración de vales de preparación con anticipación	Elaboración de vales de acuerdo a requisiciones.	Guardalmacen
B.8.10	Limitante en poca capacidad de almacenaje	9			Gestión de espacios físicos disponibles en plantel el matazano con MINSAL	Monitoreo constante de existencias y disponibilidad de espacios	Jefe almacenes

C. GERENCIA TECNICA

	ANÁLISIS DE RIESGO			BAJO	REDUCCIÓN DE RIESGO	MEDIDAS DE CONTROL	RESPONSABLE
	RIESGO POTENCIAL	ALTO	MEDIANO				
1. Monitoreo y Supervisión				3	Programación previa mensual y semanal	Aplicación de las normas de transporte	Gerencia Técnica
C.1.1 Falta de transporte					Comunicación Previa	Coordinación con SIBASI	Supervisor Técnico
C.1.2 Falta de coordinación local			6		Mantenimiento vehicular	Aplicación de normas de seguridad	Jefe de servicios generales
C.1.3 Riesgo de accidente			6		Instrucción por D.E	Coordinación con Director Regional	Gerencia Técnica
C.1.4 Dualidad de lineamientos de trabajo			6		Plan de Desastres	Coordinación Intersectorial	Dirección Ejecutiva
C.1.5 Desastre Natural			4		Plan de Desastres	Coordinación Intersectorial	Dirección Ejecutiva
C.1.6 Epidemia				3	Reorientación de programación	Asistencia a actividades	Gerencia Técnica
C.1.7 Eventualidades administrativas							
2. Formación de Personal							
C.2.1 Falta de coordinación local			6		Comunicación Previa	Coordinación con SIBASI	Supervisor Técnico
C.2.2 Desastre Natural			6		Plan de Desastres	Coordinación Intersectorial	Dirección Ejecutiva
C.2.3 Epidemia			4		Plan de Desastres	Coordinación Intersectorial	Dirección Ejecutiva
C.2.4 Eventualidades administrativas			6		Reorientación de programación	Asistencia a actividades	Gerencia Técnica
C.2.5 Dualidad de lineamientos de trabajo				3	Instrucción por D.E	Coordinación con Director Regional	Gerencia Técnica
3. Integración a las Redes							
C.3.1 Dualidad de lineamientos de trabajo		9			Instrucción por D.E	Coordinación con Director Regional	Gerencia Técnica
C.3.2 Renuencia del personal			6		Evaluación GT	Coordinador de Fortalecimiento a red con G. RH	Gerencia Técnica
C.3.3 Desconocimiento de la organización interna			6		Evaluación GT	Coordinador de Fortalecimiento a red con G. RH	Gerencia Técnica
C.3.4 Falta de transporte				3	Programación previa mensual y semanal	Aplicación de las normas de transporte	Gerencia Técnica
C.3.5 Licitaciones desiertas				3	Busqueda de otras formas de provisión	Coordinador de Fortalecimiento a red	Gerencia Técnica
C.3.6 Poca sensibilización de los trabajadores de salud			6		Evaluación de desempeño con parámetros de calidad	RH con Coordinador de fortalecimiento a la red	Gerencia de Recursos Humanos/Técnica
C.3.7 Limitada provisión de recursos especializados			6		Aplicación de normativas de contratación con evaluación del peso de Certificaciones	Listado actualizado de la especialización de los recursos humanos	Gerencia de Recursos Humanos y Técnica
C.3.8 Falta de coordinación y gestión			4		Gestión programada	Coordinación con entidad solicitante	Gestor de Programas y Gerencia Técnica

4. Programa Materno Infantil										
C.4.1	Falta de transporte			3			Elaborar la programación mensual de visitas de campo Solicitud de transporte enviada a en forma oportuna	Aplicar lineamientos generales de la Gerencia técnica referentes a la elaboración de Programación mensual	Coordinadora Programa	de
C.4.2	Falta de control y sistematización de las visitas		6				Aplicar instrumentos de monitoreo y supervisión. Tabular resultados de visitas	Instrumentos de control de monitoreo y supervisión.	Coordinadora Programa	de
C.4.3	Víctimas de la delincuencia		4				Aplicar política de seguridad institucional, y realizar monitoreo frecuente de establecimientos de salud y la categorización de riesgo.	Política de Seguridad Institucional	Jefe de seguridad institucional	
C.4.4	Accidente vial		6				Sesiones de sensibilización sobre buenas prácticas de manejo a los motoristas.	Aplicación de lineamientos y/o reglamentos de seguridad vial	Jefe de servicios generales Encargado de transporte	de
C.4.5	Suspensión de visitas de monitoreo y supervisión por actividades paralelas		6				Respetar actividades previamente programadas Asistir a reuniones de acuerdo a resultados de matriz de prioridades.	Aplicar matriz de prioridades. Aplicar lineamientos generales de la Gerencia técnica referentes a la Programación mensual	Coordinadora Programa Gerencia Técnica Dirección Ejecutiva	de
C.4.6	Suspensión de visitas por declaración de alerta por desastre o epidemias			3			Reorientación de actividades por activación de plan de emergencia	Plan de emergencias por desastres	Directora Ejecutiva.	
C.4.7	Retraso en la atención a usuarias en segundo o tercer nivel		6				Coordinación con los diferentes niveles de atención (SIBASI, U/S Hospitales, etc). Aplicación de sistema de referencia y contrareferencia	Normativa oficial del MSPAS. Sistema de referencia y contrareferencia del MSPAS.	Coordinadora Programa y Profesionales Materno Infantil	de
C.4.8	Falta de transporte para referencias a nivel local				9		Identificar la red de transporte local Mapeo de red de transporte	Coordinación con Director Local y con instituciones del sector	Profesionales en salud materna e infantil	
C.4.9	Falta de vigilantes en los HEM		6				Aplicar política de seguridad institut., en la cual se debe garantizar seguridad de RH	Política de Seguridad Institucional	Jefe seguridad	
C.4.10	Atención Médica inadecuada		6				Aplicación de normas de atención específicas Auditoría de expedientes	Normativa oficial del MSPAS.	Coordinadora programa Profesionales infantil	de

C.4.11	Ausencia o incapacidad médica de RRHH	6		Cubrir oferta de servicio Coordinación con Director Local y RRHH	Aplicar lineamientos de personal de RRHH, Reglamento Interno	Profesionales en salud materna e infantil y RRHH
C.4.12	Uso de profesionales materno como recurso polivalente		3	Socializar perfil y contratos de personal Coordinación con Director Local	Aplicar lineamientos de personal de RRHH, Reglamento Interno	Profesionales en salud materna e infantil y RRHH
C.4.13	Falta de mantenimiento del equipo de trabajo		9	Reporte de daño, deterioro y desgaste de equipo de trabajo a Director local	Aplicación de normas de control del MSPAS	Director local MSPAS
C.4.14	Falta de abastecimiento de insumos y material de oficina		9	Solicitud de suministros y material de oficina. Coordinación con encargado de suministros y S. Técnico	Aplicación de lineamientos de suministros de insumos y material de oficina. Coordinar con transporte	Encargado de suministros Profesionales en salud materna e infantil y RRHH
C.4.15	Falta de detección de emergencias	6		Aplicación de normas de atención específicas Monitoreo del MSPAS y el FOSALUD.	Normativa oficial del MSPAS Plan de educación continua del MSPAS u el FOSALUD	Coordinadora de programa Profesionales materno infantil
C.4.16	Falta de información, educación y comunicación de los servicios prestados	6		Ejecución del Plan de IEC Monitoreo y Supervisión del MSPAS y el FOSALUD Medición de indicadores	POA 2011 Plan de IEC	Coordinadora de programa Profesionales materno infantil
C.4.17	Desconocimiento de trabajo desarrollado por los promotores de salud y supervisores.	4		Solicitud de información de ubicación de RRHH y producción mensual a Regiones de Salud.	Lineamientos internos del FOSALUD	Dirección Ejecutiva
C.4.18	Falta de Cobertura de Atención por promotores Fosalud y maternos Infantiles	6		Monitoreo, Supervisión, evaluación y promoción de los servicios Analisis de producción	Normativa oficial del MSPAS	Directora Ejecutiva Coordinadora de Programa
C.4.19	Falta de programación local de trabajo para ejecutar las actividades	6		Elaborar Plan Operativo Anual	PAO 2011 de Unidad de Salud POA 2011 del FOSALUD	Profesionales en Salud Materna e infantil. Promotores/as

5. Programa de Hábitos Saludables																	
C.5.1	Falta de proactividad de personal operativo a trabajo de Prevencion relacionada al consumo de Drogas lícitas		6				Diseño de Plan de Prevencion de drogas lícitas integrado de CPCCT y Hogares CREA.	Monitoreo y Supervisión	Coordinador Programa.								
C.5.2	La no movilización y vencimiento de medicamento especializado en las CPCCT		6				Plan de movilización de medicamento con las otras CPCCT	Resumen de medicamento, monitoreo de consumo mensual de CPCCT	Coordinador de Programa								
C.5.3	Falta de ubicación de 4 CPCCT en centros de segundo y tercer nivel de atención.		6				Establecer acuerdos con Hospital San Juan de Dios San Miguel para la ubicación de CPCCT -OTE	Coordinación con Director de Hospital	Dirección ejecutiva y Coordinador de Programa especial.								
C.5.4	No contar con establecimientos de Salud publica que brinden tratamiento y manejo de personas afectas a drogas principalmente el alcoholismo		6				Establecer la creación de centros de atención ambulatoria en FOSALUD.	Coordinación con MINSAL Y FOSALUD.	Ministra de salud , area de salud mental y Dirección ejecutiva de Fosalud.								
C.5.5	Ausencia de condiciones de espacios físicos y mobiliario en centro de establecimientos especializados para el manejo del tabaquismo.			3			Brindar el equipo y espacio físico como la ambientación acorde a necesidades.	Coordinación con gerencia administrativa y activo fijo de Fosalud	Coordinadora de Programa .								
C.5.6	Horario de atención de Centros especializados no acorde con demanda de pacientes .	9					Cubrir oferta de servicio en aliación de horario de 4h a 8 h	Coordinación con Dirección Ejecutiva y RH	Director Local y Médico Coordinador								
C.5.7	Cerrar servicios por que no existe acuerdos institucionales de permanencia de CPCCT en los diferentes centros de atención y Hogares CREA		6				Realización de acuerdos institucionales con Fosalud	Monitorear la Coordinación interinstitucional entre Dirección de Hospitales , Hogares CREA Y Dirección ejecutiva de Fosalud .	Asesor Juridico de Fosalud y Coordinador de Programa especial								
C.5.8	Falta de coersion de programas de prevencion con otros entes en control de la demanda de drogas ilícitas.		6				Coordinación de proyectos intersectoriales en control de la demanda de drogas lícitas y formación de alianza estratégica	Coordinación interinstitucional y convenios en control de la demanda de drogas lícitas.	Dirección ejecutiva , Movilización de recurso y coordinación de Programa especial.								
C.5.9	Falta de insumos y medicamento	9					Plan de Abastecimiento oportuno	Aplicación de las normas de control de insumos	Encargado de suministros Fosalud								

6. Medicina Pre Hospitalaria									
C.6.1	Falta de transporte			3			Elaborar la programación mensual de visitas de campo Solicitud de transporte: enviada a Servicios Generales	Aplicar lineamientos generales de la Gerencia técnica referentes a la elaboración de Programación mensual	Coordinador de Programa
C.6.2	Falta de control y sistematización de las visitas		6				Aplicar instrumentos de monitoreo y supervisión. Tabular resultados de visitas	Instrumentos de control de monitoreo y supervisión.	Coordinador de Programa
C.6.3	Víctimas de la delincuencia		6				Aplicar política de seguridad institut., en la cual se debe de estipular el monitoreo frecuente de establecimientos de salud y la categorización de riesgo.	Política de Seguridad Institucional	Jefe de seguridad institucional
C.6.4	Accidente vial		6				Sesiones de sensibilización sobre buenas prácticas de manejo a los motoristas	Aplicación de lineamientos de seguridad vial Aplicación de Reglamentos de seguridad vial	Jefe de servicios generales Encargado de transporte
C.6.5	Suspensión de visitas de monitoreo y supervisión por actividades paralelas			3			Respetar actividades previamente programadas Asistir a reuniones de acuerdo a resultados de matriz de prioridades.	Aplicar matriz de prioridades. Aplicar lineamientos generales de la Gerencia técnica referentes a la elaboración de Programación mensual	Coordinador de Programa Gerencia Técnica Dirección Ejecutiva
C.6.6	Suspensión de visitas por declaración de alerta por desastre o epidemias;		6				Reorientación de actividades por activación de plan de emergencia	Plan de emergencias por desastres	Directora Ejecutiva.
C.6.7	Retraso en la atención de víctimas de emergencias pre hospitalarias		6				Entrenamiento adecuado al personal que brinda atención pre hospitalaria.	Normativa de atención pre hospitalaria	Coordinador de Programa
C.6.8	Falta de transporte para referencias a los diferentes niveles de atención		6				Ubicar la red de transporte FOSALUD	Coordinación con Encargado de transporte	Coordinador de Programa

Código	Descripción de la situación	Gravidad	Frecuencia	Impacto	Causas	Medidas de acción	Responsables
C.6.9	Mala coordinación en el sistema de referencia hacia centros de salud de los diferentes niveles de atención.	9				Aplicación de sistema de referencia y contrareferencia.	Sistema de referencia y contrareferencia del MSPAS.
C.6.10	Atención Médica pre hospitalaria inadecuada		6		Aplicación de protocolos de atención pre hospitalaria. Auditoría de expedientes	Normativa de atención pre hospitalaria	Coordinador de Programa
C.6.11	Ausencia o incapacidad médica de RRHH			3	Cubrir oferta de servicio Coordinación RRHH	Aplicar lineamientos de personal de RRHH, Reglamento Interno	RRHH y profesionales
C.6.12	Deterioro por la falta de mantenimiento de ambulancias		6		Reporte de daño, deterioro y desgaste de ambulancias a encargado de transporte.	Aplicación de hoja de monitoreo de control de ambulancias	Coordinador programa, encargado de transporte.
C.6.13	No utilizar las ambulancias por la falta de abastecimiento de combustible		6		Planificar adecuadamente el consumo de combustible mensual y solicitarlo en un tiempo prudencial	Control de entrega de cupones	En cargado de combustible, motoristas de ambulancia.
C.6.14	Abastecimiento inadecuado de equipo e insumos de emergencia a las áreas que brindan atención pre hospitalaria	9			Aplicación de protocolos de atención pre hospitalaria. Adquisición de equipo e insumos de emergencia para la atención pre hospitalaria	Normativa de atención pre hospitalaria.	Coordinador programa
C.6.15	Abastecimiento inadecuado de medicamentos de emergencia a las áreas que brindan atención pre hospitalaria		6		Aplicación de protocolos de atención pre hospitalaria. Solicitud de medicamentos	Normativa de atención pre hospitalaria, aplicación de hoja de monitoreo de control de ambulancias.	Coordinador programa
C.6.16	Falta de programación local de trabajo para ejecutar las actividades		6		Elaborar Plan Operativo Anual en coordinación con establecimientos de salud que brindan atención pre hospitalaria.	Monitoreo del Plan Operativo	Coordinador programa

	ANÁLISIS DE RIESGO			REDUCCIÓN DE RIESGO	MEDIDAS DE CONTROL	RESPONSABLE
	RIESGO POTENCIAL	ALTO	MEDIANO			
7. Programa de Capacitación Continua						
C.7.1 Falta de transporte				3	Programación previa mensual y semanal	Gerencia Técnica
C.7.2 Falta de coordinación local para locales de capacitación		6			Aplicación de las normas de transporte coordinación interinstitucional	Coordinador programa
C.7.4 Incumplir con el Plan por la falta de apoyo institucional				2	Abogacía con autoridades	Gerencia Técnica
C.7.5 Acontecimientos que interrumpen programa de capacitación				3	informe de reuniones y cumplimiento de acuerdos comunicación de nueva programación de actividades académicas calendrerización	coordinador programa
C.7.6 Desmotivación del personal				2	corroborar mediante diferentes medios comunicación Plan de motivación institucional	los coordinador de programa

D. GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS

No.	RIESGO POTENCIAL	ANÁLISIS DE RIESGO			ACCIONES DE RESPUESTA	MEDIDAS DE CONTROL	RESPONSABLE
		ALTO	MEDIANO	BAJO			
D.1	Perdida de expedientes		6		Asegurar un lugar propio para archivos	Asignar Archivo a un responsable	Gerente RH
D.2	Perdida de información Digital (planillas)	9			Establecer el sistema de respaldo	Resguardar en lugar seguro los respaldos mensuales	Gerente RH
D.3	Integralidad de la información	9			Adquirir un sistema de administración de RRIHH	Se esta ingresando al trabajo con el Sistema de Información de Recursos Humanos SIRH	Gerente RH
D.4	No evaluar bien al personal de nuevo ingreso a la institución por la falta de pruebas psicométricas para aplicación a los aspirantes			3	Normar claramente las áreas de Reclutamiento, Selección, Contratación, Inducción, y Capacitación	Verificar los procesos de las políticas señaladas y crear manuales para cada proceso	Jefe Departamento Reclutamiento
D.5	Personal cansado y estresado		6		Comprar paquete de pruebas psicométricas para aplicación	Proceso de compra verificado	Jefe Departamento Reclutamiento
					Normar procesos que desarrollen una política para la implementación de traslados, Rotación de horarios, de ayuda por lejanía, etc.	Verificar los procesos de las políticas señaladas	Gerente RH
			6		Organizar actividades de sano esparcimiento y recreación para el personal	Calendarizar y verificar las actividades desarrolladas	Gerente RH
D.6	Desvinculación: no constar en expedientes de personal de baja, el acta de entrega-recepción de activos asignados a su nombre a la salida del personal.		6		Elaborar procedimiento para entrega recepción de activos e informe final de trabajo	Verificar los procesos del procedimiento establecido.	Gerente RH
D.7	No capacitar adecuadamente al personal por la falta de equipo informático idóneo			2	Adquisición de equipo idóneo para dichas reuniones (cañón y laptop)	Incluir en Plan de compras y Verificar procesos de adquisición de equipo	Gerente RH

E. GERENCIA FINANCIERA

No.	ANALISIS DE RIESGO			REDUCCION DEL RIESGO	MEDIDAS DE CONTROL	RESPONSABLE
	RIESGO POTENCIAL	ALTO	MEDIANO			
1. Departamento de Presupuesto						
E.1.1	Atraso en la aprobación del presupuesto		6		Solicitar con anticipación al Ministerio de Hacienda implementadas durante el lineamientos sobre los procedimientos alternativos para este tipo de casos.	Gerencia Financiera
E.1.2	Reducción en el monto del presupuesto asignado			3	Detectar asignaciones no ejecutadas e identificar ahorros en la ejecución de procesos de compra, para evitar saldo no ejecutados.	Gerente Financiero, Depto. Presupuesto y DACI
E.1.3	Atraso o rechazo en la aprobación de modificaciones presupuestarias		4		Anticipar los requerimientos y tramites relacionados, a ser solicitados por el Ministerio de Hacienda para cada caso.	Gerente Financiero, Depto. Presupuesto
E.1.4	Insuficiente presupuesto asignado para las necesidades institucionales.	9			Analisis de presupuesto preliminar por áreas o departamentos para obtener un presupuesto equilibrado	Gerente Financiero, Depto. Presupuesto
					Reimitir al Ministerio de Hacienda el presupuesto preliminar para la asignación de techos	
					Enviar con la debida anticipación las necesidades reales al Ministerio de Hacienda y a otras instancias que pudiesen beneficiar en la asignación del techo	

<p>3. Departamento de Contabilidad E.3.1</p>	<p>Perdida de bases de datos</p>			<p>Respaldos frecuentes y periódicos</p>	<p>Solicitar mensualmente a la Dirección General de Contabilidad Gubernamental la conversión de datos desde el SAFI a archivos de excel</p>	<p>Ministerio de Hacienda</p>
<p>E.3.2</p>	<p>Perdida de documentación física</p>		<p>4</p>	<p>Espacio de archivo de uso exclusivo para contabilidad.</p>	<p>Restringir el acceso al archivo. Toda la documentación se ordenará y referenciará apropiadamente.</p>	<p>Dirección ejecutiva, Gerente Financiero</p>
<p>E.3.3</p>	<p>Recibir documentación que no cumple con los requisitos legales y técnicos</p>		<p>4</p>	<p>Revisión de documentos para pago al ingreso de la tesorería con respecto a contrato u orden de compra y demás requisitos legales y técnicos.</p>	<p>Revisión de documentación sobre aspectos legales y técnicos antes de realizar el registro contable de la operación.</p>	
			<p>3</p>	<p>Divulgar y capacitar en las distintas áreas los procedimientos y requisitos básicos de los documentos a presentar.</p>	<p>Revisión de documentación sobre aspectos legales y técnicos antes de realizar el registro contable de las operaciones en Tesorería y posteriormente antes del registro contable</p>	<p>Tesorería, Contabilidad</p>
<p>E.3.4</p>	<p>Desconocimiento de la Normativa SAFI y la del FOSALUD por parte de los entes contralores del Fondo</p>		<p>6</p>	<p>Contratar compañías auditoras con conocimientos y experiencia en el ámbito de las finanzas del Sector Público</p>	<p>Especificar en las bases de licitación la experiencia requerida.</p>	<p>Personal involucrado en la contratación de las compañías auditoras</p>
<p>E.3.5</p>	<p>No aprobación de provisiones financieras: no documentadas por el Ministerio de Hacienda</p>		<p>6</p>	<p>Reducir la necesidad de efectuar provisiones financieras no documentadas al final del ejercicio</p>	<p>Dar seguimiento a los niveles de ejecución presupuestaria, aplicando los mecanismos de ajustes necesarios</p>	<p>Contador Institucional y Gerente Financiero</p>

9.4 Reducción del Riesgo

Las medidas de protección que deberá tomar el FOSALUD con respecto a la reducción del riesgo, deben estar apegadas a la realidad y en concordancia con los recursos de que se dispone; tales medidas están referidas al aspecto físico o de infraestructura, así como al aspecto meramente técnico, medidas con relación al personal y medidas de carácter organizativo.

Para el logro de lo anterior es esencial que siempre se constate que las medidas asumidas sean factibles de concretar, es decir que técnicamente son funcionales y que además cumplen con su propósito; además que estén incorporadas como parte de los procesos operativos institucionales, y que las personas se apropien de dichos procedimientos.

Con base a lo anterior es de señalar que la implementación de las diferentes medidas de control, no es una tarea aislada, única, sino un proceso continuo, su manejo y mantenimiento debe estar integrado en el funcionamiento operativo institucional, respaldado por normas y reglas que regulan su aplicación, control y las sanciones en caso de incumplimiento.

En el análisis de la matriz de riesgos se incorpora en la columna 6 las **medidas de mitigación o reducción del riesgo** asociado a cada riesgo potencial establecido por cada unidad organizativa, a continuación se listan únicamente aquellos con una **calificación alta** por su probabilidad de ocurrencia y magnitud del daño, entre los que tenemos:

- A) Medidas de reducción del Riesgo de carácter Administrativo - Financiero.
- B) Medidas de reducción del riesgo de carácter Operativo (riesgos potenciales asociadas a la prestación de los servicios de salud).

A) RIESGOS DE CARÁCTER ADMINISTRATIVO - FINANCIERO

No.	REDUCCION DE RIESGOS	MEDIDAS DE CONTROL	RESPONSABLE
A.1.1	Revisión y actualización de documentación de normativa interna y creación de normativa faltante.	Definición de filtros de control y desarrollo de la revisión, actualización y redacción de normativa.	Unidad Jurídica
A.2.1	Coordinar con los Encargados de los Programas Especiales, a fin de detectar e investigar anomalías inmediatamente se conozcan.	Elaborar programa de visitas a Establecimientos de Salud y darle prioridad a las Unidades con irregularidades.	Auditor Interno
B.3.1	Capacitar a los motoristas sobre manejo a la Defensiva	Capacitación y Evaluación de motoristas anualmente	Jefe de Transporte
B.3.2	Adquisición de Seguros contra Robo	Existencias de pólizas	Jefe de Transporte
B.5.3	Plan de mantenimiento preventivo-correctivo para equipos médicos, de cómputo y otros	Contrato de servicio de mantenimiento preventivo-correctivo de equipos	Jefe Unidad Activo Fijo
B.6.1	Capacitar a las Gerencias, Jefaturas y personal en temas de la LACAP, e instructivos de la UNAC.	Planificar y monitorear. Revisión de las propuestas.	Jefe DACI y Gerentes
B.6.2	Capacitar a las Gerencias, Jefaturas y personal encargado de su elaboración. Asegurar que haya el estudio de mercado previo. Y la asesoría o participación de experto en la materia.	Revisar previamente el documento antes de su presentación con la debida autorización.	Jefe DACI y Gerentes
B.6.3	Capacitar a las Gerencias, Jefaturas y personal encargado de su elaboración en temas de la LACAP, e instructivos de la UNAC. Elaborar en cada Unidad calendario de presentación de las solicitudes.	Seguimiento de la ejecución del PAC general y de cada unidad.	Jefe DACI y Gerentes
B.7.1	Solicitar apoyo MSPAS/Realizar compra paralela	Verificación de existencias	Jefe DMIM/DACI
B.8.1	Servicios de Reparación infraestructura	verificación periódica de infraestructura	Jefe almacenes
B.8.10	Gestión de espacios físicos disponibles en plantel el matazano con MINSAL	Monitoreo constante de existencias y disponibilidad de espacios	Jefe almacenes
D.2	Establecer el sistema de respaldo	Resguardar en lugar seguro los respaldos mensuales	Gerente RH
D.3	Adquirir un sistema de administración de RRHH	Se está ingresando al trabajo con el Sistema de Información de Recursos Humanos SIRH	Gerente RH
E.1.4	Análisis de presupuesto preliminar por áreas o departamentos para obtener un presupuesto equilibrado	Elaboración de presupuesto preliminar a nivel de áreas	Gerente Financiero, Depto. Presupuesto
E.2.1	Seguimiento ante el MINSAL y el M.H.	Solicitar al MINSAL avances sobre los desembolsos	Gerente Financiero y Tesorero

B) RIESGOS DE CARÁCTER OPERATIVO

	REDUCCION DE RIESGO	MEDIDAS DE CONTROL	RESPONSABLE
C.3.1	Instrucción por D.E	Coordinación con Director Regional	Gerencia Técnica
C.4.8	Identificar la red de transporte local Mapeo de red de transporte	Coordinación con Director Local y con instituciones del sector	Profesionales materno infantil
C.4.13	Reporte de daño, deterioro y desgaste de equipo de trabajo a Director local	Aplicación de normas de control del MSPAS	Director local MSPAS
C.4.14	Solicitud de suministros y material de oficina. Cordinación con encargado de suministros y Supervisor Técnico	Aplicación de lineamientos de suministros de insumos y material de oficina. Coordinar con transporte	Encargado de suministros, Profesionales materno infantil
C.5.6	Brindar el equipo y espacio físico como la ambientacion acorde a necesidades.	Coordinación con gerencia administrativa y activo fijo de Fosalud	Coordinadora de Programa
C.5.9	Plan de Abastecimiento	Aplicación de las normas de control de insumos	Encargado de suministros
C.6.9	Aplicación de sistema de referencia y contrareferencia.	Sistema de referencia y contrareferencia del MSPAS.	Coordinador de Programa
C.6.14	Aplicación de protocolos de atención pre hospitalaria. Adquisición de equipo e insumos de emergencia para la atención pre hospitalaria	Normativa de atencion pre hospitalaria.	Coordinador del programa

9.5 Control de Riesgo

Con el presente proceso se pretende analizar el funcionamiento, la efectividad y el cumplimiento de las medidas de protección, de tal forma de ajustar cualquier deficiencia de las mismas.

Las medidas recomendadas se encuentran armonizadas con el Plan Operativo Anual, en el cual se establecen los tiempos de las intervenciones, así como los responsables de cada una de las actividades principales a ejecutar.

Evaluar la efectividad de las medidas tomadas, requiere a su vez un monitoreo periódico sobre la ejecución de las diferentes actividades, y sus posibles riesgos, así como los resultados, razón por la cual el presente documento propone un seguimiento mensual, a efecto de tener un mejor control sobre las mediciones del riesgo y el ajuste de medidas.

Para dar seguimiento al Plan y a las medidas de mitigación o reducción del riesgo potencial, es de tomar en cuenta lo establecido en la columna 7 de cada Matriz de Análisis de Riesgos en el cual se establece por cada unidad Organizativa las medidas de control y a su vez los responsables directos de que se hagan efectivas.

La Unidad Financiera es la responsable de dar el seguimiento al cumplimiento de la mitigación o reducción de los riesgos potenciales a nivel institucional, para ello utilizará el siguiente instrumento:

SEGUIMIENTO AL PLAN DE ADMINISTRACION DE RIESGOS 2011

No.	ANALISIS DE RIESGO		ACCIONES DE RESPUESTA	MEDIDAS DE CONTROL	RESPONSABLE	CUMPLIMIENTO		JUSTIFICACION / OBSERVACIONES
	RIESGO POTENCIAL	Calificación				SI	NO	

Acompañando al cuadro anterior se ha diseñado un modelo de informe gerencial para que la información proporcionada por cada Gerencia este de manera uniforme y facilite la labor de consolidación en un documento o informe institucional (ver anexo No. 1), dicho informe deberá ser presentado de forma bimensual según el calendario establecido en el cronograma de actividades que se presenta en el anexo No. 2 del presente documento.

10. Conclusiones y Recomendaciones

Es importante destacar que para que el presente documento tenga la utilidad práctica para los fines a los cuales fue elaborado, es necesario difundirlo entre los diferentes niveles jerárquicos y empleados, los cuales que contribuyen a la conformación de las medidas de mitigación de los riesgos potenciales, ya que no basta con tener identificados a estos, sino que se tiene la responsabilidad de actuar para aplicar las medidas que sean necesarias para reducir o minimizar el posible impacto de un riesgo potencial identificado.

El presente Plan entrará en vigencia a partir de la fecha de su aprobación.

San Salvador, 03 de julio de 2012.



Dra. María Isabel Rodríguez.
Presidenta
Fondo Solidario para la Salud