UNAPEC UNIVERSIDAD APEC	**UNIVERSIDADES DE APEC Y VALENCIA** **MAESTRÍA EN AUDITORÍA INTEGRAL Y CONTROL DE GESTIÓN** **6ª Cohorte**	VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Vicerrectoría de Estudios de Posgrado

Tesis de maestría para optar por el título de:

Maestría en Auditoria Integral Y Control de Gestión.

Título:

"DISEÑAR UNA GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE GOBIERNO, RIESGO Y CUMPLIMIENTO (GRC) EN EL CENTRO DE SALUD R.D., EN REPÚBLICA DOMINICANA."

Postulantes:

Ramia Dolores Guzmán Guerrero	**2006-0017**
Luis Rodríguez Acosta	**2010-2416**
Nelson A. Rodríguez Medina	**2015-3349**

Tutor(a):

Dra. Iara V. Tejada

Santo Domingo, Distrito Nacional

República Dominicana

Julio, 2017

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, tiene la finalidad de diseñar una guía para la implementación del modelo de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento (GRC) en una institución del sector salud en la República Dominicana. Para desarrollar la guía, se realizaron investigaciones sobre la normativa que rige el sistema de salud en la República Dominicana, las características de la institución para la cual se desarrollará la guía y los estándares sobre el cual se sustenta el modelo GRC. La finalidad de esta investigación, es mejorar los procesos institucionales el cual se logra con la alineación de los estándares de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento desde la definición de los objetivos, el cual permitirá alcanzarlos de forma confiable y transparente, logrando optimizar los recursos para un mejor rendimiento.

AGRADECIMIENTOS

A Dios mi salvador por ser mi roca, mi refugio en aquellos momentos de debilidad, por ayúdame a terminar este proyecto de vida y hacer de mi sueño una realidad. Pero sobretodo, por haberme regalado una familia tan hermosa y mis amigos los cuales han hecho una estadía sin precedente, de este largo viaje llamado "Vida", gracias por ser mi guía, mi luz durante todos estos años, por todos aquellos obstáculos que pusiste en mi camino, pues me han ayudado a crecer y reconocer en cada paso que todo está puesto bajo tu mirada y que tus planes son perfectos para aquellos que te aman.

A mis padres María Guerrero y Ramón Guzmán, quienes pusieron todo su empeño en hacer de mí un gran ser humano, me siento orgullosa de tener unos padres como ustedes, son mi más valioso tesoro. Gracias por darme su amor incondicional, su cariño, su paciencia, su ternura, su comprensión. Gracias papi, por tu apoyo constante, por enseñarme que para llegar lejos en la vida debemos empezar por el primer escalón y por enseñarme que todo lo puedo, si creo en Dios y en mi misma. Gracias especiales a ti mami bella, por preocuparte siempre por mis enseñanzas, mis valores, mis costumbres, por enseñarme a ser humilde y agradecida con Dios, por nunca dejarme sola, por confiar en mí, por dar todo de ti en esta familia. Gracias por siempre estar ahí para mí, espero algún día ser una madre como tú, ¡Los amo!

A mis hermanas Licelyn De Tavares y Yania de Torres gracias por su apoyo constante e incondicional, por escucharme y ser comunicativas en su debido momento, gracias por enseñarme que no hay nada mejor que mantener nuestra familia unida, por comprenderme y amarme tal como soy, por hacerme tía de Esther Marie, Mía Isabel, Sofía, Gabriela y Camila pues han hecho mis días más alegres con su presencia, definitivamente los días junto a ustedes son una bendición, gracias por su eterna amistad.

A mi prometido Edward Peña, mi osito, mi amor, mi futuro esposo, mi amigo incondicional. Amor gracias por estar en cada paso, gracias por tu apoyo, tus abrazos, gracias por estar ahí escuchando cada una de las adversidades vividas y brindarme una mano amiga cuando más lo necesite. Gracias por tu amor incondicional, tú has sido el mejor regalo que Dios me pudo dar, tu amor es más que una gran bendición en mi vida, gracias por acompañarme en esta etapa de mi vida.

A mis madres adoptivas, Susana Smith y Belkis Cruz, gracias por su inmenso amor hacia mí, por siempre estar al pendiente de mis cosas, mis inquietudes, mis problemas, por consentirme, por estar junto a mi apoyándome en este camino y estar al pendiente de cada prueba y exámenes dentro de este proceso, gracias por estar ahí incondicionalmente.

A mi compañero de Trabajo de Grado y buen amigo, Nelson Arony Rodríguez Medina por haber estado de la mano paso a paso en este hermoso proyecto, por brindarme tu amistad incondicionalmente, por todas las aventuras vividas en cada materia las cuales las llevo muy grabadas en mi corazón, definitivamente tenerte como compañero en este trabajo fue una bendición y sobre todo por haber aguantado mi carácter estos dos años.

A mi asesora del Tesis Dra. Iara V. Tejada, **por** su ardua colaboración, corrección, dedicación, por su interés particular en cada uno de los pasos de este proyecto y también guiarnos y orientarnos en el desarrollo de este trabajado, por sus aportes, experiencia, ayuda y consejos los cuales fueron determinantes para el éxito de este proceso.

Ramia Dolores Guzmán Guerrero

AGRADECIMIENTOS

A Dios, mi salvador por ser mi roca, mi refugio en aquellos momentos de debilidad, por ayúdame a terminar este proyecto de vida y hacer de mi sueño una realidad. Pero sobretodo, por haberme regalado una familia tan hermosa y mis amigos los cuales han hecho una estadía sin precedente, de este largo viaje llamado "Vida".

A mis hijos, Liam Abel Rodríguez Estévez, Ángel Antonio Rodríguez Álvarez Luis Ander Rodríguez Álvarez y Annie Rodríguez Estévez Por ser el centro y fundamento de todo lo que hago, mi escudo y fortaleza, para que cada día cumplan sus propósitos y vean en mi un ejemplo a seguir; mis proyectos presentes y futuro, todo lo que soy les pertenece a ustedes, gracias por comprender esta etapa en mi vida. A ustedes les dedico este trabajo, porque ciertamente sin ustedes hubiera sido imposible concluirlo, los amo.

A mi esposa Mariela Estévez, te dedico este triunfo por ser mi mapa y mi fortaleza, Cada logro que yo he obtenido te lo dedico a ti pues eres mi apoyo, motivación y lo has dejado todo por mí para logar esta meta y ser lo que soy hoy. Sin ti no hubiera podido lograr este triunfo. Te amo.

A mí mismo, por haber sido perseverante en esta meta, por haber dedicado días, noches y madrugadas en todo este proyecto, con el fin de lograr uno de los retos más en la vida y que con la ayuda de mi Dios al fin hoy puedo mencionar "UNA MENOS".

Luis Rodríguez Acosta

AGRADECIMIENTOS

A Jehová

Por ser mi fuente de Fuerza en todo momento para superar las pruebas, por darme la oportunidad de vivir para siempre en la tierra convertida un paraíso y ser mi fuente de conocimiento y sabiduría.

A mi esposa,

Jennifer Castillo mi amada esposa y perla negra de mi vida, por su amor incondicional y apoyo en todos los momentos de mi vida. Además, por su disposición de ceder el tiempo que por derecho le corresponde, para darme el espacio de superarme profesionalmente.

A mi abuelo

Don Cesar Medina, por el gran amor que me mostro, por ser mi ejemplo y modelo en la vida, por enseñarme el valor de la honradez, la rectitud y el trabajo duro.

A Mi Abuela

Elvira Cancu, (Doña Idalia) que siempre me mostro todo su cariño en todo momento de mi vida.

A mi madre

Ana Dolores Medina Por su gran amor y preocupación por mi vida y mi bienestar.

A mi padre

Nelson C. Rodríguez Martínez: Por Inculcarme el valor del estudio y el trabajo duro.

A mi tía

Daysi Medina: Por su preocupación en todo momento por mi bienestar y mis estudios.

A mis Hermanas

Anelys M. Rodríguez M. y Nelani M. Rodríguez M.: Por apoyarme en todo momento de mi vida y contribuir en mis estudios.

A mi hermano

Andrickson Micheliz Rodríguez: Por siempre tenerme presente y animarme a que siga estudiando para lograr mis metas.

A mis Primos

Zeyda Félix M., Rafael Félix y Ramón G. Félix: por estar siempre en mis momentos difíciles tanto de mi vida profesional como emocional

A mis tíos

Héctor Medina y Cesar Medina: por su gran preocupación por mí en todo momento.

A mi amiga

Ramia Guzmán por todo su apoyo en estos años en los cuales se aventuró junto a mí en lo que es esta maestría, por su preocupación como persona, por el apoyo automovilístico en aquellas materias.

A mis maestros

Nahum Frett e Iara Tejeda por todos los consejos dentro y fuera del programa de la maestría que han contribuido en mi crecimiento personal y profesional.

A mis compañeros de Maestría

Grupo de la 6ta Cohorte de la Maestría en auditoría integral & Control de Gestión, por compartir todos sus conocimientos y experiencias en los temas abordados en las aulas, por las risas y el apoyo en cada materia.

A los coordinadores de la maestría

Ada Bazil y Carol Esther Hernández por su interés particular en cada uno de los miembros de la maestría, por mantenernos comunicados y hacer de estos años un oasis de aprendizaje.

A mi equipo de auditoría interna

Aleida García, Mártires Montero, Jacqueline Mancebo, Víctor Hernández por su ayuda incondicional en estos años de preparación académica.

Nelson Arony Rodríguez Medina

INDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN **1**

CAPÍTULO I: GENERALIDADES DEL SECTOR SALUD EN REPÚBLICA DOMINICANA Y EL CENTRO DE SALUD R.D. **6**

1.1 HISTORIA, EVOLUCIÓN Y BASE LEGAL DEL SECTOR SALUD EN LA REPÚBLICA DOMINICANA. 7

1.2 HISTORIA Y ESTRUCTURA DEL CENTRO DE SALUD R.D. 11

1.3 LEVANTAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS GOBIERNO, RIESGO Y CUMPLIMIENTO EN EL CENTRO DE SALUD R.D. 17

CAPÍTULO II: GENERALIDADES DEL MODELO DE GOBIERNO, RIESGO Y CUMPLIMIENTO (GRC). **27**

2.1 GOBIERNO CORPORATIVO. 28

2.2 SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO. 32

2.3 PRACTICAS DE GESTIÓN DE CUMPLIMIENTO. 43

2.4 DEFINICIÓN, OBJETIVOS E IMPORTANCIA DEL MODELO GOBIERNO, RIESGO, CUMPLIMIENTO (GRC). 47

CAPITULO III: GUIA DE IMPLEMENTACION DEL MODELO GOBIERNO, RIESGO Y CUMPLIMIENTO (GRC), EN EL CENTRO DE SALUD R.D. **54**

3.1 COMPRENSIÓN DEL AMBIENTE INTERNO Y EXTERNO DEL CENTRO DE SALUD R.D. 56

3.1.1 CONTEXTO EXTERNO DE LA INSTITUCIÓN. 57

3.1.2 CONTEXTO INTERNO DE LA INSTITUCIÓN. 62

3.2 ALINEACIÓN INSTITUCIONAL. 66

3.2.1 MARCO DE DIRECCIÓN 68

3.2.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS. 71

3.2.3 IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES, RIESGOS Y REQUERIMIENTOS. 74

3.2.4 EVALUACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES, RIESGOS Y REQUERIMIENTOS. 80

3.2.5 FORMULACIÓN DE PLANES ESTRATÉGICOS Y TÁCTICOS. 83

3.3 EJECUCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO GRC. 88
3.3.1 ESTABLECIMIENTO DE CONTROLES PREVENTIVOS, DEFECTIVOS Y CORRECTIVOS. 89
3.3.2 MEJORAR EL PROCESO PARA ESTABLECER LAS POLÍTICAS. 92
3.3.3 GUÍA PARA ESTABLECER LOS CANALES DE COMUNICACIÓN BASADA EN GRC. 95
3.3.4 ESTABLECER PLAN DE CAPACITACIÓN. 97
3.3.5 ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN DE INCENTIVOS. 100
3.3.6 ESTABLECIMIENTO DE CANALES DE COMUNICACIÓN. 101
3.3.7 DETERMINACIÓN DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN. 103
3.3.8 RESPUESTA A ACCIONES INDESEABLES. 106
3.4 EXAMINAR PROCESOS DE ADECUACIÓN AL GRC. 109
3.4.1 ACTIVIDADES DE MONITOREO. 110
3.4.2 DETERMINACIÓN DE ACTIVIDADES DE ASEGURAMIENTO. 113
3.4.3 MEJORAMIENTO CONTINÚO. 115

CONCLUSIONES **117**

RECOMENDACIONES **120**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **122**

ANEXOS **126**

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Resumen Historia Sistema Salud Pública en RD 7
Figura 2: Nacimiento de instituciones a raíz de la ley 42-01 9
Figura 3: Organigrama institucional 12
Figura 4 Composición económica del centro Salud R.D. al 30 de abril 2016 13
Figura 5 Pacientes atendidos Mayo 2015- Abril 2016 14
Figura 6 Ingresos por los servicios médicos Mayo 2015- abril 2016 15
Figura 7 Centro De Salud R.D. Nómina de Empleados, Mayo 2015 -Abril 2016 16
Figura 8: Análisis FODA. 16
Figura 9 Resultados de la Pregunta 1, Sección 1 de la encuesta: ¿Cuál es su posición dentro de la institución? 18
Figura 10 Resultado de la pregunta 2, Sección 1 de la encuesta ¿Qué tiempo tiene laborando en la institución? 18
Figura 11 Resultados de la pregunta 5, sección 2 “sistema GRC” de la encuesta. ¿Tienen implementado el sistema GRC en su institución? 19
Figura 12 Resultados de la Pregunta 1, Sección 3 “Sistemas Administrativos” de la encuesta. ¿Existen políticas de Gobierno Corporativo en su institución? 20
Figura 13 Resultados de la Pregunta 2, Sección 3 Sistemas Administrativos de la encuesta. ¿Quién es responsable de la gestión del riesgo en su institución? 21
Figura 14 Resultados de la Pregunta 3, Sección 3¿Con que frecuencia se analizan los riesgos en la institución donde labora? 22
Figura 15 Resultados de la Pregunta 11, Sección 3¿Tiene su institución un sistema Cumplimiento (Compliance) establecido? 23
Figura 16 Resultados de la Pregunta 12, Sección 3: ¿Qué departamento supervisa el cumplimiento de las normas, principios y valores de la institución? 24
Figura 17 Resultados de la Pregunta 11, Sección 3 ¿Cuál es la frecuencia de las evaluaciones de cumplimiento en la institución? 24
Figura 18 Modelo de Madurez GRC. 26

Figura 19 Medición de riesgos Tipificación 35
Figura 20 Apetito, tolerancia y capacidad de riesgo. 40
Figura 21: 8 Claves De Éxito Para Definir El Apetito Del Riesgo 42
Figura 22: Lista de cumplimiento obligatorio y voluntarios 44
Figura 23: Perspectivas del Modelo GRC. 49
Figura 24 Componentes y Elementos del Modelo GRC 50
Figura 25: Tipos de Arquitecturas. 51
Figura 26: Modelo de las Tres Líneas de Defensa. 52
Figura 27: Comprensión del ambiente interno y externo. 56
Figura 28: Alineación de procesos. 67
Figura 29: Pautas para la ejecución de implementación. 88
Figura 30: Procesos de monitoreo de la implementación del GRC 110

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Guía para la evaluación interna institucional. 58
Tabla 2: Guía para la evaluación de los factores externos 62
Tabla 3: Guía para alinear el marco de dirección institucional 68
Tabla 4: Guía para alinear los objetivos institucionales 71
Tabla 5: Guía para alinear los eventos potenciales y la capacidad institucional 74
Tabla 6: Guía para alinear la evaluación de oportunidades, riesgos y requerimientos 80
Tabla 7: Guía para alinear el establecimiento de los objetivos estratégicos. 83
Tabla 8: Guía para Establecer controles preventivos, detectivos y correctivos. 89
Tabla 9: Guía para mejorar los procesos de establecimiento de políticas. 92
Tabla 10: Guía Para establecer los Canales de Comunicación. 96
Tabla 11: Guía para implantar los planes de capacitación. 98
Tabla 12: Guía para desarrollar el plan de incentivos. 100
Tabla 13: Guía para establecer los canales de comunicación. 102
Tabla 14: Guía para determinar los procesos de investigación. 103
Tabla 15: Guía de respuesta para acciones indeseables. 107
Tabla 16 Guía para el diseño de actividades de monitoreo. 110
Tabla 17: Guía Establecimiento procesos de aseguramiento. 114
Tabla 18: Guía para establecer actividades de mejora continua. 115

INTRODUCCIÓN

La cultura organizacional actual ha sido una constante revolución producto de la globalización y de los cambios realizados a raíz de las mejoras continuas en los estereotipos establecidos y las nuevas modalidades que surgen a raíz de los nuevos tiempos. Por consiguiente, las instituciones se han visto en la necesidad de acogerse a dichos cambios, estructurando su visión para poder adaptarse y alcanzar sus objetivos. A partir de estos, las instituciones del Sector de Salud no se han quedado fuera del campo de acción. Ciertamente, este tipo de organizaciones se han percatado del potencial económico y estratégico existente en la reputación y la gestión eficaz de la organización, aquellos que en muchas ocasiones no siempre son procesos observables y que en ocasiones no existen controles que garanticen el cumplimiento de los mismos. Además, el lineamiento de la estructura organizacional con los objetivos de la misma, el cumplimiento de los códigos de ética, políticas corporativas y procedimientos, entre otros aspectos, han evidenciado beneficios respecto al uso eficaz de los recursos y la disminución de costos y por consiguiente aumento de rentabilidad y competitividad en dichas organizaciones.

Uno de los modelos de negocio que se ha revestido de gran importancia es el Modelo de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento (GRC), ya que involucra todos los niveles de la organización, dando lugar a la canalización e integración todos los procesos con el fin de cumplir los objetivos de la institución. En el caso de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) del sector salud en la República Dominicana, las regulaciones emitidas por el Ministerio de Salud y el Congreso Nacional no les exigen adoptar modelos como este. Por lo que las mismas desaprovechan aspectos innovadores que contemplan dichos estándares para mejorar el desempeño de las mismas.

Cabe destacar que el motivo por el cual se ha elegido dicho modelo, es por su enfoque integral distinguido por ver la empresa como un todo, tomando en consideración cada uno de los aspectos que pudieran afectar el logro de los objetivos del centro, así como también tomando en consideración los diferentes estándares en un solo objetivo de desempeño institucional, inclinándose más hacia la parte de gestión en comparación con otros modelos que se enfocan en un aspecto en particular. Así como también, promover un ejercicio profesional confiable, transparente y ético en la institución.

En este punto es preciso mencionar que por protección a la privacidad y confidencialidad de la empresa en la que se desarrollará ésta investigación, no se revelará el nombre real de la institución sino más bien el mismo será sustituido por *Centro de Salud R.D.* La presente investigación, se realizará con la finalidad de conocer las generalidades del Centro de Salud R.D. y el Sector Salud de la República Dominicana. También, analizar los aspectos generales del Modelo de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento y por último presentar una guía como una herramienta para la implementación del Modelo GRC en el Centro de Salud R.D. en la República Dominicana.

Por otro lado, se eligió el Centro de Salud R.D. como institución para desarrollar esta investigación, ya que cuenta con la estructura organizacional para la implementación de dicho modelo, además, es una de las organizaciones de salud más prestigiosas del país y está considerada entre las instituciones de salud más modernas en República Dominicana, Centroamérica y el Caribe. La misma, ha realizado grandes aportes a la medicina dominicana en la prestación de servicios de salud, llevando a cabo procedimientos y estudios que nunca se habían realizado en el país. Sin embargo, a nivel administrativo en el Centro de Salud R.D. no están definidas las responsabilidades frente al patronato, ni las responsabilidades de las diferentes unidades dentro de la empresa, no se toman en consideración las normativas aplicables

al momento de la toma de decisiones. Además, las regulaciones internas y externas no son analizadas constantemente para reducir el impacto por incumplimiento y así medir la capacidad de la organización para cumplir con ellas. Asimismo, los objetivos institucionales no van conjunto a la estrategia, por lo que las metas son más difíciles de lograr.

También, existen procesos que han sido establecidos, pero aún no se han implementado y no existe una supervisión que le dé seguimiento a los mismos. Por consiguiente, surgen enfoques diferentes lo que lleva a la gerencia a no tener un control de los mismos, afectando así el resultado de cada unidad de trabajo y sus repercusiones en las demás áreas.

Esta investigación será desarrollada utilizando el Método Teórico tipo síntesis, deductivo, lógico e histórico para recopilar las diferentes informaciones emitidas por las instituciones encargadas de regular las normas y principios para adoptar un modelo de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento (GRC), además de las regulaciones emitidas por sociedades gubernamentales las cuales sirven como soporte a nivel de cumplimiento, respecto a la naturaleza de la institución. También, se utilizará éste método para comprender los procedimientos utilizados por el Centro de Salud R.D. y así poder identificar las herramientas disponibles para la aplicación de la guía de implementación del Modelo GRC en la misma.

En esta misma sintonía, se utilizarán técnicas cualitativas para comprender la estructura administrativa actual, con miras a realizar un diagnóstico de madurez y posteriormente identificar las oportunidades de mejora que se deben implementar las cuales se colocaran como recomendaciones al final de esta investigación y así concientizar a la gerencia y los directivos la necesidad de la metodología y presentar las recomendaciones para adoptar dicho modelo.

Por otro lado, las técnicas de método empírico que se aplicarán en esta investigación, una de ellas es la encuesta ya que se encuestaran diferentes instituciones del mismo sector para indagar sí aplican dicha metodología, descubrir los modelos existentes, identificar cual ha sido el proceso aplicado para la adopción del modelo, las ventajas y desventajas derivadas del mismo e identificar las oportunidades y riesgos presentados. También, se encuestarán diferentes ejecutivos, encargados, analistas y personal operativo del Centro de Salud R.D.

La misma contará con secciones tales como las informaciones generales del encuestado, el sistema de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento de la institución, respectivamente. Además, contara con una sección sobre los sistemas administrativos implementados en la institución y otras consideraciones adicionales utilizadas para así tomarlos en consideración en el levantamiento de información en esta investigación.

Igualmente, se realizarán entrevistas a diferentes directores, gerentes y encargados de línea para identificar las actividades que son realizadas e identificar los procesos institucionales y su medición. Además, se analizarán los documentos, áreas y la factibilidad del proyecto para el sector en específico y se consultarán fuentes de información suministradas por la OCEG y otros organismos nacionales con el objetivo de comprender cómo implementar un modelo de GRC e indicar los requerimientos a cumplir para su adopción. Al mismo tiempo, se realizarán consultas y debates de opiniones con otros expertos de la materia que puedan contribuir en el desarrollo de esta investigación.

El documento elaborado, recoge los hallazgos de la investigación los cuales han sido estructurados en tres capítulos. En el Capítulo I, se iniciará con informaciones sobre la historia, evolución, base legal y estructura organizacional del sector salud en la República Dominicana y el Centro de Salud R.D., así como también el levantamiento

y análisis de los sistemas de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento dentro de dicha organización. Luego, en el Capítulo II se desplegarán todos los aspectos respecto a los componentes del modelo de gobierno corporativo, sistema de gestión de riesgo, prácticas de gestión de cumplimiento respectivamente y la definición, objetivos e importancia del modelo gobierno, riesgo, cumplimiento (GRC). Por último, en el Capítulo III, se encontrará la guía diseñada para la implementación de modelo de GRC en el Centro de Salud R.D. Respecto a la guía, es preciso mencionar que la misma estará divida en cuatro (4) secciones denominadas Comprender del ambiente interno y externo del Centro de Salud R.D., Alineación Institucional, Ejecución de la implementación del modelo GRC, y Examinar y monitorear las ejecuciones. En este punto es preciso mencionar que la presente investigación no abarca la fase de ejecución de la implementación de dicha guía.

CAPÍTULO I:

GENERALIDADES DEL SECTOR SALUD EN REPÚBLICA DOMINICANA Y EL CENTRO DE SALUD R.D.

1.1 Historia, evolución y base legal del sector salud en la República Dominicana.

El sistema de salud en la República Dominicana, está compuesto por un sector público y otro privado. El sector público está divido en dos subsistemas, el socializado y la seguridad social. En ese orden, el sistema socializado está dirigido a personas que requieren atención médica y no cuentan con los recursos necesarios para costearlos, mientras que el sistema de seguridad social está dirigido a trabajadores que están dentro del salario mínimo del sector y que puedan cotizar. Por otro lado, el sector privado está compuesto por las diferentes instituciones que ofrecen servicios de salud y cuyos costos deben ser cubiertos económicamente por los pacientes. Dicho lo anterior, el sistema tiene sus orígenes en el año 1948 con el nacimiento del sistema de seguros sociales. Posteriormente, ocho años después fue instituida la Secretaria De Salud Pública y Asistencia Social. En los siguientes períodos, el gobierno central creo el instituto dominicano de Seguro social y la oficina de coordinación técnica de la comisión de salud nacional. Otros eventos importantes en el sistema de salud se presentan en la figura uno (1), la cual contiene los principales eventos evolutivos del Sistema Dominicano de Salud.

Figura 1: Resumen Historia Sistema Salud Pública en R.D.

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA DOMINICANO DE SALUD

1948	Creación del Sistema de Seguros Sociales
1956	Creación de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social y aprobación del Código de Salud
1956	Aprobación del Código de Salud
1962	Transformación de la Caja Dominicana de Seguros Sociales en Instituto Dominicano de Seguros Social
1995	Creación de la Oficina de Coordinación Técnica de la Comisión Nacional de Salud
2001	Aprobación de la Ley General de Salud
2001	Aprobación de la ley que crea el nuevo Sistema de Seguridad Social
2001	Inicio del Régimen Subsidiado
2007	Inicio del Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud del Sistema de Seguridad Social
2008	Establecimiento del Plan Decenal de Salud

Fuente: Rathe, M., & Moliné A. (2011), Sistema de Salud de República Dominicana, Salud Publica de México, 53m s256-s264

En ese mismo orden, la evolución más importante en el sistema de salud dominicano más importante fue la creación de la Ley General de Salud, Ley 42 (2001) y El Sistema Dominicano de Seguridad Social, Ley 87 (2001). Dichas legislaciones, transformaron el sistema de salud en la República Dominicana, el cual integra un conjunto amplio de leyes, reglamentos, normas, y disposiciones administrativas que provienen de diferentes instituciones del estado. La ley 42-01 establece, que el derecho a la salud es de todos los dominicanos y extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional. Además, el principio de universalidad de la ley 87-01 plantea que el Sistema Dominicano de seguridad Social debe proteger a todos los dominicanos y residentes en el país, sin discriminación por razón de su condición de salud, sexo, estatus social, política o económica.

Así mismo, se estableció el Seguro Familiar De Salud (SFS) que tiene como finalidad proteger la salud física y mental del afiliado y sus dependientes, así como también brindar una cobertura sin exclusiones de edad, sexo, condición social, laboral o territorial, garantizando así el acceso regular de los grupos más necesitados y velando por el equilibrio financiero, producto de la racionalización del costo de las prestaciones y la administración del sistema. El SFS, cubre servicios de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, rehabilitación de los enfermos, embarazo entre otros. Además, cubre accidentes de tránsitos que en un principio eran cubiertos por el Seguro Obligatorio de Vehículos de Motor. Sin embargo, no cubre los accidentes laborales pues ya están bajo la jurisdicción del seguro de Riesgo Laborales.

Para lograr cumplir con todas las necesidades del Sistema De Salud Dominicano, el artículo 8 de la ley 42-01 nombró como organismo rector al Ministerio De Salud Pública (MSP o SESPAS), quien es la máxima autoridad en el estado dominicano en materia de salud. La misma, fue instituida para supervisar y controlar las entidades que prestan servicios de salud, guiar las políticas de proyectos sanitarios, administrar los recursos de las diferentes índoles, supervisar la salud en general, coordinar las acciones

de las diferentes instituciones públicas, privadas y otros factores comprometidos con la salud. Además, el párrafo II y III de dicho artículo, expresa lo siguiente sobre las atribuciones del MSP:

> "PÁRRAFO II -. SESPAS, en su calidad de institución rectora del Sistema Nacional de Salud, formulará cada diez años una Política y un Plan Nacional de Salud, constituyendo éstos los principales instrumentos para la regulación continua, integral y sistémica de la producción social de la salud.
>
> PÁRRAFO III.- Como entidad rectora del Sistema Nacional de Salud, la SESPAS garantizará permanentemente el diseño, implementación y evaluación de los cambios y transformaciones que requiera el sistema para su continua adecuación a las situaciones y procesos que se desarrollen en el interior y en el exterior del sector salud, los cuales deberán dirigirse siempre a las necesidades de las / los ciudadanos, teniendo en cuenta a través de procedimientos participativos democráticos, sus expectativas sobre la salud y los servicios sanitarios". Art. 8, Ley General de Salud 42-01.

Es preciso mencionar que a raíz de la ley General de Salud, Ley 42-01, surgieron nuevas instituciones, las cuales se presentan en la figura dos (2).

Figura 2: Nacimiento de instituciones a raíz de la ley 42-01

Fuente: Elaboración propia.

Es preciso mencionar que la supervisión, es una de las herramientas más importante para lograr con eficiencia y eficacia el cumplimiento de los objetivos propuestos de cualquier institución. Es por ello que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como entidad rectora del Sistema Nacional de Salud, tiene el compromiso de realizar actividades de supervisión tales como:

- Desarrollar e impulsar las diferentes estrategias de desconcentración y descentralización para llegar a diferentes individuos, familias y comunidades para satisfacer sus diferentes necesidades.
- Orientar los medios y acciones encaminadas a la protección de la salud y prevención de enfermedades.
- Promover la separación gradual de funciones de regulación, ofrecimiento de servicios, financiamiento y supervisión.
- Promover y garantizar la participación social en la planificación, estructuración, financiamiento, gestión, evaluación y control del sistema de salud.
- Impulsar la diversificación de los sectores y subsectores en el desarrollo del sector salud e incluirlos en la intervención de los problemas de salud más frecuentes.
- Garantizar que el personal de la salud este satisfecho con su labor y papel en el sistema, garantizando el desarrollo personal y profesional de manera continua.
- Garantizar las condiciones para la creación sistemática de redes e todo el territorio nacional que integren todas las instituciones que presten servicios de salud.

Además de éstas funciones, el ministerio tiene la potestad de inspeccionar a los diferentes centros de salud para validar que estos presten los servicios bajo condiciones óptimas. También, debe verificar el procedimiento utilizado para eliminar los desperdicios y si los profesionales de la salud cumplen con la Ley 42-01 en lo relacionado a su exequátur, que es lo que les da derecho a ejercer la medicina.

En éste punto es preciso mencionar que el financiamiento del Sistema de Salud Dominicano, provienen de las entidades encargadas de las recaudaciones de impuestos internos del país, con las cuales desempeña sus funciones y cubre las atenciones que se ofrecen a la población no asegurada o subsidiada. No obstante, el artículo 21 de la Ley 87-01 sobre "Organización del sistema de la ley de la seguridad social" le confiere a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), la función de recaudar, distribuir y pagar los recursos financieros del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS). Estas recaudaciones, provienen de los diferentes trabajadores públicos o privados en el régimen contributivo, además de los recursos estatales provenientes del régimen subsidiario. Una vez recaudado los diferentes recursos monetarios, la TSS los distribuye a las diferentes administradoras de riesgo de salud (ARS), quienes a su vez realizan convenios con las prestadoras de servicios de salud (hospitales, clínicas, entre otras) para el pago de los servicios prestados a los diferentes afiliados.

1.2 Historia y estructura del Centro de Salud R.D.

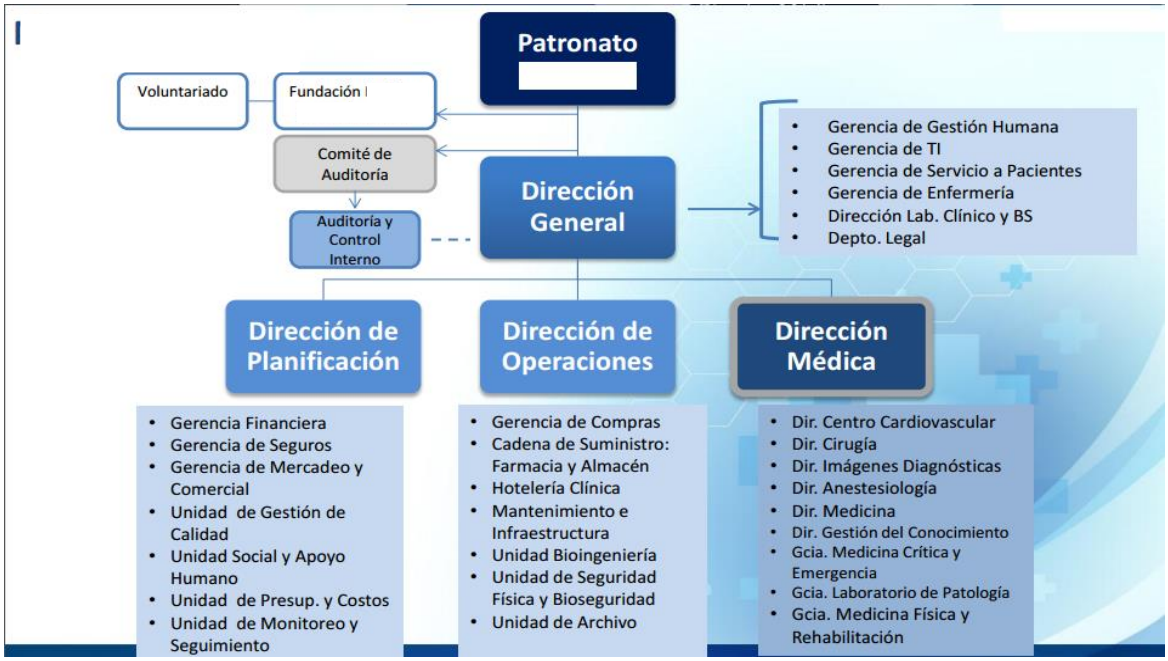
El Centro de Salud R.D. es una de las organizaciones de salud más prestigiosas del país y está considerada entre las instituciones de salud más modernas en República Dominicana, Centroamérica y el Caribe. El mismo, fue fundado con el objetivo de tener un espacio equipado para llevar a cabo todos los procedimientos y estudios de diagnósticos en las áreas de imágenes diagnósticas, cardiovascular, hemodinámica, ortopedia, telemedicina y otras especialidades médicas integradas en un sólo lugar, los cuales no se realizan en ningún otro centro del país, de manera regular, a fin de brindar servicios médicos de la más alta calidad y asequibles a las posibilidades económicas de la población.

Como parte de la responsabilidad social y teniendo la solidaridad como valor fundamental, el mismo facilita el acceso a la medicina avanzada a la población de escasos recursos económicos. Miles de personas en situaciones de extrema pobreza han encontrado en el centro su mejor alternativa para salvaguardar su vida o mejorar su salud en el país, realizándoles procedimientos de alta complejidad.

El Centro de Salud R.D. tiene como misión proporcionar servicios médicos altamente especializados, con profesionales calificados y avanzada tecnología, bajo principios éticos, responsabilidad social, calidad y sentido humano, contribuyendo a la formación del personal en temas de salud y al desarrollo de la investigación científica. Además, tiene como visión ser líder en servicios médicos de diagnósticos, terapéuticos y preventivos a nivel nacional e internacional y como centro de referimiento, educación médica e investigación científica.

La administración del Centro está a cargo de un Patronato compuesto por distinguidas personalidades de la sociedad dominicana con gran sensibilidad humana y dedicación al trabajo. El mismo está organizado jerárquicamente con una Dirección General y tres (3) Direcciones bajo su dependencia: la Dirección de Planificación, la de Operaciones y la Médica, las cuales se detallan en el organigrama presentado en la figura tres (3).

Figura 3: Organigrama institucional

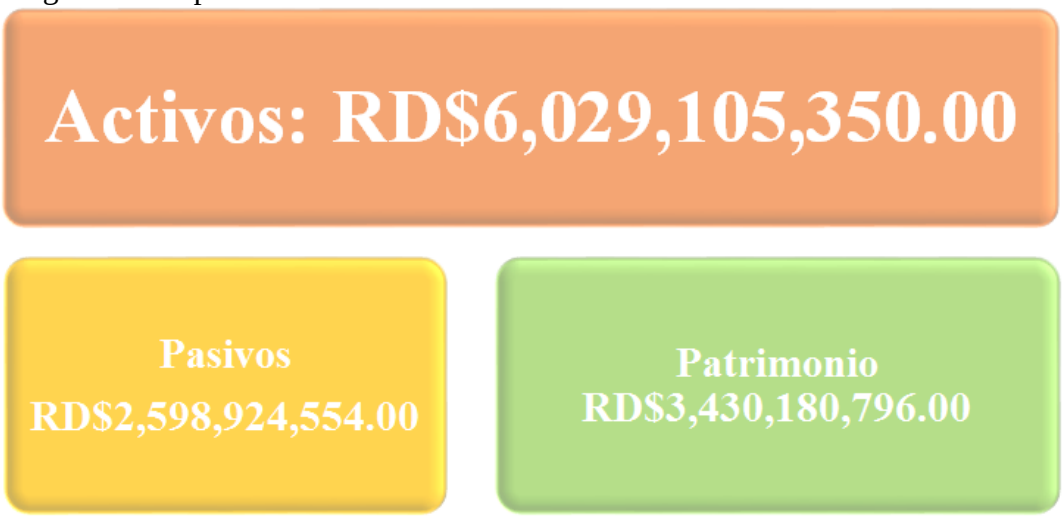


Fuente: Elaboración propia.

El Centro de Salud R.D. ofrece servicios de Radiología intervencionista, Medicina Nuclear, Tomosintesis y Mamografía, Sonografía, Rayos X, Tomografía, Resonancia Magnética, Cirugía Oftalmológica, Cirugía Colorrectal, Cirugía de Tiroides y Paratiroides, Cirugía Baratica y metabólica, Uro- Nefrología y trasplante, Cirugía Otorrinolaringología, Ortopedia, Neurología, Neumonía, Hemato – Oncología, Ginecología, Gastroenterología, Endocrinología, Salud mental, Plan de Salud Ejecutivo, Servicios de Laboratorio, entre otros.

Es preciso mencionar que, el centro cuenta con un conjunto de medios técnicos e instalaciones necesarias para el desarrollo de sus actividades, establecidos en un terreno de 49,771mts², el cual cuenta con dos grandes edificaciones valoradas en RD$4,046,944,591.79. Además, cuenta con equipos e instrumentales médicos valorados en RD$616,656,058.56, maquinaria valorada en RD$76,704,648.16, mobiliario y equipos de oficina valorados RD$274,061,779.3 y equipos de transporte valorados en RD$1,676,180.62. En la figura cuatro (4) se muestra un resumen de la composición económica del Centro de Salud R.D.:

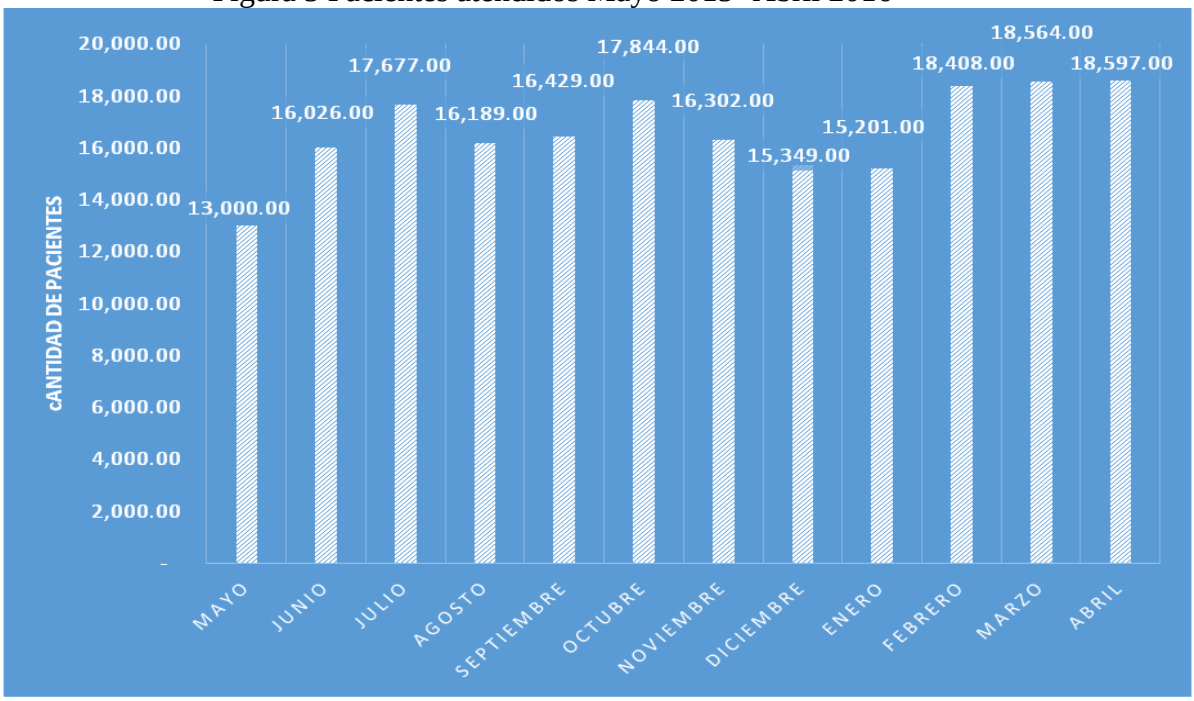
Figura 4 Composición económica del centro Salud R.D. al 30 de abril 2016



Fuente: Elaboración propia.

Actualmente, el Centro cuenta con una infraestructura capaz de acoger a más de 16,632 pacientes por mes, en las diferentes áreas de la institución. Para ello, cuenta con 63 camas en el edificio principal y 114 en el edificio secundario a fin de brindar, una estadía confortable dentro de los estándares institucionales. En la figura cinco (5) se presenta la fluctuación de los pacientes atendidos durante el período mayo 2015 – abril 2016:

Figura 5 Pacientes atendidos Mayo 2015- Abril 2016

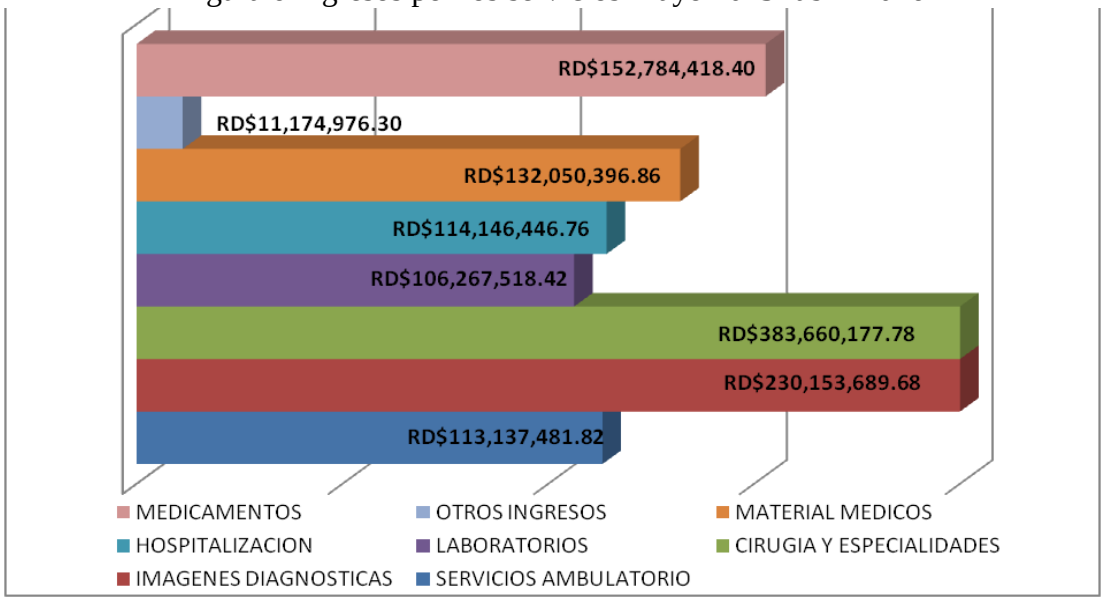


Fuente: Elaboración propia.

Como resultado de los diferentes servicios prestados a los pacientes que se reflejaron en la figura anterior, el Centro presentó ingresos que ascienden a RD$1,243,375,106.02, de los cuales el servicio más demandado fue el de Cirugías y Especialidades, representando el 31% del total de ingresos. Luego continúa, el servicio de imágenes tales como Sonografía, Rayos X, Tomografía, Resonancia Magnética etc., representando el 19% del total de ingresos. En la figura seis (6), se observa la

fluctuación de los ingresos por tipo de servicios durante el período mayo 2015- abril 2016:

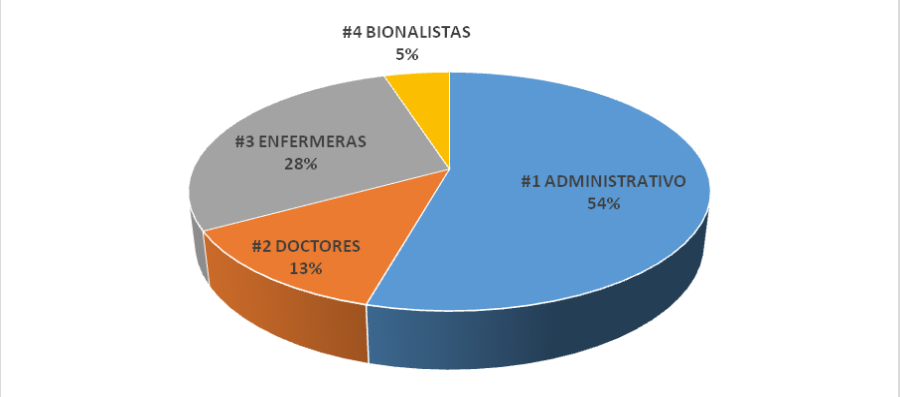
Figura 6 Ingresos por los servicios Mayo 2015- abril 2016



Fuente: Elaboración propia.

Es precioso mencionar que el Centro de Salud R.D., colabora con la sociedad dominicana brindando 1,400 puestos laborales distribuidos entre médicos, enfermeras, residentes y otros profesionales de la salud, de los cuales, el área administrativa comprende el 54% del total de los puestos. En la figura siete (7), se observa la distribución de los puestos según los datos obtenidos en las nóminas correspondientes al período mayo 2015 – abril 2016:

Figura 7 Centro De Salud R.D. Nómina de Empleados, Mayo 2015 -Abril 2016



Fuente: Elaboración propia.

Cabe destacar que, como resultado de una investigación preliminar los autores de esta investigación pudieron identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del Centro de Salud R.D., como se muestran en la figura ocho (8).

Figura 8: Análisis FODA.

Fuente: Elaboración propia.

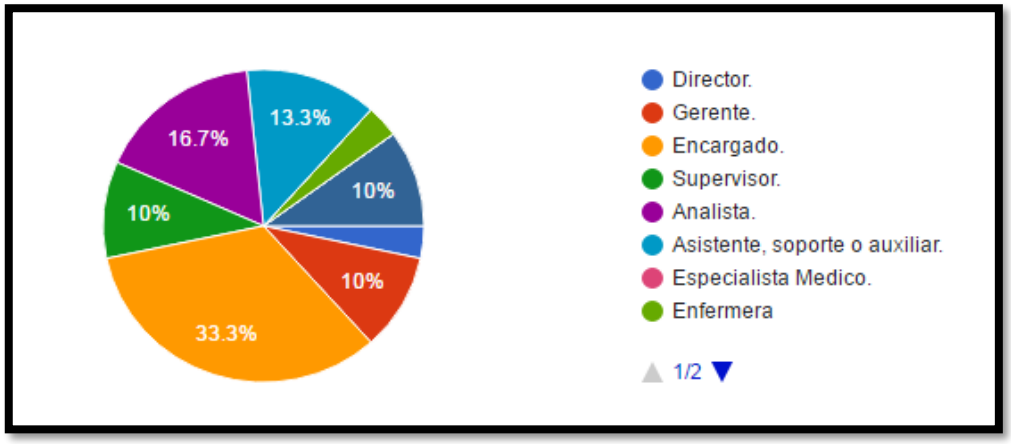
1.3 Levantamiento y análisis de los sistemas de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento en el Centro de Salud R.D.

Para obtener una visión general de las prácticas de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento en la institución a fin de valorar si las mismas son adecuadas, se procedió a realizar una encuesta a diferentes ejecutivos, encargados, analistas y personal operativo de la institución. La misma cuenta con cuatro secciones, la primera contiene las Informaciones Generales, y está diseñada para conocer al encuestado. La segunda sección denominada Sistemas GRC, busca identificar si la empresa tiene implementado el modelo GRC y si conoce las ventajas del mismo. Respecto a la tercera sección, ésta pretende conocer los Sistemas Administrativos implementados en la institución. La cuarta y última sección de la encuesta, incluye las Consideraciones Finales, tiene el fin de conocer las expectativas sobre la implementación de dicho modelo en la institución. A continuación, se presenta un análisis de las respuestas obtenidas sobre las diferentes interrogantes que fueron planteadas.

Como resultado de la primera sección, se pudo identificar que los usuarios encuestados fueron encargados de áreas, Supervisiones, Gerentes, Directores, de los departamentos de Contabilidad, Finanzas, Almacenes, Caja, Gestión de Calidad, Auditoria Médica, Planificación y Desarrollo, Gestión Legal, Enfermería, Laboratorio, entre otros. Cabe destacar, que la institución cuenta con un total de cuatro directores de los cuales solo participo una cuarta parte de los mismos.

Respecto a los gerentes, solo tuvieron participación la Gerencia de auditoría, Gerencia de Servicios Médicos y Servicios de Salud y Seguros, representando el 33% de los mismos. Se considera que la diversidad de usuarios participantes en las encuestas permitirá la confiabilidad en los resultados de la situación a evaluar. En la figura nueve (9), se presentan los resultados de la primera pregunta de la sección uno de la encuesta:

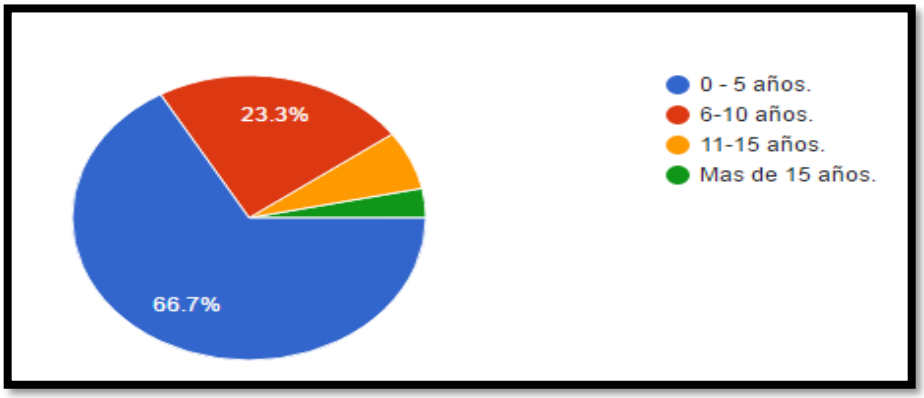
Figura 9 Resultados de la Pregunta 1, Sección 1 de la encuesta: ¿Cuál es su posición dentro de la institución?



Fuente: Elaboración propia.

En ese orden de ideas, se nota que el 66.70% de quienes respondieron la encuesta la antigüedad en la institución ronda entre cero (0) y cinco (5) años, y un 23.30% con una antigüedad de seis (6) a diez (10) años. Además, el 11% de los encuestados superan los diez (10) año. Es preciso mencionar que el 86.70% de los encuestados corresponden al área administrativa de la institución y el restante 13.30% al área médica. En la figura diez (10), se presentan los resultados de la segunda pregunta de la sección uno de la encuesta:

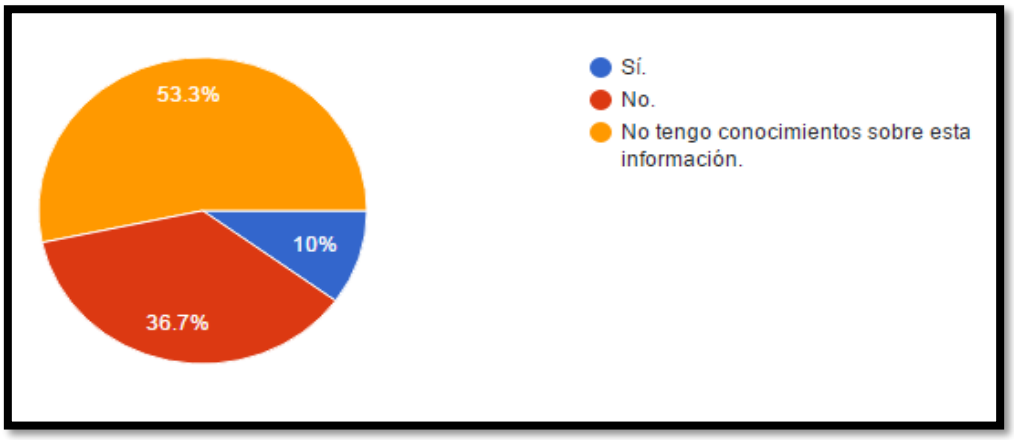
Figura 10 Resultado de la pregunta 2, Sección 1 de la encuesta ¿Qué tiempo tiene laborando en la institución?



Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la sección dos (2) sobre los sistemas de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento, uno de los propósitos del mismo fue identificar si la institución tiene implementado el modelo, las ventajas y el tiempo de implementación, así como también identificar si la empresa tiene la capacidad de acogerse a dicho modelo. Los resultados de la encuesta evidencian que no está implementado, ya que el 53.3% respondió que no tenían conocimiento de si estaba implementado, un 10% expreso que si estaba implementado y el restante 36.70% respondió que no, y que desconocen las ventajas y el tiempo de implementación para dicho modelo. En la figura once (11), se presentan los resultados de la segunda sección de la encuesta:

Figura 11 Resultados de la pregunta 5, sección 2 "sistema GRC" de la encuesta. ¿Tienen implementado el sistema GRC en su institución?

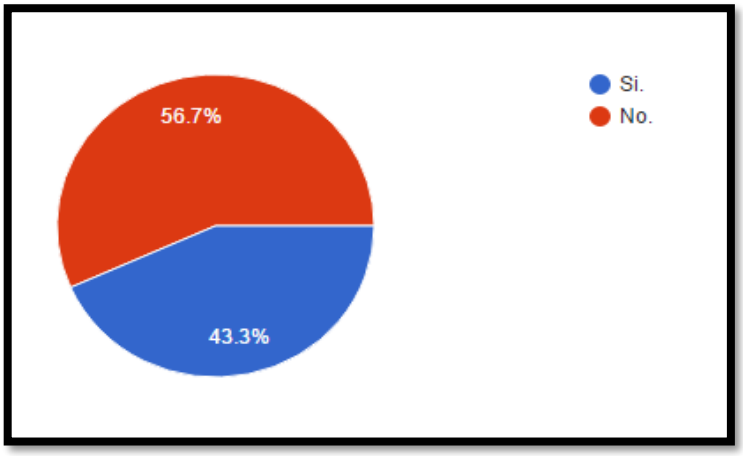


Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, la sección de Sistemas Administrativos, tiene como finalidad conocer el alcance de los diferentes sistemas en la institución y conocer el grado de madurez del mismo, de manera que se pueda diseñar una guía que se adapte a las circunstancias de la empresa partiendo de su arquitectura de institución. Es preciso mencionar que, en ésta sección, las interrogantes son sobre la existencia de un sistema de gobierno corporativo en la empresa y las políticas sobre el gobierno corporativo en la institución.

En las respuestas se observó que el 56.70% de los encuestados opinaron que no existen políticas de Gobiernos Corporativo, mientras que un 43.30% contestó lo contrario. En ese orden, quienes opinaron que si estaba implementado expresaron que dentro de las políticas que el centro tiene contemplado figuran: comportamiento ético, retribución, selección-nombramiento y deberes de la junta directiva. Sin embargo, aunque se presentaron respuesta sobre las políticas existentes, es bueno mencionar que las áreas de auditoria, finanzas y planificación expresaron que dichas políticas o requerimientos de un buen gobierno corporativo no están implementados en la institución. En la figura doce (12), se presentan los resultados de la tercera sección de la encuesta:

Figura 12 Resultados de la Pregunta 1, Sección 3 "Sistemas Administrativos" de la encuesta. ¿Existen políticas de Gobierno Corporativo en su institución?



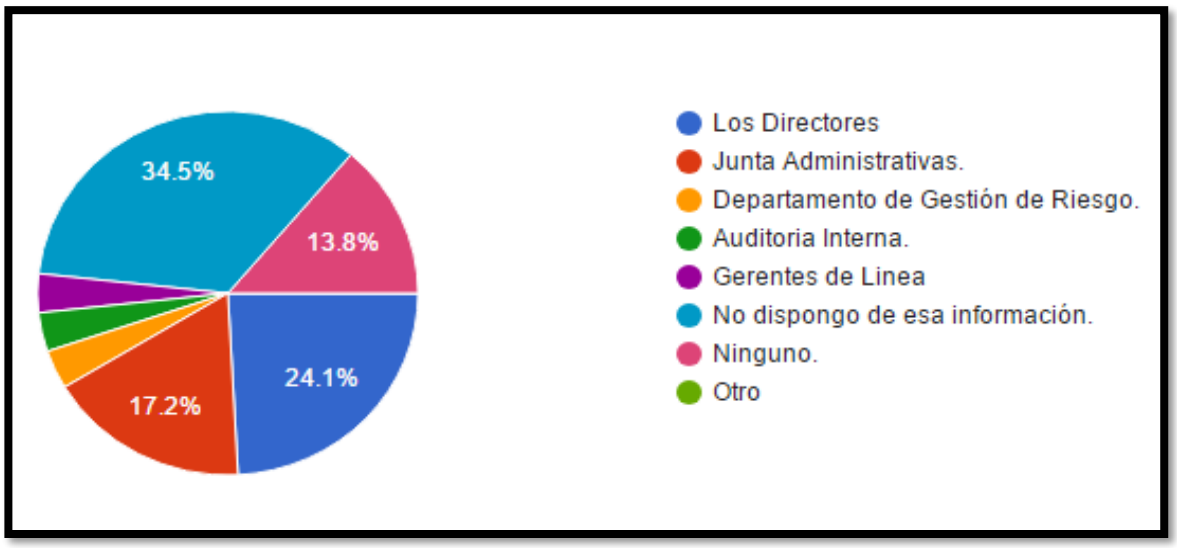
Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la Gestión Integral de Riesgos, se realizaron interrogantes para identificar la manera en que la institución realiza su gestión de riesgo, identificar quien es el responsable, cada cuanto tiempo se analizan y cuáles son los principales riesgos que se derivan del tipo de institución. Los resultados de la encuesta presentan opiniones encontradas, por un lado, el departamento de planificación, gestión legal, mantenimiento, seguros, calidad y auditoria médica indican que existe un sistema de

gestión de riesgo. Por el contrario, los departamentos de contabilidad, auditoría interna y facturación indican que dicho sistema no se encuentra establecido en la institución.

En ese mismo orden de ideas, los que expresaron sobre la existencia del Sistema de Gestión de Riesgo, también expresaron diferentes opiniones sobre quiénes eran los responsables de dicha gestión dentro de la empresa, algunos opinaron que dicha gestión debe ser ejecutada por los directores, otros por la junta administrativa, otros expresaron que la responsabilidad es de la unidad de Auditoría Interna y una mínima parte expresó que dicha actividad la asumen los gerentes de líneas. En la figura trece (13), se presentan los resultados referentes anteriormente:

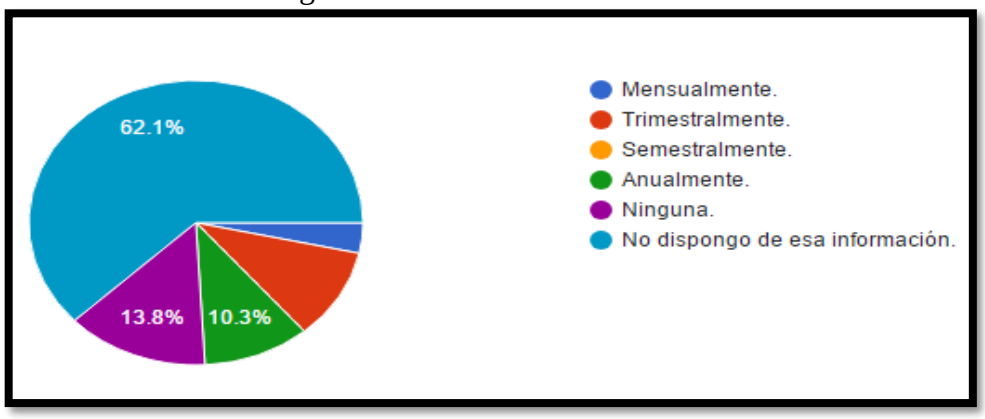
Figura 13 Resultados de la Pregunta 2, Sección 3 Sistemas Administrativos de la encuesta. ¿Quién es responsable de la gestión del riesgo en su institución?



Fuente: Elaboración propia.

Sobre la frecuencia en la cual son analizados los riesgos, un 62.1% de los encuestados indicaron que no conocían dicha información, un 13.8% indicó que estos no se analizan, un 10.3% que dicha evaluación se realiza anualmente y un 13.7% expresaron que se realiza trimestralmente o mensualmente (ver figura 14).

Figura 14 Resultados de la Pregunta 3, Sección 3¿Con que frecuencia se analizan los riesgos en la institución donde labora?



Fuente: Elaboración propia.

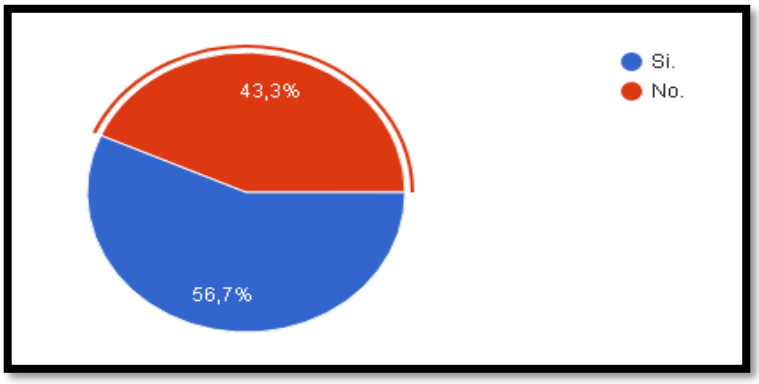
Cabe destacar, que los encuestados indicaron sus opiniones sobre cuáles son los principales riesgos que entienden que enfrenta la institución a la luz de su experiencia profesional y laboral en el Centro de Salud RD. Dentro de los riesgos expresaron algunos tales como, la falta de insumos médicos para la atención de los pacientes en la prestación de los servicios, existencia de personal médico poco competente que afecta la salud de los pacientes al prescribir indicaciones médicas o diagnósticos erróneos, baja productividad por la alta rotación del personal médico y administrativo, falta de recursos económicos para cumplir con los compromisos adquiridos, adquisición de insumos a un coste sobrevaluado que pueda disminuir la ganancia por cada renglón o artículo en particular en comparación con el precio del mercado y demandas legales de pacientes por malas prácticas médicas.

Por otro lado, las interrogantes sobre el sistema de gestión de cumplimiento tienen por objetivo brindar un entendimiento general de cómo la institución se asegura de cumplir con las legislaciones vigentes impuesta por el estado dominicano y las políticas internas, con el objetivo de mejorar la empresa. Estas cuestiones tienen que ver de manera similar a las planteadas en la sección de gestión de riesgo, cuya finalidad es identificar la existencia del sistema, responsabilidad de monitorear el cumplimiento institucional, frecuencia en la que la institución realiza actividades parar monitorear los

mismos y las diferentes legislaciones o estándares relacionados al tipo de negocio que se han asumido para mejorar la competitividad y seguridad de los servicios médicos.

Sobre la existencia de un sistema establecido para la gestión del cumplimiento, se observan opiniones encontradas, por un lado, los departamentos de gestión legal, auditoria médica, planificación y desarrollo, servicios de salud, seguros, laboratorio médico y otros expresaron que si existe un sistema establecido para la gestión del cumplimiento. Sin embargo, los departamentos de auditoría interna, gestión humana, contabilidad y facturación expresaron que no existe el sistema en la institución. En la figura quince (15), se presentan los resultados referentes a lo anteriormente mencionado:

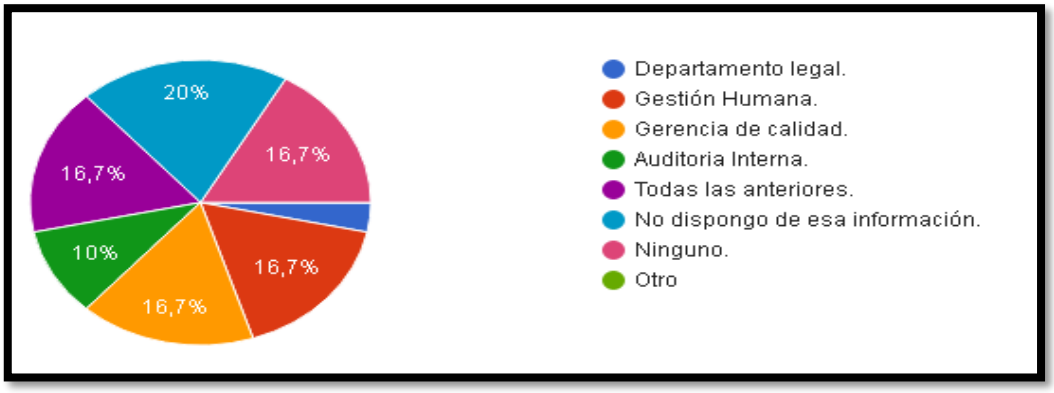
Figura 15 Resultados de la Pregunta 11, Sección 3¿Tiene su institución un sistema Cumplimiento (Compliance) establecido?



Fuente: Elaboración propia.

Sobre la responsabilidad de la gestión de cumplimiento, las opiniones de los encuestados expresaron que existen al igual que la gestión de riesgo una mala comunicación, esto a raíz de que en las respuestas los encuestados opinaron que dicha responsabilidad recae sobre auditoría interna, recursos humanos, gestión legal, gestión de la calidad, pero además otros opinaron que cada una de estas unidades tiene una responsabilidad en la gestión del cumplimiento. En la figura dieciséis (16), se presentan los resultados referentes a lo anteriormente mencionado:

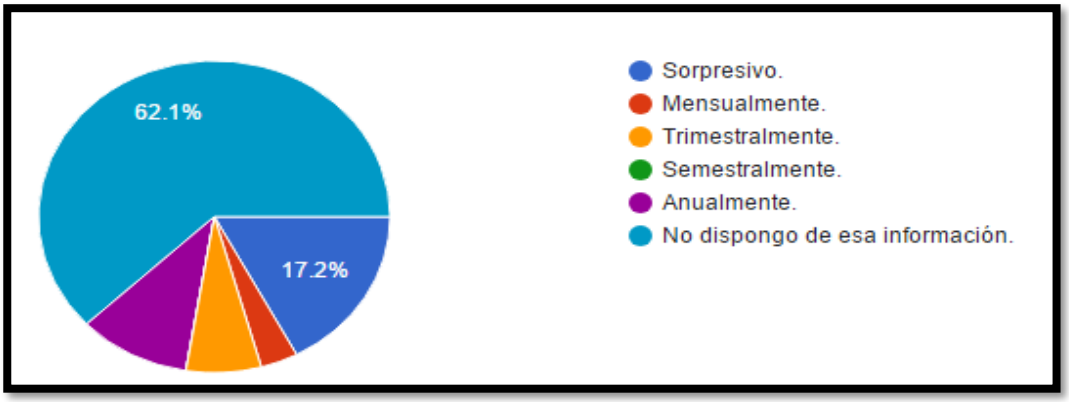
Figura 16 Resultados de la Pregunta 12, Sección 3: ¿Qué departamento supervisa el cumplimiento de las normas, principios y valores de la institución?



Fuente: Elaboración propia.

En ese orden, sobre la frecuencia de la verificación de cumplimiento el 62.1% de los encuestados, opinó que no conocen la frecuencia y las opiniones restantes están en que dichas verificaciones son realizadas de manera sorpresiva, anualmente, mensuales y trimestrales. Es preciso mencionar, que los estándares que los empleados tienen conocimiento que la empresa esta acogida son Joint Commision International, Accreditation Cánada 2016, OHSHAS 18001, ISO 14644-1:2000. Salas limpias y locales controlados, ISO 13485 Sistemas de Gestión de la Calidad de Equipos Médicos, ISO 15189. En la figura diecisiete (17), se presentan los resultados referentes a lo anteriormente mencionado:

Figura 17 Resultados de la Pregunta 11, Sección 3 ¿Cuál es la frecuencia de las evaluaciones de cumplimiento en la institución?



Fuente: Elaboración propia.

En otro sentido, al final de la encuesta se plantea una pregunta abierta sobre cual o cuales sistemas de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento, requieren de una mejora significativa. Como resultado se obtuvo, mejorar el sistema de gestión de riesgo y el sistema de cumplimiento. Teniendo esto presente, el 72.4% expresaron que la iniciativa de implementar una cultura basado en el Modelo GRC es factible para la institución, cuyo objetivo es mejorar la capacidad de la empresa de operar en un entorno donde los riesgos evolucionan y las regulaciones gubernamentales aumentan.

Cabe destacar que, los participantes de la encuesta tienen expectativas sobre la implementación de dicho modelo, tales como, llevar una correcta gestión de riesgo y velar por el cumplimiento de los procesos, normas y políticas internas y externas así como también los riesgos que afectan a los empleados, tener mayor control de los riesgos que afectan la institución, mayor control financiero, operativos y mejor servicio al cliente, mejor dominio de las informaciones a la hora de la toma de decisiones, entre otros.

Considerando los resultados de la encuesta realizada, queda evidenciado que el Centro de Salud R.D. cuenta con los sistemas de Gobierno Corporativo compuesto por el Patronato, los Gerentes de Línea, el Comité de Auditoría y el Departamento de Auditoría Interna. Asimismo, cuenta con Gestión de Riesgos y Cumplimiento que está bajo la responsabilidad de cada uno del encargado de área, teniendo identificado de manera particular aquellas situaciones que afectarían sus laborares, además de las actividades necesarias para mitigar y prevenir dichos riesgos, lo mismo sucede en el caso del sistema de gestión del cumplimiento.

Sin embargo, al no tener los procesos y actividades claves alineadas, la empresa no cuenta con una estructura organizacional que le permita aprovechar al máximo las ventajas que ofrecen estos sistemas, los cuales se deben tener presente en la definición de los objetivos y estrategias institucionales, a fin de alcanzar los objetivos de forma confiable. También, es claro que dichos sistemas no están en un nivel de madurez que permita el uso eficiente y efectivo de los recursos del Centro. A raíz de esta realidad,

la guía para la adopción del plan contendrá las recomendaciones pertinentes a fin de mejorar los sistemas ya existentes y fortalecer la base sobre la cual se implementaría un Modelo de Gestión Integrado de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento.

Ademas, basados en el modelo de madurez elaborado por GRC max (ver figura 18), podemos indicar que la institucion se encuentra en un nivel inocente en lo relacionado a la estructura organizacional. Este resultado, se debe a la falta de identificacion de los responsables de la administración de los riesgos y cumplimiento, estos puntos fueron evidenciados en las figuras 13 y 16 sobre la respuesta de los usuarios en la encuesta, ya que no se toman en consideracion metodologías para abordar estos aspectos. En la figura dieciocho (18) se muestra el modelo de madurez de GRC Max.

Figura 18 Modelo de Madurez GRC.

Fuente: Modelo De Madurez De GRC Max.

CAPÍTULO II: GENERALIDADES DEL MODELO DE GOBIERNO, RIESGO Y CUMPLIMIENTO (GRC).

2.1 Gobierno Corporativo.

Los cambios provocados por la globalización produjeron una evaluación en el concepto de Gobierno Corporativo, una de las que mayor impacto tuvo fue la publicación del Informe Cadbury en 1992, definiendo el Gobierno Corporativo, como el sistema por el cual las organizaciones son dirigidas y controladas, dando una mayor comprensión del tema. Esto marcó el inicio del mismo, como un modelo de referencia para las organizaciones y que mejora el clima de inversión en diferentes países a nivel mundial. Es preciso mencionar que dicho modelo tuvo respaldo internacional a principios del año1999, cuando la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), aprobó los principios de Gobierno Corporativo, con el fin de crear las pautas a seguir para asistir a los países que realizan evaluaciones y mejoras en sus respectivos marcos legales, institucionales y normativos sobre el tema de Gobierno Corporativo. Además, el mismo proporciona directrices y sugerencias para inversionistas, bolsas de valores, sociedades y otros.

El enfoque de Gobierno Corporativo va más allá de la creación de normas, principios y/o procedimientos, esta tiene como propósito crear el mayor grado de coordinación entre la relación de la junta directiva, consejo de administración, accionistas y partes interesadas en cuanto a la actividad económica se refiere, creando una base sólida bajo una estructura que sirva como soporte a la hora de la toma de decisiones y así potencializar su competitividad como organización. Cabe mencionar que este tipo de enfoque tiene como objetivo principal, crear un ambiente de confiabilidad y transparencia, donde no se pueda evitar la manipulación de la información y así crear un ambiente de credibilidad, estabilidad e impulsar el crecimiento de la organización y cumplir con los objetivos de la institución y las expectativas de los accionistas.

Por otro lado, los primeros países en aplicar el concepto de Gobierno Corporativo fueron, Canadá, Estados Unidos, Australia y los países del Continente Europeo, producto de la necesidad que tenían ciertos accionistas minoritarios de conocer el rendimiento de sus inversiones. Es preciso mencionar que en la República Dominicana el enfoque de Gobierno Corporativo, toma auge a raíz de las quiebras bancarias producidas a partir del año 2003, causadas por debilidades de gobernabilidad interna. Como consecuencia, en el 2007 se crea el Reglamento sobre Gobierno Corporativo para Entidades de Intermediación Financiera, obligando a dichas instituciones a regirse bajo este enfoque. Posteriormente, se aprobó la Ley General de las Sociedades Comerciales y Empresas Individuales de Responsabilidad Limitada, Ley 479-08, la cual promueve la aplicación de los principios y buenas prácticas de Gobierno Corporativo.

En ese sentido, en materia de Mercado de Valores, el Reglamento de Aplicación de la Ley del Mercado de Valores, Reglamento 664-12, en sus artículos 73 al 79 contiene disposiciones expresas de gobierno corporativo para los participantes del mercado. Asimismo, en materia de Seguros y Pensiones, las Resoluciones 355-13 y 359-14 de la Superintendencia de Pensiones establecen normas de gobierno corporativo para las Administradoras de Fondos de Pensiones e Infracciones y Sanciones relativas a su incumplimiento.

Referente a los principios de Gobierno Corporativo de la OCDE, nace de los aportes realizados por un conjunto de países miembros y no miembros de la OCDE. Estos principios no se consideran un patrón único a seguir, sino más bien, un conjunto de elementos comunes que debe tener un buen gobierno corporativo, identificados por los países colaboradores, aplicables a los gobiernos en función de cada país y actividad a la que se dedique la institución. Es preciso mencionar que estos principios no defienden ningún tipo de Consejo en particular, y que el término utilizado como "Consejo", hace referencia al "Consejo de Supervisión", mientras que el de "directivos

principales" alude al "Consejo de Administración" y los términos "sociedad" y "empresa" se emplean en el texto de forma indistinta.

El primer principio de Gobierno Corporativo es el de *Garantizar la Base de un Marco Eficaz para el Gobierno Corporativo*. El mismo tiene como fin promover las prácticas de transparencia, ética y responsabilidad. Además, debe tener en cuenta las repercusiones sobre los resultados globales de la economía y la integridad del mercado. También deberán establecerse mecanismos que permitan a las partes proteger sus derechos y ser coherente con el Estado de Derecho y articular de forma clara, la repartición de responsabilidades entre las distintas autoridades supervisoras, reglamentarias y ejecutivas. Así como también, deberán ser atribuidas a organismos que puedan cumplir sus funciones sin generar conflictos de intereses y objetividad.

Respecto al principio de los *Derechos de los Accionistas y Funciones Claves en el Ámbito de la Propiedad*, el mismo contempla los derechos fundamentales de los accionistas tales como el aseguramiento de registro de su propiedad, poder ceder o transferir acciones, obtener informaciones relevantes sobre la sociedad. También los accionistas tienen derecho a participar y votar en las juntas generales, elegir y revocar a los miembros del Consejo, participar en los beneficios de la sociedad. Además, los mismos deben participar en las decisiones que impliquen cambios fundamentales en la sociedad, y a ser debidamente informados sobre las mismas. También ser tomados en cuenta para las decisiones sobre los cambios en los estatutos, en la escritura de constitución o en cualquier otro documento rector de la sociedad, autorización de la emisión de nuevas acciones y las transacciones extraordinarias etc. Es precio mencionar que este principio, pueden existir otras jurisdicciones que recogen una serie de derechos adicionales y según lo plasmado en los estatutos de cada organización en particular.

En ese mismo sentido de ideas el principio de *Tratamiento Equitativo de los Accionistas*, hace referencia al trato equitativo que se les deben dar a todos los accionistas incluidos los minoritarios y extranjeros y el aseguramiento de sus inversiones. Es por ello que se estableció un sistema legal que protege a los directivos y miembros del consejo, frente a un abusivo de litigio, pues existen sistemas legales que permiten que cualquier inversor desafíe la actividad corporativa ante un tribunal. Para ello se realizan pruebas que determinan si las reclamaciones de los accionistas están suficientemente fundamentadas. Al fin y al cabo, este principio pretende establecer un equilibrio entre la posibilidad de los inversores de reclamar una compensación por la violación de sus derechos de propiedad y la necesidad de evitar un volumen excesivo de litigios por dicha situación.

Por otra parte, el principio del *Papel de las Partes Interesadas en el Ámbito del Gobierno Corporativo*, se enfoca en reconocer los derechos de las partes interesadas establecidos por ley o a través de acuerdos mutuos y fomentar la cooperación activa entre sociedades y las partes interesadas y que las mismas tengan acceso a la información necesaria para hacer frente a sus responsabilidades. También, se debe tener mecanismo de comunicación en los cuales el personal de la organización pueda realizar las denuncias pertinentes de acciones ilegales o poco éticas presentadas por los empleados, así como también la violación de los derechos de las partes interesadas. No obstante, es preciso mencionar que la competitividad y el éxito final de una sociedad es el resultado de un trabajo realizado en equipo proveniente de diferentes de recursos tales como empleados, acreedores, proveedores, etc.

En cuando al principio de *Divulgación de Datos y Transparencia*, expresa que el Gobierno Corporativo deberá garantizar la divulgación oportuna y precisa de todas las informaciones relevantes respecto a la sociedad, incluida la situación financiera, los resultados, la titularidad y el gobierno de la empresa. Cabe señalar que la divulgación

oportuna de las informaciones, es un poderoso instrumento para influir en el comportamiento de las empresas y proteger a los inversores, transmitiéndoles transparencia y confianza. Además, la revelación de información contribuye a que el usuario comprenda mejor la estructura, las actividades, las políticas y los resultados de la empresa.

Por último, pero no menos importante, está el principio de las *Responsabilidades del Consejo*, el cual expone que el Gobierno Corporativo deberá garantizar la orientación estratégica de la empresa, el control efectivo de la dirección ejecutiva del consejo, así como también tiene la responsabilidad de éste, frente a la empresa y los accionistas. Por ello, el Consejo tiene la responsabilidad de controlar los resultados de la gestión ejecutiva y de la obtención de una rentabilidad adecuada para los accionistas, evitando simultáneamente la aparición de conflictos de interés estableciendo un equilibrio con las exigencias concurrentes hacia la sociedad. Asimismo, el consejo debe tener la facultad para realizar juicios objetivos e independientes, con ética y transparencia. Otra de las responsabilidades del Consejo, es la supervisión de los sistemas diseñados para garantizar que la sociedad cumpla con las normativas y legislaciones con las cuales tiene responsabilidad, tales como leyes tributarias, laborales, medioambientales, sanitarias y de seguridad, a los intereses de otras partes interesadas, incluidos los de los empleados, acreedores, clientes, proveedores y comunidades locales.

2.2 Sistema de Gestión de Riesgo.

El termino riesgo proviene del vocablo italiano Risicare, cuyo significado es atreverse bajo condiciones que no están definidas o son inciertas. Tomando en cuenta esta definición, Reina, Angulo, Segura y Trujillo. (2010), define riesgo como “un evento incierto, indeseable, imprevisto e involuntario que puede producir consecuencias negativas para quien lo sufre”. Por otro lado, la Organización

Internacional de Normalización (ISO, por sus siglas en ingles) en la norma 31000, presenta una definición más amplia, indicando que “el riesgo es la incertidumbre en el logro de los objetivos”. De esta manera, indica que cualquier situación que impacte los objetivos planteados, sea esta beneficiosa o perjudicial, se considera un riesgo.

Otra definición la ofrece Farré (2015), quien indica que el riesgo “es la probabilidad cuantificable de que se produzca un acontecimiento adverso con consecuencias trágicas o negativas para el ser humano”. Uno de los puntos más interesantes que presenta esta última definición es que incluye la palabra cuantificable, de manera que, al identificar posibles riesgos, se debe buscar maneras de cuantificar el impacto en el logro de los objetivos propuestos.

También, el autor Gaitán (2016) expreso que, el riesgo es la probabilidad de que alguna situación negativa se presente en el logro de los objetivos o que un evento positivo no se presente. Además, indico “que la humanidad, desde sus inicios, busco la manera de protegerse contras las contingencias del quehacer diario y desarrollo -…….- maneras de esquivar, eliminar, minimizar o enfrentar los riesgos”. Por otro lado, el autor Farré (2015), indica que “el riesgo depende en gran medida de nuestra capacidad de percibirlo. De esto podemos indicar, que, en caso de no disponer de los conocimientos del negocio referente a sus operaciones, ambiente externo, ambiente o composición interna y las diferentes regulaciones tanto nacionales como internacionales, no tendremos la capacidad de determinar los diferentes riesgos u oportunidades que pudiesen impactar el negocio”.

Dicho esto, uno de los riesgos más críticos en la gestión de riesgo, es la incapacidad de identificarlos por desconocimiento o no tener las competencias necesarias, las cuales son requeridas dentro de las principales responsabilidades de la administración, situación que ubicaría a la empresa en un ambiente crítico, produciendo entonces una disminución en su capacidad de hacerle frente a eventos adversos en la trayectoria de alcanzar los objetivos e impacto económico en la institución.

Cabe destacar que a razón de que los objetivos de las instituciones pueden tener diferentes matice, tales como financiero, salud, seguridad, objetivos ambientes y diferentes niveles (Estratégicos, operativos, de información y cumplimiento), los integrantes del gobierno o la alta dirección, deben realizar una investigación en las diferentes áreas de la institución, para tener un entendimiento completo de las posibles situaciones que pudieran presentarse, sean estas eventos adversos u oportunidades dignas de aprovechar. A partir de esto, a continuación, se indican los aspectos esenciales que deben comprenderse en la gestión de riesgo, a saber, qué:

a) El riesgo surge con la formulación de estrategias y la definición de los objetivos institucionales y son impedimentos para lograr los objetivos. Por consiguiente, ya que la empresa tiene diferentes objetivos y estrategias, asimismo se enfrentará a diferentes clases de riesgos.
b) Los riesgos no presentan un dato preciso, más bien, ofrecen un entendimiento general de las diferentes situaciones que pudieran afectar a la institución y el logro de los objetivos.
c) Los riesgos se pueden relacionar con las actividades vinculadas, evitando que se presenten situaciones negativas o de no garantizar que ocurran cosas positivas, en el supuesto de que en algunas ocasiones no se corran ciertos riesgos.
d) Los riesgos son inherentes en todos los aspectos de la vida personal y empresaria, pues siempre existirá alguna situación que afecte el logro de cualquiera de los objetivos planteados.

Asimismo, los riesgos pueden originarse por las amenazas externas al negocio y/o por las debilidades internas, de estas algunas pueden ser cuantificables y otros son originados por una estructura inadecuada, competencias desleales, mala calidad de los productos o servicios, exigencias exageradas de empleados, entre otros aspectos. Es preciso mencionar que los riesgos de gestión se pueden clasificar en diferentes clases,

tales como, estratégicos, financieros, generales o de soporte, ecológico entre otros. En la figura diecinueve (19), se presenta una relación de Medición de riesgos Tipificación.

Figura 19 Medición de Riesgos Tipificación

Fuente: Libro Administración de Riesgo E.R.M y la auditoría Interna (2da.ed.) pág. 70, Gaitán, R. E. (2016).

Por otro lado, los autores Reding. et al. (2009), expresan que "en Estados Unidos, COSO publico ERM- Enfoque integrado (Coso ERM) en el año 2014, COSO identifico la necesidad de un enfoque sólido para ayudar a las compañías a identificar, evaluar y gestionar los riesgos de manera eficaz", dejando en claro la necesidad de un estándar para la gestión de riesgo. Partiendo de este enfoque, se procedió a definir el enfoque Integrado ERM, como un proceso llevado a cabo por la alta dirección y el resto del personal de la entidad, aplicado a todo aspecto de la empresa y cuya concepción o diseño está pautado para identificar situaciones potenciales que pudieran afectar a la entidad. Además, éste modelo permite administrar los riesgos a un nivel aceptable, de

manera que se garantice cierto nivel de confianza respecto al logro de los objetivos planteados.

En ese sentido, Reina et al. (2010), definieron la gerencia de riesgo como "la secuencia de los pasos bien definidos que ayuda a las organizaciones para enfrentar la generación o impacto de un evento en una institución". Algunos de los conceptos fundamentales que podemos indicar de la definición de ERM son los siguientes:

a) La gestión de riesgo es una actividad continua que involucra toda la entidad.
b) Es un proceso que se ejecuta en todos los niveles.
c) Es una actividad aplicada en la definición de las estrategias empresariales.
d) Está diseñado para colaborar en la identificación de los posibles incidentes que, de presentarse, afectarían a la entidad. Además, permite administrar los riesgos dentro de un nivel de aceptación de la alta dirección.
e) Proporciona aseguramiento razonable, no absoluto, al consejo y la alta dirección en el logro de los objetivos.
f) Se orienta hacia el logro de los objetivos en diferentes categorías separadas pero relacionadas.

Por otro lado, las autoras Reina et al. (2010), indican que "La administración del riesgo debe ser una política institucional clara y respaldada por la alta dirección". En la misma deben estar definidos los valores, estrategias, canales directos para su comunicación, criterios de determinación de los riesgos identificados y aceptables. Partiendo de esto el autor indica que la gestión de riesgos como proceso está definida en los siguientes pasos:

- Comunicación y consulta: este proceso consiste en informar y consultar a las diferentes áreas involucradas (interno, externo), las etapas del proceso de gestión de riesgo y su relación como un todo.

- Establecimiento del contexto: en esta etapa se forma un contexto interno y externo de la gestión en el cual actuara la gestión de riesgo. En la misma se deben establecer los criterios dentro de los cuales serán evaluados los riesgos y formular la estructura de análisis.
- Identificación de los riesgos: de define como el proceso de identificar donde, cuando, como y porque pudieran ocurrir los eventos que pudieran afectar el logro de los objetivos institucionales. En este proceso, se procede a clasificar cada uno de los riesgos como mencionamos anteriormente, pero incluyendo riesgos tecnológicos, de mercado, crediticio, patrimonial, de control e inclusive de auditoría.
- Análisis de los riesgos: en esta etapa se realiza un esfuerzo en identificar y evaluar los controles existentes, determinar las consecuencias y el nivel del riesgo. En este proceso, se establece la valoración de los riesgos y su prioridad, los cuales dependerán de la cantidad y calidad de la información que se tenga de los mismos.
- Evaluación de los riesgos: este elemento del proceso tiene como objetivo comparar los niveles estimados de riesgo frete a los criterios establecidos para los tales, y /posteriormente considerar el equilibrio entre los beneficios potenciales y las consecuencias de los resultados adverso. Con la ayuda de este elemento, se puede obtener información suficiente sobre el grado y la naturaleza de los tratamientos de los riesgos partiendo de sus prioridades.
- Tratamiento de los riesgos: En esta etapa, se implementan las estrategias para gestionar los riesgos, además se estiman en términos de costos los planes de acción para incrementar los beneficios potenciales o reducir las pérdidas. Conjuntamente, se deben analizar la capacidad de reducir los riesgos o su intensidad, o ambas cuestiones.
- Monitoreo y revisión: Esta parte del proceso, tiene la responsabilidad de monitorear todas las etapas del proceso de gestión de riesgo. El fin de este elemento, es mejorar de manera continua el sistema, garantizando así que un cambio de las circunstancias internas o externas no afecten la capacidad del

sistema. Dicho esto, es esencial asegurarse que las actividades previas se estén realizando al evaluar la eficacia de su implementación.

En este punto es preciso mencionar las actividades que son llevadas a cabo, a fin de gestionar los riesgos, las cuales se detallan a continuación:

- Prevención: esta respuesta indica que se mitigan las causas de riesgo. Este pudiera implicar eliminar un producto o servicio, rechazar diferente proyecto o determinados clientes, o mejorar un proceso.
- Disminución: la medida requiere que se establezcan controles para reducir la probabilidad y el impacto de los riesgos. De estas, se pudieran definir una cantidad considerable de decisiones y verificaciones.
- Compartir el riesgo: implica asegurarse de que, en caso de presentarse el riesgo, el impacto no afectara únicamente a la institución, para esto se adquieren productos de gran calidad y garantía, adquisición de seguros, realizar operaciones conjuntas con otras instituciones, entre otras.
- Aceptación: en esta medida la gerencia decide no realizar ninguna actividad para reducir la probabilidad o el impacto de los riesgos. De esta se desprende que la institución está dispuesta a aceptar las situaciones que res presenten.

Ya que la gestión de riesgo es un aspecto integral de toda la organización e involucra todo el personal, la norma de Gestión de Riesgos, Principios y Directrices 31000 (2009), establecida por la Organización Internacional de Normalización (ISO), indica que “el éxito en la gestión de riesgo depende en gran medida de las pautas en las diferentes funciones y de la disposición de todo el personal, lo cual demuestra que para una gestión de riesgo sea exitosa, es necesario contar con un recurso humano comprometido con la institución y que esté consciente de gestionar adecuadamente los riesgos”.

Sobre este aspecto, Leuro (2014). en un análisis de la norma ISO 31000, expresa que "los riesgos pueden causar consecuencias en el rendimiento económico, reputación profesional, daños ambientales y sociales en diferentes niveles sean internos o externos". Razón por la cual, concluye que la gestión de riesgo en las organizaciones favorece en el logro de los objetivos en un entorno de incertidumbre constante. De igual forma advierte que un tratamiento o respuesta al riesgo puede originar nuevos riesgos, los cuales deberán ser evaluados, tratados y revisados perpetuamente y que dichos riesgos, deben incluirse en el plan de tratamiento o respuesta al riesgo original, evitando así, un tratamiento aislado de los mismos. Es importante, tener en cuenta que el tratamiento de determinados riesgos pudiera ser un fracaso, razón por la cual la supervisión constante del tratamiento al riego debe ser una de las principales actividades de un adecuado sistema de gestión de riesgo.

Por otro lado, el autor Romero (2014), define el apetito de riesgo, como "la cantidad y tipos de riesgos que una entidad es capaz de tolerar en el logro de sus objetivos establecidos". También, el marco COSO (2013), define el apetito de riesgo como "la cantidad de riesgo que una entidad es capaz de soportar en la persecución de sus objetivos". Además, este refleja la filosofía de la entidad en la gestión de los riesgos, lo cual influye en la cultura y forma de operar del negocio. La definición del apetito de riesgo es un aspecto estratégico del negocio que busca incrementar el valor de la organización y definir un ambiente en donde la organización le resulte cómodo operar, garantizando así, que se logren las metas establecidas.

Al mismo tiempo el instituto de auditoría interna de España, al realizar varias investigaciones sobre el apetito de riesgo, indican que para tener existo en la definición del apetito de riesgo la institución debe concentrar su esfuerzo en el desarrollo y uso de diferentes técnicas y metodologías que contribuyan a su medición. Es preciso mencionar que al diseñar o definir el apetito de riesgo se deben tener en cuenta que cada organización es diferente, con diferentes preocupaciones, niveles de profesionalidad de los recursos, maquinaria y el entorno en el cual se desarrolla. Cabe destacar que no existe un parámetro, tabla o documento que nos indique de manera

específica el nivel de riesgo que una empresa puede tolerar, inclusive cuando comparamos dos instituciones que desarrollan sus actividades en un mismo mercado, aun si brindan los mismos productos o servicios, la estructura administrativa, capacidad del personal, preparación, riquezas acumuladas y capacidad de crear riquezas son totalmente diferentes.

En ese sentido, es importante que los riesgos sean comprendidos como algo vivo, que cambia, crece y evoluciona de manare perceptible o imperceptible, y en la misma medida que la institución crece, desarrolla nuevos producto o servicios e inclusive si realiza diferentes proyectos para mejorar la estructura operativa o financiera de la misma. Además, dicha investigación presenta las diferencias entre el apetito de riesgo, la tolerancia al riesgo y la capacidad del riesgo institucional.

Es preciso mencionar que la tolerancia es la cantidad y calidad de los riesgos que pudieran desviarse a partir del apetito y la capacidad del riesgo en el nivel máximo que una institución pudiera soportar adicionalmente. Comprender estos aspectos, le garantizarían a la dirección del negocio entender los niveles de comodidad en el logro de los objetivos, además de tener alertas que les permitan identificar cuando los riesgos se estén desviando y el nivel hasta donde pudieran desviarse. En la figura 20, se muestran las diferencias entre Apetito de Riesgo, Tolerancia al Riesgo y Capacidad del Riesgo:

Figura 20 Apetito, tolerancia y capacidad de riesgo.

Fuente: Definición e implementación del apetito de riesgo (Instituto de auditores interno de España).

Una vez establecido el apetito del riesgo, su tolerancia y capacidad, lo siguiente es determinar la respuesta al riesgo. En el referente al documento de investigación y obras relacionadas a los riesgos, encontramos que las respuestas al riesgo pueden ser: prevenir el riesgo, reducirlo, compartirlo o aceptar el riesgo. Asimismo, existen ciertos aspectos fundamentales que se deben considerar sobre el apetito de riesgo, estos son los siguientes:

- El apetito del riesgo es definido por la máxima autoridad de la institución, además de que debe estar relacionado con las estrategias de la compañía.
- En el proceso de establecimiento del apetito de riesgo, se deben tener en cuenta las expectativas de las partes interesadas, teniendo presente que cada grupo de interés tienes preferencias particulares y propias. De manera que, las expectativas de un inversor no será la misma que entidades reguladoras y, por ende, se debe buscar un equilibro al analizar las diferentes expectativas.
- No existen estándares, valor ideal y/o apropiado tanto para el apetito del riesgo como para su tolerancia. Sobre este, se debe entender que cada institución debe establecer los niveles que más se ajusten a su estructura.
- Se deben combinar tanto el apetito del riesgo, la capacidad y la cultura existente. A partir de esto, se fundamenta que varias instituciones podrían establecer diferentes niveles de tolerancia al riesgo. Además, se debe tener en cuenta que la medida del apetito de riesgo no debería ser un nivel estándar para todos los departamentos, por consiguiente, diferentes unidades institucionales o de negocio deberían tener sus propios niveles de apetito.
- El apetito de riesgo, no es un dato fijo o estático. El mismo, debe ser revisado constantemente y supervisarse de manera rutinaria. Para una adecuada supervisión, la unidad encargada de supervisar los niveles de riesgos debe tener una visión multidimensional y equilibrada del apetito del riesgo, de esta manera se garantizará que las actualizaciones cumplan con su objetivo.
- Debe existir una adecuada comunicación de parte de la alta dirección a todas las unidades de la empresa en referencia al apetito de riesgo. Esta medida,

garantiza que el accionar de los diferentes departamentos o unidades institucionales estén trabajando coordinadamente bajo los criterios de la alta administración.

- Un error en el establecimiento del apetito de riesgo podría incidir en la efectividad de las decisiones tomadas. A razón de esto, se debe asegurar que la base de la determinación del apetito, tolerancia y capacidad son las adecuadas.
- El objetivo al definir la tolerancia, es que este sirva de alerta o indicador en los diferentes informes de la gerencia. Con estos, se asegura que la empresa está operando en el con la comodidad establecida y adicionalmente permiten identificar si las diferentes unidades no están asumiendo más riesgos de los que deberían.

En la figura 21, se presentan las 8 claves del éxito para definir el apetito de riesgo según el instituto de auditores internos de España.

Figura 21: 8 Claves De Éxito Para Definir El Apetito Del Riesgo

Fuente: Definición e implementación del apetito de riesgo (Instituto de auditores interno de España).

2.3 Prácticas de Gestión de Cumplimiento.

El Cumplimiento es el resultado de que una organización cumpla con sus obligaciones nacionales e internacionales, así como también normas, reglamentos, políticas y procedimientos internos de la institucional. Es por ello que cada función de la empresa constituye un pequeño universo del sistema de gestión de cumplimiento, para minimizar los impactos económicos provocados por los incumplimientos. (Steinberg, 2011, p. 21) expresa que "cada organización debe esforzarse de cumplir con las leyes y regulaciones aplicables a su compañía y su actividad basándose en los costos y en la efectividad en la reducción de impacto económico en demanda".

Con el objetivo de garantizar las directrices para que las organizaciones puedan alcanzar sus objetivos en la transparencia en el cumplimiento de los procesos normativos que regula las actividades comerciales, la Organización Internacional de Normalización (ISO), creó la norma de Sistema de Gestión del Cumplimiento 19600 del año 2015. La misma, proporciona orientación sobre los sistemas de gestión del cumplimiento y las prácticas recomendadas, las cuales son adaptables dependiendo del tamaño y nivel de madurez del sistema de gestión de cumplimiento que tenga la organización y del contexto, naturaleza y complejidad de la misma.

También, al aplicar los estándares de esta norma, la organización brinda confianza y transparencia frente sus competidores, elevando así su competitividad, imagen y credibilidad. Cabe mencionar que esta norma establece ciertos requisitos para alcanzar un estándar en la gestión de cumplimiento con el fin de que las organizaciones puedan adatarse, lograr sus objetivos y estandarizar sus procesos. Dichos requisitos se clasifican en cumplimientos obligatorios y cumplimientos voluntarios, representados en la figura 22.

Figura 22: Lista de cumplimiento obligatorio y voluntarios

Cumplimiento obligatorio	**Cumplimiento voluntario**
Leyes, regulaciones y decretos.	Acuerdos con los empleados o comunidad.
Permisos, licencias y otras autorizaciones legales.	Acuerdos con clientes y consumidores.
Reglas de obligatorio cumplimiento.	Gobierno corporativo, reglamentos.
Órdenes judiciales.	Estándares industriales.

Fuente: Elaboración propia.

Es por ello que las organizaciones deben conocer cuáles son los límites y los riesgos asociados al cumplimiento de las regulaciones asociadas a la organización. Para ello, es recomendable que las mismas tengan designado a una persona responsable del proceso de la gestión de cumplimiento denominado como Oficial de Cumplimiento, la cual debe contar las siguientes competencias y principios:

- Estará dotada de autonomía suficiente para desarrollar sus actividades sin precisar mandatos específicos para ello. A tales efectos, el órgano de administración de la organización le delegará facultades y competencias suficientes para desarrollar sus actividades sea de manera continua y sin precisar autorización, siempre con objetividad, imparcialidad e independencia.

- La organización se cuidará igualmente de dotar al oficial de cumplimiento de la autoridad y legitimidad suficientes para que pueda recabar en cualquier momento la información, o acceder a los registros y documentación que precise para el desarrollo de sus actividades en el seno de la organización.
- La organización asignará al oficial de cumplimiento los recursos, materiales y humanos suficientes para el desarrollo de sus actividades de manera autónoma.

- El oficial de cumplimiento estará dotado de la máxima independencia, de forma que su juicio y modo de proceder no estén condicionados por cuestiones que le impidan o dificulten desarrollar libremente su independencia para la consecución de los objetivos de cumplimiento, ni por temor a represalias.

Es precio mencionar que dicho oficial, también es responsable del programa de cumplimiento, el cual se basa en prevenir, detectar y gestionar los riesgos de cumplimiento. Puesto que la ejecución de las obligaciones de cumplimiento afecta a todas y cada una de las personas de la organización, a ellas corresponde involucrarse en la prevención y detección de los riesgos de cumplimiento, especialmente cuando lideran equipos o desempeñan labores de control o supervisión. No obstante, la unidad de cumplimiento en conjunto a la organización deberá cumplir con las siguientes funciones y acciones de tratamiento de los riesgos:

- Identifica sistemáticamente sus obligaciones de cumplimiento y sus implicaciones para sus actividades. La administración se cuidará de impulsar la identificación de las obligaciones de cumplimiento que afectan a la organización, y de asignar la prevención, detección y gestión de los riesgos derivados de su incumplimiento a uno o varios programas de cumplimiento.

- Deberá documentar sus obligaciones de cumplimiento.

- Debe identificar las nuevas y modificaciones a las leyes, reglamentos, códigos y otras obligaciones de cumplimiento, de igual forma velará por que la organización disponga de un conocimiento actualizado de las obligaciones de cumplimiento cuyo riesgo de incumplimiento previene, detecta y gestione los programas de cumplimiento que tiene asignado.

- Evaluar el impacto de los cambios identificados e implementar los cambios necesarios en la gestión de las obligaciones de cumplimiento.

- Difusión de las obligaciones de cumplimiento.

- La organización velará por que el programa o programas de cumplimiento operados por el oficial de cumplimiento adopten una aproximación basada en el riesgo, con el fin de asignar los recursos para su prevención, detección y gestión de manera eficiente. Por ello, la identificación, análisis y valoración de los riesgos de cumplimiento constituye una actividad clave que debe documentarse.

- La identificación de los riesgos de cumplimiento tanto puede desarrollarse por el oficial de cumplimiento como por otras funciones o áreas de la organización relacionadas con la supervisión y/o el control. En este último caso, la organización se cuidará de que la función de cumplimiento esté habilitada para promover esa identificación y de que reciba la información correspondiente.

- La identificación y evaluación de los riesgos de cumplimiento correspondientes se realizará periódicamente, sea de manera programada, cuando se produzcan alteraciones en las circunstancias de la organización o incidentes relacionados con el incumplimiento de las obligaciones de cumplimiento.

Hoy en día las organizaciones no solo están enfocadas en el cumplimento obligatorio y/o voluntario, sino que dependiendo de la actividad comercial de la institución están más ellas de los objetivos del cumplimiento, dando lugar en establecer programa que coadyuve a la trasparencia y credibilidad a tercero connotando la eficiencia en la administración de recurso ajeno, como son las instituciones sin fines de lucro, instituciones financiera e instituciones que administran fondos a tercero. Por ende, las organizaciones tienen su atención con el fin de establecer y definir política,

procedimientos y controles para la prevención de riesgos con respecto al lavado de activos y financiamiento al terrorismo.

En tal sentido, el oficial de cumplimiento tiene un rol preponderante, no solo en elevar la eficiencia y la eficacia en la administración de programa de cumplimiento que coadyuve a la consecución de prevenir demanda en la indiferencia en el desempeño regulatorio de una ley o acuerdo sectoriales que adversen a los beneficios de la organización y la riqueza de los accionistas. En el sistema de gestión de cumplimiento no existe una seguridad absoluta donde la prevención al riesgo por incumplimiento sea igual acero, por consiguiente, el modelo de cumplimiento no es infalible a la realidad existente en un entorno de control. Las organizaciones deben conocer su limitación inherente a cualquier mecanismo de control, en la cual podemos mencionar que el control de cumplimiento o los programa del mismo son de una seguridad razonable para el modelo de cumplimiento.

2.4 Definición, objetivos e importancia del modelo Gobierno, Riesgo, Cumplimiento (GRC).

Una de las entidades que se ha enfocado en impulsar el control interno en las organizaciones ha sido Open Compliance & Ethics Group (OCEG), formada en un principio por las firmas Deloitte & Touch, USA LLP, SAP Y Cisco, todas tenían un fin común, que era la necesidad de estudiar cómo las organizaciones abordan el gobierno corporativo, la administración de riesgos y el cumplimiento, de ahí nace la iniciativa de crear el Modelo GRC, a principios del año 2007.

El acrónimo GRC es una referencia abreviada de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento, pero significa más que estos simples términos. Los mismos, no son conceptos nuevos en el área de negocios, sin embargo, el enfoque de la unificación de

los mismos ha causado un gran impacto en las organizaciones alrededor del mundo. El Modelo GRC, es un esquema de gestión que tiene como eje principal integrar las actividades y funciones del gobierno corporativo, la administración de los riesgos y las responsabilidades de cumplimiento, con el fin de que se pueda lograr los objetivos, la misión, visión y valores, así como también mejorar la toma de decisiones y la confianza en la organización.

"El Modelo GRC es en verdad, una capacidad de la organización para potenciar el ahorro de los costos, la optimización operativa, el mejoramiento continuo, la eficiente gestión de riesgos y controles, al igual que la gestión integrada del desempeño con fuertes niveles de aseguramiento. Es, en efecto, algo más que cumplir normas, implementar riesgos y emitir manuales y estatutos de gobierno, y no puede entenderse, tampoco, como una solución tecnológica, un programa de evaluación, y mucho menos una nueva norma o estándar para cumplir." (Vásquez 2015).

La firma Internacional KPMG, explica que "el Modelo GRC es un enfoque para alinear los procesos de gobierno, riesgo y cumplimiento a la estrategia de la organización, favoreciendo la generación de información consistente y transparente, fortaleciendo y flexibilizando su estructura en un entorno dinámico". Por otro lado, Ernst & Young Global Limited (EYG), expresa que "para **e**ntender el Modelo GRC significa enfrentarse a los problemas que reducen el valor del accionista, incrementan el costo del cumplimiento y afectan el desempeño del negocio". Además, La firma internacional BDO, define el Modelo GRC como "un modelo de gestión que promueve la unificación de criterios, así como la comunicación y la colaboración entre los diferentes involucrados en la administración y control de la organización".

Tomando como base lo anteriormente definido por los diversos los autores, se asume que el Modelo de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento (GRC), es el proceso mediante el cual una organización alinea e integra las diferentes áreas para optimizar los procesos y así brindar información fiable y oportuna al momento de la toma de

decisiones. Es preciso mencionar que este modelo está amparado bajo la sombrilla de cuatro perspectivas las cuales se expresan en la figura 23.

Figura 23: Perspectivas del Modelo GRC.

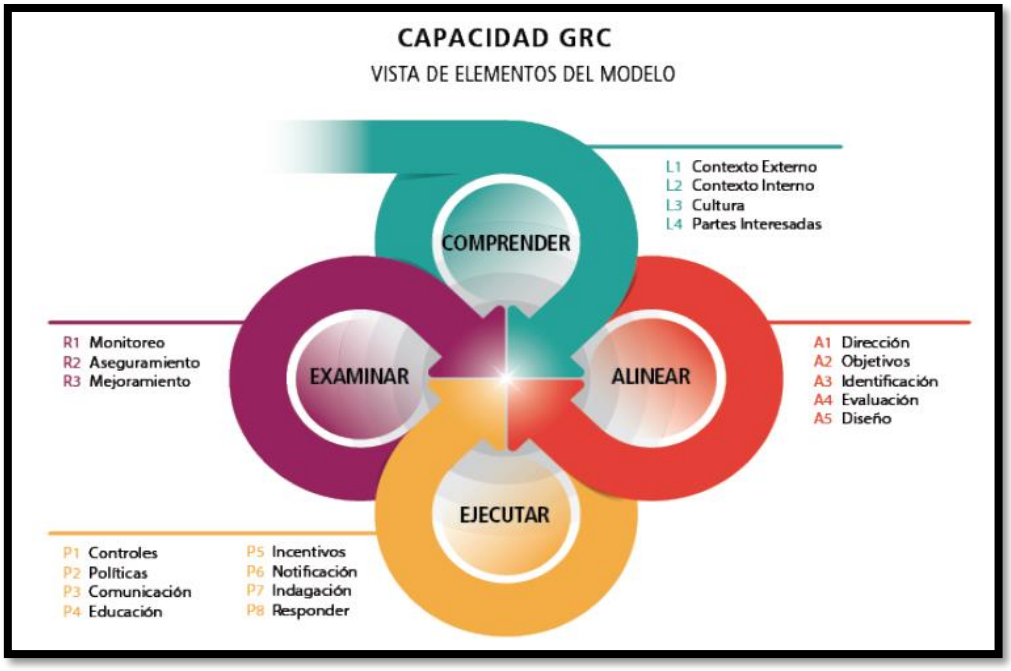
Fuente: Elaboración propia.

La perspectiva de *desempeño basado en principios*, define los objetivos de la institución, como lograrlos de manera confiable, determinar el nivel de madurez de la organización e identifica los riesgos que espera tener ya sea por la naturaleza del negocio o por aquellos a los que está expuesta, los cuales puedan afectar el logro de los objetivos establecidos. También, la misma debe cumplir con las normas internas y externas con las cuales la organización tiene responsabilidad. Además, en ésta perspectiva también interviene la integridad pues éste modelo vela por la transparencia de información y el comportamiento ético de cada uno de los integrantes de la institución. En fin, ésta perspectiva ínsita a que las organizaciones definan objetivos razonables, que los mismos sean alcanzables y medibles, lograr alinearlos con los procesos de la institución y así trabajar bajo un objetivo común.

En éste punto, es precio mencionar que la alineación de cada uno de los elementos del acrónimo de GRC, no significa crear un nuevo departamento exclusivo llamado GRC, tampoco implica utilizar tecnologías exclusivas. Más que esto, se trata de establecer un modelo que asegure que las personas idóneas dentro de la organización reciban las informaciones correctas de forma eficiente y eficaz, que se establezcan objetivos en común, que se tomen las acciones necesarias para abordar las incertidumbres y que se trabaje con integridad, para así trabajar con acoplamiento bajo un mismo fin.

En este punto, se mostrarán los componentes del Modelo GRC desarrollan un proceso repetitivo de mejoramiento continuo, con el objetivo de lograr la aplicación de la perspectiva del desempeño basado en Principios. En la figura 24 se muestran los componentes y cada uno de sus elementos.

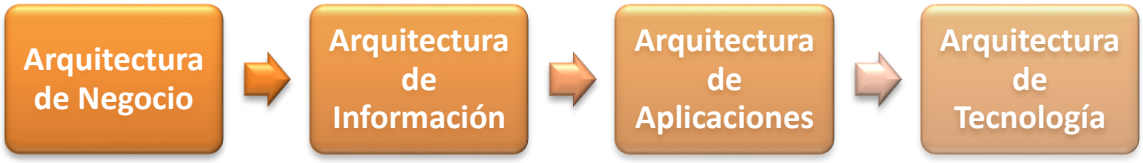
Figura 24 Componentes y Elementos del Modelo GRC



Fuente: Grupo abierto de ética y cumplimiento (OCEG por sus siglas en inglés) (2015) et al. Modelo de capacidad de GRC, versión 3.0.

Respecto a la perspectiva del *enfoque del aseguramiento*, ésta establece los elementos tangibles donde se implementarán cada uno de los elementos que forman el acrónimo del Modelo GRC, haciendo de este el canal perfecto que hará posible la alineación con la estrategia de modelo de operación de la organización. Es preciso mencionar, que el modelo de operación maximiza la misión de la organización garantizando así la sostenibilidad de la misma e integra y estandariza los procesos, apoyándose en los recursos tecnológicos que la misma pueda tener acceso. Cabe destacar que, existen cuatro tipos de arquitecturas las cuales se muestran en la figura 25.

Figura 25: Tipos de Arquitecturas.



Fuente: Elaboración propia.

Cabe mencionar que la arquitectura de negocio abarca toda la estructura organizacional desde la misión, visión, objetivos hasta los procesos, recursos, estrategias etc. Por otro lado, la arquitectura de información, se basa en los datos que pode y administra la organización. Respecto a la arquitectura de aplicaciones, se determina por las aplicaciones individuales, interacciones y relaciones con los procesos claves de la institución y la arquitectura de tecnología, se basa en los softwares y hardware que se requieren en la organización.

Cada una de las arquitecturas, se integran para lograr el funcionamiento de forma óptima en la organización, de manera que la arquitectura empresarial representa el conjunto de procesos, la organización, la información, las aplicaciones y tecnologías con las que cuenta la organización para hacer viable el modelo de negocio. Es por ello

que esta perspectiva, es uno de los pilares de éste modelo pues en esencia es el canal directo para lograr la alineación de los procesos y los objetivos de la organización.

Ahora bien, la perspectiva del *enfoque de aseguramiento*, es un complemento de las perspectivas anteriormente mencionadas, pues para lograr la alineación se necesita un desempeño en base a principios, una arquitectura empresarial y estas a su vez estén asegurados bajos evaluaciones objetivas e independientes que agreguen valor y velen por la sostenibilidad e integridad de la organización, por lo que la auditoría interna y externa y la gestión de un buen gobierno corporativo juegan un papel fundamental en esta fase. Es por ello que esta perspectiva da participación al modelo de las tres líneas de defensa, como elemento clave para lograr diferenciar la relación existente en los actos de una gestión de riesgos y control, y así no se apliquen acciones ajenas a las que requiere éste modelo, la cual muestra la estructura de dicho modelo, en la figura 26.

Figura 26: Modelo de las Tres Líneas de Defensa.

Fuente: Instituto de Auditores Internos (2013), IA Declaración de Posición: Las tres líneas de defensa para una efectiva Gestión de Riesgos y Control, pág. 4.

En cuanto a la perspectiva del alcance organizacional, establece los límites en el cual se basará la aplicación del Modelo GRC, ya que el mismo puede ser a un grupo de empresas, a una empresa, a un departamento u área en específico o algún proyecto, una dimensión o componente de alguna de las perspectivas o una combinación de ambas. Cabe destacar, que la organización en esta fase debe conocer el nivel de madurez para identificar cuáles y en qué orden se pueden ejecutar los proyectos y, sobre todo, que los mismos agreguen valor a la organización, en costo, beneficio e impacto.

CAPITULO III: GUIA DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO GOBIERNO, RIESGO Y CUMPLIMIENTO (GRC), EN EL CENTRO DE SALUD R.D.

‘

El objetivo de esta sección, es presentar la estructura de la guía para la implementación del modelo de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento (GRC), en el Centro de Salud RD. Cabe destacar que la misma, más que un estándar, es una forma de gestionar el centro, teniendo como plataforma la alineación de toda la estructura organizacional, de manera que, al tomar las decisiones, esté disponible toda la información necesaria de manera confiable y transparente, logrando así alcanzar los objetivos de manera eficaz y eficiente.

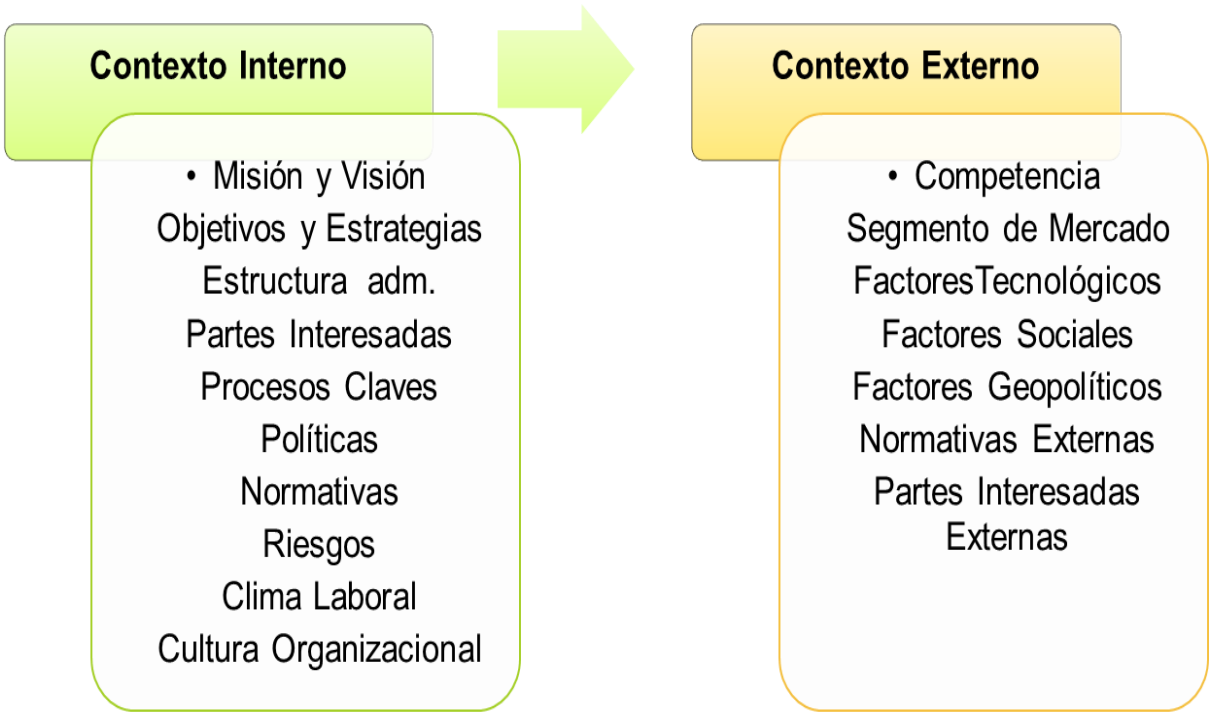
Respecto a la guía, la misma estará divida en cuatro (4) secciones. La primera es *Comprender,* tiene como objetivo desarrollar los pasos para realizar la evaluación del ambiente interno y externo de la organización, así como también la cultura organizacional y las partes relacionadas. La segunda sección denominada *Alinear*, detalla la manera en que la institución vinculara los objetivos estratégicos con los objetivos operativos, su desempeño y dirección, así como también, los factores de riesgos, oportunidades que puedan presentarse y los requerimientos de cumplimiento.

En tercer lugar, se presentan los pasos del aspecto *Ejecutar*, en el cual se detalla las practicas utilizadas para determinar cómo la gerencia o dirección aplicará la guía, en las evaluaciones de proyectos y la toma de decisiones. Además, de identificar la manera en que la organización aborda las amenazas, como maneja las oportunidades y como fomenta las conductas dentro de la organización a través de acciones y líneas de comunicación, también, las políticas institucionales, y los incentivos al personal. En la Cuarta sesión, se presentan los pasos del componente *Examinar,* en el cual se indicarán las pautas del monitoreo continuo, para validar la efectividad del modelo y proveer las herramientas necesarias para asegurar el alcance de los objetivos estratégicos, así como también el uso de tecnología y diseños de estrategias y las operaciones de acciones y controles como forma de aseguramiento dentro de la organización. En este punto es preciso mencionar que dicha guía se presentara en primera instancia de forma general y luego de forma detallada.

3.1 Comprensión del ambiente interno y externo del Centro De Salud R.D.

La comprensión del ambiente interno y externo de la organización en su operatividad, así como la cultura organizacional es un paso fundamental para desarrollar un desempeño confiable y óptimo de toda la organización. Este conocimiento de la empresa, permitirá concretar la estructura, estrategias y los objetivos organizacionales (ver figura 27). En ese sentido, tener presente estos aspectos ayuda a la institución a identificar las oportunidades, amenazas, fortaleza y debilidades que se debe tener presente al definir los objetivos específicos. Como resultado de este entendimiento, el gestor del proyecto tendrá la capacidad de adaptar el Modelo GRC a la estructura de la organización, además de recomendar los cambios requeridos para la puesta en marcha del modelo.

Figura 27: Comprensión del ambiente interno y Externo.



Fuente: Elaboración propia

3.1.1 Contexto Interno de la Institución.

La comprensión del contexto interno, es fundamental para diseñar de forma apropiada las metas, estrategias y necesidades para cumplirlas. En ese sentido, los esfuerzos en el análisis y evaluación del contexto interno deben destinarse a comprender aspectos claves que permitan aportar valor a la institución. Además, esto permitirá determinar cómo deben ser ejecutadas las capacidades del GRC para que estas se ordenen con el contexto interno de la institución y las proyecciones para el contexto futuro que demandan cambios. Al determinar las capacidades necesarias para cumplir las metas se debe tener presente que estas deben ser lo suficientemente flexible que permitan adaptarse a los cambios significativos y sensitivos a lo interno de la institución. Conforme a estos aspectos, la gerencia debe adaptar el contexto interno que considere necesario para soportar los objetivos y estrategias reconocidos.

La evaluación del ambiente interno del Centro Médico RD., permitirá conocer las fortalezas que deben ser explotadas de la institución y las debilidades que deben ser fortalecidas, para lo cual será necesario realizar un análisis FODA. No obstante, el análisis interno también permitirá conocer:

- Plan estratégico y operativo de la institución.
- Estructura de la organización.
- Incentivos para el desempeño existente.
- Recursos y procesos clave.
- Información vital para el funcionamiento de la empresa y/o las brechas de la información.

Respecto a la cultura organizacional como parte del análisis del contexto interno del Centro, se debe observar los aspectos de liderazgo, clima organizacional,

mentalidad de los individuos sobre las prácticas de Gobierno, Riesgo, Cumplimiento y desempeño. La guía para las actividades a desarrollas se muestran en la tabla 1 sobre la evaluación de factores internos.

Tabla 1: Guía para la evaluación interna institucional.

Sección	Sub-Sección	Actividad
Compresión factores internos y externos	Contexto interno institucional	Analizar la estructura interna de la institución, identificar las oportunidades de mejora, recursos claves, unidad de negocio clave en cuanto a ingresos y costos.
		Supervisar los cambios en la estructura interna, tales como rotación de los recursos humanos, cambios del personal clave del centro, cambios en la tecnología para la prestación de los servicios de salud, entre otros.
		Entender la cultura organización en lo relacionado a como se toman las decisiones, como se siente el personal sobre su participación en la toma de decisiones, efectividad del patronato, junta directiva y gerente en la consecución de los objetivos.
		Identificar la compensación recibida por los diferentes recursos en el alcance de los objetivos y la selección del personal interno para posiciones clave de la institución.
		Evaluar la administración del riesgo asumida por los directores y la gerencia. Identificar la definición del apetito de riesgo, los niveles de tolerancia y la capacidad institucional.
		Analizar el clima ético institucional y mentalidad de los individuos.
		Establecer herramientas de monitoreo para medir el clima ético en el recurso humano.
		Estudiar el compromiso del personal y la percepción sobre responsabilidad, lealtad institucional, nivel de compensación.

Fuente: Elaboración propia.

Cultura de Gobierno: analizar el enfoque de gobierno presente en la institución, el grado de compromiso de los diferentes directivos o autoridades del gobierno, la opinión de la alta dirección en lo referente al liderazgo y al modelo de conducta de los recursos de la organización. Además, se debe identificar el procedimiento utilizado

para establecer las políticas y como son utilizadas para iniciar la gestión donde se establecen los objetivos y límites establecidos.

Cultura de Gestión: analizar la visión de la gestión existente en la empresa, para manejar y accionar al personal incluyendo la estructura de compensación y otros incentivos.

Análisis de Riesgo: estudiar el clima existente y la forma de pensar de los individuos sobre como el personal administra los riesgos, el impacto en su trabajo y la organización, además de ver como se incluyen estos aspectos en la gestión de las actividades de toma de decisiones y la ejecución de las actividades del negocio.

Estudio del clima ético: investigar los elementos formales y que pueden ser observados en la institución, al mismo tiempo se debe considerar la forma de pensar de los recursos sobre el grado en el cual la alta dirección y el personal soporta las conductas responsables e integras.

Observar la cultura: verificar los cambios que pudieran tener efecto directo, indirecto o acumulativo en las metas y tácticas de forma continua.

Compromiso del personal: indagar la satisfacción de los empleados, los paquetes de compensación, niveles de rotación de persona a nivel genera y por unidad de negocio, desarrollo de competencias de los recursos y compromiso. A continuación, presentamos algunos aspectos que permiten medir el nivel de compromiso de los recursos:

- Conocimiento de lo que se espera de ellos como recursos.
- Disponibilidad de los materiales y equipos necesarios para realizar de manera efectiva su labor.
- Oportunidad de desarrollar actividades para mejorar el trabajo cada día.
- Periodo de tiempo en el cual se reconoce las actividades de los colaboradores.

- Intereses personales de los encargados y ejecutivos de la institución por los recursos de línea.
- Valor de las opiniones de los diferentes recursos.
- Importancia de las actividades de los recursos en relación con los objetivos de la organización.
- Retroalimentación sobre la efectividad del trabajo ejecutado por el personal.

En la ejecución de las actividades para entender la cultura ética, se debe siempre tener presente que la identificación del estado actual de los aspectos antes mencionados es esencial para el proceso de establecimiento de mejoras. Además de esto, algunos puntos de la cultura pudieran requerir cambios para alcanzar los objetivos de la institución, y en otros casos cambiaran a pesar de que la organización haga lo mejor esfuerzo posible.

El siguiente aspecto que se debe evaluar es el conocimiento de las partes interesadas, con el fin de conocer sus expectativas, perspectivas y requerimiento por parte de la organización que impacten a la institución. Las informaciones que se deben evaluar estos aspectos, son las siguientes:

Entender las partes interesadas: investigar y analizar las organizaciones e individuos que se relacionan con las actividades del negocio. Cabe destacar, que las partes interesadas son aquellos individuos u organizaciones interesadas en la prestación de servicio que brinda la institución, de estos podemos destacar:

- *Partes interesadas principales:*
    - Miembros del patronato.
    - Proveedores de insumos y servicios.
    - Instituciones financieras

- Entidades gubernamentales.
- Los clientes.
- Organizaciones sin fines de lucro.
- Empleados de la institución.
- La comunidad.

- *Partes interesadas Secundarias:*
  - Competidores.
  - Medios de comunicación.

Estudiar las necesidades de las partes interesadas: identificar las expectativas de las partes interesadas a fin de determinar el grado de satisfacción de las mismas sobre la forma en cómo se maneja el negocio. En ese orden, se debe identificar cuáles de estas partes influyen en el contexto donde se maneja la empresa, o que afecten de forma directa la calidad de los servicios que se prestan, además se debe conocer cuáles son sus requerimientos a fin de satisfacerlo de forma confiable.

Desarrollar planes de relacionamiento con las partes interesadas: diseñar planes para lograr una relación directa y continua con las partes interesadas en cada grupo clave, de acuerdo a los criterios de la dirección.

Además, al evaluar las partes interesadas se debe tener presente que no todas tienen el mismo grado de influencia a nivel interno o externo de la compañía. En ese sentido, la dirección debe desarrollar mecanismos para identificar y/o monitorear el surgimiento de las partes interesadas, ya que estas se puedo auto-reconocer como interesadas en los servicios de la institución. Así mismo, los requerimientos de estas o sus necesidades pueden cambiar de forma imprevista por su entendimiento de cómo se está manejando el mercado de salud, la economía, o la comunidad en general o por el nacimiento de nuevas instituciones concebidas para fiscalizarlas, nuevas regulaciones,

etc. Estos aspectos, permite ver la necesidad de delegar estas funciones en recursos competentes de la institución capaces de mantener al día dichas informaciones y comunicar continuamente los cambios que surjan en estas.

3.1.2 Contexto Externo de la Institución.

En tal sentido, para analizar el contexto externo del negocio se deben evaluar aspectos relacionados con la industria, la competencia y las partes interesadas como se muestran en la tabla 2.

Tabla 2: Guía para la evaluación de los factores externos.

Sección	Sub-Sección	Actividad
Comprensión factores internos y externos	Contexto externo institucional.	Evaluar la industria en la cual opera el centro de salud R.D.
		Identificar las partes interesadas en los servicios de salud ofrecidos por el centro y las necesidades de estas con relación a los servicios que presta el centro de salud.
		Establecer canales de comunicación para identificar el cambio de las expectativas de las partes interesadas.

Fuente: Elaboración propia.

Industria en la cual opera la institución: el objetivo de esta evaluación es identificar las instituciones de salud que prestan los mismos servicios, de manera tal que se tenga presente, cual es la competencia de la institución. También, se debe evaluar la cadena de abastecimiento para los insumos necesarios en la prestación de los servicios, tales como proveedores de servicios, energía eléctrica, servicios de telecomunicaciones, vigilancia, servicios de emergencias, entre otros. Además, el gestor de dicha implementación, deben identificar el mercado laboral, cuales ventajas presenta para los recursos necesarios de la empresa, entre otros aspectos que considere la gerencia necesarios para la evaluación. Relacionado con la competencia, se debe identificar en cada una de las empresas del sector salud las características que explotan y como la utiliza para captar mayor segmento del mercado respecto a las demás, ya

sean esta calidad de los servicios, rapidez en la atención médica, buen ambiente entre los colaboradores internos, la inclusión de servicios de investigación y desarrollo entre otros.

Mercado: se deben identificar las características demográficas de los clientes, las condiciones económicas, las principales causas de las enfermedades de los clientes con relación a los servicios más demandados, entre otros aspectos demográficos. Además, se debe identificar el tamaño del mercado del sector salid, su nivel de crecimiento, identificar en cuantos segmentos está dividido, cual es la tendencia de los servicios de salud en el Caribe y en República Dominicana e identificar las necesidades que están demandando los clientes del sector salud.

Factores tecnológicos: identificar los cambios tecnológicos más importantes relacionados con los sistemas de información automatizados para la prestación de los servicios de salud, desarrollo de nuevos equipos que optimicen la ejecución de los procedimientos médicos a nivel de procedimientos quirúrgicos, servicios ambulatorios y de consultas, y estudios especiales.

Factores sociales: identificar la necesidad de la población en cuanto a servicios médicos, cuáles son las oportunidades latentes que pudieran aprovecharse derivada de la misma, cuáles son las tendencias de los medios de información y que tendencias ofrecen.

El ambiente normativo: en este aspecto la gerencia debe evaluar la tendencia de la legislación que afecta la actividad de la institución, tales como la constitución de la República Dominicana, el código tributario y sus múltiples reglamentos y normativas relacionadas, el código laboral con sus reglamentos, resoluciones y normativa aplicable. En ese orden, también se debe analizar constantemente los cambios que se

derivan de aquellas legislaciones que son propias de la institución, como la ley que instituye el sistema nacional de salud, la ley de la tesorería nacional de la República Dominicana, la ley nacional de cheques, ley de la seguridad social sociales, la ley de derecho del sida, entre otras legislaciones. Además de esto, se debe evaluar cuál es la tendencia futura de estas legislaciones que pudieran afectar la empresa.

Factores geopolíticos: este análisis le permitirá conocer a la gerencia cuales factores pudieran afectar la institución relacionado a cómo se maneja el Gobierno de la República Dominicana, del cual depende la estabilidad política, el ambiente de paz o guerra en la ciudadanía.

Continuando con la evaluación externa de la institución, también se debe conocer las partes interesadas en la operatividad del Centro de Salud RD., conocer sus expectativas, uso de los fondos monetarios y la efectividad de los servicios brindados. Se consideran partes interesadas externas, las siguientes:

- Administradoras de Riesgo Laboral.
- Ministerio de Salud de la República Dominicana.
- Dirección de la Tesorería Nacional de la República Dominicana.
- Proveedores de Bienes y Servicios de la Institución.
- Administradoras De Riesgos De Salud.
- Bancos Múltiples Nacionales e Internacionales.

Además, el Centro debe conocer cuáles son las necesidades de las partes que tienen influencia e interés en el territorio en donde se prestan los servicios. Para lograr esto, el gestor de implementación debe reunir toda la información correspondiente a:

- Misión, Visión y Valores.
- Documentos o declaraciones que se emitan.

- Individuos claves dentro de la estructura organizacional, con los cuales deba tener comunicación constante.
- Informaciones sobre las conductas éticas y los temas de inquietud sobre los incumplimientos.
- Verificar la existencia de razones y oportunidades de influir en las partes interesadas.
- Verificar si las instituciones tienen la capacidad de afectar las percepciones y los requerimientos de estas partes interesadas o personas influyentes.
- Designar un responsable que tenga dentro de sus funciones mantener información sobre cada uno de estos grupos claves, de manera tal que pueda informar a los ejecutivos los cambios relevantes.

Es preciso mencionar que es necesario monitorear el comportamiento del contexto externo del Centro de Salud RD., por lo cual el patronato debe definir las actividades de monitoreo necesarias, que le permita actualizar su base de información. Dentro del monitoreo se debe tener presente los siguientes aspectos:

- Cambio de las expectativas y opiniones de las partes interesadas o su personal clave.
- Cambios en la condición del mercado o en los aspectos geopolíticos que pudieran afectar las áreas relevantes de la industria o la institución en algún aspecto en particular.
- Identificar variación en los participantes de la industria y la competencia de este relacionada a la gestión del riesgo y el cumplimiento.
- Evaluar de manera constante las capacidades de las empresas que brindan servicios de salud. Para realizar dicha labor, se deben comparar la cantidad de servicios, empleados, ingreso (según sea posible conseguir), capacidad instalada para la prestación de servicios de salud entre otros.
- Monitorear los cambios en los requerimientos de las entidades reguladoras externas de la institución.

- Monitorear el diseño e implementación de actividades de pruebas de cumplimientos de estas entidades que serán ejecutadas dentro de la institución. Además de los cambios de las penalizaciones, que pudieran derivarse de estos. En ese orden, también debe identificar factores importantes que deben ser evaluados en los cambios de las capacidades de la institución, los cuales se relacionan con las respuestas que debe dar la institución a estos cambios.

Es importante tener presente, que la institución debe ser lo suficientemente flexible para poder responder a los cambios que puedan presentarse sobre los aspectos externo de la institución. Esto es vital, porque las debilidades en la identificación y respuesta de los cambios de manera oportuna, planeados o potenciales del ambiente externo, pueden resultar en errores en las actividades que se llevan a cabo para alcanzar los objetivos de la institución, o en su defecto impedirán que pudieran aprovechar oportunidades que se presenten. Debido a esto, una organización que pueda identificar de manera efectiva y en consecuencia evalué dichos aspectos, estará en mejor posición para alcanzar sus objetivos de manera confiable. Con el fin de mantener toda la información externa actualizada, la institución debe desarrollar diferentes canales de información, los cuales aumentan la probabilidad de identificar los diversos cambios que puedan surgir de manera imprevista.

3.2 Alineación Institucional.

En esta sección, se presentan las indicaciones de lugar para alinear todos los procesos administrativos existentes para lograr un objetivo basado en principios. Dentro de las decisiones que se deben tomar, figuran la forma en que la organización enfrenta las oportunidades, amenazas y requerimientos que surgen, a fin de introducirlos en el contexto interno, cultura organizacional y los criterios para la toma de decisiones. Otros rasgos que requieren alinearse, son las acciones para evaluar el cumplimiento de los requerimientos establecidos por entidades gubernamentales y

aquellas autoimpuestas por la administración, las cuales deben medirse mediante indicadores de desempeño, cumplimiento y riesgo lo cual permitirá identificar la efectividad de dichos programas, como se muestra en la figura 28.

Figura 28: Alineación de procesos.

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la efectividad del Modelo GRC, la alta dirección de la empresa debe proveer un direccionamiento de la gestión, de tal forma que las capacidades del modelo sean diseñadas en consonancia con los criterios de toma de decisiones institucionales. En esa línea de ideas, se debe establecer la definición sobre la tolerancia, capacidad y apetito de los riesgos en los procesos de evaluación, esto no quiere mencionar que se centralizara la toma de decisiones de estos aspectos en una determinada unidad, sino más bien, incluir estos aspectos en cada decisión que tome en la empresa.

Con estos aspectos, las organizaciones deben evaluar los diferentes elementos, sucesos y condiciones que puedan impactar el logro de los objetivos institucionales, que pueden lograrse a partir de las estrategias definidas. En ese orden, se deben evaluar y replantear los niveles de riesgo, retorno y conformidad inherentes y residuales antes

y después de establecer las actividades o controles que permitan alcanzar los objetivos planteados. En la presentación de cada uno de los aspectos que deben alinearse, se presentara la parte de la guía que corresponde y el detalle de cómo ejecutar esta actividad.

3.2.1 Marco de Dirección.

Como responsable de las actividades del negocio ante el Patronato, la Dirección debe establecer una clara definición de la misión, visión y valores institucionales, diseñar objetivos de alto nivel acordes al entorno en el cual opera el negocio, así como políticas actualizadas del nivel correspondiente, que guíen la toma de decisiones de las diferentes unidades. Para lograr estos aspectos, se deben tomar en cuenta los siguientes aspectos indicados en la tabla 3 y los pasos detallados que prosiguen a la misma.

Tabla 3: Guía para alinear el marco de dirección institucional

Sección	Sub-Sección	Actividad
ALINEACIÓN DE PROCESOS	MARCO DE DIRECCIÓN INSTITUCIONAL	Incluir en el desarrollo de la misión, visión y valores a las partes interesadas. Establecer como normativa la verificación periódica de la misión, visión y valores institucionales, y su relación con la cultura institucional. Establecer la verificación continua de la misión, visión y valores.
		Identificar las oportunidades, amenazas y requerimientos que pueden afectar el logro de los objetivos. Incluir los aspectos legales internos y externos en la identificación de riesgos. Determinar cumplimientos potenciales que pudieran afectar los objetivos.
		Establecer las metas financieras, estratégicas, de clientes, operacionales, aprendizaje, cumplimiento y reportaría. Asignar la responsabilidad para la rendición de cuentas.
		Establecer y documentar restricciones administrativos basados en la misión, visión, valores y expectativas de las partes interesadas y el patronato.
		Establecer los criterios para la toma de decisiones en relación a la selección de los objetivos incluyendo los aspectos de gestión de riesgo y cumplimiento institucional. Identificar valores éticos.
		Desarrollar un reglamento para guiar a la Gerencia en la definición de los objetivos.

Fuente: Elaboración propia.

Definición de la misión, visión y valores: involucrar al Patronato, el Consejo de Directores y las Partes Interesadas en el proceso de definición de la misión, visión y valores. Luego de crear una declaración formal sobre estos aspectos, se debe obtener un compromiso por estas partes para que sean los promotores y lideren el apropiadamente de estos aspectos fundamentales en la institución. Posteriormente, se debe de comunicar abiertamente a los diferentes recursos internos y externos de la misma, mediante el código de conducta, el sitio web de la institución y anuncios interactivos en el lugar de trabajo.

Con el objetivo de lograr que estas se plasmen en la cultura organizacional, se deben realizar actividades participativas con el personal de cada nivel Jerárquico. Esta declaración, se debe revisar de forma periódica considerando las evoluciones del negocio o el entorno en el cual se desempeña (cambio de las regulaciones, eventos que se presenten a lo exterior, entre otros), los cambios en la administración. Además, se debe diseñar un procedimiento que exprese las circunstancias de cómo deben cambiar los valores si dicha institución llegara a relacionarse con otras entidades en sus operaciones.

Estudiar oportunidades, amenazas y requerimientos del negocio: realizar un análisis de alto nivel de impacto sobre las oportunidades, amenazas y los requerimientos identificados o potencialmente visualizados en la definición de los objetivos y las estrategias. En este aspecto, se debe evaluar cómo se puede ver afectada una determinada decisión por las eventualidades que se presente. Esto se logra, al realizar una evaluación de los riesgos del negocio indicando las probabilidades, impactos de los eventos en el logro de los objetivos. Además, se deben identificar los compromisos o requerimientos legales por las diferentes regulaciones aplicables. Por consiguiente, se deben identificar los requerimientos internos o externos evidentes que potencialmente pudiera afectar los objetivos, estrategias, valores, código de conducta, políticas y procedimientos establecidos.

Establecer metas de alto nivel: incluir en la definición de las metas financieras, estratégicos, satisfacción a pacientes y procesos operacionales, las metas, aspectos de aprendizaje, cumplimiento normativo de los estándares internos acogidos por voluntad de la dirección y aquellos externos. Conjuntamente, se deben diseñar mecanismos de mediciones para monitorear estas de forma constante. Cabe mencionar, que se deben circular a todo el personal de la institución, para que estos incluyan las expectativas de la gerencia en sus labores y también se debe establecer un responsable para rendir cuentas de las metas alcanzadas en cada nivel del negocio.

Formar límites administrativos: para un adecuado establecimiento de los límites administrativos la dirección debe documentar dichos aspectos sobre las restricciones de autoridad mediante políticas que brinden un aseguramiento. Se deben diseñar programas de monitoreo para certificar que los directores se mantengan dentro de estos límites, y que dichas actividades puedan ser ejecutadas por la unidad de Auditoría Interna, ya que ésta cumple con las competencias necesarias para validar estas directrices. Definir los criterios para la toma de decisiones: incluir en la definición de los objetivos los criterios de apetito, tolerancia y capacidad de los riesgos. Además, incluir el cumplimiento de las normativas internas. En ese sentido, para cada línea de negocios se deben establecer un apetito de los riesgos cualitativos o cuantitativos, en el sentido que una vez definidos los objetivos se evalúen que tantos riesgos pueden asumir las diferentes unidades para alcanzar dichos objetivos, tomando en consideración la tolerancia y capacidad de cada riesgo. Por otro lado, se deben evaluar y establecer los criterios para analizar los riesgos y/o beneficios, y como se conforman estos con los objetivos.

Otro rasgo que se debe incluir en los criterios para la toma de decisiones, es la obtención de un compromiso de las figuras de gobierno corporativo referente a la tolerancia y apetito de los riesgos. Además, se deben establecer preceptos para tomar decisiones éticas cuando existan situaciones que no están cubiertas por el código de

conducta, las políticas y procedimientos, de manera tal que se alcance un nivel de confianza de que todas las decisiones están basadas en la prevención de conflictos locales e internacionales y sobre la importancia de un lenguaje que conserven principios para tomar decisiones establecidos por la dirección.

3.2.2 Formulación de objetivos.

Una vez definidos los parámetros por el cual la institución debe regirse y realizar las modificaciones de lugar sobre la estructura ya existente, se debe proceder con la alineación de los objetivos bajo el amparo del modelo de GRC, como se presenta en la tabla 4 y los pasos que le siguen para aplicar estos estipulados. Este nivel de alineación, se logra estableciendo objetivos medibles utilizando los marcos apropiados de gestión, tales como:

Tabla 4: Guía para alinear los objetivos institucionales

Sección	Sub-Sección	Actividad
ALINEACIÓN DE PROCESOS	Establecimiento de objetivos institucionales	Incluir en el desarrollo de la misión, visión y valores a las partes interesadas. Establecer como normativa la verificación periódica de la misión, visión y valores institucionales, y su relación con la cultura institucional. Establecer la verificación continua de la misión, visión y valores.
		Identificar las oportunidades, amenazas y requerimientos que pueden afectar el logro de los objetivos. Incluir los aspectos legales internos y externos en la identificación de riesgos. Determinar cumplimientos potenciales que pudieran afectar los objetivos.
		Establecer las metas financieras, estratégicas, de clientes, operacionales, aprendizaje, cumplimiento y reportaría. Asignar la responsabilidad para la rendición de cuentas.
		Establecer y documentar restricciones administrativos basados en la misión, visión, valores y expectativas de las partes interesadas y el patronato.
		Establecer los criterios para la toma de decisiones en relación a la selección de los objetivos incluyendo los aspectos de gestión de riesgo y cumplimiento institucional. Identificar valores éticos.
		Desarrollar un reglamento para guiar a la Gerencia en la definición de los objetivos.

Fuente: Elaboración propia.

Crear criterios para el establecimiento de objetivos: en la definición de los objetivos específicos se debe tomar de referencia el marco de gestión de riesgo establecido por la institución, los niveles de riesgo al que se puede ver afectado un objetivo, las medidas o actividades para reducir ese riesgo y el nivel de riesgo residual luego de haberse establecido dichos objetivos. Además, deben definirse los aspectos de cumplimiento necesario para alcanzar dicha meta.

Para lograr esto, será necesario establecer una categoría de objetivos y riesgos y así enlazar cada objetivo con un posible evento que pudiera afectarlo. Por consiguiente, no solo deben incluirse aquellos aspectos que pudieran afectar negativamente los objetivos, sino también, aquellas oportunidades que adelanten el alcance de esto. Esto a razón, de que una oportunidad pudiera afectar la calidad de los diferentes servicios por no disponer en determinado momento de la capacidad instalada para satisfacer la demanda de servicios. Dicho esto, se deben establecer cualitativa o cuantitativamente niveles de tolerancia a los riesgos y la capacidad de la institución para hacerles frentes. En ese sentido será necesario definir criterios de cumplimiento necesarios, sean estos aceptables para alcanzarlos, además de los criterios de retribución.

Con miras a seguir de cerca los niveles de riesgo, se deben establece indicadores de riesgo, sean estos a lo externo o interno de la institución, que tomen en cuenta la evolución de las diferentes enfermedades en la nación o en aquellos países donde la institución tenga acuerdo, a fin de tomar medidas oportunas para posibles brotes, el cual permitirá identificar oportunidades de mejora a la velocidad que madure el negocio.

Establecimiento de criterios adicionales para la toma de decisiones: desarrollar desde el establecimiento de los objetivos un reglamento que guie la toma de decisiones luego de establecer los objetivos, el cual debe incluir la guía que requieren las

diferentes unidades de negocio para establecer las acciones necesarias para el logro de los objetivos. Para establecer las actividades que se deben realizar por parte de las diferentes unidades, dichos objetivos deben ser específicos, medibles, razonablemente alcanzables, relevantes y oportunos (SMART por sus siglas en ingles), en dicho análisis también se deben considerar los aspectos de riesgo y cumplimiento para determinar las capacidades necesarias para cumplirlos.

Evaluar los efectos acumulativos y de competencia sobre los objetivos: en este aspecto de la alineación de los objetivos, se deben evaluar el efecto que tendría determinado objetivo en los demás, que impacten en diferentes escalas a la institución, unidad de negocio o en sentido general. Para ello, se debe evaluar la prioridad de cada uno de los objetivos, a fin de evaluar si el cumplimiento del mismo requerirá una revaluación de las medidas o decisiones que se tomen sobre el mismo. En este punto, será necesario establecer niveles autoridad para las decisiones que tienen que ver con la priorización de los objetivos y los criterios de reconsideración.

Documentar los objetivos: se debe redactar una comunicación formal sobre el establecimiento del objetivo, y darla a conocer a todas las partes relevantes de la institución e interesadas. Otro rasgo vital en este punto, es la asignación a los encargados para la consecución del objetivo, los tiempos de seguimiento sobre la evolución de las medidas para alcanzarlos, el cual incluye en la rendición de cuenta de los objetivos específicos o de bajo nivel en la institución que deben realizarse para cumplir con los objetivos generales.

Estos últimos, también deben poseer un encargado que se esfuerce por alcanzarlos y rendir cuentas de los mismos. De la misma forma, se deben identificar aquellos factores que pudieran derivarse de los objetivos y los mecanismos para su revisión y actualización. Estas medidas, brindaran como resultado, un mayor nivel de confianza en la organización.

3.2.3 Identificación de oportunidades, riesgos y requerimientos.

El objetivo principal de esta sección en la alineación de los procesos acordes al modelo GRC, es determinar aquellas variables dentro y fuera del Centro, que pueden causar efectos deseables (oportunidades) o aquellos no deseables (amenazas), por el cual se pudiera ver afectado el logro de un determinado objetivo, además de aquellos aspectos que pueden convertirse en requerimientos, por forzar al negocio a realizar una labor particular. Los aspectos necesarios a identificar las oportunidades, requerimientos y riesgos se presentan en la tabla 5. Posteriormente a esta, se presenta el detalle de cómo ejecutar cada actividad.

Tabla 5: Guía para alinear los eventos potenciales y la capacidad institucional

Sección	Sub-Sección	Actividad
ALINEACIÓN DE PROCESOS	Identificación de eventos potenciales y capacidad institucional	Estudiar y priorizar los objetivos de negocios pertinentes, identificar las unidades de negocios, entidades de regulatorias, proyectos, programas, iniciativas clave para lograr los objetivos.
		Determinar los actores y circunstancias que pueden afectar el negocio, cambios en la política nacional e internacional, cambios en los indicadores macroeconómicos, variación en de la los ingresos, poder adquisitivo de la ciudadanía, pérdida del valor moneda, aumento o disminución de la tasa cambiaria.
		Identificar las partes interesadas externas, cambios en la estructura de negocio e inversión de la competencia.
		Establecer la responsabilidad de monitorear y comunicar los cambios en los factores externos de la institución.
		Evaluar los cambios en la estructura económica – financiera del centro de salud R.D.
		Determinar los cambios internos en la tecnología de la información, integridad de los datos.
		Identificar los riesgos, oportunidades y requerimientos que afecta a la institución para lograr los objetivos.
		Analizar la historia de riesgo de la institución, evaluar cómo cambian la probabilidad e impacto de los eventos que afectaron en el pasado al centro de salud.

Fuente: Elaboración propia

Capacidad de estudio: revisar los objetivos del negocio y determinar cuáles son pertinente para el alcance actual, identificar las líneas de negocio, entidades organizaciones, proyectos, programas, iniciativas, procesos, recursos clave para alcanzar los objetivos.

Identificar fuerzas: en este apartado se debe identificar aquellos factores y circunstancias que pueden afectar el negocio. En lo relacionado con los factores políticos, se deben evaluar los cambios en la política nacional, los partidos principales y la preferencia de la ciudadanía, el control político de los recursos e industrias nacionales. Relacionado a la parte económica de la nación, se deben evaluar periódicamente los cambios en los indicadores macroeconómicos, las variaciones en los ingresos disponibles, el poder adquisitivo de los ciudadanos, la tasa de interés de las instituciones de intermediación financiera, la fluctuación de la moneda extranjera principales y los ciclos económicos.

En ese orden de idea, se hace necesario evaluar las fuerzas sociales, los cambios demográficos, estilos de vida, cultura mundial que puede desencadenar o afectar la cultura nacional, perspectivas vida, valores y particularidades sociales, actitudes hacia el trabajo, la vida y el entretenimiento, creencias religiosas. También, es preciso evaluar los aspectos tecnológicos al cual se enfrenta el negocio, tales como la rapidez del cambio en los recursos tecnológicos para la prestación de los servicios, disponibilidad y valor de los recursos, la información disponible, modelos de comunicación, nuevos procesos en la industria de salud, el surgimiento de nuevos materiales, cambios en el transporte y distribución.

Por otro lado, se debe identificar aquellos aspectos legales que podrían influir en las actividades el negocio impactando así el logro de los objetivos, dentro de estos aspectos figuran nuevas regulaciones, conflictos de estas regulaciones con regulaciones

o estándares internacionales, tendencia de aplicación de las leyes, tendencias de litigios civiles o con entidades jurídicas. Además, se deben evaluar aquellas fuerzas de la naturaleza, como las inundaciones, incendios y terremotos, los cuales pudieran aumentar la demanda de los servicios de salud en el centro, para lo cual sería necesario determinar la capacidad instalada para hacerle frente a esa demanda.

También se debe identificar las partes interesadas externas, que están pendientes de la efectividad y forma en la cual se prestan los servicios de salud, como son los clientes, medios de información, gobiernos, socios comerciales, organizaciones privadas y no lucrativas de la sociedad. Además, es necesario evaluar la fuerza o capacidad de la competencia, además de los principios éticos que manifiestan y los delitos a los cuales se enfrentan este tipo de instituciones. También es preciso, conocer los cambios en el modelo de negocio de la competencia, como su misión, visión, valores, cambios en los objetivos, cambios en la estrategia y estructura del negocio, sin limitarse al territorio donde se encuentre dicha institución. Continuando con la evaluación de la competencia, se debe identificar aquellos cambios en el consejo de directores, los miembros de la gerencia y del personal.

Correspondiente a la evaluación interna, es fundamental conocer los cambios en el personal en la junta directiva, niveles gerenciales y operativos. Dicha evaluación, deben contener las causas de la rotación en estas instancias. Continuando con la evaluación interna, es pertinente determinar los cambios en los procesos de negocio, las habilidades y competencias para enfrentar la demanda inferior o superior de la capacidad instalada, habilidades para ejecutar los planes, la dependencia de contratistas y proveedores externos.

Continuando con el análisis interno, se debe analizar los cambios en la infraestructura de la tecnología de la información, la integridad de los datos, su disponibilidad y la disponibilidad de los sistemas, las capacidades para desarrollar y

mantener estos. Con relación a los aspectos económicos internos, es fundamental estar pendientes de los cambios en la reserva de capital, exigencias de las tasas de rentabilidad y disponibilidad del capital, estructura de los compromisos con los diferentes proveedores de recursos y la obsolescencia de la maquinaria.

En otro orden, pero relacionado con la identificación se debe establecer responsable para el monitorio de los factores internos que, a razón de su cambio, deriven riesgos para la institución o cambien la forma de analizar los riesgos o cumplimiento, dentro de estos factores figuran, nuevas relaciones con otras entidades, contratos, compromisos voluntarios institucionales, desarrollo de nuevas unidades de negocio o servicios, cambios en el personal clave, cambio en los procesos de negocio.

En relación al seguimiento de los cambios a lo externo de la institución, se debe asignar un responsable para que canalice y comunique dichos aspectos, dentro de los cuales se debe indicar figura los ciclos macroeconómicos, surgimiento de regulaciones o reglamentos para su interpretación, factores de la naturaleza que vislumbran un impacto en el territorio donde se prestan los servicios, cambios políticos, las aptitudes de la sociedad y expectativas de las partes interesadas.

Identificación de oportunidades, amenazas y requerimientos: identificar las eventualidades a as que se enfrenta la institución previamente, contribuyan al desempeño basado en principios por razón de que mejoran los niveles de probabilidad y oportunidad con efectos positivos para alcanzar los objetivos. En el sentido contrario, se encuentran aquellas amenazas que de materializarse o presentarse en una de las operaciones afectaría negativamente el logro de los objetivos, entre las amenazas que deben evaluarse figuran los niveles de salud y seguridad internas o externas a la institución, cambios en los precios de los insumos, tasas de interés, pérdida de valor de la moneda nacional, cambios en las políticas de cobros de los proveedores, liquidez de nuestros clientes y deudores.

Además de estos, también se deben incluir la continuidad del negocio ante catástrofes naturales, ataques cibernéticos a los servidores del centro, averías en las líneas de alimentación eléctricas, prohibiciones o restricciones impuesta por los entes reguladores, mala reputación o prestigio por prácticas médicas inadecuadas, baja calidad en la prestación de los servicios, conducta de los recursos humanos, el fraude, corrupción interna o externa e la institución, acoso al personal interno o a los clientes, entre otros.

Existen herramientas diseñadas para comprender las oportunidades y amenazas, de estas podemos mencionar los mapas o flujogramas de procesos, que describen gráficamente las diferentes actividades que se realizan para convertir un requerimiento de un cliente (input) en un servicio prestado (output), este modelo también permite identificar cuales áreas intervienen en este proceso, las fuentes de información y los factores que pudieran desencadenar riesgos u oportunidades.

Otra de las herramientas que se puede utilizar, son los mapas de recursos donde se plasman los recursos necesarios para la prestación de servicios como son, recursos humanos, tecnológicos, infraestructura, entre otros. Con esta información, se tranzan o describen los riesgos involucrado con cada recurso y las oportunidades que pudieran derivarse de estas. En ese sentido, la realización de un inventario de eventos o listados detallados de las situaciones o condiciones que se enfrentan las empresas de la industria de salud.

A fin de realizar dicha lista, se podría optar por realizar un taller de auto-evaluación de control, basado en riesgos, con la colaboración de los diferentes recursos interno y externos del Centro, ya que realizaran opiniones en función de su experiencia y competencia, identificando así los posibles riesgos o eventos que se puedan ser obstáculos para el logro de los objetivos, por consiguiente, establecer los mecanismos para minimizar la probabilidad de que estos se materialicen.

Continuando con la identificación de los posibles eventos, el siguiente paso es la determinación de los requerimientos, limites obligatorios y voluntarios, que influyen en como la administración ejecuta las actividades de la organización. Dentro de los aspectos de cumplimiento clave para la entidad, figuran los aspectos del código laboral, administración, privacidad y seguridad de las informaciones de los clientes, proveedores o partes interesadas, sistemas de salud y seguridad del medioambiente, prácticas de anticorrupción extranjeras, requerimientos de sanidad, medioambiente, control de materiales tóxicos, entre otros impuestos.

Además, es necesario identificar aquellos requerimientos externos que sean importantes para la entidad tales como las normas de conducta y transparencia, estándares internacionales de referencia para mejorar la calidad de los servicios, obligaciones contraídas por asociaciones de profesionales, como el Colegio Médico, la Asociación den Enfermeras, practicas comunes en la industria, zona geográfica y cultura nacional que afecten o influyan en la prestación de los servicios. En esa línea de ideas, también sebe tomar en consideración los aspectos internos de la organización tales como el código de conducta, valores, políticas y procedimientos establecidos.

Identificar las tendencias e interrelaciones: este análisis permitirá conocer y evaluar los diferentes eventos internos y externos del Centro y así tener un entendimiento de las situaciones a las que se enfrenta. Además, se deben determinar las probabilidades e impactos de los eventos pasados en la institución para crear medidas preventivas.

En el análisis de estos eventos, se deben determinar cómo cambian las probabilidad e impacto de dichos eventos, cuantas veces se enfrentó la empresa o el sector a un mismo riesgo, la profundidad del impacto en cada repetición y si estos están relacionados con otro determinado riesgo. Posteriormente, se deben realizar análisis de

nivel de los riesgos/oportunidades residuales e inherentes, sean basados en la actualidad o en la premisa de la planificación de aquellos elementos con cierto nivel de prioridad a futuro. Este análisis, también ejecutarse con los aspectos de cumplimiento normativo. Una vez levantada toda esta información, el paso siguiente es identificar la relación entre los aspectos de oportunidad, riesgo y cumplimiento que pudieran derivarse.

3.2.4 Evaluación de las oportunidades, riesgos y requerimientos.

El objetivo principal de la evaluación dentro del proceso de alineación, es estudiar los puntos de vista actuales y la planificación de estos para aprovechar las oportunidades, enfrentar las amenazas y los requerimientos, utilizando los parámetros para las decisiones de los temas cuantitativos y cualitativos. Los pasos en este proceso son visualizados en la tabla 6, además de los pasos a realizar que se presentan posteriormente:

Tabla 6: Guía para alinear la evaluación de oportunidades, riesgos y requerimientos

Sección	Sub-Sección	Actividad
ALINEACIÓN DE PROCESOS	Alinear la evaluación de oportunidades, riesgos y requerimientos.	Estudiar la posibilidad de materialización de un efecto que afecte positiva o negativamente a la institución.
		Analizar los aspectos normativos impuesto por entidades regulatorias y asumidos voluntariamente que afecten el logro de los objetivos.
		Determinar los efectos potenciales de los riesgos, oportunidades y requerimientos.
		Priorizar los riesgos, oportunidades y requerimientos para alcanzar los objetivos.

Fuente: Elaboración propia.

Estudio riesgo beneficio: examinar la posibilidad de que un determinado riesgo se materialice, para lo cual es necesario identificar los eventos particulares o múltiples, y eventos a corto o largo plazo. Se deben analizar la velocidad y fuerzas de la realización de los riesgos, la relación de una amenaza con otra amenaza y riesgos definidos. Para realizar este análisis, la institución debe analizar la historia de la entidad o empresas similares dentro de la industria sea a nivel nacional o internacional, para determinar la vulnerabilidad de la empresa, tomando en cuenta la probabilidad e impacto.

En ese orden, se deben evaluar el riesgo/beneficio inherente, sin considerar las actividades de prevención que deben llevarse a cabo. Posteriormente, se analizarán los riesgos/beneficios residuales después de establecer las medidas de control pertinentes de la entidad. Esta evaluación, debe iniciar con aquellos riesgos de alto impacto que pudieran exceder los niveles de tolerancia estimadas. Una vez realizada esta verificación, se procede a determinar la respuesta a cada riesgo (aceptar, eliminar, compartir, transferir, disminución). Continuando con la evaluación de la historia de la institución referente al manejo de los riesgos, se deben evaluar la acción tomada anteriormente para abordar los riesgos, además es necesario determinar y evaluar, que recursos, departamentos estarán acabo de determinado riesgo o grupo de riesgos.

Análisis del cumplimiento: similar a los aspectos de la evaluación de los riesgos, en esta apartado se debe estudiar toda la información disponible dentro y fuera de la organización para determinar la probabilidad e impacto del incumplimiento de las regulaciones sean estas impuestas o asumidas voluntariamente por la organización. A partir de esta información, se debe evaluar los niveles inherentes del cumplimiento asumiendo la ausencia de actividades para que sean mitigados. Luego de realizar esta evaluación, se procede a realizar la misma verificación tomando en consideración las medidas para disminuir la ocurrencia del incumplimiento.

A su vez, también debe determinarse la efectividad de las acciones definidas anteriormente, como los incentivos de conductas deseadas, controles proactivos para la prevención de no cumplimientos, defectivos o correctivos para abordar estas conductas no deseadas, actividades de monitoreo, eventos para concientizar al personal sobre estos aspectos. Al final de esta evaluación, se deben establecer los responsables de verificar estos aspectos, lo cuales pudieran ser las unidades de líneas, personal, departamentos de gestión de riesgo o cumplimiento, personal de aseguramiento administrativo, entre otros.

Priorizar la gestión de amenazas, oportunidades y requerimientos: la importancia de esta sección, es que mediante esta se consigue optimizar los recursos de la institución en pos de alcanzar los objetivos establecidos. Para esto, es necesario identificar la brecha y la duplicidad de aquellas funciones o acciones innecesarias. Además de esto, es necesario determinar los efectos actuales sobre la probabilidad e impactos de los riesgos, oportunidades y cumplimiento de los requerimientos. En ese sentido se deben determinar el costo beneficio de las acciones tomadas para los cumplimientos y controles actuales, determinar su relación con la efectividad operativa actual. También, deben evaluarse aquellas áreas donde no se abordan los requerimientos o no se cumplen los niveles de conformidad establecidos. Otro de los aspectos en este apartado, es la identificación de los riesgos y requerimientos que se requieren priorizar para que estos sean mejorados. Para lograr esto se deben incluir criterios cuando:

- El riesgo actual no es aceptable aun tomando en consideración el apetito de riesgo.
- Riesgos no aceptables luego de establecer medidas para su prevención.
- Cuando los controles establecidos no mitiguen los riesgos, sean contradictorios o ineficientes.

- Existencia de riesgos inherentes de alta exigencia de medidas y o controles.
- Cuando las medidas de cumplimiento requieran planes de control para el monitoreo constante.
- Cuando los riesgos y requerimiento demandan planes de acción frente a determinadas eventualidades, fenómenos de la naturaleza, agresión dentro de la infraestructura, posibles problemas en la reputación.

3.2.5 Formulación De Planes Estratégicos y Tácticos.

Esta sección dentro de los procesos de alineación, se establecen las medidas y acciones necesarias para abordar aquellos factores que no son conocidos y la actuación de la integridad en relación con las medidas para tomar las decisiones. Para lograr definir las medidas se deben ejecutar las actividades presentadas en la tabla 7 valorar los siguientes aspectos:

Tabla 7: Guía para alinear el establecimiento de los objetivos estratégicos.

Sección	Sub-Sección	Actividad
ALINEACIÓN DE PROCESOS	Establecimientos de planes estratégicos.	Estudiar la posibilidad de materialización de un efecto que afecte positiva o negativamente a la institución.
		Analizar los aspectos normativos impuesto por entidades regulatorias y asumidos voluntariamente que afecten el logro de los objetivos.
		Determinar los efectos potenciales de los riesgos, oportunidades y requerimientos.
		Priorizar los riesgos, oportunidades y requerimientos para alcanzar los objetivos.

Fuente: Elaboración propia.

Investigar las opciones para abordar los requerimientos: esta actividad se debe realizar cuando los niveles de cumplimiento para determinados requerimientos, controles o acciones no sean óptimos, por los cual será necesario requerir opciones

adicionales para su tratamiento. Sobre estos, se deben establecer criterio de costo beneficio para determinar la rentabilidad de estas medidas, además determinar el impacto económico de no cumplir determinados requerimientos o materialización de un riesgo, de tal manera que sea adecuadamente asignados los recursos necesarios dentro del presupuesto.

Explorar las opciones para abordar los riesgos u oportunidades: estas medidas son establecidas cuando se entiende que dentro del enfoque actual existen oportunidades de mejoras. De estas, se pueden establecer evaluaciones para seleccionar aquellas actividades adicionales para el tratamiento de un riesgo u oportunidad, este control debe incluir actividades adicionales de detección, corrección y monitoreo. A su vez, deben establecerse metodologías que impidan diseñar una única respuesta a estos riesgos u oportunidades.

En esa línea, la identificación de las actividades debe contemplar aquellas áreas donde las acciones definidas y controles establecidos puedan abordar más un riesgo, oportunidad y requerimiento. Estas indagaciones, deben dar como resultado una fuente de información para diseñar actividades de monitoreo. Un punto que debe contemplarse, es el tiempo en la implementación de una medida, si esta tiene un tiempo estimado que la dirección o la institución no pueda soportar, se deben establecer medidas alternativas para optimizar los riesgos, lo cual incluye retrasar aquellos procesos que generan un riesgo.

Diseño de estrategias para financiar o compartir el riesgo: se deberá analizar y verificar los resultados del análisis realizado en la evaluación del cumplimiento para determinar cuáles de estos deben abordarse con recursos financieros. Posteriormente, se deben revisar el riesgo residual luego de establecer las medidas de controles, las

alternativas para financiar estos riesgos por separado y las alternativas para financiar la transferencia total o parcial de los riesgos.

Con estas informaciones, se determinarán los requerimientos o políticas establecidas que impiden el uso de instrumentos financieros para compartirlos. Ya con esta información se deberá establecer y elegir como serán costeados los controles para impedir la realización de determinado riesgo. Luego de elegir los tipos de financiación, se deberá establecer la responsabilidad de rendimiento de cuentas para mantener los requerimientos establecidos para el tipo de servicio o unidad de negocios particular.

Determinar el riesgo / beneficio y cumplimiento residual proyectado: verificar que dentro de las las evaluaciones del riesgo, oportunidad y cumplimiento estén previendo las acciones y controles para mitigarlos. Si los resultados no satisfacen a la dirección, se deben reconsiderar las acciones y controles establecidos, pero si dichos resultados satisfacen los requerimientos se deberá implementar las acciones según el cronograma del proyecto. Adicionalmente, se deberá contemplar un análisis de costo beneficio de las acciones planificadas.

Abordar los riesgos inherentes de gran impacto: identificar las acciones instauradas o que se implementaran para enfrentar los riesgos críticos del negocio para determinado proceso, unidad de negocio o tipo de servicio. A su vez, se deben diseñar actividades de monitoreo para las acciones que mitigaran estos riesgos, de manera que se pueda identificar la eficacia de estos y las funciones según lo estimado. También, se deben diseñar una relación o matriz para identificar el riesgo alto y las medidas de control para que sean mitigados e incluir dentro de los planes de aseguramiento estos.

Diseño de indicadores clave: definir los indicadores de desempeño (KPI), cumplimientos (KCI) y riesgos (KRI) para cada riesgo actividad, riesgo o

requerimiento establecido. En tal sentido se deben determinar, los reportes que deberán realizarse para los superiores, las medidas correctivas que se deben tomar en caso de identificar situaciones que deberán abordarse y un aspecto de análisis de las metodologías, a fin de evaluar la idoneidad del proyecto.

Definición De La Estructura Para La Gestión De Información: especificar las definiciones, clasificación y procesos necesarios para identifica, administrar toda la información estructurada de la organización, como parte del plan para la gestión de los datos. Este incluye, programa que debe ser para clasificar los tipos de información.

Además, se deben definir los siguientes aspectos para inventariar y clasificar la información:

- Tipo de información.
- Exigencias externas de privacidad, confidencialidad, conversación, retención, eliminación, disponibilidad de la información.
- Valor operativo y estratégico de la información.
- Propietario de los datos
- Fuentes de información
- Procesos de negocio y políticas relacionadas.

Continuando con los cambios en la forma de tratar la información, se debe establecer los periodos para considerar los cambios en la estructura existente de la clasificación de la información, sus definiciones y clasificaciones propias de cada información. Esto evaluación se realizará con miras a disminuir los requerimientos de conciliación en el futuro. También, se debe establecer aquellas políticas y procedimientos para tratar la información, para esto será necesario considerar los estándares y normativas nacionales e internacionales para el trato de la información.

Desarrollo de arquitectura tecnológica: en esta sección del diseño, se deben determinar aquellos procesos y controles que son menos tendentes a errores y que su eficiencia mejora se le habilita algunos aspectos tecnológicos. Para esto, será necesario comprender la tecnología existente, correlacionarlos con los requerimientos de desempeño que existen. Además, se debe identificar la duplicidad de funciones de los programas existentes y los requerimientos sobre la funcionalidad que no cumplen. Así mismo, la determinación y priorización de la tecnología debe ser estructurada para compartir o desarrollar y almacenar las informaciones, sean esta combinadas o comparadas. Es pertinente indicar, que la dirección debe evaluar cuales aspectos tecnológicos deben ser mejorados o ampliados para satisfacer las necesidades de todos los entes de la entidad. Con esta información, se tomarán decisiones sobres cuales de estas nuevas tecnologías se completarán o reemplazaran, lo cual permitirá determinar cuáles de estas deben ser desarrollarla o adquirir a un proveedor de servicios.

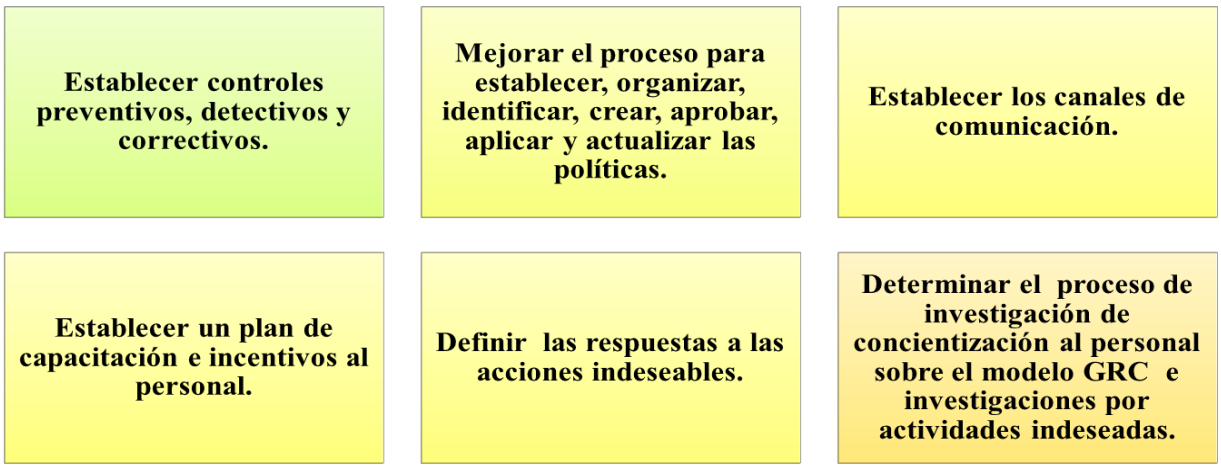
Creación del plan integrado: para la creación de un plan integrado, es necesario establecer las posibles oportunidades para alinear o consolidar las actividades en menos acciones y controles, lo cual permitirá optimizar los procesos. En tal sentido, se deben incluir dentro de la determinación de las oportunidades aquellas actividades de gestión, cumplimiento y riesgo de la institución. Dentro de este plan, se debe observar la oportunidad de utilizar los recursos ya existentes para crear nuevas estructuras dentro de la organización, como el departamento de Gestión de Riesgo o el comité para estos fines, el oficial e cumplimiento, la línea de denuncias entre otros aspectos necesarios para garantizar un adecuado cumplimiento y prevención de riesgo. Para esto, será necesario definir aquellas iniciativas para optimizar los riesgos de forma coordinada. Posteriormente, se deben desarrollar un cronograma para implementar cada una de las iniciativas, asignar la responsabilidad de rendir resultados de cada proyecto y establecer actividades de monitoreo que permitirán detectar aquellos aspectos dentro del proyecto que demandarán cambios. Como último aspecto de la creación del plan, se debe obtener la aprobación y recursos necesarios para cada iniciativa.

Ejecución del plan: dentro del plan administrativo incluir el plan de cambios desarrollado, los cuales aseguraran que los planes principales sean estos estratégicos o tácticos estén implementados. Como indicamos anteriormente, para estos se debe obtener la aprobación de la gerencia.

3.3 Ejecución De La Implementación Del Modelo GRC.

La ejecución de la guía, se logra al establecer conjunto de pasos integrados para alinear los objetivos al modelo GRC. Estos pasos son una secuencia de mandatos que debe crear y constituir para adherirse al modelo como: establecer controles, políticas, crear canales de comunicación, educación, incentivos, notificación, indagación y respuesta a los eventos que se va produciendo en todos los procesos de su implementación (ver figura 29). El Modelo de Capacidad de GRC analiza y diseña estas capacidades con el fin de alinear la misión, visión al buen desempeño de la institución. A continuación, presentamos una guía que defina cada componente que integra modelo. Estos pasos se detallan a continuación.

Figura 29: Pautas para la ejecución de implementación.



Fuente: Elaboración propia

3.3.1 Establecimiento de controles preventivos, defectivos y correctivos.

En esta sección de la guía, se presenta la alineación de los procesos, recursos humanos, tecnología de la información, controles físicos para satisfacer los requerimientos del proceso de gobierno, gestión y cumplimiento (ver tabla 8).

Tabla 8: Guía para Establecer controles preventivos, detectives y correctivos.

Sección	Sub-Sección	Actividad
Ejecución de la guía	Establecimiento de controles.	Establecer Acciones y controles proactivos.
		Instituir acciones y controles de detección.
		Construir acciones y controles para responder o corregir.

Fuente: Elaboración propia.

Establecimiento de los controles Proactivos: establecer en todos los procesos niveles de aprobación para las operaciones, verificación antes de concluir el proceso y revisiones de calidad, ya sean ejecutadas por la unidad de calidad cumpliendo el rol del oficial de cumplimiento o la unidad de auditoría interna al cumplir con su rol, en la tercera línea de defensa al brindar servicios de aseguramiento. Estas unidades, deben definir en un programa de auditoría que permitan brindar un aseguramiento sobre la eficacia de los controles implementados.

Otras de las acciones y controles preventivos es la tecnología de la información, en el cual se debe fortalecer los controles lógicos como es la habilitación de la bitácora de eventos a nivel de base de datos en cada uno de los archivos que la componen. Esto permitirá, identificar los cambios que pudieran surgir en cada uno de los diferentes módulos, como eliminación de transacciones, cambio de variables en los parámetros

del sistema e introducción de transacciones inusuales, entre otros aspectos. También, la gerencia debe velar y crear las condiciones para que la institución esté encaminada en contribuir al fortalecimiento de los procesos y actividades que intervenga el talento humano en la consecución de los logros, como un ente integrado. Para las acciones y controles preventivos se debe crear lo siguiente:

- Concluir los perfiles de los puestos, los manuales de usuario del sistema, el perfil del puesto relacionado a los accesos del sistema.
- Definir una metodología para verificar los antecedentes de los empleados, ejecutivos y personal que sean contratos o ascienda a posiciones con autoridad considerable para evaluar su conducta pasada, por ejemplo, historial de transgresiones a la ley o conducta antiética, antecedentes penales o civiles.

Definir de controles detectivos: establecer las acciones para identificar eventos no deseados que pudieran afectar la reputación institucional, la rentabilidad del negocio o la percepción de los clientes sobre las ventajas que presenta el centro frente a la competencia. Un ejemplo de los controles detectivos puede ser verificar la calidad del servicio de habitación bridados a nuestros pacientes; en este se puede diseñar un programa para:

- Comprobar si las habitaciones tienen luces por tipo de pacientes.
- Verificar si los baños contienen los necesarios por tipo de paciente.
- Comprobar si se cumple la frecuencia de las enfermeras(o)s y/o doctores visitan a los pacientes.
- Verificar que lo(as) enfermeras(os) y los doctores cumplen con el horario de visita a los pacientes.
- Identificar quienes realizan las prescripciones médicas y las visitas.
- Comprobar si Los horarios de desayuno almuerzos, cenas son ofrecido por tipo de paciente.
- Comprobar si el grado de climatización es adecuado por tipo de paciente.

También, establecer sistemas de alarmas silenciosas, audibles o visuales para comunicar la detección de transgresiones a los controles preventivos y emergencias, como entrada a un lugar restringido sin la debida autorización, entrada a cuidado intensivo sin la debida autorización.

Monitorear los indicadores tecnológicos de controles de detección para identificar conductas indebidas potenciales o incumplimiento, incluido lo que corresponde a:

- Acceso físico y vigilancia,
- Controles de acceso a sistemas
- Controles a datos maestros
- Controles para las transacciones,
- Controles operativos
- Pistas de auditoría y análisis de registros,
- Actividades de pruebas
- Informes sobre el rendimiento
- Avance y estado de las iniciativas, y emisión de informes de riesgo.

Construir Acciones y controles correctivos: El Centro Médico RD. debe establecer acciones y controles correctivos que desaceleren y disminuyan el efecto de las conductas, hechos y condiciones indeseables y que además aborden las debilidades de la capacidad que permitieron que ocurrieran conductas, hechos y condiciones poco transparentes y que en un futuro promueven aspectos que conducen a resultados positivos.

Cabe mencionar que las acciones de controles correctivos, son los controles que se requiere de mayor tiempo en su aplicación, donde las decisiones requieren cierto grado de importancia para llevar a cabo la ejecución y aplicación en los hallazgos detectados. Para esto se requiere la participación o la integración de un comité que

evalué los hallazgos y de seguimiento a las decisiones tomadas y por último la intervención del consejo para ejecutar aquellas decisiones emanadas por el comité de valuación que el sub-comité no pudo aplicar.

3.3.2 Mejorar el proceso para establecer las políticas.

La implementación de las políticas y procedimientos asociados para abordar oportunidades, amenazas y requerimientos; y fijar expectativas de conducta para el consejo de directores contribuye a crear un ambiente idóneo para ejecutar los procesos de forma ética y razonable, aumentando la capacidad de disminuir las acciones no deseadas o identificarlas de forma oportuna, para esto se deben seguir los pasos descritos en la tabla 9 y los pasos presentados posteriormente.

Tabla 9: Guía para mejorar los procesos de establecimiento de políticas.

Sección	Sub-Sección	Actividad
EJECUCIÓN DE LA GUÍA	Establecimiento de políticas.	Fortalecer el código de conducta vigente.
		Establecer la estructura para organizar, identificar, crear, aprobar, aplicar y actualizar las políticas
		Identificar y desarrollar las políticas.
		Gestión de las políticas.
		Definir un liderazgo en las políticas
		Desarrollar la guía para tomar decisiones éticas

Fuente: Elaboración propia.

Fortalecimiento del código de conducta: para fortalecer el código de conducta se deberá establecer una metodología para su evaluación y actualización periódica. También, será necesario involucrar las partes interesadas de todos los niveles en la verificación y actualización. Dentro de las partes interesadas, se deberá incluir a aquellos que pudieran afectar por su comportamiento la integridad de la organización

a los cuales se les destina el código. Para que su elaboración abarque todos los aspectos, se deberá incluir profesionales con vasta experiencia en la creación y verificación de códigos de conducta.

Continuando con la elaboración, se deben abordar en dicho códigos aspectos normativos externos e internos de la institución, indicando los beneficios para la actividad que desarrolla la institución las denuncia de los comportamiento que no son éticos, la responsabilidad de rendir cuentas, el uso inadecuado de medicamentos, o sustancias prohibidas sin la adecuada asistencia de los especialistas como los medicamentos con alta concentración de drogas, para no crear fármaco dependencia, entre otros aspectos. Para brindar las ayudas correspondientes, se deberá capacitar un recurso para que pueda responder las consultas sobre el contenido del código. Además, este código debe ser de conocimiento general entre todas las partes interesadas, aumentando así la capacidad de identificar comportamientos inadecuados en la institución.

Es necesario establecer mecanismos que permitan determinar que el personal comprende el código, esto se puede lograr realizando evaluaciones sorpresivas a diferentes recursos, establecer ejemplos cotidianos que requieran de alguna acción indicada en el código y capacitar al empleado para que sepa cómo aplicarlo. Además, se deben establecer criterios relacionados al código de conducta dentro de la evaluación del personal individual.

Establecimiento de la estructura para la definición de las políticas: en primera instancia se debe realizar un listado de aquellas políticas que son exigidas por los requerimientos internos o externos, o normas vigentes de compromiso voluntario. A continuación, se debe realizar un listado de las existentes en la institución, posteriormente se debe determinar si existen duplicidad de políticas, dentro del cual se incluye el código de conducta. También, se deben establecer análisis de brechas o

debilidades de las políticas existentes con los requerimientos exigidos. Por último, se debe establecer una metodología para diseñar, verificar, actualizar y aprobar las políticas.

Identificación y desarrollo de las políticas: la institución debe establecer que solo un recurso de la institución tenga la autoridad para emitir y modificar las políticas institucionales. A continuación, se deben establecer el objetivo de la política, los recursos y procesos que serán afectados por esta. Para un correcto diseño, el personal encargado de desarrollar estas tiene que tener un perfil idóneo para identificar aquellos requerimientos que figuran en las políticas. En tal sentido, también se debe identificar y determinar los recursos necesarios para introducir e implementar las políticas, además se debe identificar cuáles de estas políticas son para toda la institución y cuáles serán para los socios de negocios. También, se debe entender la relación que existe entre una política y otra, de tal forma que al modificar una, la gerencia identifique los efectos en las demás.

Gestión de las políticas: esta actividad inicia determinando como poner en disposición de todos los recursos las directrices e identificar la necesidad de realizar capacitaciones al personal para el manejo de estas y evaluar la oportunidad de disponer de ciertas políticas al público general. Otro aspecto fundamental en la definición de las políticas, es determinar los métodos para evaluar la comprensión de las mismas en el personal o las partes interesadas ajenas a la institución. En tal sentido, se debe determinar las vías de comunicación para expresar los cambios, modificación o anulaciones de determinadas políticas.

Definición del liderazgo: estas actividades se centran en obtener un compromiso de los órganos de dirección sobre el cumplimiento de las políticas, para lograr esto se debe obtener el apoyo y compromiso sobre la aplicación de las directrices en la alta dirección. Además, este apoyo debe evidenciarse en los hechos y las

decisiones tomadas. Esto permitirá que las partes interesadas perciban que más que palabras, estas guían la gestión de la institución.

Desarrollo de las directrices para la toma de decisiones: esta sección requiere que la institución desarrolle lineamientos para que los aspectos éticos contenidos en el código de conducta sean considerados en la toma de decisiones. Estos lineamientos, deben contener aspectos culturales de la organización como son la identidad institucional (misión, visión y valores), cumplimiento de los requerimientos adoptados por la institución, puntos de vistas referentes a oportunidades y riesgos, promover la crítica por medio de explicaciones claras y convincentes.

En tal sentido, se debe capacitar al personal clave en este proceso como puede obtener, solicitar y asegurar toda la información disponible sobre los lineamientos estipulados éticamente, de forma factible con las comunicaciones sobre los conocimientos de esto o los códigos de conducta, procedimientos y directrices.

3.3.3 Guía para establecer los canales de comunicación basada en GRC.

Esta sección de la implementación destaca la importancia establecer los canales de comunicación para que esta fluya a los usuarios correspondientes. De esta, se deben destacar características como relevancia, confiabilidad y oportunidad de la comunicación referente a los requerimientos y directrices o sobre la necesidad de desarrollar responsabilidades y formar aptitudes. Para establecer los canales de comunicación se deben seguir los aspectos indicados en la tabla 10 y los pasos para su aplicación.

Tabla 10: Guía Para establecer los Canales de Comunicación.

Sección	Sub-Sección	Actividad
EJECUCIÓN DE LA GUÍA	Desarrollo de canales de comunicación	Diseñar un plan de reportaría.
		Establecer Arquitectura los procesos
		Desarrollar el plan de comunicación.

Fuente: Elaboración propia.

En otro sentido, se deben definir los informes internos necesarios para que la entidad confirme que no existen violaciones a las políticas o requerimientos emitidos por entidades regulatorias, la matriz de la estructura de esta información utiliza el mismo formato que la utilizada en la comunicación externa. Además de esto, se deben identificar aquellos informes que se requieren a voluntad de la alta dirección o para medir los niveles de satisfacción de los servicios.

Diseño un plan de reportaría: indicar los informes que se deben realizar por mandatos de las entidades reguladoras y las partes interesadas externas. También, se debe establecer una matriz para indicar el cronograma de la entrega de los informes, contenido de información exigible, fuente de información para la elaboración, responsable del diseño del informe, control de documentación, métodos para confirmar la entrega y recepción de la información.

Arquitectura de procesos: se debe identificar la relación existente entre las comunicaciones identificadas y los procesos de negocio para definir los responsables de su elaboración. Dentro de la arquitectura, se debe determinar las necesidades de las partes interesadas de dichas informaciones para estructurar aquellos informes de tal forma que logren satisfacer sus requerimientos. También se debe establecer un

protocolo para el formato de la información, de forma tal que los responsables de su elaboración estarán consientes de los criterios establecidos al ejecutar sus actividades.

Desarrollo del plan de comunicación: se debe realizar una evaluación general para determinar la oportunidad de implementar los mecanismos de comunicación, en el cual se evaluará el entendimiento de las partes interesadas internas y externas correspondiente a los objetivos, establecer un estado de futuro deseado, analizar las brechas entre el estado actual y el estado deseado. También se debe establece un plan de comunicación en el cual se indiquen todos los mensajes críticos que deben ser remitidos y los usuarios que serán destinados estos, las informaciones que estarán presentes en las comunicaciones y el cronograma de envió de estas.

Adicionalmente, se debe establecer los métodos y formatos de la comunicación que se utilizaran para los diferentes niveles de comunicación. De igual forma, para cada comunicación se deben establecer aspectos como, el objetivo de la comunicación o mensaje, los niveles de autorización para su entrega, identificar quienes responderán las cuestiones que surjan de estas, evaluar los métodos más eficaces para su transmisión, definir los aspectos de la institución que serán expresados.

3.3.4 Establecer plan de capacitación.

El Centro de Salud R.D. deberá crear las condiciones para educar al consejo de directores, administración, personal y toda la organización sobre la conducta y la ética, esperada, desarrollar e incrementar las habilidades y motivaciones necesarias para ayudar a la entidad a abordar las amenazas, oportunidades y la fortaleza que coadyuve a los objetivos institucionales. Para cumplir estos aspectos se deben diseñar ciertos aspectos que están identificados en la tabla 11.

Tabla 11: Guía para implantar los planes de capacitación.

Sección	Sub-Sección	Actividad
EJECUCIÓN DE LA GUÍA	Desarrollo del plan de capacitación	Desarrollar el plan de capacitación.
		Definir un plan de estudio.
		Desarrollas la adquisición de contenidos o información.
		Ejecutar los programas de comunicación.
		Establecer los canales o mesas de ayuda
		Suministrar de soportes integrado.

Fuente: Elaboración propia.

Definición del plan de capacitación: establecer un programa destinado a cada público pertinente de la organización concebido con el objetivo de que estos tengan los conocimientos generales sobre la capacidad, responsabilidad y conducta esperada, determinar la categoría de los contenidos a presentar como los niveles complejidad de la información, establecer mecanismos de aseguramiento que permitan asegurarse de que el personal solo recibe la capacitación pertinente. De la misma manera, se deben preparar los materiales para que detallen los elementos básicos, en el cual deberá estar incluido la misión, visión y valores. En ese orden, se deben evaluar aquellos recursos claves que requieran de capacitación de forma priorizada referente a los modelos de capacidad del GRC; las políticas o aspectos específicos de la entidad.

Establecer el plan de estudios: identificar los cursos de capacitación que se exigen desde un punto de vista legal, incluido: quién debe capacitarse, qué contenidos se deben cubrir, cuánto tiempo se debe dedicar al curso y cómo se medirá, y qué métodos se pueden utilizar. Al mismo tiempo, determinar que cada curso que incluya contenidos legales o sobre políticas, correlacionar el objetivo con los requerimientos específicos de tipo legal, con las políticas y riesgos, definir las competencias requeridas para funciones y cargos específicos. Además. Realizar una evaluación de las necesidades que identifique cada cargo o grupo de cargos que detalle los objetivos de

aprendizajes, módulos y su duración para capacitación, cronograma de curso, métodos para impartir los conocimientos y habilidades, definir los plazos de capacitación, entre otros aspectos.

Efectuar la capacitación: integrar la capacitación de la capacidad del modelo a otras capacitaciones existentes y utilizar la tecnología para impulsar, ejecutar y medir la educación y el nivel de sensibilización. Continuando en esa línea, preparar a la mesa de ayuda para responder consultas sobre el acceso y los contenidos de la capacitación.

Establecimiento del canal de consultas: la institución debe definir los métodos y las políticas relacionada al canal de consultas, la cual debe contener la responsabilidad del supervisor de brindar colaboración a los diferentes recursos. En esta línea, diferenciar los canales de consultas con aquellos establecidos para las denuncias, también la institución debe evaluar el anonimato de los recursos que consulten para asegurar la confidencialidad, para no afectar la atmosfera laboral. Simultáneamente, se debe establecer criterios que permitan determinar si las consultas son originas por acciones observadas o por la carencia de preparación que impacte en los cumplimientos de las conductas deseables. Además, se debe disponer de un listado de preguntas frecuentes y las respectivas respuestas para que puedan ser consultadas.

Suministrar apoyo integrado: establecer mecanismos para asegurarse que los supervisores y el personal de capacitación que intervienen en la consulta puedan responder las cuestiones que surjan sobre la autoridad, responsabilidades, temas de cumplimiento, riesgo y ética institucional. En ese sentido, se debe comunicar a los empleados el recurso elegido para responder las preguntas.

3.3.5 Establecimiento de un plan de incentivos.

El Centro de Salud R.D., deberá de crear un plan de incentivos que motiven conductas deseables y reconocer aquellos que contribuyen a resultados positivos para reforzar las conductas deseadas. Este plan de incentivo, es de una forma de motivar a las buenas prácticas, donde su motivación no solo involucra aspectos monetarios, sino crear una cultura de honestidad, respeto y transparencia a una institución que la imagen debe mantener. Para el desarrollo de este se debe establecer los criterios indicados en la tabla 12.

Tabla 12: Guía para desarrollar el plan de incentivos.

Sección	Sub-Sección	Actividad
EJECUCIÓN DE LA GUÍA	Establecimiento plan de incentivos.	Determinar la conducta deseada.
		Contratar y promover recursos basados en la conducta.
		Implementar programas de retribución, bonificación y compensación.

Fuente: Elaboración propia.

Definición de la conducta deseada: identificar los códigos de conducta alineados con la misión, visión y valores institucionales vinculados con las decisiones de la organización. También, se deberá establecer la definición, clasificación y los procedimientos para identificar los modelos de conducta dentro del personal que contribuyen al logro de los objetivos. Al mismo tiempo, se debe establecer como conducta deseada la notificación de la violación a los códigos de conducta de la institución.

Contratar y promover los recursos basados en la conducta: incluir en las descripciones de los puestos aspectos relevantes con la ética. También, tomar en consideración estos aspectos en la evaluación del desempeño, consideraciones del ascenso, aumento de los salarios u otras compensaciones que pudieran determinar. También tomar estos criterios para desvincular al recurso o establecer medidas disciplinarias. Definir un parámetro para determinar el ascenso que se considere basado en la capacidad de lograr los objetivos establecidos.

Establecer sueldos, remuneraciones que tomen en consideración las expectativas de conducta: diseñar una estructura de remuneración para recompensar el cumplimiento de los aspectos contenidos en el código de conducta al abordar las decisiones. Además, se debe evaluar los parámetros de compensación a los recursos claves de la institución, para que estos incluyan el mismo criterio que el resto del personal. Del mismo modo, se debe desestimar la compensación a recursos que manifiestan una conducta no ética.

En ese orden, se deben establecer premios basados en los parámetros establecidos en el código de conducta, a fin de exhibir la importancia de mantenerse actuando bajo la integridad. Este, puede incluir los aspectos de autoaprendizaje o el mejoramiento continuo.

3.3.6 Establecimiento de canales de comunicación.

En este apartado, se indican los canales de información para la notificación de los progresos en función de los objetivos propuestos, estos de forma general se detallan en la tabla 13.

Tabla 13: Guía para establecer los canales de comunicación.

Sección	Sub-Sección	Actividad
EJECUCIÓN DE LA GUÍA	Establecimiento o canales de comunicación	Identificación de la información.
		Filtrar la información.
		Establecimiento de los requerimientos de protección de datos.

Fuente: Elaboración propia.

Identificación de la información: El Centro de Salud R.D. deberá de crear los múltiples medios o canales de recepción de información para reportar el progreso del logro de objetivos, y la ocurrencia actual o potencial de conductas indeseadas y deseadas, condiciones y eventos, en los cuales, estos medios pueden ser comunicaciones personales, vía telefónica, correo electrónico, acceso a plataformas web destinadas para estos fines.

Filtro y envió de información: Establecer un procedimiento para el manejo de las comunicaciones, en el mismo se debe establecer el vocabulario para los tipos de incidentes e inquietudes, los formularios o campos de entrada de información para ser completados en la plataforma web, definir los niveles de escala para las notificaciones.

Adicionalmente, se debe establecer los procedimientos para la retención de la información, el seguimiento de las denuncias a medida que se solucionan los problemas, establecer el procedimiento para la retroalimentación de las notificaciones lo cual permitirá que el recurso que notifica este enterado del progreso de la investigación.

Establecimiento de los requerimientos de protección de datos: establecer el anonimato de los denunciantes en todas las notificaciones recibidas. Para una mejor eficiencia, se deben adaptar los estándares de protección de datos tanto nacional como

internacional. En ese orden, se deben establecer los canales de denuncias tanto para los clientes de la institución, proveedores o empleados internos.

3.3.7 Determinación del proceso de investigación.

Una vez que la institución asuma el modelo de las capacidades del GRC, el Centro de Salud R.D. periódicamente deberá de buscar información para comprender las percepciones acerca del gobierno, aseguramiento y desempeño de la gestión, riesgo y cumplimiento, y la ocurrencia de hechos y actividades indeseadas, por consiguiente, será necesarios la creación de varios mecanismos para obtener las opiniones, los cuales están indicados en la tabla 14.

Tabla 14: Guía para determinar los procesos de investigación.

Sección	Sub-Sección	Actividad
EJECUCIÓN DE LA GUÍA	Determinación proceso de investigación	Establecer Múltiples canales para obtener información.
		Establecer un enfoque integrado a lo largo de la organización para las Encuestas
		Establecer un enfoque integrado para la Auto-Evaluación
		Reunir Información a través de Observaciones y Conversaciones
		Reportar Información y Hallazgos

Fuente: Elaboración propia.

Establecer Múltiples canales para obtener información: Estos canales para buscar periódicamente información para comprender las percepciones acerca del gobierno, aseguramiento y desempeño de la gestión, riesgo y cumplimiento, y la ocurrencia de hechos y actividades indeseadas, el Centro de Salud R.D. realizar los siguientes:

- Utilizar reuniones o conversaciones relevantes que se tiene con públicos objetivo (reuniones de empleados, sesiones de información de analistas de mercado, grupos asesores de clientes, sesiones para compartir experiencias, reuniones con entidades de gobierno, revisiones de clasificadoras de riesgo, auditorías, etc.) para obtener información.
- Instituir oportunidades para mantener conversaciones formales con el personal.
- Fomentar conversaciones informales y establecer una política de puertas abiertas.
- Establecer una estrategia de soluciones tecnológicas para que la organización pueda sacarle provecho a la tecnología en cuanto a la obtención de información sobre el progreso en el logro de objetivos, y la existencia de conductas indeseables, condiciones y eventos al analizar la información organizacional y externa.

Establecer un enfoque integrado a lo largo de la organización para las Encuestas: establecer un enfoque para las encuestas a lo largo de toda la organización que reduzca el umbral sobre temas de encuesta y aporte una perspectiva consolidada de información obtenida de las partes interesadas, donde el centro de salud deberá considerar los siguientes:

- Definir las encuestas y audiencias clave.
- Inventariar las encuestas que ya existen y analizar la periodicidad y los contenidos.
- Utilizar soluciones tecnológicas para proporcionar a la organización información proveniente de datos incluidos en los sistemas y las bases de datos.
- Determinar discrepancias en las encuestas que ya existen en comparación con las que se desea tener.
- Elaborar encuestas adicionales que sean necesarias.
- Establecer un calendario integrado de las encuestas, para medir e indagar percepciones de los clientes y pacientes.

- Determinar los métodos apropiados para aumentar las tasas de respuesta y la imparcialidad en las encuestas: Método de entrega de la encuesta (electrónica, telefónica, en papel, etc.), oportunidad de responder en forma anónima, incentivo o retribución por participar, o bien.
- Instituir oportunidades para mantener conversaciones formales con el personal.
- Fomentar conversaciones informales y establecer una política de puertas abiertas.

Establecer un enfoque integrado para la Auto-Evaluación: implantar un enfoque de auto-evaluación que integre la evaluación de responsabilidades y resultados de desempeño, riesgo y cumplimiento con otras evaluaciones impuestas por la dirección.

- Definir las autoevaluaciones clave y audiencias objetivo
- Inventariar requerimientos actuales de autoevaluaciones y analizar la periodicidad y los contenidos.
- Correlacionar las autoevaluaciones que se desea tener con las que ya existen respecto a la cobertura de contenidos.
- Determinar las discrepancias en las autoevaluaciones que ya existen para abordar las necesidades de las evaluaciones de la capacidad.
- Formular preguntas adicionales necesarias para la autoevaluación.
- Establecer un calendario integrado de autoevaluaciones.

Reunir Información a través de Observaciones y Conversaciones: instituir métodos informales de agregación de información sobre puntos de vista de partes interesadas mediante observaciones, reuniones de grupo, grupos focales y conversaciones con los individuos.

- Determinar las oportunidades para recolectar opiniones a través de reuniones programadas que ya existen con diversos grupos de partes interesadas

- Coordinar la calendarización de los grupos y otras reuniones establecidas con el fin de conversar sobre los temas de la capacidad.
- Establecer un método para recopilar la información que la administración recolecta durante conversaciones e interacciones informales con el personal y otras partes interesadas sobre sus opiniones.
- Establecer métodos para observar el comportamiento del personal y recolectar información sobre actitudes y creencias respecto al compromiso de la entidad con los valores y la capacidad

Reportar Información y Hallazgos: proveer información y hallazgos de todos los métodos de indagación a las partes y grupos de interés.

- Analizar la información y los resultados para identificar y derivar los temas que requieren una atención inmediata.
- Analizar la información y los resultados para identificar y derivar información pertinente para análisis de riesgos y alternativas de optimización.
- Analizar la información y los resultados para identificar y derivar las debilidades de la capacidad a fin de mejorarlas
- Documentar indagaciones u observaciones usando un sistema o método que permita realizar seguimiento posterior y mayor análisis.

3.3.8 Respuesta a acciones indeseables.

Una vez que la institución asuma el modelo de las capacidades del GRC, el Centro de Salud R.D. deberá diseñar y, cuando sea necesario ejecutar respuestas a acciones indeseables, eventos o debilidades identificadas o sospechosas, la cual deberá establecer un proceso de investigación (ver tabla 15).

Tabla 15: Guía de respuesta para acciones indeseables.

Sección	Sub-Sección	Actividad
EJECUCIÓN DE LA GUÍA	Respuesta de acciones indeseables.	Establecer Procesos de Investigación.
		Preparar el manejo de Situaciones de Crisis
		Adelantar los Procesos de Resolución
		Mejorar las Capacidades
		Disciplinar y Re-entrenar

Fuente: Elaboración propia.

Establecer Procesos de Investigación: desarrollar procesos de investigación interna para direccionar las denuncias o indicaciones de conductas indeseables y mantener un proceso de atención a las demandas e investigaciones externas.

- Establecer un equipo para procesar los problemas que se identifican a través de quejas, inquietudes u otros métodos (otros se pueden sumar al equipo dependiendo caso a caso para abordar tipos específicos de problemas).
- Definir un procedimiento para asegurar que los supuestos autores no participan del procesamiento o investigación y son removidos de cualquier situación cercana a la investigación.
- Desarrollar y utilizar taxonomías para clasificar las denuncias y su nivel de gravedad.
- Establecer un proceso inicial de selección para separar los problemas que pueden resolverse rápidamente y darle otro tratamiento que necesiten una investigación distinta.
- Definir la metodología para gestionar los problemas incluyendo los siguientes pasos clave: tales como la categoría de los problemas consultas, confirmación de la situación, análisis e investigación, niveles de escala para comunicación a las autoridades.

Preparar el manejo de Situaciones de Crisis definir planes para responder a diferentes tipos de crisis y recuperar la continuidad del negocio. Además, Identificar los tipos de crisis que podrían surgir y crear una lista de ejemplos específicos considerados como probables o con un efecto significativo, si es que ocurrieran, incluidos los hechos con impacto a nivel de crisis en la infraestructura, los datos almacenados de los clientes o información confidencial. También, se deberán establecer los criterios para responder a las interrupciones debido a fallas eléctricas, interrupción de los sistemas de tecnología y agitaciones políticas.

Adicionalmente, se deben establecer los planes de acción en situación de crisis política, física o de un proceso mal estructurado. Además de establecer el equipo conformado para atender dichas situaciones.

Mejorar las Capacidades: asegurar que la información fluye sin problemas dentro de los procesos para la identificación, corrección de acciones y control de debilidades, aplicando los cambios necesarios.

- Proponer cambios a controles y acciones definidas para corregir fallas en las capacidades que causaron el problema o incidente.

- Documentar los resultados incluidos: categorías de los resultados, motivo, resolución y remediación.

- Resolver los problemas o incidentes reportados usando los procesos de corrección.

Disciplinar y Re-entrenar: aplicar acciones disciplinarias, de manera consistente, frente a las faltas de los individuos y proveer el re-entrenamiento que se considere necesario

- Definir y hacer cumplir un procedimiento y criterios para aplicar medidas disciplinarias sistemáticamente dado el tipo de mala conducta.

- Gestionar medidas disciplinarias apropiadas según las políticas, procedimientos, leyes y normas vigentes.

- Hacer un seguimiento de las acciones disciplinarias e incluirlas en los archivos del personal y los registros de toda la empresa.

- Proveer un re-entrenamiento adecuado

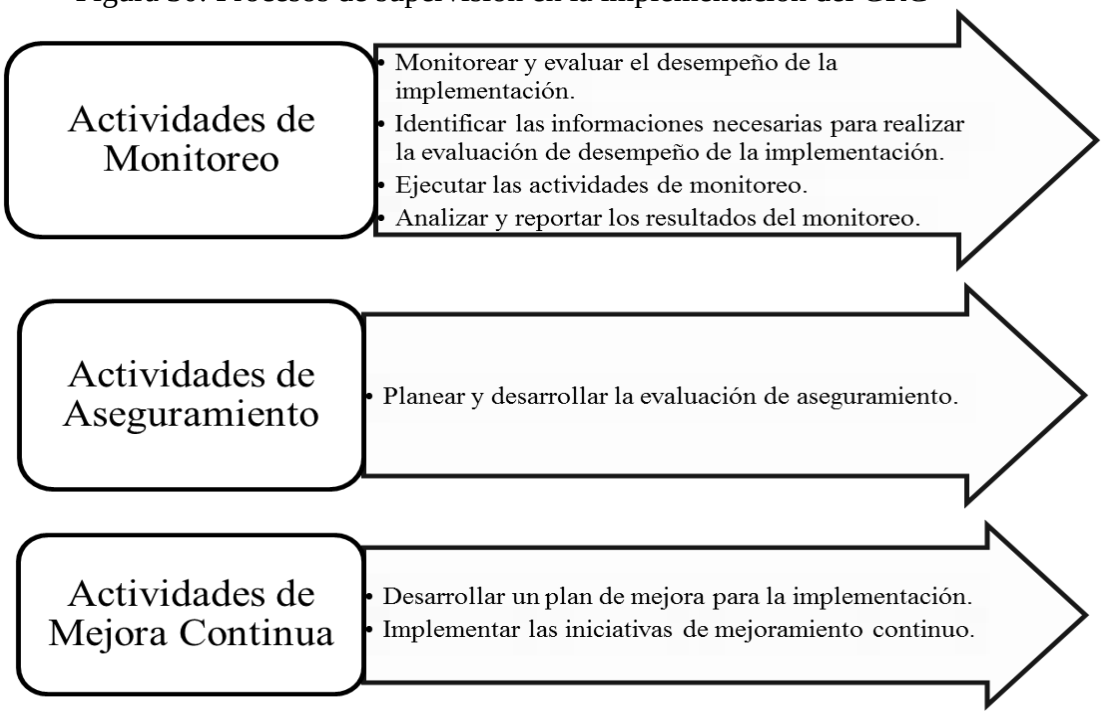
- Informar periódicamente al Consejo de Directores sobre medidas disciplinarias importantes que se han adoptado (y los hechos y circunstancias implicadas).

- Revisar periódicamente medidas disciplinarias previas para asegurar que exista coherencia.

3.4 EXAMINAR PROCESOS DE ADECUACIÓN AL GRC.

Para lograr el desempeño basado en principios, una organización tiene que monitorear, medir, mejorar y proveer aseguramiento sobre las acciones y controles para garantizar que son aplicados y están funcionando, en forma adecuada, para lograr los objetivos. Los cambios en el contexto externo e interno pueden modificar los niveles inherente y residual del riesgo y cumplimiento, haciendo las acciones y controles actuales inefectivos. Cuando la efectividad operacional es limitada o los cambios del contexto son relevantes, la organización tiene que redefinir acciones adecuadas y controles consistentes con los criterios de toma de decisiones para el logro de los objetivos. De hecho, puede también necesitar reconsiderar sus objetivos y estrategias, como se muestra en la figura 30.

Figura 30: Procesos de supervisión en la implementación del GRC



Fuente: Elaboración propia.

3.4.1 Actividades de Monitoreo.

Monitorear y evaluar periódicamente el desempeño de la capacidad para asegurar que, si el diseño y las operaciones son efectivos, eficientes y responden al cambio interno o externo que el Centro de Salud R.D. esta compelida al manejo adecuado, estos procesos se detallan en la tabla 16.

Tabla 16 Guía para el diseño de actividades de monitoreo.

Sección	Sub-Sección	Actividad
EJECUCIÓN DE LA GUÍA	Actividades de Monitoreo	Monitorear y Evaluar el Diseño de la Capacidad.
		Identificar la Información del Monitoreo
		Desarrollar las Actividades de Monitoreo
		Analizar y Reportar los resultados del Monitoreo

Fuente: Elaboración propia.

Seleccionar un método de monitoreo apropiados para cada aspecto de las capacidades tomando como base las metas y grado de aseguramiento, como, por ejemplo: tecnologías para identificar incidentes de incumplimiento de los procedimientos establecidos, revisión periódica de muestras de informes, formularios u otra documentación exigido revisión periódica de indicadores de desempeño establecidos, y revisión periódica de la información de pruebas de control. En adelante se presenta los detalles de los elementos que compone la ejecución del monitoreo:

Monitorear y Evaluar el Diseño de la Capacidad: definir los aspectos del diseño de capacidad para que sean reevaluados periódicamente, entre los que se incluyen el monitoreo del desempeño de todas las acciones y controles definidos. Además, se debe conseguir la integración en el aseguramiento para las autoridades de gobierno sobre la efectividad del diseño y la operación de las acciones y controles y su contribución para el logro de los objetivos. Generación de una red de retroalimentación y evaluación de lecciones aprendidas. Mejoramiento de la efectividad del diseño y operación de las acciones y controles definidos cuando sea necesario.

Identificar la Información del Monitoreo: identificar la información que se usará para soportar la evaluación del desempeño; de las actividades de optimización del riesgo y sobretodo del desempeño de la capacidad, en cual el Centro de Salud R.D. deberá considerar los siguientes:

- Monitorear y evaluar el diseño de la capacidad, establecer una agenda para la reevaluación periódica del diseño de la capacidad a la luz de los objetivos, oportunidades, requerimientos y cambios del contexto.
- Identificar información concluyente que pueda utilizarse para definir si una actividad de control/optimización de riesgo es eficaz, eficiente y de buena reacción.
- Considerar la información directa proveniente del monitoreo de los ambientes externos e interno.

- Considerar la información directa sobre incidentes verificados y perfiles generales de conductas indebidas
- Considerar la información directa proveniente de las pruebas efectuadas a los controles.
- Identificar las actividades de optimización de riesgo clave que, de fallar, puede que no se detecten en forma oportuna (puntos de falla)
- Identificar las actividades para la optimización de riesgo cuya falla podría desencadenar la falla de otras actividades para el mismo fin (puntos de falla en cascada).
- Identificar las actividades para la optimización de riesgo que pueden compensar las fallas de otras actividades clave (actividades compensatorias clave)
- Utilizar soluciones tecnológicas para aportar al monitoreo

Desarrollar las Actividades de Monitoreo: desarrollar actividades de monitoreo para soportar la evaluación del desempeño de la capacidad.

- Revisar los documentos y las muestras de datos identificados.
- Realizar entrevistas y encuestas.
- Consolidar la información de diferentes fuentes para permitir la comparación y el análisis.

Analizar y Reportar los resultados de Monitoreo; analizar los resultados de las actividades de monitoreo para identificar debilidades y oportunidades para el mejoramiento sistémico como:

- Analizar la información proveniente de actividades para evitar, detectar y reaccionar, incluidas las investigaciones que se han finalizado y las que están en curso.
- Analizar la información proveniente de las actividades para el control del capital humano.
- Analizar la información proveniente del monitoreo del contexto.

- Identificar y analizar las razones de la existencia de información conflictiva
- Determinar la validez y confiabilidad de la información
- Determinar si las conductas indebidas o fallas de los controles superan las tolerancias aceptables establecidas.
- Determinar si una serie de instancias de conductas indebidas o fallas de controles se relaciona con una localidad, supervisor, gerente o persona en particular.
- Determinar si una serie de fallas de los controles se relaciona con un proceso, capital humano, tecnología o control físico en particular.
- Informar sobre los resultados y reacciones generales propuestas a las partes interesadas pertinentes internos y externos.
- Analizar las complejidades de los controles. Los controles más complejos normalmente presentan un mayor grado de posibilidad de falla.
- Analizar las habilidades y conocimiento que se necesitan para realizar un control y la disponibilidad de éstas, ya que su insuficiencia rápidamente afectará estos controles.
- Analizar el grado de automatización en comparación con la ejecución manual del control ya que: los controles manuales son más propensos al error humano que los automatizados y los controles automatizados son más propensos a los errores voluminosos y repetidos, si existe un problema sistémico.
- Analizar las fallas anteriores relacionadas con los controles.

3.4.2 Determinación de actividades de aseguramiento.

Proveer aseguramiento a la gerencia, la autoridad de gobierno y otras partes interesadas sobre la confiabilidad, efectividad, eficiencia y respuesta de la capacidad se debe considerar los procesos de aseguramiento presentados en la tabla 17.

Tabla 17: Guía Establecimiento procesos de aseguramiento.

Sección	Sub-Sección	Actividad
EJECUCIÓN DE LA GUÍA	Aseguramiento	Planear la Evaluación del Aseguramiento.
		Desarrollar la Evaluación del Aseguramiento

Fuente: Elaboración propia.

Revisar los informes de monitoreo y los cambios en la capacidad llevados a cabo anteriormente por la administración como parte del proceso del aseguramiento. La institución deberá de seleccionar una muestra adecuada de transacciones/controles para examinar y determinar si la capacidad del modelo GRC está siendo gestionada acorde con la misión, visión, valores y el criterio para la toma de decisiones. Analizar la evidencia recolectada, los resultados de la exanimación, desarrollar conclusiones sobre el diseño y la efectividad operativa de la capacidad del GRC, preparará un reporte de aseguramiento y recomendaciones para la administración y al consejo de directores.

Planear la evaluación de aseguramiento: determinar el alcance, procedimientos y criterios requeridos para proveer un nivel de aseguramiento deseado a partes interesadas y relevantes, donde el Centro de Salud R.D. tendrá que establecer los siguientes criterios como:

1. Determinar el alcance de la revisión
2. Determinar el nivel de seguridad deseado
3. Identificar los encargados de realizar la evaluación que sustenta el nivel de seguridad

Desarrollar la evaluación del aseguramiento: diseñar procedimientos, evaluar resultados frente a los criterios establecidos, hacer recomendaciones relevantes y reportar los resultados y conclusiones.

- Revisar los informes de monitoreo y los cambios en la capacidad llevados a cabo anteriormente por la administración como parte del proceso del aseguramiento.
- Seleccionar una muestra adecuada de transacciones/controles para examinar y determinar si la capacidad está siendo gestionada acorde con la misión, visión, valores y el criterio para la toma de decisiones.
- Analizar la evidencia recolectada, los resultados de la exanimación y desarrollar conclusiones sobre el diseño y la efectividad operativa de la capacidad.
- Preparar un reporte de aseguramiento y recomendaciones para la administración y al consejo de directores.

3.4.3 Mejoramiento continuo.

Examinar la información de monitoreo, evaluación periódica, aseguramiento y acciones y controles detectivos, para identificar oportunidades para el mejoramiento de la capacidad del GRC, como se muestra en la tabla 18.

Tabla 18: Guía para establecer actividades de mejora continua.

Sección	Sub-Sección	Actividad
EJECUCIÓN DE LA GUÍA	Mejoramiento Continuo	Desarrollar un Plan de Implementación.
		Implementar Iniciativas de Mejoramiento Continuo

Fuente: Elaboración propia.

Desarrollar un Plan de Implementación: desarrollar un plan priorizado para implementar los mejoramientos de la capacidad se requiere los siguientes:

- Preparar una cartera de iniciativas de desarrollo y mejoramiento continuo.
- Comunicar el plan a la administración.
- Definir las recomendaciones provenientes de informes y resultados de investigaciones que no se incluyen en el plan y aportar (una) explicación(es) y obtener la autorización para ejecutar el plan de desarrollo y mejoramiento continuo.

Implementar Iniciativas de Mejoramiento: establecer acciones específicas orientadas a mejorar la capacidad y planes de acción específicos del modelo GRC, el Centro de Salud R.D. deberá de realizar los siguientes:

- Adaptar las prioridades y planes existentes para hacer ajustes y agregar al programa. Mejorar las capacidades de gestión del cambio y de gestión de proyectos/programas según la necesidad de las iniciativas adicionales.
- Dedicar recursos para llevar a cabo las iniciativas. Gestionar las iniciativas según los planes e informar periódicamente sobre el estado de los proyectos y portafolio de proyectos. Confirmar que las iniciativas se finalizaron como se definían en el plan desarrollo y mejoramiento continuo.
- Evaluar si se lograron los objetivos de mejora previstos
- Documentar los cambios de GRC, incluidos los que se realizan, de haberlos, en el plan estratégico de GRC, la matriz de riesgos priorizados y el plan para la optimización de riesgo.

CONCLUSIONES

La presente tesis tuvo como objetivo principal conocer las generalidades del Centro de Salud R.D. y el Sector Salud de la República Dominicana. También, analizar los aspectos generales del Modelo de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento y por último presentar una guía como una herramienta para la implementación del Modelo GRC en el Centro de Salud R.D. en la República Dominicana.

Para responder cada uno de los objetivos planteados, primero se realizó un levantamiento y análisis de informaciones generales del Centro de Salud R.D. con el fin de obtener una visión panorámica del mismo, tanto en su arquitectura organizacional como en aspectos administrativos. Como resultado el centro evidencio, que, a pesar de existir debilidades en su estructura, el mismo cuenta con cada uno de los componentes del Modelo GRC de forma independiente. Sin embargo, al no tener alineados dichos sistemas, procesos y actividades claves, el centro no cuenta con una estructura organizacional que le permita aprovechar al máximo las ventajas que ofrecen la armonía de estos sistemas, los cuales se deben tener presente en la definición de los objetivos y estrategias del Centro, para así alcanzar los objetivos de forma confiable y transparente. También, se evidencio que dichos sistemas no están en un nivel de madurez que permita el uso eficiente de los recursos del Centro.

No obstante, al estudiar el sector de salud de la República Dominicana bajo el marco legal creado en la Ley General de Salud, Ley 42-01 y El Sistema Dominicano de Seguridad Social, Ley 87-01, se pudo evidenciar cuán importante es la existencia de un sistema socializado dirigido para aquellas personas que requieren atención médica y no cuentan con los recursos necesarios para costearlos y un sistema privado para pacientes afiliados.

Así como también, la importancia de la existencia del Ministerio De Salud Pública (MSP) como organismo rector, quien es la máxima autoridad del sector salud y tiene la potestad de supervisar y controlar las entidades que prestan servicios de salud, guiar las políticas de proyectos sanitarios, administrar los recursos de las diferentes índoles, supervisar la salud en general, coordinar las acciones de las diferentes instituciones públicas y privadas. En consecuencia, este organismo rige y establece todos los aspectos por los cuales se debe regir al Centro de Salud R.D relacionado a los servicios que presta a los ciudadanos nacionales e internacionales.

Por otro lado, al analizar los aspectos generales del Modelo Gobierno, Riesgo y Cumplimiento, se obtuvo una mejor comprensión sobre los estándares que dan origen al acrónimo de GRC. Relacionado con el gobierno corporativo, este brinda las directrices para guiar la ejecución de las actividades de las empresas, aumentando el compromiso de la dirección en la efectividad y repercusiones que pudieran originarse de esta. Este, al ser más profundo que las normas y reglamentos tiene como objetivo principal asegurar a las partes interesadas externas que las decisiones son tomadas éticamente, garantizando la inversión destinada en la empresa, el cumplimiento de las regulaciones y alcanzar la satisfacción de las partes interesadas.

Respecto al sistema de gestión de riesgo, éste permite identificar las eventualidades que pudieran afectar el logro de los objetivos institucionales. Este proceso de identificación, análisis y respuesta de los riesgos permite a las instituciones o personas establecer las actividades para disminuir la probabilidad de materialización de los riesgos, además permite calcular el efecto económico de estos eventos o de los controles para mejorar la planificación económica de la institución.

Por otro lado, el sistema de cumplimiento permite identificar aquellas unidades de negocio de los cuales se requieren que cumplan con directrices externas y/o internas. Al estableces los parámetros de cumplimiento, se disminuyen la probabilidad de ser afectados por demandas de clientes y proveedores. Este va más allá que cumplir con estándares, sino que involucran también los cumplimientos de aspectos éticos

indicados en los códigos de conductas, garantizando el buen comportamiento de los empleados que se involucran a la hora de prestar los servicios.

Ante este escenario, se concluye que al diseñar una guía para adoptar dicho modelo en el Centro de Salud R.D. este obtendrá la capacidad para cumplir con los estándares aplicables al sector, alinear los procesos y procedimientos institucionales para optimizar el desempeño de la mano con la transparencia, asignación de roles y responsabilidades. Igualmente, fortalecerá la disciplina operativa para reducir la exposición a riesgos, los procesos de cumplimiento, el sistema de control interno institucional y el uso eficiente de los recursos a fin de mejorar la coordinación de los procesos internos y aspectos de clima laboral.

Además, el enfoque del centro irá más allá del simple cumplimiento de las leyes y regulaciones nacionales, sino que tomará en consideración todos los aspectos internos y externos de la organización, exaltará la importancia de utilizar herramientas como el diagnóstico de madurez, las mejores prácticas de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento, las actividades de monitoreo y así proporcionará informaciones confiables a la hora de la toma de decisiones, agregando así valor a la institución. Por consiguiente, mejora su imagen corporativa con el cumplimiento de estándares y mejores prácticas hospitalarias internacionales y lograr posicionarse como una institución de clase mundial.

Por lo tanto, este cambio tendrá también, un impacto a la hora de preservar y salvar vidas de cada uno de los pacientes atendidos en el Centro de Salud R.D., pues al alinear los procesos los servicios tendrán mayor calidad, las atenciones harán que los clientes disfruten de una mejor experiencia en su estadía, los médicos contaran con un sistema óptimo para la captación de los insumos necesarios los cuales estarán disponibles en el momento justo para cubrir cualquier emergencia y otros procedimientos.

RECOMENDACIONES

Una vez concluida la presente tesis, en adición a los aspectos tratados en la guía presentada, es oportuno brindar otras recomendaciones para guiar la implementación del modelo GRC en el Centro de Salud R.D. y crear las condiciones para asegurar su correcta aplicación y mejora de los procesos del negocio, estas son las siguientes:

- Estructurar un equipo responsable para ejecutar la implementación del Modelo GRC, cuyos miembros deben contener las competencias en el manejo de oportunidades, riesgos y cumplimiento, además de tener una visión crítica en el tipo de negocio que opera la institución.

- Seleccionar una unidad o departamento como piloto para implementar el modelo del GRC, para ir ramificando a medida de lo posible a la demás estructurada del organigrama.

- Crear una unidad o comité para la gestión de riesgos institucionales. Los cuales deben tener dentro de sus funciones la responsabilidad de identificar, evaluar y establecer medidas de respuesta para reducir la probabilidad de impacto de unos de los riesgos. Además, se deben establecer los criterios de tolerancia, capacidad y apetito de riesgos, los cuales deben están incluidos en los diferentes procedimientos de uso general en la institución.

- Definir el rol del oficial de cumplimiento en la institución, quien velará por el cumplimiento tanto de las normas impuestas por las entidades regulatorias como aquellos estándares acogidos voluntariamente por la institución. Del mismo modo, debe velar por el cumplimiento del código de conducta, en donde se presentan los comportamientos que la gerencia espera de sus colaboradores y aquellas acciones que no tolera. Además, se deben definir los reportes de

información que este debe entregar a la gerencia sobre los niveles de cumplimiento institucional.

- La Gerencia de Auditoría Interna, debe desarrollar el estatuto de auditoría conforme a las normas emitidas por el instituto internacional de auditoría interna. En el mismo, se deben indicar el objetivo de la función de auditoría interna, la misión y responsabilidad en las operaciones del centro, la autoridad conferida por el comité de auditoría y el patronato. De igual forma se deben indicar cuales servicios de aseguramiento y consultoría brinda a la institución.

- En el programa de inducción del personal, incluir una sección para presentar la responsabilidad de todos los departamentos institucionales. De esta forma, cada recurso conocerá la responsabilidad sobre la gestión de los procesos de riesgo y cumplimiento, facilitando así la comunicación interna de la institución.

- Adquirir un software para identificar incidencias relacionado al Gobierno, Riesgo y Cumplimiento, tales como ACL GRC, CASEWARE DELUXE, que permitan la planificación y administración de las actividades de aseguramiento al verificar los controles sistematizados de la institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación española compliance, Libro blanco sobre la función de compliance, Madrid, marzo de 2017 (Recuperado de http://www.asociacioncompliance.com/Ascom/wp-content/uploads/2017/04/Libro-Blanco-Compliance-ASCOM.pdf)

Asociación Española de Normalización, UNE-ISO 19600: 2015

BDO. Definición de GRC. (Recuperado de https://www.linkedin.com/grps/BDO-GRC-Latam-3045652)

COSO 2013 Internal Control – Integrated Framework", (Recuperado de https://www.iit.comillas.edu/pfc/resumenes/53918313c47f9.pdf)

Decreto no. 664-12, que crea el reglamento de aplicación de la ley del mercado de valores.

Ernst & Young Global Limited (EYG). Definición de GRC (recuperado de http://www.ey.com/mx/es/services/advisory/performance-improvement/grc--alinear-el-riesgo-con-la-estrategia-de-negocio)

Farré Coma, Jordi. (2005). Comunicación de riesgo y espirales del miedo. Comunicación y sociedad, (3). (Recuperado de http://www.redalyc.org/html/346/34600305/)

Gaitán, R. E. (2016). Administración de riesgos ERM y la auditoría interna: Segunda edición. Ecoe Ediciones. (Recuperado de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=psK4DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT18&dq=Gobierno,+riesgo+y+cumplimiento&ots=v24BOVXtuz&sig=M9nqgCHXesmZvx9tLQbnu8DvMK0#v=onepage&q=Gobierno%2C%20riesgo%20y%20cumplimiento&f=false).

Grupo abierto de ética y cumplimiento (OCEG por sus siglas en inglés) (2015) et al. Modelo de capacidad de GRC, versión 3.0. (Recuperado de https://www.oceg.org/resources/modelo-de-capacidad-de-grc-version-3-red-book/)

Instituto de auditores internos de España. Definición e implantación de apetito de riesgo. (Recuperado de https://auditoresinternos.es/la-f%C3%A1brica-de-pensamiento/documentos/documentos-anteriores)

Instituto de Auditores Internos (2013), IA Declaración de Posición: Las tres líneas de defensa para una efectiva Gestión de Riesgos y Control, pág. 4. (Recuperado de https://na.theiia.org/translations/PublicDocuments/PP%20The%20Three%20Lines%20of%20Defense%20in%20Effective%20Risk%20Management%20and%20Control%20Spanish.pdf)

Jama Nazareno, B. (2013). Propuesta de un modelo de gestión de riesgo para las instituciones públicas basado en la norma ISO 31000 (Master's thesis, QUITO/PUCE/2013). (Recuperado de: http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/6327/T-PUCE-6514.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

KPMG. Definición de GRC. (Recuperado de https://home.kpmg.com/es/es/home/servicios/advisory/risk-consulting/gobierno-riesgo-cumplimiento.html)

Leuro Carvajal, A. P. (2014). El riesgo empresarial y su relación con las Normas Internacionales de Auditoria y Aseguramiento. Revista Civilizar de Empresa y Economía, 5(9), 88-104. (Recuperado de: http://revistas.usergioarboleda.edu.co/index.php/ceye/article/view/267/227)

Ley 42-2001 Ley General de Salud.

Ley 479-08 Las Ley General de las Sociedades Comerciales y Empresas Individuales de Responsabilidad Limitada

Ley 87-2001 Sistema Dominicano de seguridad social.

Norma, I. S. O. 31000: 2009. Gestión de riesgos. Principios y directrices.

Organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE) recuperado de : https://www.oecd.org/daf/ca/corporategovernanceprinciples/37191543.pdf

Rathe, M., & Moliné, A. (2011). Sistema de salud de República Dominicana. salud pública de méxico, 53, s255-s264. Recuperado de: http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/20.pdf

Reding, K. F., Sobel, P. G., Anderson, U. L., Head, M. J., Ramamoorti, S., Salamasick, M., & Riddle, C. (2009). Auditoría interna: servicios de aseguramiento y consultoría.

Reina M, Angulo SI, Segura AM, Trujillo A. Elementos para la gestion de riesgos en las entidades promotoras de salud del regimen contributivo en Colombia. Rev CES

Med 2010;24(1):19-35 (2010).). (Recuperado de http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/974/736)

Resolución 355-13 que sustituye la resolución no. 354-13 que establece las normas de gobierno corporativo para las administradoras de fondos de pensiones (AFP) y la empresa procesadora de la base de datos (EPBD).

Resolución no. 361-14. Sobre el recurso de reconsideración interpuesto por UNIPAGO, s.a., contra de la resolución 359-14 de fecha 21 de abril de 2014 sobre infracciones y sanciones relativas a los incumplimientos por parte de las administradoras de fondos de pensiones (AFP) y la empresa procesadora de la base de datos, (EPBD/UNIPAGO) a las normas de gobierno corporativo.

Romero, E. G. (2014). APETITO AL RIESGO.

Steinberg, Richard M. (2011) Risk Management and Compliance

Vásquez Bernal, Ricardo (2015) fundamentos de GRC: Gobierno, Riesgo y Cumplimiento. Colombia: Baker Tilly. Pag. 4 (recuperado de: http://www.bakertilly.co/wp-content/uploads/2017/Libro_Fundamentos_de_GRC.pdf)

ANEXOS

Vicerrectoría de Estudios de Posgrado

Máster Auditoría Integral y Control de Gestión

"DISEÑAR UNA GUIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE GOBIERNO, RIESGO Y CUMPLIMIENTO (GRC) EN EL CENTRO DE SALUD R.D., EN REPÚBLICA DOMINICANA."

Postulantes:

Ramia Dolores Guzmán Guerrero	**2006-0017**
Nelson A. Rodríguez Medina	**2015-3349**
Luis Rodríguez Acosta	**2010-2416**

Profesora:

Dra. Iara V. Tejada

Santo Domingo, D. N.
Septiembre 2016

Los conceptos emitidos en el presente trabajo, son de la exclusiva responsabilidad de los sustentantes.

INDICE

INTRODUCCIÓN		**1**
1.	**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**	**3**
2.	**OBJETIVOS**	**4**
3.	**JUSTIFICACIÓN**	**5**
4.	**MARCO REFERENCIAL**	**6**
5.	**MÉTODOS Y TÉCNICAS A EMPLEAR EN LA INVESTIGACIÓN:**	**4**
6.	**TABLA DE CONTENIDO**	**6**
7.	**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**	**8**

INTRODUCCIÓN

Uno de los modelos de negocio que se ha revestido de gran importancia es el Modelo de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento (GRC), ya que involucra todos los niveles de la organización, dando lugar a canalizar o integrar todos los procesos con el fin de cumplir con los objetivos de la institución. Esta investigación, se realizara con la finalidad de identificar las herramientas necesarias para diseñar un plan para la implementación del Modelo GRC en una Organización No Gubernamental del sector salud, en la República Dominicana. Este modelo es elegido por las múltiples contribuciones que brindan a las diferentes instituciones que opten por desarrollar un proyecto para su implementación y sobre todo por el impacto positivo que brindaría dicho plan en dichas organizaciones. Cabe destacar, que por protección a la privacidad y confidencialidad de la empresa en la que se desarrollara esta investigación, no se revelara el nombre real de la institución sino que el mismo será sustituido por “Centro de Salud R.D.”

En esta investigación, escogimos el Centro de Salud R.D. ya que es una de las organizaciones de salud más prestigiosas del país y está considerada entre las instituciones de salud más modernas en República Dominicana, Centroamérica y el Caribe. La misma, ha realizado grandes aportes a la medicina dominicana en la prestación de servicios de salud, llevando a cabo procedimientos y estudios que nunca se habían realizado en el país.

Al mismo tiempo, brinda una plataforma en la cual se puede desarrollar y definir los pasos a cumplir para diseñar un plan para la implementación del Modelo GRC, tomando en consideración los aspectos internos y externos de

la organización, la aplicación de un diagnóstico de madurez, aplicación de las mejores prácticas de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento, actividades de monitoreo y recursos necesarios para vigilar y mantener la efectividad de dicha implementación.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El modelo de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento (GRC), busca integrar los diferentes departamentos y el esfuerzo de las áreas en la institución para mejorar la toma de decisiones encaminadas al logro de los objetivos institucionales. En el caso de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) del sector salud en la República Dominicana, las regulaciones emitidas por el Ministerio de Salud y el Congreso Nacional no les exigen adoptar Modelos como este. Por lo que las mismas desaprovechan aspectos innovadores que contemplan dichos estándares para mejorar el desempeño de la misma.

En el caso del Centro de Salud R.D., en el mismo no están definidas las responsabilidades frente al patronato, ni las responsabilidades de los diferentes unidades dentro de la empresa, no se toman en consideración las normativas aplicables al momento de la toma de decisiones. Por otro lado, las regulaciones internas y externas no son analizadas constantemente para reducir el impacto por incumplimiento y así medir la capacidad de la organización para cumplir con ellas. Además, los objetivos institucionales no van conjunto a la estrategia, por lo que las metas son más difíciles de lograr. También, existen procesos que no se han implementado. Por consiguiente, surgen enfoques diferentes lo que lleva a la gerencia a no tener un control de los mismos, afectando así el resultado de cada unidad de trabajo y los resultados a la hora de la toma de decisiones.

Al mismo tiempo, no existe un proceso para la identificación y evaluación de los riesgos debido a que no existe un responsable asignado para ello, por lo tanto, no se puede evaluar la efectividad del control interno. Además, existen debilidades en la seguridad de la información ya que no están definidos los

perfiles de los usuarios y no se han realizado pruebas para validar que tan vulnerable es el sistema de Tecnología de Información utilizado en la institución.

Sumando a lo anterior, no existen medidores de desempeño apropiadamente estructurados, por lo que en ocasiones se duplican los procesos, tareas y actividades dentro de la organización.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

Crear una guía para Implementar el Modelo de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento (GRC), en el Centro de Salud R.D., en la República Dominicana.

Objetivos específicos:

- Conocer las generalidades del Sistema de Salud Dominicano y el Centro de Salud R.D.
- Analizar los aspectos generales del Modelo Gobierno, Riesgo y Cumplimiento.
- Diseñar una guía de implementación del Modelo GRC en el Centro de Salud R.D.

Preguntas de investigación:

¿Cuáles son las generalidades del Sistema de Salud Dominicano y el Centro de Salud R.D., para la implementación de un Modelo (GRC)?

¿Cuáles son los aspectos generales del Modelo Gobierno, Riesgo y Cumplimiento que se deben tener en consideración para la implementación?

¿Cuáles son las actividades que se requieren para Diseñar una guía de implementación del Modelo GRC en el Centro de Salud R.D.?

3. JUSTIFICACIÓN

La cultura organizacional de hoy en día ha sido una constante revolución por los cambios tecnológicos, económicos, normas y procesos, donde las instituciones han tenido que estructurar su visión para poder adaptarse a los tiempos y alcanzar sus objetivos. A partir de estos, las instituciones del Sector de salud y demás no se han quedado fuera del campo de acción.

Ciertamente, las organizaciones más globalizadas se han percatado del potencial económico y estratégico existente en la reputación y la gestión eficaz de los recursos, aquellos que en muchas ocasiones no siempre son procesos observables y no existen controles que garantice el cumplimiento de los mismos. Así como también, el lineamiento conjunto a los objetivos, el cumplimiento de los códigos de ética, políticas corporativas y procedimientos derivados de las auditorías internas y externas.

Es por ello que, el Modelo de Gobierno, Riego y Cumplimiento (GRC) alinea los diversos componentes de la organización para maximizar el valor de las oportunidades y optimizar su rendimiento a través de la gestión del riesgo y la incertidumbre, mientras se mantiene dentro de los límites del cumplimiento con las obligaciones legales.

Por lo que, al diseñar un plan para adoptar el Modelo de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento en el Centro de Salud R.D., esta investigación brindaría facilidades para cumplir con los estándares aplicables al sector, se alinearían los procesos institucionales para optimizar el desempeño en la transparencia, asignación de roles y responsabilidades, fortalecer la disciplina operativa para reducir la exposición a riesgos y los procesos de cumplimiento y mejorar la cadena de valor y el sistema de control interno institucional.

Así como también, maximizar el uso de los recursos y reduce perdidas, Proteger la organización a través de promover un ejercicio profesional y ético, garantizar ir más allá del simple cumplimiento de las leyes y regulaciones nacionales, tomado en consideración los aspectos internos y externos de la organización , exaltar la importancia de utilizar herramientas como el diagnóstico de madurez, las mejores prácticas de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento, actividades de monitoreo y así proporcionar información confiable a la hora de tomar decisiones, agregando valor a la institución. Mejorar la imagen corporativa con el cumplimiento de estándares y mejores prácticas hospitalarias internacionales y llegar a ser una institución de clase mundial.

4. MARCO REFERENCIAL

El Centro de Salud R.D. es una de las organizaciones de salud más prestigiosas del país y está considerada entre las instituciones de salud más modernas en República Dominicana, Centroamérica y el Caribe. Fue fundada por el Dr. Juan Manuel Taveras Rodríguez, con el objetivo de tener un espacio equipado para llevar a cabo todos los procedimientos y estudios diagnósticos en las áreas de imágenes diagnósticas, cardiovascular, hemodinámica y

telemedicina, integrados en un sólo lugar, los cuales no se realizan en ningún otro centro del país, de manera regular, a fin de brindar servicios médicos de la más alta calidad y asequibles a las posibilidades económicas de la población.

Como parte de la responsabilidad social y teniendo la solidaridad como valor fundamental, el Centro de Salud R.D. facilita el acceso a la medicina avanzada a la población de escasos recursos económicos. Miles de personas en situaciones de extrema pobreza han encontrado en el Centro su única alternativa para salvar vidas o mejorar su salud en el país, realizándoles procedimientos de alta complejidad.

Misión

Proporcionar servicios médicos altamente especializados, con profesionales calificados y avanzada tecnología, bajo principios éticos, responsabilidad social, calidad y sentido humano, contribuyendo a la formación de personal en salud y al desarrollo de la investigación científica.

Visión

Ser líder en servicios médicos diagnósticos, terapéuticos y preventivos a nivel nacional e internacional y como Centro de referimiento, educación médica e investigación científica.

Los servicios que ofrece el Centro de Salud R.D. son los siguientes:

- *Radiología intervencionista*
- *Medicina Nuclear*
- *Tomosintesis y Mamografía Digital*
- *Sonografía*

- *Rayos X*
- *Tomografía*
- *Resonancia Magnética*
- *Cirugía Oftalmológica*
- *Cirugía Colorrectal*
- *Cirugía de Tiroides y Paratiroides*
- *Cirugía Baratica y metabólica*
- *Uro- Nefrología y trasplante*
- *Cirugía Otorrinolaringología*
- *Ortopedia*
- *Neurología*
- *Neumonía*
- *Hemato - Oncología*
- *Ginecología*
- *Gastroenterología*
- *Endocrinología*
- *Salud mental*
- *Plan de Salud Ejecutivo*
- *Laboratorio*

En otro orden de ideas, el Sistema Nacional de Salud (SNS) se regula mediante la Ley 42-2001 titulada “Ley General de Salud”, la misma contiene las disposiciones generales para garantizar que los ciudadanos del territorio dominicano cuenten con servicios de salud de calidad.

Esta misma ley, define al Sistema Nacional de Salud como el conjunto interrelacionado de elementos, mecanismos de integración, formas de financiamiento, provisión de servicios, recursos humanos y modelos de administración de las instituciones públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales, legalmente constituida y reglamentadas por el Estado, así como por los movimientos de la comunidad y las personas físicas o morales que realicen acciones de salud y cuya función principal sea atender mediante servicios de carácter nacional o local la salud de la población. (Ley 42, 2001).

Para garantizar la adecuada aplicación de la ley 42-01 el Ministerio de Salud de la República Dominicana se encarga de supervisar las diferentes entidades bajo su tutela. La misma, garantiza que los ciudadanos tengan un acceso equitativo a los diferentes servicios integrales con calidad y promueve la producción social de salud a través del ejercicio de sus funciones como entidad reguladora y las funciones propias del sistema de salud pública.

Las organizaciones alrededor del mundo, conscientes de que es imposible mejorar su efectividad al operar de la misma manera, buscan constantemente optimizar su desempeño ya sea mediante la mejora continua de sus procesos o como resultados de acciones innovadoras. Entre las prácticas más

trascendentales que han adoptados estas organizaciones están, la institucionalización del gobierno corporativo, la gestión integral de los riesgos y los programas de cumplimiento.

Es por esto que, el Grupo Abierto De Ética y Cumplimento en el 2008 emitió un marco de referencia para la integración el gobierno corporativo, la gestión de riesgos y el cumplimiento de las regulaciones tanto nacionales como internacionales. Así mismo, diversas instituciones han aportado enfoques y opiniones sobre el Modelo de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento (GRC), una de ellas es la firma internacional Deloitte que en su boletín emitido en otoño 2009 sobre Gobierno Corporativo, lo define como "un modelo de gestión que integra las actividades y funciones del Gobierno Corporativo, la Administración de Riesgos y las Responsabilidades de cumplimiento, mejorando esto la capacidad de las empresas para lograr su objetivo de negocio". También, este mismo Grupo define el Modelo GRC como "el conjunto de capacidades críticas que tienen que operar de manera coordinadas para lograr un desempeño basado en principios".

La firma Internacional KPMG, explica que "el Modelo GRC es un enfoque para alinear los procesos de gobierno, riesgo y cumplimiento a la estrategia de la organización, favoreciendo la generación de información consistente y transparente, fortaleciendo y flexibilizando su estructura en un entorno dinámico".

Ernst & Young Global Limited (EYG), expresa que "para e**ntender el Modelo GRC** significa enfrentarse a los problemas que reducen el valor del accionista, incrementan el costo del cumplimiento y afectan el desempeño del negocio".

La firma internacional BDO, define el Modelo GRC como “un modelo de gestión que promueve la unificación de criterios, así como la comunicación y la colaboración entre los diferentes involucrados en la administración y control de la organización”.

Tomando como base lo anteriormente definido por los diversos los autores, se asume que el Modelo de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento (GRC), es el proceso mediante el cual una organización alinea e integra las diferentes áreas para optimizar los procesos y así brindar información fiable y oportuna al momento de la toma de decisiones.

Cabe destacar, que los lineamientos definidos por Deloitte sobre el Modelo de GRC que se emplearan en esta investigación se basan en los siguientes elementos, primero “el Gobierno, siendo las estructuras, políticas, procesos y controles de la dirección y la gerencia ejecutiva; Luego la Gestión de Riesgos, que es el proceso sistemático de la organización que busca identificar, evaluar, administrar y monitorear todos los riesgos; el Cumplimiento, pues es el proceso de la organización que busca demostrar adherencia a las políticas, procedimientos internos, externos y normas en general, así como a las leyes y regulaciones”. (Deloitte, 2013, Elemento del Modelo GRC, Entendiendo GRC, Servicios de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento (GRC), Soluciones integrales a la medida de sus necesidades.)

5. MÉTODOS Y TÉCNICAS A EMPLEAR EN LA INVESTIGACIÓN:

Esta investigación será desarrollada utilizando el Método Teórico tipo síntesis, deductivo, lógico e histórico para recopilar las diferentes informaciones emitidas por las instituciones encargadas de emitir las normas y principios para adoptar un modelo de Gobierno, riesgo y cumplimiento (GRC), además de las regulaciones emitidas por sociedades gubernamentales que puedan aportar ideas para la buena adopción de la misma.

También, se utilizara éste método para comprender los procedimientos utilizados por el tipo de institución sometida a investigación y así poder identificar las herramientas disponibles para la aplicación del diseño de la guía para la implementación del Modelo GRC.

En esta misma sintonía, se utilizaran técnicas cualitativas para comprender las estructuras administrativas actual con miras a realizar un diagnóstico de madurez, posteriormente identificar las oportunidades de mejora que se deben implementar, concientizar a la gerencia y los directivos la necesidad de la metodología y presentar las recomendaciones para adoptar el modelo de gestión. Además, se utilizaran técnicas cuantitativas para identificar los recursos necesarios para el diseño de la implementación del Modelo GRC.

Por otro lado, las técnicas de método empírico que se aplicaran en esta investigación, una de ellas es las encuestas ya que se encuestaran diferentes instituciones del mismo sector para indagar sí aplican dicha metodología, descubrir los modelos existentes, identificar cual ha sido el proceso aplicado

para la adopción del modelo, las ventajas y desventajas derivadas del mismo e identificar las oportunidades y riesgos presentados para así tomarlos en consideración en esta investigación.

También, se realizaran entrevistas a los diferentes directores, gerentes y encargados de línea para identificar las actividades que son realizadas y definir los objetivos institucionales y su medición. Además, se analizaran los documentos, áreas y la factibilidad del proyecto para el sector en específico y se consultaran fuentes de información suministradas por la OCEG, DELOITTE y organismos nacionales con el objetivo de concientizarnos sobre cómo implementar un modelo de GRC e indicar los requerimientos a cumplir para su adopción.

Al mismo tiempo, se realizaran consultas y debates de opiniones con otros expertos de la materia que puedan contribuir en el desarrollo de esta investigación. Así mismo, para realizar dicha investigación se contara con la colaboración de expertos, instituciones relacionadas al tema de GRC a nivel nacional e internacional.

6. TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I:

ASPECTOS GENERALES DEL CENTRO MEDICO R.D.

1.1 Historia del Centro Medico R.D.

1.2 Mision y Vision del Centro Medico R.D.

1.3 Estructura Organizacional

1.4 Analisis Foda

1.5 Función del Ministerio de Salud en la supervisión de los Centros de Salud Dominicanos.

1.6 Aspectos generales del Centro de Salud R.D.

CAPITULO II:

GENERALIDADES DEL CENTRO DE SALUD R.D.

2.1 Historia y Base legal del sistema de salud en la República Dominicana.

1.1. Función del Ministerio de Salud en la supervisión de los Centros de Salud Dominicanos.

1.2. Aspectos generales del Centro de Salud R.D.

CAPITULO II:

MEJORES PRÁCTICAS DE GOBIERNO, RIESGO Y CUMPLIMIENTO.

2.1 Definición del Modelo Gobierno, Riesgo, Cumplimiento (GRC).

2.2 Objetivo e importancia del Modelo GRC.

2.3 Mejores prácticas de Gobierno Corporativo.

2.4 Modelo de gestión integral de riesgos y metodología.
2.5 Método de gestión del cumplimiento institucional.

CAPITULO III:

DISEÑO DEL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO GRC EN EL CENTRO DE SALUD R.D.

3.1 Comprensión de la institución.
- 3.1.1 Ambiente externo de la organización.
- 3.1.2 Ambiente interno de la organización.
- 3.1.3 Cultura institucional.
- 3.1.4 Partes interesadas.

3.2 Alineación institucional.
- 3.2.1 Dirección.
- 3.2.2 Objetivos.
- 3.2.3 Identificación.
- 3.2.4 Evaluación.

3.3 Plan de implementación.
- 3.3.1 Evaluación anticipada de los riesgos de la implementación del modelo GRC.
- 3.3.2 Implementación de políticas y controles.
- 3.3.3 Creación del plan de reportes.
- 3.3.4 Programa de capacitación sobre gobierno, riesgo y cumplimiento.
- 3.3.5 Implementación de plan de incentivos.
- 3.3.6 Desarrollo de un sistema de notificación.
- 3.3.7 Creación de programa de investigación.
- 3.3.8 Diseñar actividades de respuesta a acciones indeseables.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baker Tilly Business Consulting (2015). Fundamentos de GRC versión 1.0. Recuperado de http://grcenespanol.com/estandares/.

Baker Tilly Business Consulting (2016) A. Método y solución de Optimización de GRC. Recuperado de: http://grcmax.cloudapp.net/files/Brochure-GRCMaX.pdf

Baker Tilly Business Consulting (2016) B. Arquitectura de procesos, encuesta sobre el estado de madurez. Recuperado de http://grcenespanol.com/estandares/.

Baker Tilly Business Consulting (2016) C. Alineamiento estratégico, encuesta sobre el estado de madurez. Recuperado de http://grcenespanol.com/estandares/.

BDO. Definición de GRC. Recuperado de https://www.linkedin.com/grps/BDO-GRC-Latam-3045652

Centro de Información De Las Naciones Unidas (CINU). ¿Qué es una ONG? Recuperado de http://www.cinu.mx/ongs/index/

Congreso nacional (2001). Ley 42-2001, ley general de salud. Recuperado de http://www.msp.gob.do/oai/Documentos/Leyes/LEY_42-2001_LeyGeneralDeSalud_20130125.pdf

Congreso nacional (2005) Ley 122-2005, ley sobre instituciones sin fines de lucro. Recuperado de http://www.dgii.gov.do/legislacion/leyesTributarias/Documents/122-05.pdf

Deloitte (2009). Boletín Gobierno Corporativo: Antecedentes del Gobierno, Riesgo y Cumplimiento (GRC). Recuperado de: http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/mx/Documents/risk/Gobierno-Corporativo/antecedentes-grc.pdf.

Deloitte (2012). Gobierno inteligente frente al riesgo en la era de las amenazas cibernéticas: Lo que usted no conozca puede hacerle daño. Recuperado de:

https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/co/Documents/risk/InteligenciaFrentealRiesgo/No%2023%20CibergobiernoInteligentefrentealRiesgo%20pdff.pdf

Deloitte (2013). Cumplimiento de las empresas: el enfoque de la inteligencia frente al riesgo.

Deloitte (2013). Elementos del Modelo GRC, Titulo Entendiendo GRC, Servicios de Gobierno, Riesgo y Cumplimiento (GRC), Soluciones integrales a la medida de sus necesidades. Recuperado de:

http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/mx/Documents/risk/mx(es-mx)ServiciosGRC.pdf

El optimizador de GRC http://grcmax.cloudapp.net/(S(auxz2suliqvpp0esivumhnae))/default.aspx

Ernst & Young Global Limited (EYG). Definición de GRC http://www.ey.com/mx/es/services/advisory/performance-improvement/grc--alinear-el-riesgo-con-la-estrategia-de-negocio

Glosario de GRC http://grcenespanol.com/glosario-de-grc/

Grupo abierto de ética y cumplimiento (OCEG por sus siglas en inglés) (2015) et al. Modelo de capacidad de GRC, versión 3.0. recuperado de https://www.oceg.org/resources/modelo-de-capacidad-de-grc-version-3-red-book/

International Organization for Standardization (ISO). 31000, Gestión de riesgo, evaluación de riesgos y técnicas (2009).

Instituto de auditores internos de España. Definición e implantación de apetito de riesgo .Recuperado de https://auditoresinternos.es/la-f%C3%A1brica-de-pensamiento/documentos/documentos-anteriores

KPMG. Definición de GRC. Recuperado de https://home.kpmg.com/es/es/home/servicios/advisory/risk-consulting/gobierno-riesgo-cumplimiento.html