



Gobierno
de Chile

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

www.gob.cl

supersalud.gob.cl

Mas
MAB / TNA

Resolución Exenta SS N° 1018

Deroga las Resoluciones Exentas SS N°729, de 29 de mayo de 2015 y SS N°730, de 29 de mayo de 2015; y actualiza la Política y Filosofía, y los Roles Claves de la Gestión de Riesgos de la Superintendencia de Salud.

Santiago, 29 JUN. 2016

VISTOS:

Lo dispuesto en el instructivo Presidencial GAB. PRES. N°369, de fecha 6 de marzo de 2015, que establece los Objetivos Gubernamentales de Auditoría para el período 2015-2018; 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°2; el Decreto Supremo N° 31 de 2015, del Ministerio de Salud; y las facultades que me confiere el artículo 109 del DFL N°1, de 2005, de Salud; y

CONSIDERANDO:

1. Que el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, dispuso que los organismos gubernamentales debían establecer o actualizar la Política y Filosofía y los Roles Claves de la Gestión de Riesgos de la Superintendencia de Salud.
2. Que dentro de los objetivos gubernamentales de Auditoría para el período 2014-2018, el Gobierno se ha propuesto como Objetivo N° 2 la "Mantención, mejoramiento y aseguramiento del Proceso de Gestión de Riesgos".
3. Que es necesario actualizar el proceso de gestión de riesgos, mediante la aplicación sistemática de políticas, procedimientos y prácticas de gestión, en la tarea de 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.
4. Que con el propósito de dar cuenta de los nuevos lineamientos de la Superintendencia, se ha procedido a actualizar la Política y Filosofía y los Roles Claves de la Gestión de Riesgos de la Superintendencia.
5. Que en ejercicio de mis facultades legales y en mérito de las consideraciones expuestas anteriormente, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. **Apruébese** la Política y Filosofía de Gestión de Riesgos de esta Superintendencia, que se indica a continuación.

Política y filosofía de la gestión de riesgos de la Superintendencia de Salud

Nuestra misión como Servicio consiste en "Proteger y promover los derechos en salud de las personas, con relación a Fonasa, Isapres y prestadores". Consistentemente con esta misión, la Superintendencia de Salud ha definido 4 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, 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 dispuestos 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 del sistema privado de salud, ejerciendo efectivamente las atribuciones legales vigentes, para proteger los derechos de las personas en salud, y de este modo 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 de la 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, 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 y transparente enfocado en los funcionarios, 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, con el propósito de mejorar la gestión institucional, a fin de contribuir al cumplimiento de sus objetivos estratégicos y al logro de la misión.

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 que, en relación con la calidad de sus procesos y la gestión de los recursos humanos, guían a la Superintendencia, las que se plasman en su Política de Calidad.
- La pertinencia, oportunidad y seguridad de la información.

El proceso de Gestión de Riesgos que realiza 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. En esta línea, prevalece el enfoque preventivo y proactivo respecto de los riesgos identificados en los procesos de la Organización.

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.

Consistente con la mejora continua de los procesos y el logro de una mayor coherencia para la entrega de productos y servicios de calidad a nuestros usuarios/os, la gestión de riesgos forma parte del Sistema de Gestión de Calidad de la Superintendencia de Salud, el que integra la Gestión con Enfoque de Procesos, las Metas de Eficiencia Institucional comprometidas con la DIPRES, y el Premio Anual de Excelencia Institucional.

Nuestro proceso de Gestión de Riesgos, considera procesos que desarrolla el Servicio, tanto aquellos 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 utilizará 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: trasladar o distribuir las posibles consecuencias de los riesgos dentro de varios grupos.
- Reducir: aplicar técnicas apropiadas y principios administrativos tendientes a reducir la posibilidad de una ocurrencia o sus consecuencias, o ambas.
- 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, se compromete a realizar una revisión periódica y a actualizar la Política y Filosofía y los Roles Claves de la Gestión de Riesgos aquí establecida, la que será presentada al Superintendente para su aprobación.

2. **Apruébese** 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 de Salud	Aprobar y evaluar la gestión de riesgos institucional	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 informa 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 Filosofía, los Roles Claves, los Planes de Tratamiento de Riesgos y los Reportes de la gestión de riesgos.
Jefatura Unidad de Planificación y Control de Gestión	Gestionar y administrar el Sistema de Gestión de Calidad y Riesgos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar e implementar el Plan Anual de Gestión de Riesgos. 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 la ejecución de procesos	Levantar procesos, e identificar y evaluar sus riesgos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar el levantamiento de los procesos operativos de su área, y su actualización periódica en 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 conlleva los principales procesos a su cargo. 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 en su área, respecto de la implementación de las estrategias de tratamiento de riesgos.
Coordinadores de Calidad y Riesgos	Apoyar a los responsables de la ejecución de procesos en materias relacionadas con calidad y riesgos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyar a los 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.
Auditor Interno	Verificar la veracidad y consistencia de la matriz de riesgos institucional y los planes de tratamiento de los mismos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar que los riesgos hayan sido identificados y evaluados razonablemente. 2. Verificar el oportuno cumplimiento de los planes de tratamiento de riesgos. 3. Reportar al Superintendente de Salud los avances y dificultades en la implementación del Plan de Gestión de Riesgos y proponer mejoras.

1.2 **Composición del Comité de Calidad y Riesgos, el cual está conformado por:**

- Superintendente de Salud
- 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 del Departamento de Fiscalización
- Jefatura de la Unidad de Planificación y Control de Gestión
- Jefatura de la Unidad de Asesoría Médica
- Jefatura del Departamento de Regiones, Atención de personas y Participación ciudadana
- Jefatura de la Unidad de Tecnologías de la Información e Inteligencia de Negocios
- Unidad de Comunicaciones, Gestión del Portal Web, Transparencia Activa y Ley del Lobby

Este comité es presidido por el Superintendente de Salud, y se relaciona con el Consejo Directivo de la Superintendencia de Salud a través de la Jefatura de la Unidad de Planificación 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.

1.3 **Designación de los Coordinadores de Calidad y Riesgos**

Corresponde a las Jefaturas responsables de la ejecución de 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°729, de 29 de mayo de 2015.
4. **Deróguese** la Resolución Exenta SS N°730, de 29 de mayo de 2015.

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



SEBASTIÁN PAVLOVIC JELDRES
SUPERINTENDENTE DE SALUD

Distribución

- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales
- Intendencia de Prestadores de Salud
- Fiscalía
- Departamento de Fiscalización
- Departamento de Estudios y Desarrollo
- Departamento de Administración y Finanzas
- Departamento de Regiones, Atención de personas y Participación ciudadana
- Unidad de Tecnologías de la Información e Inteligencia de Negocios
- Unidad de Comunicaciones, Gestión del Portal Web, Transparencia Activa y Ley del Lobby
- Unidad de Asesoría Médica
- Unidad de Planificación y Control de Gestión
- Unidad de Auditoría Interna
- Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno
- Oficina de Partes