

Actualiza la Política y los Roles Claves de la Gestión de Riesgos de la Superintendencia de Salud y deroga la Resolución Exenta SS/N°788, del 18 de octubre de 2019.

Santiago,

10 NOV 2021

VISTOS:

Lo dispuesto en el Oficio Gabinete Presidencial N° 004 del 23 de mayo de 2018, que establece los Objetivos Gubernamentales de Auditoría para el período 2018-2022; el Documento Técnico N° 70 Versión 0.2 de marzo de 2016 del Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, que entrega los lineamientos para el cumplimiento del objetivo Gubernamental N°3; el Decreto Supremo N°58, de 2019, del Ministerio de Salud; la Resolución N° 6 de 2019 de la Contraloría General de la República y las facultades que me confiere el artículo 109 del DFL N°1, de 2005, de Salud.

CONSIDERANDO:

1° Que el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, dispuso que los organismos gubernamentales deben establecer o actualizar la Política y los Roles Claves de la Gestión de Riesgos de la Institución.

2° Que, dentro de los objetivos gubernamentales de Auditoría, se ha establecido el Objetivo Gubernamental de Auditoría N° 3 - Acciones de mantención y mejoramiento del Proceso de Gestión de Riesgos, para los años 2018 al 2022.

3° Que es necesario actualizar la política de gestión de riesgos, acogiendo las recomendaciones de Auditoría Interna a través del Proceso de Aseguramiento del Proceso de Gestión de Riesgos, con la finalidad de entregar a las autoridades superiores una adecuada retroalimentación para su mejora continua.

4° Que se deben aplicar metodologías, procedimientos y prácticas de gestión, para identificar, analizar, evaluar y controlar los riesgos, que permitan implementar acciones preventivas o correctivas orientadas a neutralizar amenazas que puedan afectar el logro de los objetivos estratégicos de la institución.

5° Que, con el propósito de dar cuenta de los nuevos lineamientos de la Superintendencia, se ha procedido a actualizar la Política y los Roles Claves de la Gestión de Riesgos de la Superintendencia.

6° Que en ejercicio de mis facultades legales y en mérito de las consideraciones expuestas anteriormente, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

- 1° **APRUÉBASE** la Política de Gestión de Riesgos de esta Superintendencia, que se indica a continuación:

Política de gestión de riesgos de la Superintendencia de Salud

Nuestra misión como **Servicio** consiste en "*Proteger, promover, y velar por el cumplimiento igualitario de los derechos de las personas en salud, con relación a Fonasa, Isapres y prestadores*".

Consistentemente con esta misión, la Superintendencia de Salud ha definido cuatro objetivos estratégicos para su logro:

- 1. Orientación a las personas:** Potenciar la información, comunicación y servicios ofrecidos a las personas en razón de la protección de sus derechos y sin discriminación alguna, mediante el mejoramiento de los canales de acceso, difusión, educación y uso de las tecnologías, para entregar respuestas dignas, oportunas y de calidad e incrementar el conocimiento de las personas en el uso de su sistema de salud, y así contar con personas más protegidas, más conscientes de sus derechos, más dispuestas a ejercerlos y más responsables de sus obligaciones.
- 2. Orientación a los fondos y seguros privados de salud:** Fiscalizar y regular a los fondos y seguros privados de salud, ejerciendo efectivamente las atribuciones legales vigentes para proteger los derechos en salud de las personas, eliminando las diferencias evitables en razón de su género y evitando también toda forma de discriminación para mejorar el desempeño del sistema de salud.
- 3. Orientación a los prestadores de salud:** Estimular, orientar y contribuir al desarrollo progresivo de los sistemas de provisión de la calidad asistencial, ejerciendo efectivamente las atribuciones legales vigentes, a través de la fiscalización, normativa y registro, para garantizar a todas las personas usuarias del sistema, público y privado una atención de salud con adecuados estándares de calidad y seguridad, y de resguardo de sus derechos y contra toda forma de discriminación derivando en mayores grados de satisfacción, eficiencia, equidad y seguridad del paciente.
- 4. Orientación a la gestión interna:** Gestionar con liderazgo los recursos institucionales y las personas, implementando un modelo de gestión eficiente, transparente, enfocado en los funcionarios que incorpora en sus prácticas la promoción de la equidad de género y no discriminación, potenciando el capital humano, el trabajo en equipo y los recursos disponibles para contribuir al logro de los compromisos de la organización, y de esta forma cumplir la misión de la Superintendencia.

La Política de la Superintendencia de Salud en materia de riesgos, asigna especial importancia a controlar y mitigar los riesgos, a través de un proceso estructurado, consistente y continuo, implementado a través de toda la organización para identificar, evaluar, medir y reportar amenazas y oportunidades que afectan el logro de sus objetivos. Todos y todas en la organización juegan un rol en el aseguramiento de éxito de la Gestión del Riesgo, pero la responsabilidad principal de la misma recae sobre la Dirección.

Como elementos relevantes de la gestión de riesgos institucional se consideran:

- La aplicación de la metodología, indicaciones y recomendaciones contenidas en las Guías Técnicas proporcionadas por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno.
- Las directrices y objetivos generales en relación con la calidad de los procesos y la gestión de los recursos humanos.
- Los nuevos enfoques y lineamientos del Gobierno en ejercicio.
- La retroalimentación de la auditoría interna acerca del Proceso de Gestión de Riesgos.
- La pertinencia, oportunidad y seguridad de la información que genera el proceso de gestión de riesgos.

El proceso de Gestión de Riesgos que implementa la Superintendencia de Salud permite la identificación, evaluación y gestión de los riesgos de los distintos procesos que componen su quehacer, posibilitando que todo el personal mejore la comprensión de ellos a través de un trabajo participativo, otorgando especial importancia a controlar y mitigar los riesgos.

El proceso de Gestión de Riesgos institucional cumple con los siguientes aspectos:

- La existencia de un ambiente controlado de gestión de riesgos definido por la Dirección, que establece estrategias institucionales y una estructura de supervisión adecuada que garantiza su operatividad.
- La determinación y documentación de la exposición al riesgo de los procesos de acuerdo con los criterios establecidos por el CAIGG.
- La cuantificación del impacto y probabilidad de ocurrencia para cada uno de los riesgos identificados.
- La evaluación y seguimiento permanente de eventos que pudieren generar perjuicios a la Entidad.
- El análisis de los indicios, condiciones, comportamientos o síntomas de ciertas operaciones o, personal, que podrían permitir potencialmente detectar la presencia de una operación sospechosa de lavado de activos, delitos funcionarios o financiamiento del terrorismo.
- El análisis o actualización de los riesgos, con énfasis en los riesgos asociados con aspectos estratégicos y financieros, considerando los recursos involucrados.
- El cumplimiento por parte de los/as funcionarios/as públicos/as, de evitar que un interés laboral, personal, profesional, familiar o de negocios de la persona servidora pública, que pueda afectar el desempeño imparcial, objetivo de sus funciones.

Nuestro proceso de Gestión de Riesgos, considera procesos tanto de negocio, esto es, los que se relacionan directamente con el cumplimiento de su Misión, como los estratégicos y de soporte.

Para la administración de los riesgos evaluados se utiliza alguna de las siguientes estrategias genéricas, adecuándolas a la realidad de la Superintendencia y a la naturaleza del riesgo:

- Evitar: salir de las actividades que generan los riesgos.
- Compartir: adoptar las medidas que permitan trasladar o distribuir las posibles consecuencias de los riesgos dentro de varios grupos.
- Reducir: aplicar técnicas apropiadas tendientes a reducir la posibilidad de ocurrencia de situaciones riesgosas o sus consecuencias, o ambas y velar por que siempre se observen los principios administrativos que rigen la actividad de la Administración.
- Aceptar: reconocer el riesgo que la institución está dispuesta a aceptar en la búsqueda de su valor.

La Superintendencia de Salud, a través de la jefatura de la Unidad de Planificación y Control de Gestión, debe realizar una revisión periódica y a actualizar la Política y los Roles Claves de la Gestión de Riesgos aquí establecida.

La Política actualizada es validada por el Comité de Calidad y Riesgos y aprobada por el Superintendente.

2° APRUÉBASE la estructura organizacional en materia de gestión de riesgos de esta Superintendencia que se indica a continuación:

2.1 Roles claves en la gestión de riesgos institucional

Responsable	Rol Clave	Funciones Específicas
Superintendente/a de Salud	Aprobar y evaluar la gestión de riesgos institucional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aprobar la Política y Roles Claves de la Gestión de Riesgos de la institución. 2. Aprobar los resultados de la gestión de riesgos que se informan al CAIGG.
Comité de Calidad y Riesgos	Supervisar la gestión de riesgos institucional y levantar riesgos estratégicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisar la implementación del proceso de gestión de riesgos institucional. 2. Evaluar y validar la efectividad de la gestión de riesgos en la institución. 3. Asegurar que los riesgos identificados han sido considerados en los planes de largo plazo. 4. Monitorear el perfil de riesgo de la Superintendencia. 5. Definir las prioridades de riesgos estratégicos. 6. Identificar riesgos de fuentes externas y transversales. 7. Validar la Política y los Roles Claves, los Planes de Tratamiento de Riesgos y los Reportes de la gestión de riesgos.
Jefatura Unidad de	Gestionar y administrar el Sistema de	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar e implementar el Plan Anual de Gestión de Riesgos.

Planificación, Innovación y Control de Gestión	Gestión de Calidad y Riesgos	<ol style="list-style-type: none"> 2. Alinear las respuestas al riesgo conforme a los objetivos estratégicos de la Superintendencia. 3. Ejecutar las actividades de apoyo, a las Unidades Técnicas, para la identificación y análisis de riesgos. 4. Gestionar la actualización de la matriz de riesgos institucional. 5. Monitorear el avance general de la implementación de las estrategias de tratamiento de los riesgos. 6. Difundir los resultados de la gestión de riesgos y de procesos a toda la organización. 7. Proponer al Comité de Calidad y Riesgos mejoras a la matriz de riesgos institucional y al plan de tratamiento de riesgos. 8. Reportar al Comité de Calidad y Riesgos y al CAIGG.
Jefaturas responsables de los procesos	Levantar procesos, e identificar y evaluar sus riesgos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar el levantamiento de los procesos operativos a su cargo, y actualizar periódicamente la matriz de riesgos estratégica. 2. Ponderar la importancia de los subprocesos en los procesos que son de su responsabilidad. 3. Identificar y analizar los riesgos que conllevan los principales procesos a su cargo, como, asimismo, los mecanismos de control. 4. Evaluar la probabilidad y las consecuencias de los riesgos en el logro de los objetivos estratégicos. 5. Realizar el mejoramiento continuo de procesos y riesgos asociados. 6. Monitorear el avance y el impacto de la implementación de las estrategias de tratamiento de riesgos
Coordinadores/as de Calidad y Riesgos	Apoyar a los/as responsables de procesos en materias relacionadas con calidad y riesgos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyar a las jefaturas responsables de procesos en el levantamiento de los procesos operativos de su área y actualización periódica en la matriz de riesgos estratégica. 2. Apoyar el trabajo de identificación y análisis de los riesgos que conlleva el proceso de su área. 3. Apoyar el trabajo de evaluación de la probabilidad y consecuencias de los riesgos en el logro de los objetivos estratégicos. 4. Apoyar el monitoreo del avance en la implementación de las estrategias de tratamiento de riesgos de los procesos de

		su área. 5. Colaborar en las actualizaciones de los procesos y matrices de riesgos.
Auditor/a Interno/a	Verificar la veracidad y consistencia de la matriz de riesgos institucional y los planes de tratamiento de los mismos	1. Verificar que los riesgos hayan sido identificados, evaluados y tratados razonablemente. 2. Verificar el oportuno cumplimiento de los planes de tratamiento de riesgos. 3. Entregar aseguramiento razonable al Jefe de Servicio, acerca del nivel de cumplimiento de los planes de tratamiento de los riesgos identificados y presentados al Consejo de Auditoría en forma periódica.

2.2 Composición del Comité de Calidad y Riesgos

- Superintendente/a de Salud
- Intendente/a de Prestadores de Salud
- Intendente/a de Fondos y Seguros Previsionales
- Fiscal
- Jefatura del Departamento de Estudios y Desarrollo
- Jefatura del Departamento de Administración y Finanzas
- Jefatura de la Unidad de Planificación, Innovación y Control de Gestión
- Jefatura o Encargado/a de la Unidad de Comunicaciones
- Jefatura o Encargado/a Unidad de Generación de Estadísticas y Datos
- Jefatura o Encargado/a de la Unidad de Coordinación Regional

Este comité es presidido por el/la Superintendente/a de Salud, y se relaciona con el Comité Directivo de la Superintendencia de Salud a través de la Jefatura de la Unidad de Planificación, Innovación y Control de Gestión.

El Comité sesiona ordinariamente, al menos, 2 veces al año. Asimismo, puede citar para consultas e instrucciones a los responsables de procesos.

2.3 Designación de los Coordinadores de Calidad y Riesgos

Corresponde a las Jefaturas responsables de los procesos, designar a los Coordinadores de Calidad y Riesgos de cada área, con el propósito de que desarrollen las funciones específicas descritas en la tabla "Roles claves en la gestión de riesgos institucional".

3° **DERÓGUESE** la Resolución Exenta SS/N°788, del 18 de octubre de 2019.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE EN EL PORTAL WEB
INSTITUCIONAL Y ARCHÍVESE**



[Handwritten signature]
PATRICIO FERNÁNDEZ PÉREZ
SUPERINTENDENTE DE SALUD

[Handwritten initials]
TNA/PGO

Distribución:

- Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno
- Intendente de Prestadores de Salud
- Intendente de Fondos y Seguros Previsionales
- Fiscal
- Jefatura del Departamento de Estudios y Desarrollo
- Jefatura del Departamento de Administración y Finanzas
- Jefatura de la Unidad de Planificación, Innovación y Control de Gestión
- Unidad de Unidad de Gestión de Estadísticas y Datos
- Jefatura de la Unidad de Coordinación Regional
- Encargado de la Unidad de Comunicaciones
- Unidad de Auditoría Interna
- Encargado de LA/DF/FT
- Oficina de Partes
- Archivo
- JIRA RI-732