

Contenido

1. GENERALIDADES.....	6
2. OBJETIVO	6
3. RECURSOS.....	6
4. CONDICIONES ESPECIALES	6
5. ACTIVIDADES	7
DEFINICIONES:	7
“SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS (SIGRS)”	10
CAPÍTULO I “LINEAMIENTOS GENERALES DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS (SIGRS)”	10
SEGMENTACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGOS	15
a) Metodologías para la segmentación de los factores de riesgos.	15
b) Errores frecuentes en la segmentación de los factores de riesgos.	16
i. CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS	17
c) Identificación de riesgos:	17
d) Evaluación y medición de riesgos:	18
e) Selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos:	19
f) Seguimiento y monitoreo:	21
ii. POLÍTICAS DE GESTIÓN DE RIESGOS	22
Aspectos de las “Políticas de Gestión de Riesgos”:.....	22
iii. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS	28
TIPOS DE RIESGO:	28
i. RIESGO ACOSO LABORAL:	28
ii. RIESGO ACTUARIAL:	28
iv. RIESGO DE CRÉDITO (SARC):.....	29
v. RIESGO FALLAS DE MERCADO:.....	29
vi. RIESGO DE GRUPO:	29
vii. RIESGO DE LIQUIDEZ (SARL):	30
viii. RIESGO DE MERCADO DE CAPITALES:	30
ix. RIESGO ECONÓMICO:.....	30

x.	RIESGO ESTRATÉGICO:	30
xi.	RIESGO LEGAL:.....	30
xii.	RIESGO EN SALUD:	31
xiii.	RIESGO OPERACIONAL (SARO):.....	33
xiv.	RIESGO REPUTACIONAL:	34
xv.	RIESGO SARLAFT-FPADM de Contagio:	34
xvi.	RIESGO SARLAFT-FPADM Legal:.....	34
xvii.	RIESGO SARLAFT-FPADM Operativo:.....	34
xix.	RIESGO SICOF Corrupción:.....	35
xx.	RIESGO SICOF Opacidad:.....	35
xxi.	RIESGO SICOF Fraude:.....	35
xxii.	RIESGO PTEE-I Soborno:.....	35
xxiii.	RIESGO DE GOBIERNO CORPORATIVO:	35
xxiv.	RIESGO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:	36
xxv.	RIESGO DE INFRAESTRUCTURA TÉCNICA Y LOCATIVA:	36
xxvi.	RIESGO POBLACION:.....	37
xxvii.	RIESGO SATISFACCIÓN:	37
iv.	DOCUMENTACIÓN PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS	37
v.	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	40
	Representante Legal:	40
	Área de Control Interno responsable de la Gestión de Riesgos:.....	41
vi.	INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	43
vii.	DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y CAPACITACIONES	44
CAPÍTULO II “LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DE LOS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS”.....		45
“SUBSISTEMAS DE RIESGOS”.....		45
UNO. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN SALUD.		45
	Ciclo general de la gestión del Riesgo en Salud.....	45
a)	Identificación del Riesgo en Salud:	45
b)	Evaluación y medición del Riesgo en Salud:	46
c)	Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo en Salud:	47
d)	Seguimiento y monitoreo del Riesgo en Salud:	48
	Límites de exposición del Riesgo en Salud.....	48

DOS. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL (SARO)..... 51

Ciclo general de la gestión del Riesgo Operacional (SARO)..... 51

a) Identificación del Riesgo Operacional (SARO): 51

b) Evaluación y medición del Riesgo Operacional (SARO):..... 53

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo Operacional (SARO):..... 53

d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo Operacional (SARO):..... 54

Acreditación con soportes de todas las operaciones, negocios y contratos..... 54

Límites de exposición del Riesgo Operacional (SARO). 54

TRES. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO ACTUARIAL. 56

Ciclo general de la gestión del Riesgo Actuarial. 56

a) Identificación del Riesgo Actuarial: 56

b) Evaluación y medición del Riesgo Actuarial:..... 57

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo Actuarial: 58

d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo Actuarial:..... 59

Límites de exposición del Riesgo Actuarial. 59

CUATRO. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CRÉDITO (SARC)..... 60

Ciclo general de la gestión del Riesgo de Crédito (SARC). 60

a) Identificación del Riesgo de Crédito (SARC): 60

b) Evaluación y medición del Riesgo de Crédito (SARC):..... 60

i) En el caso de los deudores / cuentas por cobrar: 61

ii) En el caso de los instrumentos financieros: 61

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo de Crédito (SARC):..... 61

Límites de exposición crediticia y de pérdida tolerada: 61

Deterioro de los activos: 61

Capital expuesto al riesgo: 62

Recuperación de cartera: 62

d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo de Crédito (SARC):..... 62

Límites de exposición del Riesgo de Crédito (SARC). 63

CINCO. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LIQUIDEZ (SARL)..... 64

Ciclo general de la gestión del Riesgo de Liquidez (SARL).....	64
a) Identificación del Riesgo de Liquidez (SARL):	64
Activos:	64
Pasivos:	65
b) Evaluación y medición del Riesgo de Liquidez (SARL):.....	65
c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo de Liquidez (SARL):	65
d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo de Liquidez (SARL):.....	66
Límites de exposición del Riesgo de Liquidez (SARL).	66
SEIS. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE MERCADO DE CAPITALES.....	67
Ciclo general de la gestión del Riesgo de Mercado de Capitales.	67
a) Identificación del Riesgo de Mercado de Capitales:.....	67
b) Evaluación y medición del Riesgo de Mercado de Capitales:	67
c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo de Mercado de Capitales:	68
d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo de Mercado de Capitales:.....	69
Límites de exposición del Riesgo de Mercado de Capitales.	69
SIETE. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE GRUPO.	70
OCHO. OTROS RIESGOS: GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO FALLAS DE MERCADO.....	71
Ciclo general de la gestión del Riesgo de Fallas de Mercado.	71
a) Identificación del Riesgo de Fallas de Mercado:	71
b) Evaluación y medición del Riesgo de Fallas de Mercado:	72
c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo de Fallas de Mercado:	72
d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo de Fallas de Mercado:	73
Límites de exposición del Riesgo de Fallas de Mercado.....	73
OCHO.UNO OTROS RIESGOS: GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO REPUTACIONAL.....	74
Ciclo general de la gestión del Riesgo Reputacional.	74
a) Identificación del Riesgo Reputacional:	74
b) Evaluación y medición del Riesgo Reputacional:.....	74

c)	Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo Reputacional:	75
d)	Seguimiento y monitoreo del Riesgo Reputacional:.....	76
	Límites de exposición del Riesgo Reputacional.	76
NUEVE. RIESGO DE GOBIERNO CORPORATIVO.		77
	Ciclo general de la gestión del Riesgo de Gobierno Corporativo.....	77
a)	Identificación del Riesgo de Gobierno Corporativo:	77
b)	Evaluación y medición del Riesgo de Gobierno Corporativo:	77
c)	Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo de Gobierno Corporativo:.....	77
d)	Seguimiento y monitoreo del Riesgo de Gobierno Corporativo:	78
	Límites de exposición del Riesgo de Gobierno Corporativo.	78
DIEZ. RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT-FPADM).		79
ONCE. RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE (SICOF).		79
DOCE. RIESGO DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL INTEGRAL (PTEE-I). Incluye la corrupción, la opacidad y el fraude (COF), el soborno y el soborno transnacional (ST).		79
TRECE. RIESGO TRATAMIENTO PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.		79
6. RECOMENDACIONES PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD		80

1. GENERALIDADES

La Fundación Instituto Neurológico de Colombia, de acuerdo a su estructura organizacional y a su objeto misional determina la implementación y la ejecución de mejores prácticas organizacionales mediante el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”.

2. OBJETIVO

Desarrollar cada uno de los lineamientos planteados por la Superintendencia Nacional de Salud Supersalud en la circular 20211700000004-5 de 2021, mediante la estructuración eficiente, efectiva y oportuna del “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” para identificar, evaluar, medir, controlar y monitorear cada uno de los riesgo prioritarios planteados por dicho ente y asociados a la Institución.

3. RECURSOS

3.1 TALENTO HUMANO: Jefe de control interno y persona de apoyo.

3.2 EQUIPOS BIOMÉDICOS U OTROS EQUIPOS: Computador.

3.3 MEDICAMENTOS: No aplica.

3.4 DISPOSITIVOS MÉDICOS Y/O INSUMOS: No aplica

4. CONDICIONES ESPECIALES

Definir y aplicar los lineamientos y políticas claras asociados al “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”.

4.1 Información

Elementos del “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”.

4.1.1 Información requerida

Direccionamiento Estratégico.

4.1.2 Información generada

Gestión integral de los riesgos.

4.1.3 Controles de la información

Metodología COSO.

Selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos.

Seguimiento y monitoreo.

5. ACTIVIDADES

DEFINICIONES: ¹

Apetito al riesgo: El apetito al riesgo es la cantidad de riesgo que una organización está dispuesta a asumir para alcanzar sus objetivos estratégicos.

Atención en salud: Servicios o tecnologías en salud suministrados a los individuos y a la comunidad para promover, mantener, monitorizar o restaurar el estado de salud.

Categorías de riesgos prioritarios o Subsistemas de Riesgo: Agrupadores de distintos tipos de riesgos en torno a un elemento común, prioritarios para fines de supervisión definidos por la Supersalud. Cabe resaltar que la Institución debe gestionar todos los riesgos que se presenten dentro de su operación, y dependerá de la discrecionalidad que se le dé para su tratamiento. Sin embargo, deberán contemplar como mínimo, los siguientes “Subsistemas de Riesgo” y así cumplir con los requisitos de la Supersalud, Gobernación de Antioquia, Clientes, entre otros.²:

Ciclo general de gestión de riesgo: Son las etapas que incorpora un “Subsistema de Riesgos” para cada uno de los tipos o categorías de riesgo identificadas.

Controles: Medidas prudenciales, preventivas y correctivas que ayudan a contrarrestar la exposición a los diferentes riesgos. Entre estas se encuentra la implementación de políticas, procesos, prácticas u otras estrategias de gestión.

Factores de riesgo (agente generador): Fuentes generadoras de eventos tanto internos como externos y que pueden o no llegar a materializarse en pérdidas. Cada riesgo identificado puede ser originado por diferentes factores que pueden estar entrelazados unos con otros. Son factores de riesgo el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, los acontecimientos externos, entre otros.

Falla de mercado: Una situación en la que un mercado no asigna eficientemente los recursos por sí solo.

Gestión de riesgo: Es un enfoque estructurado y estratégico liderado por la Alta Gerencia acorde con las políticas de gobierno organizacional, en donde se busca implementar un conjunto de acciones y actividades coordinadas para disminuir la probabilidad de ocurrencia o mitigar el impacto de un evento de riesgo potencial (incertidumbre) que pueda afectar los resultados y, por ende, el logro de los objetivos, o sus obligaciones. Dentro de este conjunto de acciones se incluye, entre otros, el “Ciclo General de Gestión de Riesgos”.

¹ Circular 20211700000004-5 sep 15-2021 Supersalud (Código Buen Gobierno, Sistema de Riesgos y sus subsistemas) - Definiciones.

² Circular 20211700000004-5 sep 15-2021 Supersalud (Código Buen Gobierno, Sistema de Riesgos y sus subsistemas) página 8 de 60

Grupos de riesgo: Conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios.

Gobierno organizacional: Es el conjunto de normas, procedimientos y órganos internos aplicables, mediante los cuales se dirige y se tiene como objeto la adopción de mejores prácticas para garantizar que la gestión se realice bajo los principios de transparencia, eficiencia, equidad, y propender por la calidad en la prestación de los servicios de salud centrados en el usuario; además proporciona herramientas técnicas y jurídicas que permitan el balance entre la gestión de cada órgano y el control de dicha gestión.

Límite de exposición al riesgo: Los límites de exposición al riesgo o límites de riesgo son aquellos indicadores de tolerancia máxima ó mínima que la Institución está dispuesta a asumir en el desarrollo de sus actividades y para los cuales, en caso de comportarse de forma adversa, existen un conjunto de acciones coordinadas para mantenerlos dentro del rango de tolerancia aceptable por la naturaleza de las operaciones la Institución.

Metodología COSO: El Comité de Organizaciones Patrocinadores de la Comisión Treadway (COSO) (Comité de organizaciones patrocinadoras del Treadway) es un marco de control interno que fue constituido en los años 90 para proporcionar liderazgo organizacional en tres frentes: gestión del riesgo empresarial (ERM), control interno, y disuasión del fraude. Precisamente, este marco fue diseñado por representantes de cinco organizaciones del sector privado de los Estados Unidos, tras una crisis de fraude internacional para evitar malas prácticas empresariales.

De acuerdo con el modelo, el Control Interno es un proceso que se gestiona por la dirección y el resto del personal de una organización, diseñado con el objeto de proporcionar seguridad en la eficacia y eficiencia de las operaciones, confiabilidad de la información financiera y cumplimiento de la normativa para garantizar el logro de objetivos.

Este marco aborda temas trascendentales en una correcta gestión de riesgos como apetito y tolerancia de riesgos, así como una visión de riesgos desde todas sus perspectivas, impactos y probabilidades.

Nivel de riesgo: Probabilidad de que un evento pueda ocurrir y el impacto que ocasione.

Pérdidas: Cuantificación económica que representa la materialización de un evento de Riesgo Operacional, donde se incluyen los gastos derivados de su atención.

Perfil de riesgo: Resultado consolidado de la medición de los riesgos a los que se ve expuesto la Institución.

Principio de autocontrol: Es la capacidad de todos y cada uno de los empleados de la Institución, independientemente de su nivel jerárquico para evaluar y controlar su trabajo,

orientarlo a la satisfacción del derecho a la salud de los usuarios, detectar desviaciones y efectuar correctivos en el ejercicio y cumplimiento de sus funciones, así como para mejorar sus tareas y responsabilidades.

Principio de autorregulación: Se refiere a la capacidad de la Institución para desarrollar y aplicar métodos, normas y procedimientos que permitan el desarrollo, implementación y mejoramiento del Sistema de Control Interno (SCI), dentro del marco de las disposiciones aplicables.

Principio de autogestión: Apunta a la capacidad de la entidad para interpretar, coordinar, ejecutar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz su funcionamiento.

Basado en los principios mencionados, el Sistema de Control Interno (SCI) establece las acciones, los métodos, procedimientos y mecanismos de prevención, de control, de evaluación y de mejoramiento continuo de la entidad que le permiten tener una seguridad razonable acerca de la consecución de sus objetivos, cumpliendo las normas que la regulan.³

Riesgo: Posibilidad que ocurra un evento que pueda afectar negativamente el cumplimiento de la operación.

Riesgo absoluto (inherente): Nivel de riesgo propio de la actividad, cuya evaluación se efectúa sin considerar el efecto de los mecanismos de mitigación y de control.

Riesgo neto o residual: Nivel de riesgo que resulta luego de la aplicación de las medidas de control o mitigación existentes a los riesgos inherentes.

Riesgo neto global: Resultado de la combinación de cada uno de los riesgos residuales, teniendo en cuenta la importancia relativa que a cada categoría de riesgo le haya asignado la Institución.

Tolerancia al riesgo: Se refiere a lo que una empresa se puede permitir al gestionar riesgos y que, en caso de aparecer, tiene que ser capaz de soportar. También sirve como una alerta para evitar llegar a la capacidad de riesgo.

³ Circular Externa 000003 de 24 de mayo de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud. medida 56

“SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS (SIGRS)”

CAPÍTULO I “LINEAMIENTOS GENERALES DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS (SIGRS)”

“SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS (SIGRS)”

La Institución en el desarrollo de su objeto social tiene actividades y operaciones diarias donde se ve expuesta a diversos riesgos inherentes que deben ser identificados y administrados en un “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, que promueva los principios del autocontrol, la autorregulación y la autogestión, de manera que permita generar alertas tempranas al interior de la misma; y adicionalmente dar cumplimiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” y los “Subsistemas de Riesgos” deben contar con los siguientes elementos como mínimo que se describen a continuación:

Y

“SUBSISTEMAS DE RIESGOS”

Agrupadores de distintos tipos de riesgos en torno a un elemento común, prioritarios para fines de supervisión definidos por la Superintendencia Nacional de la Salud Supersalud⁴, la Gobernación de Antioquia, los clientes, entre otros. Cabe resaltar que la Institución debe gestionar todos los riesgos que se presenten dentro de su operación, y dependerá de la discrecionalidad que se le dé para su tratamiento. Sin embargo, deberán contemplar como mínimo, los siguientes “Subsistemas de Riesgo” que se enuncian más adelante y que son requisitos de la Supersalud.

⁴ Los tipos de riesgos del 1 al 8 corresponden a la Circular 20211700000004-5 sep 15-2021 Supersalud (Código Buen Gobierno, Sistema de Riesgos y sus subsistemas).

El tipo de riesgo Gobierno Corporativo corresponde a la exigencia de la Supersalud (187 preguntas).

El tipo riesgo SARLAFT-FPADM y SICOF corresponden a la Circular 20211700000005-5 sep 17-2021 Supersalud.

El tipo de riesgo PTEE corresponden a la Circular 20221510000053-5 ago 5-2022 Supersalud.

Ley 1010 de 2006 - Gestor Normativo. (s/f). Gov.co. Recuperado el 18 de agosto de 2022, de

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=18843>

RESUMEN “ELEMENTOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS (SIGRS)”

- Segmentación de los Factores de Riesgos. (M. 50.1 Cir 5-5/2021)
- i) Ciclo General de Gestión de Riesgos. (Cir 4-5/2021)
- Límites de Exposición de Riesgos. (Cir 4-5/2021)
- ii) Políticas de Gestión de Riesgos. (Cir 4-5/2021)
- iii) Procesos y Procedimientos para la Gestión de Riesgos. (Cir 4-5/2021)
- iv) Documentación para la Gestión de Riesgos. (Cir 4-5/2021)
- v) Estructura Organizacional. (Cir 4-5/2021)
- vi) Infraestructura Tecnológica. (Cir 4-5/2021)
- vii) Divulgación de la Información y Capacitaciones. (Cir 4-5/2021)

ELEMENTOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS (SIGRS)

-Segmentación de los Factores de Riesgos. (M. 50.1 Cir 5-5/2021)

i) Ciclo General de Gestión de Riesgos: (Cir 4-5/2021)

a) Identificación de riesgos.

Descripción del riesgo.
Identificación de factores de riesgo (agente generador).
Identificación de los efectos.
Causas.

b) Evaluación y medición de riesgos.

Frecuencia (Probabilidad) de ocurrencia del riesgo
"X (por)"
Impacto (Severidad) de pérdida que puede causar en caso de su materialización
"= (igual)"
Evaluación de riesgo (Zona de Riesgo): Bajo, Moderado, Alto, Extremo

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos.

CONTROL DEL RIESGO: Evitar / Eliminar la actividad que lo genera.
CONTROL DEL RIESGO: Prevenir el riesgo.
CONTROL DEL RIESGO: Proteger la empresa.
FINANCIAMIENTO DEL RIESGO: Transferir a un tercero.
FINANCIAMIENTO DEL RIESGO: Aceptar el riesgo.
FINANCIAMIENTO DEL RIESGO: Retener las pérdidas.

d) Seguimiento y monitoreo.

Comparar el riesgo absoluto con el riesgo residual.
Generar indicadores.
Proponer planes de acción.
Sistema de alertas tempranas.
Entre otros seguimientos y monitoreo que aplique.

-Límites de Exposición de Riesgos. (Cir 4-5/2021) (M. 50.1 Cir 5-5/2021)

ii) Políticas de Gestión de Riesgos. (Cir 4-5/2021)

iii) Procesos y Procedimientos para la Gestión de Riesgos. (Cir 4-5/2021)

iv) Documentación para la Gestión de Riesgos. (Cir 4-5/2021)

v) Estructura Organizacional. (Cir 4-5/2021)

vi) Infraestructura Tecnológica. (Cir 4-5/2021)

vii) Divulgación de la Información y Capacitaciones. (Cir 4-5/2021)

SUBSISTEMAS DE RIESGOS

1. Subsistema de Gestión del riesgo en salud.
2. Subsistema de Gestión del riesgo operacional (SARO).
3. Subsistema de Gestión del riesgo actuarial.
4. Subsistema de Gestión del riesgo de crédito (SARC).
5. Subsistema de Gestión del riesgo de liquidez (SARL).
6. Subsistema de Gestión del riesgo de mercado de capitales.
7. Subsistema de Gestión del riesgo de grupo (No aplica para la Institución).
8. Otros riesgos: Subsistema de Gestión del riesgo de fallas de mercado.
- 8.1 Otros riesgos: Subsistema de Gestión del riesgo reputacional.
9. Subsistema de Gestión de riesgo de gobierno corporativo.
10. Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT-FPADM).
11. Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF).
12. Programa de Transparencia y Ética Empresarial Integral (PTEE-I): Incluye la corrupción, la opacidad y el fraude (COF), el soborno y el soborno transnacional (ST).
13. Tratamiento Protección de Datos Personales.

TIPOS DE RIESGOS

- I. RIESGO ACOSO LABORAL.
- II. RIESGO ACTUARIAL.
- III. RIESGO AMBIENTAL.
- IV. RIESGO DE CRÉDITO (SARC).
- V. RIESGO FALLAS DE MERCADO.
- VI. RIESGO DE GRUPO (No aplica)
- VII. RIESGO DE LIQUIDEZ (SARL).
- VIII. RIESGO DE MERCADO DE CAPITALES.
- IX. RIESGO ECONÓMICO.
- X. RIESGO ESTRATÉGICO.
- XI. RIESGO LEGAL.
- XII. RIESGO EN SALUD.
- XIII. RIESGO OPERACIONAL (SARO).
- XIV. RIESGO REPUTACIONAL.
- XV. RIESGO SARLAFT-FPADM de Contagio.
- XVI. RIESGO SARLAFT-FPADM Legal.
- XVII. RIESGO SARLAFT-FPADM Operativo.
- XVIII. RIESGO SARLAFT-FPADM: Reputacional.
- XIX. RIESGO SICOF Corrupción.
- XX. RIESGO SICOF Opacidad.
- XXI. RIESGO SICOF Fraude.
- XXII. RIESGO PTEE-I Soborno.
- XXIII. RIESGO DE GOBIERNO CORPORATIVO.
- XXIV. RIESGO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
- XXV. RIESGO DE INFRAESTRUCTURA TÉCNICA Y LOCATIVA.
- XXVI. RIESGO POBLACION.
- XXVII. RIESGO SATISFACCIÓN.

SEGMENTACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGOS

Es el proceso por medio del cual se lleva a cabo la separación de elementos en grupos homogéneos al interior de ellos y heterogéneos entre ellos. La separación se fundamenta en el reconocimiento de diferencias significativas en sus características (variables de segmentación).

El proceso de “**segmentación de los factores de riesgo**” debe garantizar que, una vez finalizado el proceso de identificación de los segmentos, estos tengan características que los hagan diferentes, al comparar un segmento con los demás (heterogeneidad), y que al analizar los individuos que componen un mismo segmento, estos tengan características que los hagan similares (homogeneidad) al comparar la distribución en sus variables de segmentación.

Heterogéneo: Diferente. Ejemplo: A la fiesta asistió un grupo heterogéneo de artistas, políticos y arribistas sociales.

Homogéneo: Está compuesto por elementos muy similares o de igual naturaleza.

La Institución de acuerdo a su tamaño, a los riesgos y a la necesidad, determinará la implementación de la “**segmentación de los factores de riesgo**”, ya que es un tema amplio y requiere dedicación de diferentes recursos.

a) Metodologías para la segmentación de los factores de riesgos.

Teniendo en cuenta los criterios de homogeneidad y heterogeneidad que deben cumplirse en el proceso de “segmentación de los factores de riesgo”, surge la inquietud de cuál es la técnica que se debería utilizar en la definición de dicho proceso, y que garantice la adecuada gestión y administración de los factores de riesgo.

Segmentación basada en Clustering (Conglomerados).

Los modelos de conglomerados se centran en la identificación de grupos (Clúster) de registros similares y en el etiquetado de registros según el grupo al que pertenecen. Los métodos de conglomerado se basan en la medición de distancias entre registros y entre conglomerados. Los registros se asignan a los grupos de un modo que tiende a disminuir la distancia entre los registros pertenecientes al mismo conglomerado (Clúster).

Segmentación basada en Árboles de Clasificación.

Son métodos de aprendizaje inductivos que utilizan la estructura de un árbol para llegar a una decisión específica mediante la aplicación de reglas. Una de las ventajas de utilizar este tipo de técnica en el proceso de segmentación de los factores de riesgo, consiste en que la caracterización de los segmentos está dada por la aplicación de cada una de las reglas del árbol.

Segmentación basada en el Criterio de Expertos.

Uno de los métodos más conocidos es la Metodología Delphi. Si bien es una técnica bastante utilizada al tener un componente alto de subjetividad, puede cumplir o no con los

criterios de homogeneidad y heterogeneidad, al no hacer uso de métodos estadísticos. Esta técnica, más que llevar a cabo el proceso completo de segmentación de factores de riesgo, puede aportar, por ejemplo, en el proceso de definición de variables a utilizar en el mismo.

¿Qué hacer después de la segmentación?

Aplicar las etapas de:

- *Identificación de riesgos.
- *Evaluación y medición de riesgos.
- *Selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos.
- *Seguimiento y monitoreo.

De esta manera se tendrían identificados y gestionados riesgos específicos que pueden ser aplicables a cada segmento.

Determinar las características usuales o parámetros de normalidad de las transacciones. Al utilizar variables del orden transaccional, es posible identificar el “comportamiento usual” de cada uno de los segmentos.

Generar operaciones inusuales basadas en el criterio del comportamiento transaccional de cada segmento. Una vez determinados los parámetros de normalidad de las transacciones de cada uno de los segmentos, la Institución debe estar en capacidad de identificar aquellos casos en los cuales dicho comportamiento se sale de los parámetros de normalidad de acuerdo a lo establecido.

b) Errores frecuentes en la segmentación de los factores de riesgos.

Uno de los errores más comunes es llegar a pensar en que este es un proceso que está diseñado para detectar posibles operaciones de lavado de activos o financiación del terrorismo; o que es un proceso mediante el cual se mide la probabilidad que tiene cada segmento de materializar un riesgo determinado.

La **segmentación de los factores de riesgo** es el punto de partida para que la Institución pueda aplicar las etapas de gestión de riesgo:

- Identificación de riesgos.
- Evaluación y medición de riesgos.
- Selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos.
- Seguimiento y monitoreo.

Una vez terminado el proceso de segmentación, este debe ser actualizado de manera periódica de acuerdo con la dinámica de la Institución y al giro ordinario del negocio.

I. CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS

La Institución se encarga de diseñar el “Ciclo General de Gestión de Riesgos”, con el fin de identificar, evaluar, controlar y monitorear cada uno de los riesgos, mediante un respectivo análisis previo de la información y relacionándola con la situación actual.

La revisión del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” se debe realizar de **manera anual**, con el fin de poder definir y actualizar su información. Determinando qué tan eficaz ha sido el manejo de los controles y planes de acción que se han llevado a cabo para la disminución de los riesgos y establecer nuevos controles necesarios, si aplica.

c) Identificación de riesgos:

Es una de las etapas más importantes en el proceso de administrar los riesgos. Permite a la Institución poner al descubierto situaciones y tomar conciencia de las posibilidades y peligros que pueden enfrentar en su actuar. En esta primera etapa, se debe permitir reconocer, explorar y documentar todos los riesgos internos y externos que podrían afectar tanto a los objetivos estratégicos de la Institución como la salud de los usuarios a los que se les presta el servicio.

Para la correcta identificación de cada uno de los riesgos, es importante establecer métodos de identificación como entrevistas, comités, indicadores, lluvia de ideas, literatura, técnicas de escenarios, entre otros, y así desarrollar de forma eficaz, eficiente y efectiva el “Ciclo General de Gestión de Riesgos”.

Este sería el punto de partida en donde se hace énfasis en discriminar cada uno de los lineamientos a tratar con el fin de definir cuáles son los riesgos asociados a la Institución que podrían materializarse y que acciones se deben implementar para el correcto manejo de la gestión de riesgos.

Se tienen en cuenta la descripción del riesgo, identificación de factores de riesgo (agente generador), identificación de los efectos y causas.

Descripción del riesgo: Se describe en qué consiste cada uno, es decir, la forma como se considera podría presentarse.

Identificación factores de riesgo (agente generador): Son circunstancias o características que implican una mayor probabilidad de operaciones sospechosas asociadas al riesgo.

Identificación de los efectos: Los efectos representan las pérdidas que la ocurrencia de los riesgos le acarrea a la Institución, al verse afectado el cumplimiento de sus objetivos. Los más representativos: Pérdidas económicas, pérdida de información, pérdida de bienes, interrupción de los servicios, daño del ambiente, deterioro de la imagen, pérdida de mercado y muerte o lesiones de las personas. En la práctica suelen confundirse los riesgos con sus efectos.

Causas: Las causas siempre están relacionadas con los agentes generadores. Incrementan la posibilidad de ocurrencia del riesgo. Se recomienda, al momento de

identificar las causas de los riesgos, orientar el análisis sobre las causas que son producidas al interior o al exterior de la Institución y que puede controlarse. Las que no pueden controlarse sólo sirven de información general, porque la Institución no puede incidir sobre ellas. Se recomienda utilizar las palabras: falta de, ausencia de, fallas en, exceso de, carencia, deficiencia, descuido, entre otras.

d) Evaluación y medición de riesgos:

Una vez se han identificado los riesgos, es necesario determinar su magnitud, es decir, establecer qué tan representativos son en la Institución. Para ello se realizan dos análisis sobre:

Evaluación y medición de riesgos:

Frecuencia (Probabilidad) de ocurrencia del riesgo

“X (por)”

Impacto (Severidad) de pérdida que puede causar en caso de su materialización

“= (igual)”

Evaluación de riesgo (Zona de Riesgo): Bajo

Moderado

Alto

Extremo

La zona de riesgo (calificación del riesgo) se obtiene al multiplicar el valor asignado a la Frecuencia (Probabilidad) por el Impacto (Severidad), basándose en las causas y efecto que están ligadas con la identificación del riesgo. Así genera el resultado de la zona de riesgo y por ende, se puede comenzar a emplear las medidas necesarias para la correcta disminución o eliminación de los riesgos que detecta la Institución.⁵

Para ponderar la Frecuencia (Probabilidad) por el Impacto (Severidad), se utilizan tablas y tienen asignado un nombre, un valor y la descripción del significado del nombre. Los valores asignados a los niveles de la frecuencia se incrementan en forma lineal, de uno a uno, y los del impacto se incrementan en forma geométrica, dando un valor mayor a cada nivel subsiguiente de la tabla; esto con el fin de asignar un peso más representativo a los valores del impacto, porque ésta es la variable que afecta primordialmente cuando se materializa un riesgo.

Representación gráfica en la siguiente matriz Evaluación del Riesgo:

⁵ La Matriz de Riesgo, se encuentra asociada a un software, el cual está a disposición de la Institución y de los entes de control que lo requieran.

FRECUENCIA (PROBABILIDAD)	Constante					
	Frecuente					
	Moderado		2023-08-0344			
	Ocasional					
	Remoto					
		Leve	Moderado	Critico	Severo	Catastrófico
IMPACTO (SEVERIDAD)						

0 - 0,0%	Bajo	1 - 100,0%	Moderado	0 - 0,0%	Alto	0 - 0,0%	Extremo
Total escenarios: 1							

e) Selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos:

Una vez identificados y evaluados los riesgos, se deciden las medidas con las cuales se van a manejar⁶, complementado con los “Límites de exposición al riesgo” (tolerancia) aprobados por la Institución y en coherencia con la política de riesgos y aunado al cumplimiento de las normas.

Se deben determinar las acciones tendientes a gestionar los riesgos a los que se ve expuesto la Institución, de acuerdo con los niveles de riesgo determinados y las tolerancias al riesgo definidas.

Tratamiento del Riesgo:

CONTROL DEL RIESGO: Evitar / Eliminar la actividad que lo genera.

CONTROL DEL RIESGO: Prevenir el riesgo.

CONTROL DEL RIESGO: Proteger la empresa.

FINANCIAMIENTO DEL RIESGO: Transferir a un tercero.

FINANCIAMIENTO DEL RIESGO: Aceptar el riesgo.

FINANCIAMIENTO DEL RIESGO: Retener las pérdidas.

CONTROL DEL RIESGO: Evitar / Eliminar la actividad que lo genera: Para evitar un riesgo se parte del principio de que su probabilidad es alta y representa un alto peligro para la Institución, porque podría traer consecuencias serias en caso de que ocurriera. Algunas formas de evitar un riesgo es no emprendiendo un nuevo proyecto evaluado como no viable, eliminando la actividad que genera un riesgo o sustituyéndola por otra que no sea tan peligrosa o que no produzca tantas pérdidas, como la suspensión de alguna línea

⁶ Libro Administración de Riesgos un enfoque empresarial (Rubi Consuelo Mejía Quijan) (Mejía, 2006), p. 51.

de producción, negocio, mercado objetivo, canal de distribución o medio de transporte entre otros. (Mejía, 2006), p. 52.

CONTROL DEL RIESGO: Prevenir el riesgo: Prevenir significa anticiparse, actuar antes de que ocurra algo. En el caso de la prevención de los riesgos, se toman medidas para que su probabilidad de ocurrencia disminuya. Estas medidas son las más conocidas y usadas en el medio, y las más efectivas, pues implican menores costos de tratamiento al evitar las pérdidas que pudiera acarrear la materialización de los riesgos. Algunas medidas de prevención tienen que ver con el diseño de procedimientos, las políticas de selección, capacitación y entrenamiento del personal. La prevención actúa sobre las causas de los riesgos. (Mejía, 2006), p. 52.

CONTROL DEL RIESGO: Proteger la empresa: Proteger significa defender una persona o cosa de un perjuicio o peligro, poniéndole algo encima, rodeándole. Desde el punto de vista de los riesgos, al proteger se diseñan medidas que deben actuar sobre los recursos amenazados (personas, materiales, información, imagen, entre otros) para evitar pérdidas en el evento de ocurrir un riesgo. Estas medidas pueden ser tan sencillas como un casco protector de uso diario según la actividad, hasta la elaboración de un plan de manejo de crisis. La protección actúa sobre los efectos de los riesgos. (Mejía, 2006), p. 52.

FINANCIAMIENTO DEL RIESGO: Transferir a un tercero: Consiste en trasladar las pérdidas a otras empresas, a través de la elaboración de arreglos contractuales o de la suscripción de contratos de seguro, en los cuales por el pago de una cuota llamada prima, el asegurador se hace responsable de las pérdidas que ocasionen los riesgos representados.

Otro tipo de mecanismo para transferir parte del riesgo se da con los contratos a riesgo compartido, que consisten en una distribución tanto de ganancias como de pérdidas entre las partes que lo celebran. Si el negocio objeto del contrato acarrea pérdidas, estas son asumidas en la proporción pactada por las partes en el contrato.

Otro ejemplo de transparencia de riesgos, puede darse mediante la contratación de las actividades o servicios de alto riesgo y la concertación de condiciones que regulen la responsabilidad ante ellos: servicios de transporte de fondos, transporte de mercancías, vigilancia, descontaminación, leasing, entre otros. (Mejía, 2004, p. 81) (Mejía, 2006), p. 52.

FINANCIAMIENTO DEL RIESGO: Aceptar el riesgo: Aceptar significa asumir, hacerse cargo o responsabilizarse de algo. Cuando se acepta un riesgo se asumen las consecuencias en el momento que se presente. Los riesgos se aceptan cuando su frecuencia es baja y su impacto es leve, y no ponen en peligro la estabilidad de la Institución.

La decisión de aceptar un riesgo debe ser estudiada. No debe responder a una acción inconsciente, fruto del desconocimiento o fallas en la identificación o evaluación del riesgo. En ocasiones se hace necesario aceptar riesgos obligatoriamente por no disponer en el mercado de medidas de control o transferencia que permitan adoptar una acción diferente a la aceptación del mismo. (Mejía, 2006), p. 53.

FINANCIAMIENTO DEL RIESGO: Retener las pérdidas: Significa conservar, guardar con cuidado. En el caso de los riesgos, éstos se retienen cuando se afrontan en forma planeada a través de la creación de un fondo, de una cuenta de gasto, de una provisión contable, de la destinación de una línea de crédito preestablecida, de la creación de empresas aseguradoras propias (cautivas), entre otros, con las cuales se responde ante las pérdidas causadas por su ocurrencia. (Mejía, 2006), p. 53.

f) Seguimiento y monitoreo:

En este último apartado, la Institución hace seguimiento y monitoreo a las etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” y por ende contribuir a todo el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”.

Comparar el riesgo absoluto con el riesgo residual: Analizar la evolución del riesgo y determinar si es necesario volver a intervenir en una etapa anterior, con la finalidad de replantear, el impacto y frecuencia del riesgo y sus posibles controles; este análisis se realiza de manera periódica y como mínimo una vez al año.

Generar indicadores: Tener trazabilidad histórica de la información con el fin de implementar correcciones y re ajustar o crear nuevas medidas de control, que ayuden a disminuir el impacto y la frecuencia con la que se presente los riesgos que afecten el cumplimiento de la meta, en caso de aplicar.

Proponer planes de acción: Medir los tiempos con los que se efectúan los controles y mantener un seguimiento constante de los avances que se generan en beneficio de la implementación de acciones correctivas que permitan mitigar y/o evitar los posibles riesgos.

Sistema de alertas tempranas: Tener herramientas que ayudan a detectar anticipadamente situaciones atípicas que pueden llegar a convertirse en un riesgo para la Institución, de manera que ayudan a prevenir ocasionalmente que el riesgo logre materializarse, evitando a su vez la posibilidad de que se genere un impacto negativo y posibles pérdidas dentro de la Institución.

Entre otros seguimientos y monitoreo que aplique.

ii. POLÍTICAS DE GESTIÓN DE RIESGOS

La Institución define las “Políticas de Gestión de Riesgos”, que contribuyen al desarrollo del “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, priorizando cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”.

De acuerdo a la Circular 20211700000004-5 sep 15-2021 de la Supersalud página 11 de 60:

“...Estas “Políticas de Gestión de Riesgos” deberán ser adoptadas por el Consejo de Administración, las cuales deben establecer los mecanismos y controles necesarios para asegurar el cumplimiento de dichas políticas y de las normas que le son aplicables al proceso de gestión de cada riesgo inherente.

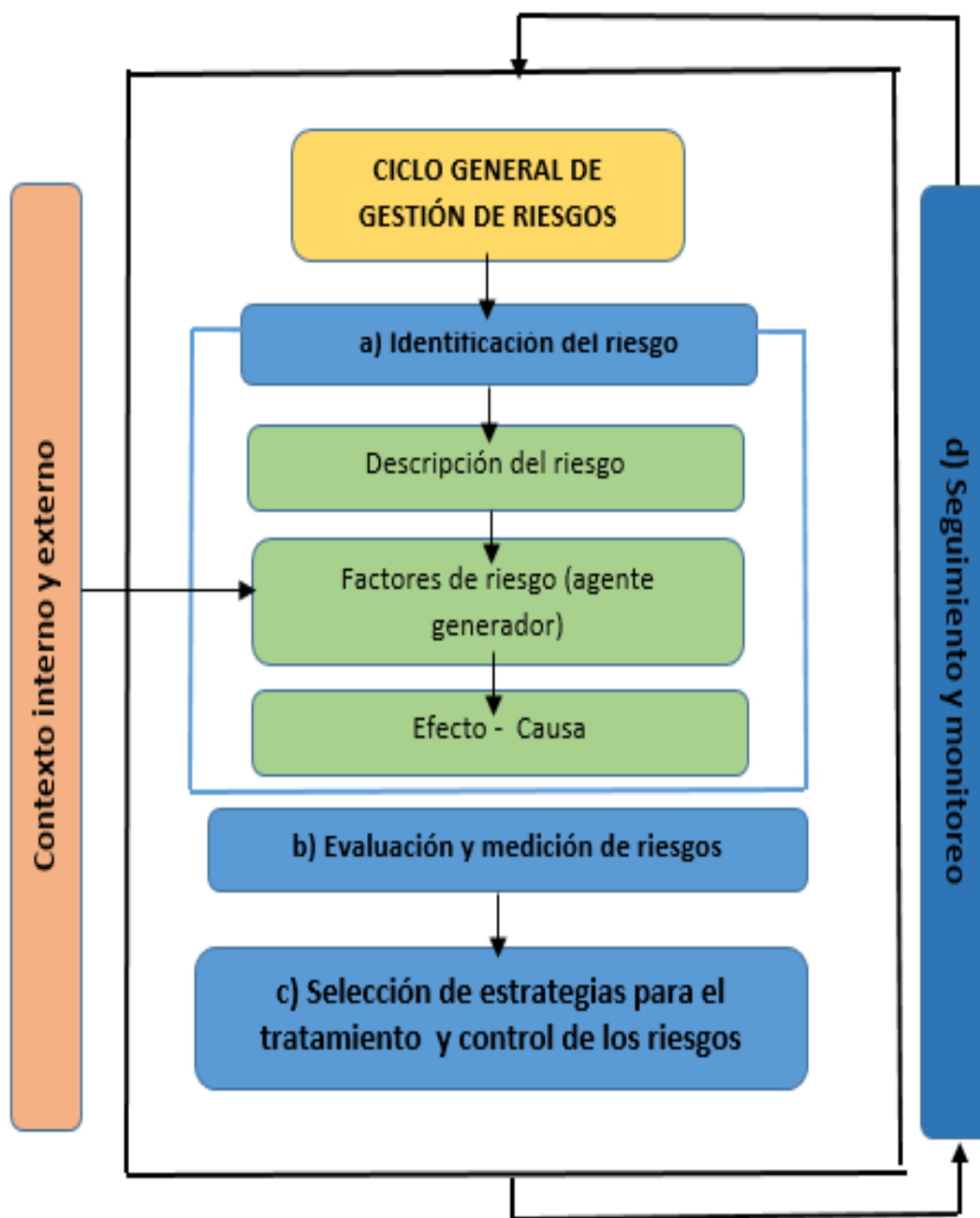
Las “Políticas de Gestión de Riesgos” deben ser revisadas como mínimo una vez al año, con el fin de actualizarlas a las condiciones particulares de la Institución y a las del mercado en general. Tanto la aprobación como las modificaciones que se efectúen a dichas políticas, deben tener constancia en acta del Consejo de Administración”.

Aunado a esto, la Institución debe promover el conocimiento de las presentes políticas y las que se desarrollen de acuerdo a los “Subsistemas de Riesgo” a todos los empleados, con el fin de promover su importancia y generar conciencia organizacional.

Aspectos de las “Políticas de Gestión de Riesgos”:

- a) Alineación de la planeación estratégica con la gestión de los diversos riesgos:** Se establece el Direccionamiento Estratégico, el Código de ética y de buen gobierno, el Código de integridad, el Reglamento Interno de Trabajo, documentación, socialización, inducción y capacitación de los procesos, entre otros elementos, para contribuir con el logro de la planeación estratégica y el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”.
- b) Cultura de autocontrol, autorregulación, autogestión y mejoramiento continuo:** El Consejo de Administración determina y lidera una cultura de autocontrol, autorregulación, autogestión y mejoramiento continuo que oriente el desarrollo de las competencias en la gestión de riesgos a todos los niveles de la Institución.
- c) Comunicar la política de gestión de riesgos:** Se debe comunicar a todos los empleados las políticas del “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” mediante capacitaciones, boletín interno, correos electrónicos u otras técnicas.

- d) Lineamientos de ética y conducta:** El Consejo de Administración promueve el actuar ético y transparente de sus empleados y todas las partes interesadas, para el efectivo funcionamiento del “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”. Adicionalmente, en el “Código de ética y de buen gobierno” y en el “Código de Integridad” se tienen establecidos los lineamientos de confidencialidad de la información, manejo de información privilegiada y conflictos de interés para contribuir a las mejores prácticas organizacionales.
- e) Documentación interna y externa:** Se genera la documentación necesaria para sustentar la adecuada implementación del “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, soportado en informes, instructivos, manuales, intranet, web, registros de capacitaciones, entre otros.
- f) Factores de riesgo (agentes generadores):** Deben ser identificados los agentes (usuarios, clientes y/o contrapartes, empleados, proveedores, entre otros) que puedan afectar los objetivos de una adecuada implementación del “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”.
- g) Criterios de las etapas del ciclo de gestión de riesgo:** Adherirse a cada una de las etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” en cada riesgo identificado, previamente descritos en el ítem uno (1) del presente documento y resumidos en el siguiente cuadro.



- h) Directriz en materia de exposición y nivel de tolerancia máximo:** La Institución determina que para cada uno de los “Subsistemas de Riesgo” un nivel de tolerancia máximo y límites de exposición, según las características que estos posean.
- i) Límites frente a posibles pérdidas:** La Institución determina la exposición y los límites máximos frente a los distintos tipos de riesgos, el cual es complementario al “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”.

- j) **Mecanismos de seguimiento y monitoreo en caso de desviaciones:** La Institución establece diferentes comités, indicadores, planes de acción, entre otros mecanismos, para hacer seguimiento y monitoreo a los casos donde se presenten cambios significativos en el perfil de riesgo, ejemplo:
- Comportamientos aislados.
 - Desviados.
 - Se sobrepasan los límites.
 - Se presenta el incumplimiento de alguna política y/o meta.
 - Se enfrenta a cambios fuertes e inesperados.
 - Entre otros.
- k) **Acciones oportunas en respuesta a cambios en el perfil de riesgo:** En caso de variaciones en el perfil de riesgo⁷, la Institución inicia las acciones necesarias y oportunas en respuesta a los cambios; generando un plan de acción que permita mejorar y minimizar las variables asociadas al perfil de riesgo; si bien, es aceptable llegar hasta perfiles altos, sin generar pérdidas representativas, al ser una Institución sin ánimo de lucro, un nivel de riesgo alto no es fácil de controlar, por lo que se debe evaluar los niveles de tolerancia.
- l) **Revisión de las “Políticas de Gestión de Riesgos”:** Las políticas deben ser revisadas y aprobadas por el Consejo de Administración mínimo una vez al año, sin embargo, se deben ajustar cada que sea necesario según las necesidades particulares de la Institución y del sector salud.
- m) **Monitoreo periódico:** La Institución hace monitoreo periódico a través de comités semanales y/o quincenales, presentación trimestral de los planes de acción, seguimiento a indicadores, entre otros; que permite llevar un monitoreo del cumplimiento de los lineamientos y/o metas de cada uno de los “Subsistemas de Riesgo” y/o de los riesgos prioritarios.
- n) **Sistemas de información y manejo de bases de datos:** La Institución establece políticas con criterios de seguridad y de calidad en su información, en las bases de datos y en cada una de sus operaciones, así como de la información remitida y respuestas a los requerimientos exigidos por los entes reguladores. Aunado al Código de ética y de buen gobierno, Reglamento Interno de Trabajo, Direccionamiento Estratégico donde se precisa el manejo de la información de forma transparente y su confidencialidad cuando aplique.
- o) **Información para la cuantificación:** A medida que se implementen más estrategias para la identificación, evaluación, control y monitoreo de los riesgos asociados, se

⁷ “Resultado consolidado de la medición de los riesgos a los que se ve expuesta una entidad”. (D. DEFINICIONES- Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.

genera información histórica que le permite a la Institución una vez establecidas las metodologías, medir los riesgos de manera cuantitativa. De igual forma, será aplicable a los límites, niveles de tolerancia y demás variables (si así lo requiere), que puedan afectar los procesos de la Institución en relación con los “Subsistemas de Riesgo”.

- p) Documentar cambios:** Se determina que al momento de implementar los métodos de análisis cuantitativos a los riesgos, la Institución debe garantizar que en caso de utilizar un método diferente al establecido inicialmente, se debe actualizar la respectiva documentación con dichos cambios de manera adecuada.
- q) Lineamientos del sistema de control interno:** Los lineamientos del Sistema de Control Interno (SCI) se encuentran en el “REGLAMENTO INTERNO DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN” y se complementan con el Código de ética y de buen gobierno, el Código de integridad, Reglamento Interno de Trabajo, Direccionamiento Estratégico, entre otros documentos Institucionales.
- r) Reportes gerenciales:** La Institución establece los criterios y los tipos de reportes gerenciales y de monitoreo tanto internos como externos, así como la forma y frecuencia de la presentación de los resultados de la administración de los diferentes riesgos; algunos ejemplos:
- Informe de gestión - Anual.
 - Reuniones del Consejo de Administración - Ordinariamente cada 2 meses.
 - Comité de Dirección - Semanal.
 - Comité Asistencial - Quincenal.
 - Comité Administrativo - Quincenal.
 - Comités de Riesgos - Quincenal.
 - Seguimiento al plan de acción - Trimestral.
 - Estados Financieros - Mensual.
 - Entre otros.
- s) Infraestructura tecnológica:** La Institución cuenta con un software que le permite desarrollar el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” y adicional tiene el recurso humano para el adecuado funcionamiento.
- t) Usuarios y proveedores de insumos y medicamentos:** La Institución determina las mejores prácticas con altos estándares éticos, de transparencia, de seguridad, de calidad y con humanización en el relacionamiento con todos sus usuarios y los proveedores de insumos y medicamentos.

De acuerdo a su portafolio de servicios de salud presta una atención integral según las necesidades neurológicas y neuroquirúrgicas de los pacientes (usuarios), contando con servicios de cirugía, programas especiales y docencia, así como también consulta especializada, ayudas diagnósticas, apoyo terapéutico, urgencias y hospitalización e investigación.

- u) Subcomité de Riesgos:** El Consejo de Administración cuenta con un sub comité de riesgos establecido en el “REGLAMENTO INTERNO DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN” con sus respectivas funciones de acuerdo a Circular 003 de 2018 y Circular 4-5 de 2021 de la Supersalud.

Adicionalmente, la Institución también tiene conformado de manera formal un comité de riesgo integrados con la Alta Gerencia y Control Interno con reuniones periódicas y soportadas con las respectivas actas.

- v) Área especializada en la gestión de riesgos:** La Institución dispone del área de Control Interno para desarrollar el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” de acuerdo a los lineamientos de la normatividad y del Consejo de Administración, aunado con la Alta Gerencia, líderes de proceso, entre otros.

iii. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS

La Institución tiene estructurados los “Procesos y Procedimientos para la Gestión de Riesgos” que instrumentan sus “Políticas de Gestión de Riesgos” y que son aplicables para la adecuada implementación y funcionamiento de cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”.

Los procesos y procedimientos deben cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Implementar las diferentes etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” y los elementos específicos de los diferentes “Subsistemas de Riesgo”.
- b) Garantizar el efectivo y oportuno funcionamiento de cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”, de modo que se puedan adoptar oportunamente los correctivos necesarios.
- c) Definir las acciones a seguir en caso de incumplimiento de los límites fijados y los casos en los cuales se deban solicitar autorizaciones especiales.
- d) Generar informes internos y externos, que permitan la toma de decisiones de manera oportuna en todas las instancias de la Institución.
- e) Garantizar como mínimo que las actividades de control del cumplimiento de los límites de los riesgos económicos y financieros sean llevadas a cabo por un área funcional diferente al área de tesorería.

El resultado de lo anterior, contribuye a tener procesos y procedimientos mediante documentos controlados.

Adicionalmente, es complementario tener claridad en las definiciones de los tipos de riesgo según los “Subsistemas de Riesgo”.

TIPOS DE RIESGO:

“Subsistemas de Riesgo”

i. RIESGO ACOSO LABORAL:

Conducta persistente y demostrable, ejercida sobre un empleado, trabajador por parte de un empleador, un jefe o superior jerárquico inmediato o mediato, un compañero de trabajo o un subalterno, encaminada a infundir miedo, intimidación, terror y angustia, a causar perjuicio laboral, generar desmotivación en el trabajo, o inducir la renuncia del mismo.

ii. RIESGO ACTUARIAL:

Se entiende por riesgo actuarial la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos según los diferentes tipos de contratos (cápita, evento, Grupo Relacionado de Diagnóstico, Pago Global Prospectivo entre otros) por venta de servicios, de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir las obligaciones futuras que se acordaron.

Otra definición complementaria, es la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a la ocurrencia de diferentes sucesos futuros e inciertos, por ejemplo:

Riesgo de concentración y hechos catastróficos: la probabilidad de pérdida como consecuencia de una concentración de los riesgos (género, franjas de edades, regiones, patologías, por la ocurrencia de hechos catastróficos) que afecten un número elevado de afiliados.

Riesgo de incrementos inesperados en los índices de morbilidad y en los costos de atención: probabilidad de pérdida de un periodo contable que se genera como consecuencia de diferencias apreciables entre las condiciones de morbilidad con incrementos inesperados en los costos de atención.

Riesgos de cambios permanentes en las condiciones de salud o cambios tecnológicos: probabilidad de que ocurran cambios permanentes en las condiciones de salud de la población objeto o derivados de la disponibilidad e incorporación al plan de beneficios de nuevas tecnologías, que requieran ajustes en la financiación de este plan de beneficios.

iii. RIESGO AMBIENTAL:

Es un riesgo ambiental la posibilidad que por forma natural o por acción humana se produzca daño en el medio ambiente. Se trata de peligros relacionados con las condiciones cambiantes del clima, cada vez más impredecible y extremo. Desafortunadamente, en su mayoría son riesgos que están fuera del control directo, se pueden prevenir, implementar planes de acción y de emergencia frente a temperaturas y precipitaciones extremas, niveles peligrosos de ruido o contaminación atmosférica.

iv. RIESGO DE CRÉDITO (SARC):

El Riesgo de Crédito corresponde a la posibilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, como, por ejemplo, monto, plazo y demás condiciones.

v. RIESGO FALLAS DE MERCADO:

El Riesgo de Fallas de Mercado corresponde a la posibilidad que la estructura del mercado de salud genere pérdidas en el bienestar y beneficios de la entidad. Ejemplos: mercado monopólico u oligopólico; prácticas de competencia desleal (como lo son la selección de riesgo, barreras de acceso a los servicios, entre otros).

vi. RIESGO DE GRUPO:

El Riesgo de Grupo corresponde a la posibilidad de pérdida que surge como resultado de participaciones de capital o actividades u operaciones con entidades que forman parte del mismo grupo empresarial. Este se deriva de la exposición a fuentes de riesgo adicionales a las propias del negocio de la entidad, dentro de las que se encuentran, por ejemplo: i) riesgo de contagio financiero, ii) detrimentos patrimoniales por filtración de flujos o concentración de pasivos y/o; iii) posibles conflictos de intereses, que generen condiciones desfavorables en las transacciones de la entidad. La exposición a las fuentes de riesgo

puede ser directa, mediante exposición financiera u operativa, o indirecta, mediante daño a la reputación.

vii. RIESGO DE LIQUIDEZ (SARL):

El Riesgo de Liquidez corresponde a la posibilidad que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente) como en el mediano y largo plazo (riesgo latente).

viii. RIESGO DE MERCADO DE CAPITALES:

El Riesgo de Mercado de Capitales corresponde a la posibilidad de incurrir en pérdidas derivadas de un incremento no esperado, de sus obligaciones con acreedores tanto internos como externos, o la pérdida en el valor de sus activos, por causa de las variaciones en los parámetros del mercado tales como la tasa de interés, la tasa de cambio o cualquier otra variable de referencia que afecte los precios del mercado financiero y asimismo los estados financieros de la entidad.

ix. RIESGO ECONÓMICO:

Hace referencia a la incertidumbre producida en el rendimiento de la inversión debida a los cambios producidos en la situación económica del sector en el que opera la empresa. Así, a modo de ejemplo, dicho riesgo puede provenir de: la política de gestión de la empresa, la política de distribución de productos o servicios, la aparición de nuevos competidores, la alteración en los gustos de los consumidores, etcétera⁸.

x. RIESGO ESTRATÉGICO:

Se define como el impacto actual y futuro en los ingresos y el capital que podría surgir de las decisiones adversas de negocios, la aplicación indebida de las decisiones, o la falta de capacidad de respuesta a los cambios de la industria⁹.

xi. RIESGO LEGAL:

Financiero. Incumplimiento de leyes, normativas y regulaciones de diferente tipo que son emitidas por los gobiernos de cada país y por otras entidades, por ejemplo, las superintendencias que regulan y controlan el funcionamiento de las empresas. Este puede presentarse tanto por el desconocimiento de una ley o normativa en particular como por la omisión intencional de esta. Igualmente, tiene que ver con el incumplimiento de contratos y acuerdos comerciales con terceras partes. En ambos escenarios, la materialización de este riesgo puede significar multas y sanciones, es decir, pérdidas económicas que pueden llegar incluso a poner en riesgo la continuidad del negocio¹⁰.

⁸ Económico, R., & Mascareñas, J. (s/f). Riesgos Económico y Financiero. Gacetafinanciera.com. Recuperado el 18 de agosto de 2022, de <http://www.gacetafinanciera.com/REF.pdf>

⁹ El riesgo estratégico: La importancia de prevenirlo y transformarlo en oportunidad. (2019, mayo 31). Interseguridad. <https://interseguridad.org/el-riesgo-estrategico-la-importancia-de-prevenirlo-y-transformarlo-en-oportunidad/>

¹⁰ Jiménez, M. M. (s/f). Gestión del riesgo legal en las organizaciones. Piranirisk.com. Recuperado el 18 de agosto de 2022, de <https://www.piranirisk.com/es/blog/gestion-del-riesgo-legal-y-recomendaciones>

xii. RIESGO EN SALUD:

Se entiende por Riesgo en Salud la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, que puede ser evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. El evento, es la ocurrencia de la enfermedad, traumatismos o su evolución negativa, desfavorable o complicaciones de esta; y las causas, son los diferentes factores asociados a los eventos. De esta manera, se incluyen el marco institucional y el ciclo de gestión de riesgo en salud. Asimismo, lo dispuesto en el presente numeral se entiende sin perjuicio de los requisitos establecidos que deben acreditar las entidades por normas superiores de las autoridades competentes que regulen la materia.

QUE ES EL EVENTO: Es la ocurrencia de la enfermedad, traumatismos o su evolución desfavorable, y sus causas son los diferentes factores asociados.

QUE ES UN EFECTO: Es una desviación de lo esperado.

TIPOS DE EFECTO:

- Negativos
- Positivos

QUE ES LA SINIESTRALIDAD: Es la materialización del riesgo.

COMO SE EXPRESA EL RIESGO: Combinación de consecuencia y probabilidades.

QUE ES UN GRUPO DE RIESGO EN SALUD: Es un conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios

COMO SE CONFORMA UN GRUPO DE RIESGO: se conforman teniendo en cuenta

- Grupos sociales de riesgo
- Enfermedades de alta frecuencia y cronicidad
- Enfermedades prioritarias en salud pública
- Enfermedades con tratamientos de alto costo
- Condiciones intolerables para la sociedad
- Enfermedades de alto costo

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO EN SALUD:

Puede clasificarse como:

Riesgo Primario: si se refiere a la probabilidad de aparición de nueva morbilidad (incidencia),

Riesgo técnico: alude a la probabilidad de “ocurrencia de eventos derivados de fallas de atención en los servicios de salud y de la mayor carga de enfermedad por mortalidad evitable y discapacidad”
(Resolución 1841 de 2013, p. 147).

La persona, la familia y los cuidadores son responsables:

Autocuidado, el cuidado de la familia, la comunidad y de los entornos donde viven, estudian, trabajan o se recrean.

Para tal fin se deben generar condiciones que involucren a las personas en todos los niveles del sistema de salud, comenzando por el fortalecimiento del autocuidado y la participación en las decisiones de la atención en salud requerida.

FACTORES EXTERNOS (GENERADOS EN EL ENTORNO)

POLÍTICOS: Políticas de gobierno, políticas fiscales, modificaciones en los tratados comerciales.

ECONÓMICOS: Políticas económicas del gobierno, tipos de interés, factores macroeconómicos propios de cada país, tipos de cambio, nivel de inflación.

SOCIOCULTURALES: Cambios en los gustos o en las modas, que repercutan en el nivel de consumo, cambios en el nivel de ingresos, cambios en el nivel poblacional

TECNOLÓGICOS: Cambios tecnológicos, desarrollos tecnológicos

MEDIO AMBIENTE: Leyes de protección ambiental, regulación sobre el consumo de energía y el reciclaje de residuos, preocupación por el calentamiento global.

LEGALES: Leyes y normas regulatorias.

FACTORES INTERNOS (GENERADOS EN LA ORGANIZACIÓN)

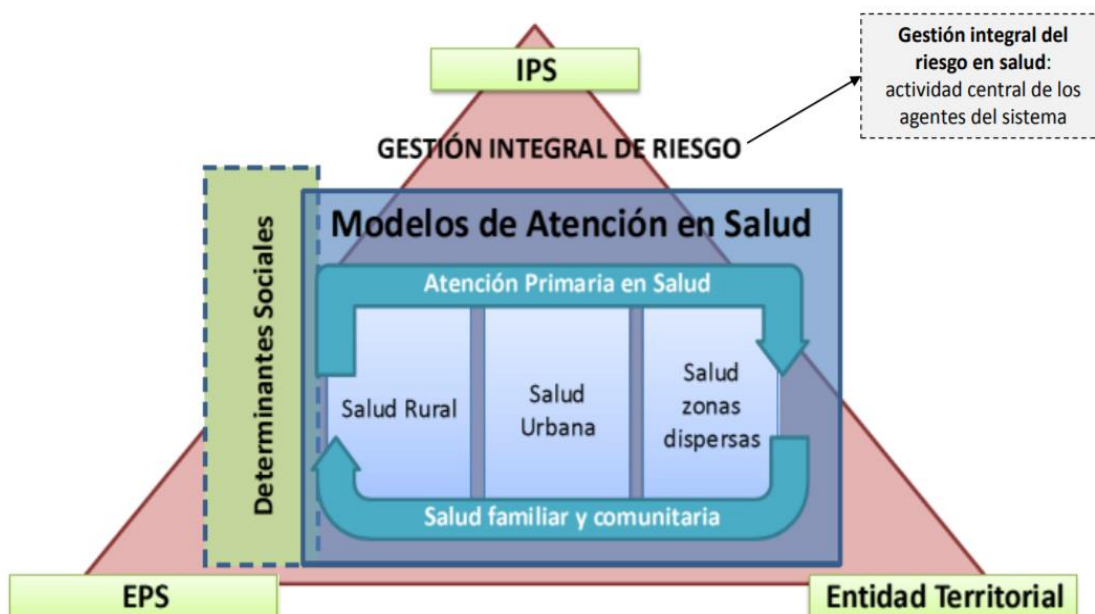
POLÍTICOS.

INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y TECNOLÓGICA.

FINANCIEROS.

TALENTO HUMANO.

PROCESOS.



Fuente: Bases Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, DNP



¿QUÉ ES LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD?: Capacidad de Anticiparse a los eventos de interés en salud pública, las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, su evolución y consecuencias sean lo menos severas posibles

¿CÓMO SE LOGRA?:

- Mediante la identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en la aparición y desenlace de la enfermedad, las cuales son individuales, colectivas y del entorno donde se vive, trabaja o deambula.
- La clasificación de las personas según se vean afectadas por las circunstancias y condiciones detectadas que puedan afectar su salud.
- El diseño y puesta en marcha de acciones para eliminar, disminuir o mitigar esas circunstancias y condiciones.

¿CUÁLES SON LAS METAS?:

- Mejor nivel de salud.
- Mejor experiencia en la atención en salud.
- Costos acordes a los beneficios recibidos.

xiii. RIESGO OPERACIONAL (SARO):

El Riesgo Operacional corresponde a la probabilidad que la Institución presente desviaciones en los objetivos misionales, como consecuencia por deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal y biomédicos, en la infraestructura, por corrupción, opacidad y fraude (COF), así como por soborno y el soborno transnacional (ST), ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.

Es importante resaltar que, la anterior definición incluye una amplia variedad de factores de riesgo que pueden afectar los objetivos, y que pueden materializarse como resultado

de una deficiencia o ruptura en los controles internos o procesos de control, fallas tecnológicas, errores humanos, deshonestidad, prácticas inseguras y catástrofes naturales, entre otras causas, que afectan diferentes procesos, según las características propias de la Institución.

xiv. RIESGO REPUTACIONAL:

El Riesgo Reputacional corresponde a la posibilidad de toda acción propia o de terceros, evento o situación que pueda afectar negativamente el buen nombre y prestigio de la Institución, tales como el impacto de la publicidad negativa sobre las prácticas comerciales, conducta o situación financiera de la entidad. Tal publicidad negativa, ya sea verdadera o no, puede disminuir la confianza pública en la entidad, dar lugar a litigios costosos, a una disminución de su base de usuarios, clientes, negocios o los ingresos, entre otros.

También se relaciona con la percepción agregada que tienen los agentes relacionados con la Institución, sean estos clientes, grupos de interés, partes vinculadas o público en general, la cual tiene el potencial de afectar la confianza, influenciando su volumen de negocios, y su situación general. Esta puede variar por factores tales como el desempeño, escándalos, menciones en prensa, entre otros.

xv. RIESGO SARLAFT-FPADM de Contagio:

En el marco del SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT-FPADM) de contagio, es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad directa o indirectamente, por acción de una persona natural o jurídica que posee vínculos con la entidad.

xvi. RIESGO SARLAFT-FPADM Legal:

En el marco del SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT-FPADM) legal, es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad al ser sancionada, multada u obligada a indemnizar daños como resultado del incumplimiento de normas o regulaciones, obligaciones contractuales, fallas en los contratos y transacciones, derivadas de actuaciones malintencionadas, negligencia o actos involuntarios que afectan la formalización o ejecución de contratos o transacciones.

xvii. RIESGO SARLAFT-FPADM Operativo:

En el marco del SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT-FPADM) operativo, es la probabilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad al incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, por fraude y corrupción, o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.

xviii. RIESGO SARLAFT-FPADM: Reputacional:

En el marco del SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT-FPADM) reputacional, es la posibilidad de pérdida en que incurre una entidad por desprestigio, mala imagen, publicidad negativa, verdadera o no, respecto de la Institución y sus prácticas de negocios, que cause una disminución de su base de clientes, disminución de los negocios o ingresos, o incurrir en procesos judiciales.

xix. RIESGO SICOF Corrupción:

En el SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF) corrupción, obtención de un beneficio particular por acción u omisión, uso indebido de una posición o poder, o de los recursos o de la información.

xx. RIESGO SICOF Opacidad:

En el SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF) opacidad, falta de claridad o transparencia, especialmente en la gestión pública.

xxi. RIESGO SICOF Fraude:

En el SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF) fraude, cualquier acto ilegal caracterizado por ser un engaño, ocultación o violación de confianza, que no requiere la aplicación de amenaza, violencia o de fuerza física, perpetrado por individuos y/u organizaciones internos o ajenos a la entidad, con el fin de apropiarse de dinero, bienes o servicios.

xxii. RIESGO PTEE-I Soborno:

En el PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL INTEGRAL (PTEE-I) se compilan de manera integral todas las normas internas en materia de prevención y mitigación de los Riesgos de corrupción, opacidad y fraude (COF), así como el soborno y el soborno transnacional (ST), adicional los principios y valores éticos que cada entidad considere apropiados, para llevar a cabo su operación de manera ética, transparente y honesta. En consecuencia, cualquier modificación al PTEE-I deberá incorporarse en forma detallada y rigurosa en el documento correspondiente. Este debe estar aprobado por la Junta Directiva o quien haga sus veces.

xxiii. RIESGO DE GOBIERNO CORPORATIVO:

El Gobierno Corporativo es el conjunto de normas, principios y procedimientos que regulan la estructura y el funcionamiento de los órganos de gobierno de una empresa. En concreto, establece las relaciones entre la junta directiva, el consejo de administración, los accionistas y el resto de partes interesadas, y estipula las reglas por las que se rige el proceso de toma de decisiones sobre la compañía para la generación de valor.

xxiv. RIESGO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:

El Riesgo en Seguridad y Salud en el Trabajo corresponde a los peligros existentes en una profesión y tarea profesional concreta, así como en el entorno o lugar de trabajo, susceptibles de originar accidentes o cualquier tipo de siniestros que puedan provocar algún daño o problema de salud tanto físico como psicológico.

Peligros biológicos: La exposición a sustancias peligrosas, a enfermedades asociadas al trabajo con los pacientes, a agentes vegetales infecciosos e incluso, el trabajo al aire libre, pueden ser factores de riesgo. Ejemplo. Tuberculosis (TB), hepatitis, VIH / SIDA, Síndrome respiratorio agudo grave (SARS), ébola.

Peligros químicos: La exposición a pesticidas, líquidos peligrosos, solventes o gases inflamables, son los ejemplos recurrentes en este rango de amenazas de seguridad ocupacional, donde los trabajadores pueden sufrir enfermedades, irritación de la piel o problemas respiratorios. Ejemplo. Glutaraldehído, óxido de etileno, látex.

Riesgos físicos: Ruido, radiación, resbalones, tropezones y caídas.

Riesgos ergonómicos: Los riesgos ergonómicos ocurren cuando el tipo de trabajo, las posturas para llevarlo a cabo o las condiciones de trabajo afectan la salud de las personas. Se relacionan con el uso continuo y prolongado de herramientas o equipamiento de trabajo, como sillas, mesas, utensilios y otros instrumentos necesarios para la ejecución del trabajo. Este tipo de riesgos no evidencian su impacto negativo a corto plazo. Por eso son difíciles de identificar. De ahí la importancia de ejercer una supervisión constante e implementar procesos que garanticen la adaptabilidad entre trabajador y entorno de trabajo.

Riesgos Psicosociales: La estructura de la organización puede generar estrés, depresión, ansiedad y otras patologías nocivas para el trabajador. La sobrecarga de trabajo o la escasez de ella producen estrés y tensión. La violencia en el trabajo, el acoso laboral, la invasión a la intimidad e, incluso, el trabajo en condiciones de aislamiento son factores que pueden derivar en riesgos psicosociales.

xxv. RIESGO DE INFRAESTRUCTURA TÉCNICA Y LOCATIVA:

El Riesgo en Infraestructura Técnica y Locativa corresponde a una situación con potencial de daño presente en los lugares de trabajo, que bajo circunstancias no adecuadas pueden ocasionar accidentes o incidentes de trabajo o pérdidas para la empresa. Infraestructura diseñada y construida para soportar unos requisitos de espacio predeterminados; cualquier variación implica modificaciones, que si no se ejecutan se vuelven inadecuadas.

Ejemplo: Condiciones inadecuadas de las redes de distribución de los servicios públicos, aires acondicionados, capacidad energética.

Instalaciones con incumplimientos normativos para el adecuado almacenamiento y conservación de la estructura tecnológica, los acervos documentales, los insumos, los dispositivos médicos, las plantas de tratamiento.

Áreas de circulación con objetos que restringen la movilidad adecuada.

xxvi. RIESGO POBLACION:

El riesgo atribuible poblacional (RAP) es una medida que indica la cantidad de eventos de salud que se podría evitar en una población si se eliminara un factor de riesgo.

El riesgo poblacional es la proporción de personas de una población que tienen un trastorno o portan un gen específico. También se le conoce como riesgo basal.

El riesgo poblacional se utiliza en el asesoramiento genético para comparar el riesgo de un paciente con el de la población general.

El riesgo poblacional también puede referirse al riesgo atribuible poblacional (RAP), que es una medida de la cantidad de eventos de salud que se podría evitar si las condiciones de la población fueran similares a las de la población con mejor condición socioeconómica.

El RAP se calcula restando la incidencia de los no expuestos de la incidencia de la población general.

xxvii. RIESGO SATISFACCIÓN:

La satisfacción puede definirse como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario". La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo.

Si se quiere ofrecer servicios de mayor calidad, la evaluación de la satisfacción en los usuarios, familiares y proveedores se convierte en una tarea permanente y dinámica que aporta datos de cómo estamos y que falta para llegar a cumplimentar las expectativas de unos y de otros.

La satisfacción puede referirse como mínimo a tres aspectos diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente y otros); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población; y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado.

iv. DOCUMENTACIÓN PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS

La Institución tiene estructurada, normalizada y controlada la "Documentación para la Gestión de Riesgos" garantizando la integridad, oportunidad, trazabilidad, confiabilidad y disponibilidad de la información allí contenida.

Los procesos y procedimientos tienen claridad en sus objetivos y están claramente definidas las funciones, responsabilidades y atribuciones específicas para cada uno de los

empleados responsables de los diferentes órganos de dirección, administración y control involucrados en la administración de los diversos riesgos.

Dentro de su estructura, tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Las “Políticas de Gestión de Riesgos” para la administración de cada uno de los riesgos.
- b) Las metodologías y procedimientos para la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos identificados. A su vez, el establecimiento de los niveles de aceptación y límites de exposición.
- c) La estructura organizacional que garantice el desarrollo de cada uno de los “Subsistemas de Riesgo” y que, a su vez, fortalezca el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”.
- d) Los roles y responsabilidades de quienes participan en la gestión de los diversos riesgos identificados, especialmente los prioritarios.
- e) Las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las “Políticas de Gestión de Riesgos” y objetivos de cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”.
- f) Roles, responsabilidades y acciones del órgano de control interno frente a cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”.
- g) Las estrategias de capacitación y divulgación de cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”.

Asimismo, la Institución mantiene a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud y demás entes de control, la documentación e información, previendo como mínimo lo siguiente:

- a) Las actas del Consejo de Administración donde conste la aprobación de las “Políticas de Gestión de Riesgos” para cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”, así como las actas correspondientes a la aprobación de los ajustes o modificaciones que se efectúen a dichas políticas.
- b) Los instructivos o manuales que contengan los procesos y procedimientos a través de los cuales se llevan a la práctica las políticas aprobadas para cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”. Estos documentos deberán ser firmados por el Representante Legal y ser de fácil consulta y aplicación al interior de la Institución.
- c) El Código de ética y de buen gobierno.
- d) El Código de integridad.
- e) Los informes presentados por el Consejo de Administración, el Representante Legal, el Subcomité de riesgos del consejo de administración, el Comité de riesgos institucional, en el caso que aplique. Entre estos debe encontrarse un reporte sobre el cumplimiento de los límites y del nivel de exposición de los diferentes riesgos establecidos por la Institución, particularmente los prioritarios.
- f) Los informes presentados por los órganos de control, como el Revisor Fiscal, sobre el funcionamiento y resultados de la implementación de cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”.
- g) Las actas del Consejo de Administración en donde conste la presentación del informe del Subcomité de riesgos del consejo de administración y/o el Comité de

riesgos institucional y del Revisor Fiscal, en los casos que aplique.

- h) Las actas del Subcomité de riesgos del consejo de administración y/o del Comité de riesgos institucional, y los reportes al Consejo de Administración y al Representante Legal, en los casos que aplique.
- i) Las constancias de las capacitaciones impartidas al Consejo de Administración, Directivos, todos los empleados y cualquier otra persona que tenga vinculación con la Institución sobre el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, con el fin de asegurar que sean entendidas e implementadas en todos los niveles de la organización.
- j) Los documentos y registros que evidencien el funcionamiento oportuno, efectivo y eficiente de cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”.
- k) Las metodologías, parámetros, fuentes de información y demás elementos utilizados para la medición de cada uno de los riesgos.
- l) El procedimiento a seguir en caso de incumplimiento a los límites preestablecidos en cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”.
- m) Disponer de un respaldo físico o en medio magnético de la documentación mencionada en este numeral.
- n) Establecer requisitos de seguridad, de forma tal, que se permita la consulta a información sensible, únicamente por parte de los empleados autorizados.
- o) Determinar criterios y procesos de manejo, guarda y conservación de la información.

V. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La Institución su “Estructura organizacional” se encuentra soportada con todos los componentes legales, administrativos, contables, asistenciales, entre otros para el cumplimiento de su objeto social y para el diseño y adopción de cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”. Cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y órganos internos aplicables, mediante los cuales se dirige la adopción de mejores prácticas para garantizar que la gestión se realice bajo los principios de transparencia, eficiencia, equidad, y propender por la calidad en la prestación de los servicios de salud centrados en el usuario.

Estructura organizacional:

Estatutos de la Fundación.

Consejo de Administración.

Alta gerencia: Dirección General (Representante Legal), Dirección Administrativa y Financiera y Dirección Médica.

Direccionamiento Estratégico.

Código de ética y de buen gobierno.

Reglamento Interno de Trabajo.

Organigrama.

Estados Financieros.

Procesos y estructura documental.

Órganos de control interno y Revisoría Fiscal.

Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud.

Entre otros.

Representante Legal:

Dentro de la implementación del “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” y para dar cumplimiento a la Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud según la circular 20211700000004-5 de 2021 (5.1. Representante Legal), la Institución incluye las siguientes funciones a cargo del Representante Legal y están estipuladas en el “MANUAL DE PERFILES DE CARGOS”:

- a) Apoyar y garantizar el efectivo cumplimiento de las políticas definidas por el Consejo de Administración.
- b) Adelantar un seguimiento permanente del cumplimiento de las funciones del Comité de riesgos institucional, en los casos que aplique, y mantener informado al Consejo de Administración.
- c) Conocer y discutir los procedimientos a seguir en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición frente a los riesgos, así como los planes de contingencia a adoptar respecto de cada escenario extremo.
- d) Hacer seguimiento y pronunciarse respecto de los informes periódicos que presente el Comité de riesgos institucional sobre el grado de exposición de riesgos asumidos por la Institución y los controles realizados, además de los informes presentados

por la Revisoría Fiscal. Lo anterior debe plasmarse en un informe al Consejo de Administración y hacer énfasis cuando se presenten situaciones anormales como mínimo en algún riesgo prioritario o existan graves incumplimientos a las políticas, procesos y procedimientos para cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”.

- e) Realizar monitoreo y revisión de las funciones del área de control interno.
- f) Velar porque se dé cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Código de ética y de buen gobierno de la Institución en materia de conflictos de interés y uso de información privilegiada que tengan relación con el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”.
- g) Vigilar cuidadosamente las relaciones de todas las personas que hacen parte de la Institución tanto interna como externamente, para identificar y controlar de manera eficiente los posibles conflictos de interés que puedan presentarse.
- h) Informar de manera oportuna mediante oficio a la Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud, acerca de cualquier situación excepcional que se presente o prevea que pueda presentarse como mínimo en el ámbito de la administración de los riesgos prioritarios, de las causas que la originan y de las medidas que se propone poner en marcha por parte de la Institución para corregir o enfrentar dicha situación, si procede.

Área de Control Interno responsable de la Gestión de Riesgos:

El área de Control Interno es responsable de la Gestión de Riesgos y tiene características de independencia y sin sesgos de las áreas misionales de la Institución relacionadas con la prestación de servicios de salud (atención en servicios ambulatorios, atención en urgencias, atención hospitalaria y quirúrgica, entre otras), las áreas encargadas de las negociaciones como son compras, tesorería, entre otros.

Complementado a ello, y como la Institución no cuenta con un área exclusiva únicamente a la Gestión de Riesgos, se otorgan funciones de gestión de riesgos en cada uno de los procesos (especialmente los más significativos y sensibles para el funcionamiento) a los empleados de diferentes áreas de manera transversal dentro de la Institución. Sin embargo, los responsables de estas áreas deberán pertenecer al segundo nivel jerárquico (dependen directamente de la Gerencia y/o Dirección Administrativa y Financiera y/o Dirección Médica) con poder de decisión que le permita cumplir de manera adecuada con sus funciones, atendiendo la naturaleza y estructura propia de la Institución.

Dentro de la implementación del “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” y para dar cumplimiento a la Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud según la circular 20211700000004-5 de 2021 (5.2. Área de Gestión de Riesgos), la Institución incluye las siguientes funciones a cargo del Jefe de Control Interno y están estipuladas en el “MANUAL DE PERFILES DE CARGOS”:

- a) Apoyar en el diseño de las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la Institución, para mitigar su impacto.
- b) Sugerir al Comité de riesgos institucional, en los casos que aplique, los ajustes o

modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes “Subsistemas de Riesgos”.

- c) Proponer al Comité de riesgos institucional, en los casos que aplique, el manual de procesos y procedimientos, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes “Subsistemas de Riesgos”. Asimismo, velar por su actualización, divulgación y apropiación en todos los niveles de la organización y su operatividad.
- d) Velar por el adecuado diseño e implementación de los controles a los diferentes riesgos para mitigar su impacto, en todos los niveles de la organización y su operatividad.
- e) Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
- f) Apoyar a las áreas en la identificación y evaluación de los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar al Comité de riesgos institucional, en los casos que aplique, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes.
- g) Monitorear las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera de la Institución, de acuerdo con la Resolución 3100 de 2019 o las normas que la sustituyan o modifiquen.
- h) Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” de la Institución.
- i) Participar en el diseño y desarrollo como mínimo de los programas de capacitación sobre los riesgos identificados y velar por su cumplimiento. Incluir por lo menos los riesgos de los “Subsistemas de Riesgos”.
- j) Analizar los informes presentados por el Revisor Fiscal para que sirvan como insumo para la formulación de planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”.
- k) Monitorear e informar al Comité de riesgos institucional, en los casos que aplique, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”.

vi. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

La Institución cuenta con la “Infraestructura Tecnológica” y los sistemas necesarios para garantizar el funcionamiento efectivo, eficiente y oportuno del “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, los cuales generan informes confiables y tienen un soporte tecnológico según las necesidades.

Además, se cuenta con los procesos que permitan realizar un control adecuado del cumplimiento de las políticas y límites establecidos, además de contar con un plan de conservación, custodia y seguridad de la información tanto documental como electrónica.

Los parámetros utilizados en los aplicativos informáticos para cada uno de los “Subsistemas de Riesgos” que componen el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” se revisan periódicamente.

De acuerdo con el instructivo “IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES INFORMÁTICAS”, cada que se requiera implementar una nueva solución informática bien sea por desarrollos internos o externas, se debe presentar al área encargada, la cual, dependiendo del requerimiento, identifica cuál es la mejor manera de implementar lo solicitado dentro de los parámetros establecidos.

En el instructivo “ACTUALIZACIÓN DE SOFTWARE”, se asegura mantener actualizado el software utilizado para el manejo de la información dentro de la Institución. De esta manera, se asegura que el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” se aplique las actualizaciones y acoples necesarios dentro del software utilizado.

El área de Sistemas según el instructivo “COPIA DE SEGURIDAD (BACKUP)” genera las copias de seguridad correspondientes, preservando la duración de la información en el tiempo mediante diferentes estrategias

Para la implementación de las metodologías usadas para el “Ciclo General de Gestión de Riesgos”, la Institución busca unificar la información dentro del Software que está dispuesto para el desarrollo de los riesgos, su evaluación y controles entre otras funciones. Dentro de este mismo software habilitado, se pueden construir indicadores que permiten medir el comportamiento de los riesgos, así como diferentes funciones habilitadas para el manejo de la información.

vii. DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y**CAPACITACIONES**

Para la Institución la “Divulgación de la información y capacitaciones” es uno de los pilares fundamentales para transmitir el conocimiento a los empleados, se cuenta con una capacitación y prueba de conocimiento para el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” dirigido a los integrantes del Consejo de Administración, Alta Gerencia y demás empleados de forma anual; también en el proceso de inducción a los nuevos empleados se les capacita en el tema, dejando evidencia de la prueba de los temas expuestos y el registro de asistentes.

Adicionalmente, mediante los boletines institucionales se complementa la información asociada al “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” de forma periódica; y así generar una cultura con la gestión integral del riesgo en la Institución.

Complementario a lo anterior, la Institución tiene un sistema de información efectivo, veraz, eficiente y oportuno capaz de generar reportes, tanto internos como externos, que garantice el funcionamiento de cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”, teniendo en cuenta los procesos y procedimientos establecidos para cada uno.

Los sistemas de información cumplen con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (completitud, validez y confiabilidad) y cumplimiento, para lo cual se establecen controles generales y específicos para la entrada, el procesamiento y la salida de la información, atendiendo su importancia relativa y nivel de riesgo.

Divulgación de la Información Interna y Externa

Los informes tanto internos como externos que se generan en la Institución adicional de otros temas también relevantes, involucran el monitoreo y control de los “Subsistemas de Riesgo” que permiten generar planes de acción según la priorización de los riesgos.

CAPÍTULO II “LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DE LOS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS”.

De acuerdo a la Circular 20211700000004-5 septiembre 15-2021 de la Supersalud desde la página 19 hasta la página 60, la Institución debe estipular los lineamientos específicos de los “Subsistemas de Riesgo” para cada uno de los riesgos prioritarios que se desarrollan a continuación, así:

“SUBSISTEMAS DE RIESGOS”.

Agrupadores de distintos tipos de riesgos en torno a un elemento común, prioritarios para fines de supervisión definidos por la Superintendencia Nacional de la Salud - Supersalud. Cabe resaltar que la Institución debe gestionar todos los riesgos que se presenten dentro de su operación, y dependerá de la discrecionalidad que se le dé para su tratamiento. Sin embargo, deberán contemplar como mínimo, los siguientes “Subsistemas de Riesgo” y así cumplir con los requisitos de la Supersalud.

UNO. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN SALUD.

“Se entiende por Riesgo en Salud la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. El evento, es la ocurrencia de la enfermedad, traumatismos o su evolución negativa, desfavorable o complicaciones de esta; y las causas, son los diferentes factores asociados a los eventos.”¹¹

Ciclo general de la gestión del Riesgo en Salud.

Para la gestión del Riesgo en Salud inherente la Institución aplica el “Ciclo General de Gestión de Riesgos” definido previamente, con el fin de identificar, evaluar, controlar y monitorear, armonizado con los demás lineamientos e instrumentos en salud complementarios.

a) Identificación del Riesgo en Salud:

La identificación del Riesgo en Salud comprende, como mínimo lo siguiente:

a. La Institución se acoge a la información suministrada por la Secretaría Seccional de Salud de la Gobernación de Antioquia, Aseguradores, información interna como bases de datos, perfil epidemiológico o demás instancias referente situación de salud del departamento o a nivel nacional, señalando características particulares del perfil de salud-enfermedad de la población y cuáles son las necesidades y prioridades que permite dar

¹¹ Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud. Capítulo II-II: LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DE LOS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS. 1.GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD. Página 19 de 60.

un acercamiento importante a la situación del sector, teniendo en cuenta los enfoques diferenciales de la población que se trata dentro de la Institución.

b. La Institución cuenta con diferentes servicios con un enfoque primordial en patologías neurológicas y neuroquirúrgicas, tiene su portafolio de servicios, los certificados de habilitación donde se especifican las modalidades por cada uno de los servicios y así como la capacidad instalada de la Institución. La mayoría de los pacientes atendidos pertenecen en su mayoría al régimen contributivo y subsidiado representando.

Es importante entender que la capacidad instalada cumple con los requisitos de habilitación que están establecidos, así como la capacidad de oferta del talento humano que va acorde con el crecimiento de la Institución y se adapta a los cambios en el contexto externo de acuerdo a las diferentes modalidades de contratación que se puedan generar.

c. La caracterización de los servicios teniendo en cuenta los enfoques diferenciales según el perfil epidemiológico.

d. Se tiene establecido un sistema de reporte voluntario de eventos relacionados con la seguridad del paciente donde cualquier empleado puede realizar un reporte de un evento adverso que se presente dentro de su servicio.

Además de esto, se capacita al personal asistencial con el fin de aprender a identificar y evaluar en forma oportuna los incidentes y/o eventos adversos, pues de esta forma se pueden adoptar las medidas para prevenir su materialización y así contribuir con la protección de los usuarios.

De igual manera, se cuenta con indicadores para cada uno de los riesgos prioritarios relacionados con el riesgo en salud, de esta manera se puede llevar un control y un cumplimiento de acuerdo a lo solicitado por las normativas.

También existen listas de chequeo de rondas de seguridad del paciente para llevar el control y la seguridad de los pacientes, así como la prevención de eventos adversos que se puedan presentar en su permanencia dentro de la Institución.

Se cuenta con la política de seguridad del paciente junto con las demás informaciones del cuidado del paciente y sus familiares.

e. La Institución tiene identificados sus riesgos en salud con sus respectivos controles y así generar adecuadas prácticas a utilizar para prevenir posibles eventos adversos para los pacientes, conservando la disponibilidad y confiabilidad de la información acerca de la exposición al riesgo.

b) Evaluación y medición del Riesgo en Salud:

Posterior se realiza la evaluación y medición del Riesgo en Salud:

a. La probabilidad de ocurrencia y el impacto sobre la salud de los pacientes es determinado para cada uno de los servicios, se miden los posibles eventos adversos que se presentan y cuáles son las prioridades que tienen estos dentro de la Institución de acuerdo a sus causas y efectos, y cuáles son las medidas correspondientes para

controlarlos.

b. La Institución de forma sistemática realiza un seguimiento a la facturación, recaudo, contratación con aseguradoras y glosas, donde se analizan los posibles sobrecostos causados por devoluciones y glosas sea por insuficiencia de soportes documentales y autorizaciones, falta de claridad en la contratación, estancias prolongadas, falta de registros asistenciales y administrativos, entre otros y que pueden afectar la calidad en la atención del paciente, la operación, los procesos y disminuir el patrimonio institucional. El seguimiento se complementa con indicadores, seguimiento a tareas y el plan de acción de cada proceso.

c. En este momento la Institución cuenta con una matriz de priorización de riesgos de salud que se presentan en los diferentes servicios, las causas, los efectos, la frecuencia, la severidad, entre otros. Y de acuerdo a esta información y los resultados que la metodología arroje se generan unos controles que puedan prevenir, mitigar y/o eliminar dicho evento adverso.

d. La Institución tiene definidos los límites de exposición al riesgo en salud, las metas establecidas, seguimientos sistemáticos, entre otros para mantener los niveles dentro de estos rangos y procurar mitigar los riesgos, de manera que se promueva la cultura del cuidado y la seguridad del paciente dentro de la Institución.

e. Una vez identificados y evaluados todos los riesgos de salud, el destino de los recursos va principalmente a los riesgos de mayor importancia y así cumplir con los estándares de habilitación. De igual manera, es importante señalar que no se dejan de vigilar los otros riesgos en salud, dado que el objetivo principal siempre será la mitigación y/o eliminación de los riesgos de la Institución.

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo en Salud:

El tratamiento y control del Riesgo en Salud establece acciones coordinadas, articuladas y costo efectivas para impactar positivamente en sus resultados:

a. La Institución cuenta con diferentes documentos e indicadores que se desarrollan a lo largo de los periodos, para determinar los avances y progresos en materia de salud, como el Informe de Gestión, participación en congresos, grupos de educación en salud (GES), investigaciones, entre otros y así transmitir datos relevantes del progreso y cobertura de los riesgos en salud.

b. Dentro de cada uno de los procesos misionales, se cuenta con los indicadores respectivos para disminuir los eventos adversos que pueden presentarse, generando unos controles más estrictos que permitan mitigar su impacto y/o frecuencia.

c. Los controles para los riesgos prioritarios de salud cuentan con acciones de capacitaciones, comunicación y revisión de los resultados de forma sistemática y así revisar los niveles de tolerancia definidos e implementar nuevas estrategias para mejorar

el resultado, si aplica.

d. Se realiza la contratación y pagos a sus proveedores orientados a la obtención de mejores resultados en salud, obteniendo insumos de excelente calidad bajo costos eficientes y articulados con el modelo de atención en salud.

d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo en Salud:

Se hace seguimiento y monitoreo al Riesgo en Salud a través de las etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” y por ende para contribuir a todo el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, realizando las siguientes acciones:

- a. Caracterización de todos los procesos lo que facilita su articulación para garantizar el acceso y las calidad de los servicios ofertados.
- b. Capacitación continúa a sus empleados, haciendo énfasis en la adherencia a las guías, protocolos y demás instrumentos clínicos que benefician la seguridad y salud de los pacientes.
- c. Seguimiento y monitoreo a los diferentes indicadores asistenciales a través de los comités institucionales, incluyendo alertas tempranas y planes de acción cuando aplique.

Límites de exposición del Riesgo en Salud.

El establecimiento de los límites de exposición del Riesgo en Salud se enmarca en los indicadores con una meta mínima o máxima de tolerancia que la Institución está dispuesto a asumir en un periodo determinado en el desarrollo de sus actividades y para los cuales, en caso de comportarse con desviaciones o exposiciones que sobrepasen los límites, se establecen medidas correctoras con acciones coordinadas para mantenerlos dentro del rango de tolerancia aceptable y así contribuir a la prestación de los servicios con calidad, eficiencia y seguridad.

ESCALAS DE VALORACION DE CRITICIDAD-RIESGOS ASOCIADOS A LA ATENCION	
Nº	IMPACTO (SEVERIDAD)
5	MUERTE
4	DISCAPACIDAD Y SECUELAS
3	HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA
2	TRATAMIENTO ADICIONAL
1	INCIDENTE

ESCALAS DE VALORACION DE CRITICIDAD-RIESGOS ASOCIADOS A LA ATENCION	
Nº	FRECUENCIA (PROBABILIDAD)
5	> o igual a 21 casos por mes
4	16-20 Casos por mes
3	11-15 Casos por mes
2	6-10 casos por mes
1	0-5 Casos por mes

EXPLICACIÓN:

La columna de **IMPACTO (SEVERIDAD)** no tiene correlación con la columna de **FRECUENCIA (PROBABILIDAD)**, es decir, son independientes a la hora de aplicar “LA ESCALA DE VALORACIÓN DE CRITICIDAD - RIESGOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN”.

Para clasificar “LA ESCALA DE VALORACIÓN DE CRITICIDAD - RIESGOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN” en un caso particular, se clasifica a partir de la columna de **IMPACTO (SEVERIDAD)**. Si por el contrario voy a aplicar “LA ESCALA DE VALORACIÓN DE CRITICIDAD - RIESGOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN” a un servicio, lo evaluó a través de la **FRECUENCIA (PROBABILIDAD)**.

Ejemplo: CASO PARA ILUSTRAR EL CUADRO DE “LA ESCALA DE VALORACIÓN DE CRITICIDAD - RIESGOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN”:

- EVALUACIÓN DE UN CASO INDIVIDUAL - **IMPACTO (SEVERIDAD)** DE LA ATENCIÓN EN SALUD)

Paciente ingresa a la Institución para una Terapia Endovascular, presenta complicaciones posterior al procedimiento, dejando SECUELAS MOTORAS en el paciente, por lo cual se clasificaría en un NIVEL DE CRITICIDAD 4 asociado a la atención en salud.

- EVALUACIÓN DE UN SERVICIO EN UN PERIODO DE TIEMPO (1 MES) - **FRECUENCIA (PROBABILIDAD)**

Durante el mes de enero de 20xx se presentaron 6 reportes de eventos adversos asociados a la atención en el Servicio de Urgencias, luego del análisis de cada uno de los casos, todos los casos se consideraron EVENTOS ADVERSOS, por lo anterior, al clasificar la criticidad del riesgo en la atención en el Servicio de Urgencias en este periodo fue de NIVEL DE CRITICIDAD 2 asociados a la atención en salud.

Dentro de la Institución, para el Riesgo en Salud los límites de exposición al riesgo no se definen en términos monetarios. Estos límites se determinan por casos (frecuencia) y las repercusiones que pueda tener sobre los pacientes (severidad).

Es importante mencionar que, aunque los límites no sean definidos en valores monetarios, estos pueden representar pérdidas económicas para la Institución, las cuales de igual manera deben ser gestionadas.

DOS. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL (SARO).

“Se entiende por Riesgo Operacional a la probabilidad que la Institución presente desviaciones en los objetivos misionales, como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal y biomédicos, en la infraestructura, por fraude, corrupción y opacidad, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros. Es importante resaltar que, la anterior definición incluye una amplia variedad de factores de riesgo que pueden afectar los objetivos, y que pueden materializarse como resultado de una deficiencia o ruptura en los controles internos o procesos de control, fallas tecnológicas, errores humanos, deshonestidad, prácticas inseguras y catástrofes naturales, entre otras causas, que afectan diferentes procesos, según las características propias de la Institución.”

Ciclo general de la gestión del Riesgo Operacional (SARO).

Para la gestión del Riesgo Operacional (SARO) inherente a la Institución aplica el “Ciclo General de Gestión de Riesgos” definido previamente, con el fin de identificar, evaluar, controlar y monitorear, armonizado con los demás lineamientos e instrumentos complementarios.

a) Identificación del Riesgo Operacional (SARO):

La identificación del Riesgo Operacional (SARO) comprende, como mínimo lo siguiente:

a. La Institución elabora la documentación soportada en el mapa de procesos, y prioriza los siguientes:

- Atención ambulatoria
- Atención hospitalaria y quirúrgica
- Atención de Urgencias
- Atención de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico
- Referencia y Contrarreferencia
- Sistemas de información en salud
- Calidad
- Gestión del talento humano
- Gestión Financiera.
- Gestión administrativa y legal

b. La Institución a través de los jefes de proceso y/o con un grupo interdisciplinario identifica los eventos de riesgo operacional, potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos.

De acuerdo a las funciones que se desarrollen en cada uno de los procesos, el riesgo operacional varía según las repercusiones que este genere, la mayoría de veces se puede presentar por una posible falla en el desarrollo de una actividad que de acuerdo a su

gravedad genera reprocesos, de esta manera los jefes o personas encargadas del proceso deben identificar las causas principales y establecer la información dentro de los parámetros establecidos por la Institución.

c. Los procesos jurídicos en los que se encuentra la Institución están a cargo de una firma reconocida de abogados. Una vez se presente un nuevo caso, se detalla en el documento y se lleva un registro. Aunado a esto, cuenta con un área jurídica donde se identifican principalmente los procesos judiciales, los cuales, en caso de su desarrollo, se remiten a una firma jurídica para iniciar el proceso de ser necesarios.

d. Dentro del funcionamiento de los procesos misionales, existe la posibilidad que se presenten fallas, las cuales pueden ocasionar incidentes adversos (no generan daño) o eventos adversos (sí generan daño), generando un registro, la gestión y tratamiento del mismo a través del programa de seguridad del paciente, complementado con otras herramientas.

e. La Institución a través del entorno externo e interno, determina potenciales pérdidas financieras causadas por los eventos de riesgo operacional identificados.

f. Dentro de todos los procesos existen determinadas pérdidas que se generan por riesgos operacionales que se presenten, esta información se analiza a la luz de las metas y los límites de exposición al riesgo.

También es importante mencionar, que de acuerdo a la Circular 20211700000005-5 de 2021 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud, la Institución maneja el riesgo de corrupción, opacidad y fraude como un Subsistema (SICOF) único que puede afectar a cualquier funcionamiento.

De igual forma, dando cumplimiento a la Circular 20211700000004-5 establecida por la Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud, si la situación lo amerita y se presentan eventos que puedan generar pérdidas representativas para la Institución por fallas en el funcionamiento operativo, se implementó un “REGISTRO DE EVENTO RIESGO OPERACIONAL MATERIALIZADO, el cual se encuentra en el Almera donde se incluyen todas las variables de la mencionada circular en la página 24/60.

REGISTRO DE EVENTO RIESGO OPERACIONAL MATERIALIZADO

RIESGO OPERACIONAL (SARO): "Se entiende por Riesgo Operacional a la probabilidad que la Institución presente desviaciones en los objetivos misionales, como consecuencia por deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal y biomédicos, en la infraestructura, por corrupción, opacidad y fraude (COF), así como por soborno y el soborno transnacional (ST), ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.

Es importante resaltar que, la anterior definición incluye una amplia variedad de factores de riesgo que pueden afectar los objetivos, y que pueden materializarse como resultado de una deficiencia o ruptura en los controles internos o procesos de control, fallas tecnológicas, errores humanos, deshonestidad, prácticas inseguras y catástrofes naturales, entre otras causas, que afectan diferentes procesos, según las características propias de la Institución."

REGISTRO DE EVENTO RIESGO OPERACIONAL MATERIALIZADO (Datos mínimos Supersalud circular 20211700000004-5 DE 2021 15-09-2021 páginas 23 y 24):

Referencia:

Código interno que relacione el evento en forma secuencial.

Área o Dependencia:

Área de la Institución en la cual se detecta el evento.

Proceso:

Identificación del proceso donde se produjo el evento de riesgo o se vio afectado.

Fecha de descubrimiento:

Fecha en que se detecta el evento

Fecha de inicio:

Fecha en la que el evento tiene su inicio

Fecha de finalización:

Fecha en que finaliza el evento

b) Evaluación y medición del Riesgo Operacional (SARO):

Posterior se realiza la evaluación y medición del Riesgo Operacional (SARO):

a. La medición de los riesgos operacionales varía dentro de cada uno de los procesos, de acuerdo a su relevancia con la misión Institucional, su frecuencia de ocurrencia y el impacto de pérdida causado por su materialización.

b. La Institución se soporta para la evaluación con todos los procesos, indicadores, informes, recursos (físicos, humanos, técnicos y financieros) entre otros, pero adicional se complementa con el "Plan de contingencia" y el "Plan de continuidad de negocio" que son necesarios frente a la exposición al riesgo operacional bajo cualquier eventualidad.

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo Operacional (SARO):

El tratamiento y control del Riesgo Operacional (SARO) establece acciones coordinadas, articuladas y costo efectivas para impactar positivamente en sus resultados:

a. Los riesgos en los diferentes procesos se gestionan a través del software Institucional, donde se definen los controles para mitigar el riesgo inherente, ya sea mediante su probabilidad de ocurrencia, impacto o ambos.

b. La Institución establece desde el Direccionamiento estratégico todas las políticas, procesos y demás documentos normalizados que contribuyen como controles para afrontar los riesgos y ajustarlos de acuerdo a su dinámica.

c. El “Plan de continuidad de negocio” es aprobado por el Consejo de Administración en el primer trimestre del año 2024 y permite determinar una pautas de gestión frente a la materialización de riesgos en situaciones de emergencia o desastre.

d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo Operacional (SARO):

La Institución hace seguimiento y monitoreo al Riesgo Operacional (SARO) a través de las etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” y por ende para contribuir a todo el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, realizando las siguientes acciones:

a. Caracterización de todos los procesos, socialización y ajustes periódicos de ser necesarios, lo que facilita su articulación con los demás servicios institucionales, y así disminuir la materialización del riesgo.

b. Capacitación continua a los empleados, haciendo énfasis en la adherencia a los procesos, guías, protocolos y demás instrumentos que benefician la seguridad y salud de los pacientes, el adecuado manejo de los recursos institucionales y el desarrollo administrativo y asistencial con prácticas éticas y transparentes.

c. Seguimiento y monitoreo a los diferentes indicadores a través de los comités institucionales, incluyendo alertas tempranas y planes de acción cuando aplique.

Acreditación con soportes de todas las operaciones, negocios y contratos.

Todas las operaciones, transacciones económicas, contratos, negociaciones, entre otros, están obligatoriamente registradas en los libros de contabilidad (si aplica); aunado a ello, todas las actividades financieras están justificadas y/o respaldadas con los documentos necesarios para cada una.

Cada servicio encargado de realizar operaciones, negocios y contratos se encuentra en la obligación de cumplir a cabalidad con la información requerida por la contraparte dentro del contexto legal; así como exigir la información de cada una de las contrapartes que se encuentren implicadas. La Institución no permite realizar operaciones, negocios y/o contratos sin haber realizado las respectivas revisiones de la contraparte. De igual forma, para todos los involucrados y/o que tengan relación con la Institución se les debe entregar los requerimientos que exijan para tener una relación contractual libre de posibles riesgos, con prácticas transparentes y permitiendo cero tolerancia a la corrupción, fraude y/o soborno según las políticas para evitar el Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT-FPADM), el Riesgo de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF) y contribuir al Programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).

Límites de exposición del Riesgo Operacional (SARO).

El establecimiento de los límites de exposición del Riesgo Operacional (SARO) se enmarca en los indicadores con una meta mínima o máxima de tolerancia que la Institución está dispuesta a asumir en un periodo determinado en el desarrollo de sus actividades y

para los cuales, en caso de comportarse con desviaciones o exposiciones que sobrepasen los límites, se establecen medidas correctoras con acciones coordinadas para mantenerlos dentro del rango de tolerancia aceptable y así contribuir a la sostenibilidad financiera con calidad, eficiencia y seguridad en la administración de los inventarios, activos fijos, presupuesto, entre otros.

TRES. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO ACTUARIAL.

“Se entiende por Riesgo Actuarial la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos según los diferentes tipos de contratos (cápita, evento, Grupo Relacionado de Diagnóstico, Pago Global Prospectivo entre otros) por venta de servicios, de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir las obligaciones futuras que se acordaron. Estas estimaciones deben realizarse teniendo en cuenta algunos eventos futuros e inciertos que podrían ocurrir como:

- a. Desconocimiento de la demanda efectiva de servicios que van a atender, de la situación en salud de la población y de las frecuencias de uso.*
- b. Concentración poblacional, con un enfoque diferencial de género, étnico, grupos etarios, regiones, grupo de riesgo, curso de vida, entre otros.*
- c. Atención en zonas de difícil acceso y alta dispersión de la población.*
- d. Hechos catastróficos o situaciones similares que afecten un número elevado de la población incluida en los contratos.*
- e. Variaciones en las condiciones de morbi mortalidad de la población incluida en los contratos.*
- f. Incrementos inesperados en los costos de proveedores.*
- g. Incorporación de tecnología nueva que requiera recursos de inversión considerables.”*

Ciclo general de la gestión del Riesgo Actuarial.

Para la gestión del Riesgo Actuarial inherente la Institución aplica el “Ciclo General de Gestión de Riesgos” definido previamente, con el fin de identificar, evaluar, controlar y monitorear, armonizado con los demás lineamientos e instrumentos complementarios.

a) Identificación del Riesgo Actuarial:

La identificación del Riesgo Actuarial comprende, como mínimo lo siguiente:

- a. La Institución define las características y el conocimiento de la población (pacientes) de acuerdo a los servicios que ofrece, teniendo en cuenta los aspectos geográficos, etarios¹², demográficos, la situación de morbi mortalidad¹³, entre otros, complementarios con el perfil epidemiológico y las bases de datos internas o externas.
- b. De acuerdo con la información asociada la Institución solo cuenta con la modalidad de pago por evento, la cual está establecido dentro de los contratos con las aseguradoras y demás clientes. Dentro de esta modalidad de contratación, se generan registros históricos con la información asociada a los servicios ofrecidos, actividades, insumos y

¹² Etarios: Los sectores etarios están determinados por la edad y la pertenencia a una etapa específica del ciclo vital humano.

¹³ La morbilidad es el número de personas que enferman en una población y período determinados, mientras que la mortalidad, además de la cualidad de mortal, es el número de defunciones en una población y período determinados.

medicamentos incluidos, entre otros. Todos estos detalles se precisan en el área de Contratación, quienes es el encargado de analizar estos requerimientos, con el fin de ajustar los contratos de pago por evento de manera precisa y minimizando al máximo las pérdidas que puedan generarse por la valoración de los mismos.

c. Dentro del sector salud la escasez de medicamentos e insumos y la alta demanda de los mismos se refleja en un posible incremento y desabastecimiento, a lo cual la Institución se provisiona a través de los stock de seguridad y de forma periódica se están ajustando según las variables internas y externas.

d. Se realizan evaluaciones acerca de la variabilidad de los ingresos y costos, así como del uso de los insumos para dar cumplimiento a los contratos, siempre con calidad y seguridad en el tratamiento del paciente con un costo efectivo para el sostenimiento viable de la Institución.

b) Evaluación y medición del Riesgo Actuarial:

Posterior se realiza la evaluación y medición del Riesgo Actuarial:

a. Para la Institución es un reto anticipar incrementos inesperados de acuerdo con los índices de morbi mortalidad, debido a que existen situaciones que son difícil de prever y que de una u otra forma generan pérdidas significativas, ya que no se encuentran evaluadas dentro de los contratos; sin embargo, es importante que dado el caso se puedan generar acuerdo a re negociaciones con las Aseguradoras para mitigar las pérdidas.

b. La Institución realiza construcción de diferentes escenarios que incluyen los posibles impactos y la ocurrencia de los factores de riesgo asociados a la concentración, hechos catastróficos, incrementos en los costos de nueva tecnología y el cambio del perfil sociodemográfico¹⁴ de la población de su área de influencia, que pueden tener efectos sobre la frecuencia y características de la demanda de servicios de salud.

La relevancia de estos factores de riesgo se presenta principalmente sobre el impacto que pueden generar en la Institución y no tanto por su frecuencia. Esto, debido a que son situaciones que no se presentan con una constancia significativa, pero que si de una u otra forma llegan a materializarse podrían causar afectaciones económicas importantes.

Los hechos catastróficos no son situaciones que se presenten con cotidianidad, sin embargo, de acuerdo con su magnitud se pueden generar de una u otra forma pérdidas significativas para las operaciones de la Institución, ya que son situaciones que no son tenidas en cuenta a la hora de definir los contratos.

¹⁴ Perfil sociodemográfico: Es un instrumento creado para reconocer cuáles son las características de la población trabajadora que se tienen en un área de influencia. Esta información debe incluir datos sobre: sexo, edad, escolaridad, convivencia en pareja, número de personas a cargo, ocupación, área de trabajo, cargo, tiempo de antigüedad en el cargo; y sirve de base para realizar un análisis epidemiológico.

También se entiende que debido a factores externos que son ajenos al sector, los posibles incrementos que se presenten en los costos de nuevas tecnologías en salud, generan pérdidas si no se presupuestan de manera adecuada y se pueden afectar por variables macroeconómicas como aumentos en el dólar o tasas de interés, entre otros.

De esta manera, es importante plantear las diferentes situaciones que se presentan en una matriz de riesgos, con el fin de generar estrategias que mitiguen estos impactos que se generan en la Institución, así como permitirse reestructurar la evaluación del costo de los contratos, evitando así las mayores pérdidas posibles.

c. La Institución realiza provisiones de forma periódica y las ajusta a necesidad, con el fin de tener un respaldo en las diferentes operaciones y variables económicas. En otros casos, estas se mantendrán guardadas mediante instrumentos financieros o por la misma Institución según lo convenga el Director Administrativo y Financiero.

De igual forma es importante revisar los parámetros de acuerdo al tipo de contrato que tenga la Institución con cada Aseguradora y con cada contraparte, para monitorizar los posibles riesgos.

d. De acuerdo con la información interna y externa previo análisis de los riesgos, se determina la probabilidad de ocurrencia de un evento (materialización del riesgo) en la unidad de tiempo (frecuencia). De esta manera, se puede determinar los niveles de riesgo en los que se encuentra la Institución y posibilitar la generación de estrategias que permitan mitigar las pérdidas y en temas puntuales evitar la materialización de los riesgos. Ejemplo: Contratos con las Aseguradoras que se deben monitorear de forma periódica Frecuencia (Probabilidad) de ocurrencia del riesgo.

e. Teniendo en cuenta la información interna y externa previo análisis de los riesgos, se analiza la distribución de pérdida que mejor defina la cuantía de la pérdida (severidad), con el fin de revisar las posibles amenazas y poder generar estrategias para mitigar las pérdidas con referencia al riesgo.

f. Según los límites de riesgo determinados en un periodo específico para la contratación y sus posibles riesgos, la Institución intenta establecer las medidas necesarias para que el nivel máximo pueda ser controlado y en lo posible evitar sobrepasar los límites de exposición al riesgo.

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo Actuarial:

El tratamiento y control del Riesgo Actuarial permite A la Institución tomar medidas adecuadas para controlar su materialización o el menor impacto posible, así:

a. La Institución establece las estimaciones actuariales según los tipos de contrato que adquiere, adicional, se monitoriza el entorno en el sector salud y las nuevas modalidades contractuales o por orden normativa y así analizar preventivamente los riesgos.

b. La Institución de forma sistemática y periódica a través de los diferentes comités, indicadores, informes, entre otros, puede detectar aspectos que requieren mejora y por ende efectúa recomendaciones para su mejora.

c. Se efectúan análisis desde el área de contratación del modelo actuarial establecido según el contrato, con el fin de observar su efectividad para la Institución o hacer los ajustes correspondientes.

d. Los controles de calidad a los sistemas de información de la Institución, se encuentran a cargo del área de sistemas, los cuales procuran mantener actualizada la información y con los máximos niveles de seguridad.

d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo Actuarial:

La Institución hace seguimiento y monitoreo al Riesgo en Actuarial a través de las etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” y por ende para contribuir a todo el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, realizando las siguientes acciones:

Caracterización de todo el proceso de contratación, con su socialización y ajustes periódicos de ser necesarios, lo que facilita su articulación con los demás servicios institucionales, y así disminuir la materialización del riesgo.

Límites de exposición del Riesgo Actuarial.

El establecimiento de los límites de exposición del Riesgo Actuarial se enmarca en los indicadores con una meta mínima o máxima de tolerancia que la Institución está dispuesta a asumir en un periodo determinado en el desarrollo de sus actividades y para los cuales, en caso de comportarse con desviaciones o exposiciones que sobrepasen los límites, se establecen medidas correctoras con acciones coordinadas para mantenerlos dentro del rango de tolerancia aceptable y así contribuir a la sostenibilidad financiera con calidad, eficiencia y seguridad en la administración de los contratos.

Sin embargo, el sector salud presenta la posibilidad de incurrir en falta de flujo de caja por recuperación insuficiente de cartera para cubrir las obligaciones económicas.

**CUATRO. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE
ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CRÉDITO (SARC).**

“El Riesgo de Crédito corresponde a la posibilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, como, por ejemplo, monto, plazo y demás condiciones.”

Ciclo general de la gestión del Riesgo de Crédito (SARC).

Para la gestión del Riesgo de Crédito inherente la Institución aplica el “Ciclo General de Gestión de Riesgos” definido previamente, con el fin de identificar, evaluar, controlar y monitorear, armonizado con los demás lineamientos e instrumentos complementarios.

a) Identificación del Riesgo de Crédito (SARC):

La identificación del Riesgo de Crédito (SARC) comprende, como mínimo lo siguiente:

- a. La Institución tiene relación con la banca a través de cuentas de ahorros y cuentas corrientes; y dependiendo de la situación económica puede hacer otros tipos de inversiones en CDT u otra modalidad.
- b. La Institución no dispone de instrumentos inscritos en el Mercado de Valores
- c. Las inversiones de la Institución están supeditadas al crecimiento económico y líquido por la prestación de servicios de salud; y en caso de excedentes financieros se harán los respectivos análisis de las inversiones en títulos.

b) Evaluación y medición del Riesgo de Crédito (SARC):

Posterior se realiza la evaluación y medición del Riesgo de Crédito (SARC), donde se debe evaluar las pérdidas estimadas como resultado del incumplimiento de sus contrapartes, así:

- a. La correcta evaluación del riesgo asociado a la probabilidad de incumplimiento de los deudores dentro de un periodo de tiempo de doce (12) meses, se plantea dentro del mapa de riesgos de cartera, con el fin de determinar cuál es el impacto que causa para la Institución dicho incumplimiento. Desde el área encargada de verificar los pagos realizados por las contrapartes, es necesario llevar un registro histórico de los incumplimientos que se hayan presentado en los últimos años, con el fin de definir estrategias que permitan ya sea reevaluar el contrato o dado el caso, desde la Dirección Administrativa y Financiera, definir unas provisiones que soporten el impacto que puedan generar ciertas contrapartes al incumplir con las fechas de pago establecidas.
- b. De acuerdo a los diferentes contratos que se tienen con las contrapartes, se pueden presentar unos factores de riesgo que la Institución debe tener en cuenta. Es importante resaltar que no se tienen establecidos los mismos parámetros para cada una de las contrapartes, de esta manera, se generan unas categorías de calidad, permitiendo emitir controles más efectivos sobre unos deudores que sobre otros.
- c. La Institución cuenta con un documento “Cálculo de deterioro” que le permite revisar una posible estimación de las pérdidas esperadas en las que se incurren por los contratos

que se tienen con las contrapartes. Dentro de este documento, se encuentran los análisis de los deudores frente a sus saldos por pagar, así como la tasa de recuperación estimada.

i) En el caso de los deudores / cuentas por cobrar:

- a. La Institución a través del área de Cartera realiza análisis históricos de las cuentas por cobrar y el cumplimiento de los deudores según los plazos, determinando de esta manera cuales son las contrapartes que puedan generar pérdidas más significativas en caso de incumplimiento.
- b. Se cuenta con el Manual de procedimientos de Cartera y plantea como la Institución cuenta con una provisión establecida para los principales deudores, la calidad del deudor y el plazo de la cartera (a mayor concentración de las deudas de mayor plazo, mayor el riesgo asociado al deudor) y con ello le permite mitigar riesgos asociados ya que se hace un seguimiento constante que se realiza de forma periódica.
- c. De igual manera, la Institución realiza un análisis individual por deudor y el concepto generador de la obligación, mediante el análisis de las devoluciones y glosas presentadas por la contraparte.
- d. La Institución define provisiones de acuerdo a las posibles pérdidas que resulten de incumplimientos frente al pago, sea por servicios prestados por fuera de los establecido en los contratos, que de acuerdo con la idoneidad de las garantías puede ser efectuado o en su defecto rechazado y sume a la estimación de pérdidas económicas para la Institución.

ii) En el caso de los instrumentos financieros:

- a. La Institución no cuenta con instrumentos financieros inscritos en el Mercado de Valores de Colombia.

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo de Crédito (SARC):

El tratamiento y control del Riesgo de Crédito (SARC), establece acciones coordinadas, articuladas y continuas, de acuerdo con las políticas de gestión de riesgo que esté dispuesto a asumir la Institución.

Límites de exposición crediticia y de pérdida tolerada:

Desde la Dirección Administrativa y Financiera se establecen unos límites de exposición al riesgo de crédito (cartera) en donde se plantea el nivel de pérdida que está dispuesto la Institución a soportar.

Deterioro de los activos:

La Institución tiene definido un sistema de provisiones el cual cubre diferentes riesgos que se puedan presentar por pérdidas, dentro de este se encuentran asociadas unas provisiones al riesgo de crédito, las cuales cubren las pérdidas en caso de incumplimiento en los pagos por parte de las contrapartes.

Capital expuesto al riesgo:

La Institución considera que existe un capital expuesto al riesgo de crédito según el nivel de patrimonio comprometido por las pérdidas no esperadas debido al incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores, el cual se le hace seguimiento a través del recaudo, pero que acerca a la Institución a una zona riesgo crítica o severa a medida que aumentan sus cuentas por cobrar y los días de rotación de la misma.

Recuperación de cartera:

Se establecen las políticas que permitan tomar las medidas oportunas con el fin de asumir los incumplimientos de pago y minimizar las pérdidas según las políticas de cartera, donde se desarrollan principalmente los lineamientos asociados a la recuperación de cartera. De igual manera, desde esta misma área se lleva a cabo el correcto seguimiento y control de las pérdidas que puedan generarse, con el fin de revisar la efectividad de las políticas desarrolladas y la necesidad de mejorar y/o actualizar el plan a trabajar en caso de su ineficiencia.

d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo de Crédito (SARC):

La Institución hace seguimiento y monitoreo del Riesgo de Crédito (SARC), a través de las etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” y por ende para contribuir a todo el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, realizando las siguientes acciones:

Definición y actualización a necesidad de las políticas y procedimientos que permitan tomar medidas oportunamente para enfrentar incumplimientos con el objeto de minimizar las pérdidas.

Trazabilidad de la base histórica de recuperaciones y las variables críticas que determinen la minimización de las pérdidas o castigos a la cartera.

Socialización sobre las políticas para el afinamiento de los modelos desarrollados para el seguimiento y estimación de pérdidas, así como para alimentar las proyecciones de flujos de caja que permiten gestionar a su vez, el riesgo de liquidez.

El reconocimiento del deterioro de cartera es una parte importante de la contabilidad financiera. Es importante que la Institución siga los pasos correctos para reconocer el deterioro de cartera de manera adecuada y reflejar con precisión su situación financiera. Por lo anterior, se debe tener en cuenta:

- Realizar un análisis periódico del riesgo de crédito de los clientes:
- Evaluar la capacidad financiera de los clientes para pagar sus deudas.
- Monitorear los cambios en la situación financiera de los clientes.
- Actualizar la información sobre el riesgo de crédito de los clientes de manera regular.
- Mantener una provisión para cuentas de dudoso recaudo adecuada:

- Ajustar la provisión para cuentas de dudoso recaudo de acuerdo con el riesgo de crédito de los clientes.
- Considerar el uso de modelos de estimación para determinar el monto adecuado de la provisión.
- Evaluar la suficiencia de la provisión de manera regular.
- Implementar políticas y procedimientos para la gestión del deterioro de cartera:
- Definir una política para la identificación de los indicios de deterioro.
- Establecer un proceso para la estimación del valor del deterioro.
- Capacitar al personal sobre el reconocimiento del deterioro de cartera:
- Asegurar que el personal comprenda los conceptos y principios del deterioro de cartera.
- Brindar capacitación sobre la metodología utilizada para estimar el deterioro.
- Mantener al personal actualizado sobre las normas y regulaciones aplicables.

Límites de exposición del Riesgo de Crédito (SARC).

El establecimiento de los límites de exposición del Riesgo de Crédito (SARC) se enmarca en los indicadores con una meta mínima o máxima de tolerancia que la Institución está dispuesta a asumir en un periodo determinado en el desarrollo de sus actividades y para los cuales, en caso de comportarse con desviaciones o exposiciones que sobrepasen los límites, se establecen medidas correctoras con acciones coordinadas para mantenerlos dentro del rango de tolerancia aceptable y así contribuir a la sostenibilidad financiera, mediante el seguimiento minucioso para tratar de contener las pérdidas por falta de recuperación en la cartera.

**CINCO. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN
DEL RIESGO DE LIQUIDEZ (SARL).**

“El Riesgo de Liquidez corresponde a la posibilidad que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente) como en el mediano y largo plazo (riesgo latente).”



Ciclo general de la gestión del Riesgo de Liquidez (SARL).

Para la gestión del Riesgo en Liquidez (SARL) inherente la Institución aplica el “Ciclo General de Gestión de Riesgos” definido previamente, con el fin de identificar, evaluar, controlar y monitorear, armonizado con los demás lineamientos e instrumentos complementarios.

a) Identificación del Riesgo de Liquidez (SARL):

La identificación del Riesgo en Liquidez (SARL) comprende, como mínimo lo siguiente:

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir definir e identificar el riesgo de liquidez al que está expuesta la Institución en función de los flujos de ingresos y egresos de efectivo y equivalentes de efectivo, de acuerdo con las operaciones autorizadas.

Activos:

La Institución identifica los activos considerados como líquidos: el disponible que está consignado en bancos y las inversiones que no tengan restricciones para el retiro inmediato de recursos (sin pacto de permanencia) en caso de contar con ellas.

Se hacen reuniones periódicas con los diferentes jefes de áreas donde se analizan los diferentes rubros asociados a la liquidez Institucional entre los cuales se tiene en cuenta el comportamiento histórico de cartera vencida para aplicar factores de descuento o de castigo, plazos de recuperación de cartera, el aprovechamiento de descuentos por pronto pago, entre otros.

Se identifican los ingresos causados y recibidos por prestación de servicios de salud.

La Dirección Administrativa y Financiera en caso de tener liquidez que no requiera de forma inmediata, analiza inversiones que puedan generar la entrada de recursos y que sean de bajo riesgo para proteger el capital. Una vez tomada la decisión, desde el área

de tesorería y en conjunto con otras áreas se ejecuta el proceso para validar la inversión y se lleva un control de las proyecciones futuras.

Pasivos:

La Institución clasifica sus cuentas por pagar de acuerdo a las obligaciones financieras, proveedores, impuestos, nómina y otros pasivos como ingresos recibidos para terceros que representan la entrada de servicios que aún no se ha prestado o no se ha facturado y que generan la prestación de servicio dentro del mismo mes o en meses diferentes, lo cual puede afectar la liquidez institucional.

La Institución identifica el valor causado y pagado de los costos y gastos de la operación.

b) Evaluación y medición del Riesgo de Liquidez (SARL):

Posterior se realiza la evaluación y medición del Riesgo de Liquidez (SARL):

La Institución cuantifica los niveles de efectivo o equivalentes de efectivo con los que cuenta para cumplir con sus obligaciones de pago de forma sistemática y se le hace monitoreo al recaudo de forma diaria.

Para medir la liquidez de la Institución, se realizan reuniones periódicas con el área de Cartera, Facturación, Contratación, Tesorería, entre otras áreas, donde se estudian los diferentes escenarios para el pago de las obligaciones según la recolección de ingresos por parte de los clientes y permite anticipar posibles riesgos de liquidez.

La Institución cuenta con diferentes indicadores como la “prueba de acidez” que permite visualizar cómo se encuentran sus activos corrientes menos el inventario frente a sus pasivos corrientes. De esta manera, se revisan desde la Dirección los indicadores y se toman las decisiones de acuerdo a la capacidad de liquidez que se presenta en la Institución.

Desde la Dirección Administrativa y Financiera y en conjunto con el área de Costos y Presupuestos, se revisa el comportamiento del presupuesto de ingresos y de egresos determinando de esta manera, cuáles son los posibles horizontes de la Institución en un escenario óptimo, moderado o bajo.

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo de Liquidez (SARL):

El tratamiento y control del Riesgo de Liquidez (SARL) establece acciones coordinadas, articuladas y costo efectivas para impactar positivamente en sus resultados:

Seguimiento continuo a nivel Directivo de la exposición al riesgo de liquidez mediante las alertas tempranas, los límites de exposición y los indicadores de liquidez con el fin de monitorear y realizar los controles adecuadamente y a tiempo para evitar que el riesgo de liquidez pueda llegar a materializarse e impactar negativamente en los objetivos estratégicos.

Registro de los costos en tiempo real de acuerdo a las necesidades.

La Institución cuenta con unos lineamientos pertinentes al área de Tesorería para pago oportuno de las obligaciones con los proveedores.

Radicación oportuna de las facturas de los clientes y el registro contable de las cuentas por pagar a terceros.

d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo de Liquidez (SARL):

La Institución hace seguimiento y monitoreo al Riesgo de Liquidez (SARL) a través de las etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” y por ende para contribuir a todo el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, realizando las siguientes acciones:

Gestión sistemática para la recuperación de cartera.

Monitoreo permanente de las volatilidades del mercado financiero y las variables económicas tales como la tasa de interés, la tasa de cambio o cualquier otra variable de referencia que afecte los precios del mercado financiero y asimismo los estados financieros de la Institución.

Seguimiento a través de indicadores de los costos e ingresos por venta de servicios de salud.

Control del flujo de caja y de la tesorería de la Institución.

Analizar los retornos de capital y rentabilidad en caso de presentarse.

Tener excelente relacionamiento con el sector bancario y así obtener fuentes de financiación suficientes para poder actuar en caso de necesidad.

Límites de exposición del Riesgo de Liquidez (SARL).

El establecimiento de los límites de exposición del Riesgo de Liquidez (SARL) se enmarca en los indicadores con una meta mínima o máxima de tolerancia que la Institución está dispuesta a asumir en un periodo determinado en el desarrollo de sus actividades y para los cuales, en caso de comportarse con desviaciones o exposiciones que sobrepasen los límites, se establecen medidas correctoras con acciones coordinadas para mantenerlos dentro del rango de tolerancia aceptable y así contribuir a la sostenibilidad financiera, mediante seguimiento minucioso al flujo de caja y poder cumplir con todas las obligaciones de operación Institucional.

**SEIS. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL
RIESGO DE MERCADO DE CAPITALES.**

“El Riesgo de Mercado de Capitales corresponde a la posibilidad de incurrir en pérdidas derivadas de un incremento no esperado, de sus obligaciones con acreedores tanto internos como externos, o la pérdida en el valor de sus activos, por causa de las variaciones en los parámetros del mercado tales como la tasa de interés, la tasa de cambio o cualquier otra variable de referencia que afecte los precios del mercado financiero y asimismo los estados financieros de la entidad.”

Ciclo general de la gestión del Riesgo de Mercado de Capitales.

Para la gestión del Riesgo en Mercado de Capitales inherente la Institución aplica el “Ciclo General de Gestión de Riesgos” definido previamente, con el fin de identificar, evaluar, controlar y monitorear, armonizado con los demás lineamientos e instrumentos complementarios.

a) Identificación del Riesgo de Mercado de Capitales:

La identificación del Riesgo de Mercado de Capitales comprende, como mínimo lo siguiente:

La Institución desde la Dirección General y Administrativa y de acuerdo con los servicios prestados define que los factores de riesgo asociados al riesgo de mercado de capitales que posiblemente pueden afectar con las tasas de interés, la tasa de cambio, la inflación y el precio de bienes inmuebles, entre otras variables.

- a. Considerar los activos expuestos al precio de las acciones (instrumentos de renta variable), en los casos que aplique a la Institución.
- b. Activos no monetarios que estarían expuestos a la variabilidad en el precio de los bienes inmuebles, terrenos, construcciones, construcciones en curso, entre otros. Los aumentos de los precios de estos bienes inmuebles, pueden generar mayores gastos para la Institución, por ello, se deben hacer los análisis de mercado previamente antes de tomar decisiones.
- c. Uno de los factores de riesgo que más puede estar presente para la Institución es la volatilidad de la tasa de cambio, ya que es importante en la adquisición de equipos biomédicos, algunos insumos médicos que se fabrican en el exterior y adquisición de créditos en moneda extranjera. Es necesario la monitorización constantemente y así aprovechar las oportunidades beneficiosas cuando aplique a las necesidades de la Institución.

b) Evaluación y medición del Riesgo de Mercado de Capitales:

Posterior se realiza la evaluación y medición del Riesgo de Mercado de Capitales:

- a. En los estados financieros de la Institución, se detallan la valoración de los activos y pasivos correspondientes y así la Dirección Administrativa y Financiera en conjunto con las áreas correspondientes tener la información actualizada para la toma decisiones que

permitan evaluar la capacidad económica para hacer frente a los posibles riesgos de mercado de capitales.

b. La Dirección Administrativa y Financiera analiza de acuerdo con los ingresos que obtiene la Institución, que posibles pérdidas están asociadas a los factores del riesgo de mercado de capitales analizando de manera independiente las variaciones en la tasa de interés, tasa de cambio y precio de bienes inmuebles, entre otros.

c. Según los diferentes riesgos caracterizados en el software institucional dedicado a la medición y valoración de los riesgos por procesos, la Dirección Administrativa y Financiera lidera en conjunto con las áreas implicadas los riesgos de mercado de capitales en un periodo de tiempo determinado (meses, un año, entre otros), teniendo en cuenta el historial de los factores de riesgo (tasa de interés, tasa de cambio, precio de bienes, entre otros).

d. De acuerdo con los parámetros establecidos se monitoriza el capital expuesto al riesgo de mercado de capitales, según los niveles de exposición que se presentan teniendo en cuenta los ingresos de la Institución y las posibles pérdidas que puedan asociarse.

e. Agregar los resultados del capital expuesto de los diferentes factores de riesgo del mercado de capitales aplicando la correlación entre los mismos, en caso de contar con esta información.

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo de Mercado de Capitales:

El tratamiento y control del Riesgo de Mercado de Capitales establece acciones coordinadas, articuladas y costo efectivas para impactar positivamente en sus resultados:

a. A través del software destinado para gestión del riesgo se caracterizan los riesgos, determinando los avances, su mitigación, eliminación o dado el caso continuación del mismo. De esta manera, se presenta a las Direcciones la información asociada a los diferentes riesgos (entre ellos el riesgo de mercado de capitales) mediante el comité de riesgos, y estas se encargan de tomar decisiones teniendo en cuenta el grado de complejidad y el volumen de las operaciones expuestas a estos riesgos.

b. Cada área en la que se pueda presentar un factor de riesgo vinculado al presente subsistema, debe contar con medidas que le permitan su mitigación. Así la Institución gestiona los factores de riesgo de manera congruente según las operaciones económicas de los servicios de salud que presta y que están muy expuestas a los cambios que se efectúan en el sector o a nivel macro económico.

c. Cada uno de los controles que presenta la Institución con el fin de mitigar, eliminar, prevenir, aceptar o transferir los riesgos, es monitoreado con el fin de determinar estrategias para su mejor y oportuna gestión.

Estos controles, deben corresponder a la complejidad de la operación y las características particulares de la Institución y deben estar aprobados por el Consejo de Administración.

d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo de Mercado de Capitales:

La Institución hace seguimiento y monitoreo al Riesgo de Mercado de Capitales a través de las etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” y por ende para contribuir a todo el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, realizando las siguientes acciones:

Monitoreo permanente del entorno económico y sus variaciones de cambio, precios, tasas de interés que puedan afectar los estados financieros.

Límites de exposición del Riesgo de Mercado de Capitales.

El establecimiento de los límites de exposición del Riesgo de Capitales se enmarca en los indicadores con una meta mínima o máxima de tolerancia que la Institución está dispuesta a asumir en un periodo determinado en el desarrollo de sus actividades y para los cuales, en caso de comportarse con desviaciones o exposiciones que sobrepasen los límites, se establecen medidas correctoras con acciones coordinadas para mantenerlos dentro del rango de tolerancia aceptable y así contribuir a la sostenibilidad financiera, mediante seguimiento minucioso a la tasa de cambio, tasas de interés, variaciones en el valor de los activos inmuebles, entre otros.

**SIETE. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DEL ADMINISTRACIÓN
DEL RIESGO DE GRUPO.**

“El Riesgo de Grupo corresponde a la posibilidad de pérdida que surge como resultado de participaciones de capital o actividades u operaciones con entidades que forman parte del mismo grupo empresarial. Este se deriva de la exposición a fuentes de riesgo adicionales a las propias del negocio de la entidad, dentro de las que se encuentran, por ejemplo: i) riesgo de contagio financiero, ii) detrimentos patrimoniales por filtración de flujos o concentración de pasivos y/o; iii) posibles conflictos de intereses, que generen condiciones desfavorables en las transacciones de la entidad. La exposición a las fuentes de riesgo puede ser directa, mediante exposición financiera u operativa, o indirecta, mediante daño a la reputación.”

No aplica, ya que la Institución no tiene participaciones de capital o actividades u operaciones con entidades que forman parte del mismo grupo empresarial.

De acuerdo con la información suministrada en la Circular 20211700000004-5 del 15 de Septiembre de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, en el numeral 7. Gestión del Riesgo de Grupo se indica que: “El Riesgo de Grupo corresponde a la posibilidad de pérdida que surge como resultado de participaciones de capital o actividades u operaciones con entidades que forman parte del mismo grupo empresarial.”

Teniendo en cuenta esta definición y de acuerdo con los “ESTATUTOS DE LA FUNDACIÓN INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA es una Fundación de las consagradas en el artículo 650 del código civil, esto es, un ente de carácter privado sin ánimo de lucro con un patrimonio destinado a liderar el desarrollo de las ciencias neurológicas de aplicación clínica, a través de la prestación de un servicio integral de la más alta calidad, con criterios éticos, de eficiencia y Responsabilidad social.”

De tal manera que de acuerdo con los criterios establecidos por la Supersalud y teniendo en cuenta la naturaleza de la Institución, la información asociada al Subsistema de Riesgo de Grupo no se aplica a la fecha. Sin embargo, si existiera la posibilidad de generar o conformar parte de un Grupo Empresarial, la Institución se encuentra en el deber de responder por los parámetros establecidos por la Supersalud en la Circular Externa 4-5 o la que esté vigente en su momento sin perjuicio alguno.

OCHO. OTROS RIESGOS: GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO FALLAS DE MERCADO.

“El Riesgo de Fallas de Mercado corresponde a la posibilidad que la estructura del mercado de salud genere pérdidas en el bienestar y beneficios de la entidad. Ejemplos: mercado monopólico u oligopólico; prácticas de competencia desleal (como lo son la selección de riesgo, barreras de acceso a los servicios, entre otros).”

Ciclo general de la gestión del Riesgo de Fallas de Mercado.

Para la gestión del Riesgo de Fallas de Mercado inherente la Institución aplica el “Ciclo General de Gestión de Riesgos” definido previamente, con el fin de identificar, evaluar, controlar y monitorear, armonizado con los demás lineamientos e instrumentos complementarios.

a) Identificación del Riesgo de Fallas de Mercado:

La identificación del Riesgo de Fallas de Mercado comprende, como mínimo lo siguiente: La Institución determina las relaciones existentes, según las diferentes necesidades que se presentan en los servicios prestados, tanto con los proveedores de insumos (medicamentos, dispositivos médicos, u otros insumos), el talento humano y la demanda de servicios de las entidades prestadoras de servicio (Aseguradores). Esta información se obtiene con el fin de identificar las posibles fallas de mercado que se puedan presentar.

Dentro de los diferentes escenarios es importante segmentar y diferenciar los casos que se presenten por parte de los proveedores a diferencia de los casos que se presenten por parte de las aseguradoras. Esto se implementará de tal manera que se puedan identificar y evaluar de acuerdo a sus características específicas y según el impacto que pueden generar en los estados financieros de la Institución.

Cada área encargada de solicitar insumos para la prestación de los servicios de la Institución, debe tener en cuenta el cumplimiento de los contratos, la correcta entrega y recepción de la información con el fin de garantizar el conocimiento del producto o servicio y así determinar las diferentes opciones que se pueden presentar en el mercado (en caso de que existan).

Por otra parte, los contratos con las aseguradoras tienen una repercusión directa con la Institución y el sector, ya que existen muchos clientes, pero el riesgo se aumenta con los mismos por la falta de pago. Por ello, la Institución tiene contratos específicos con unas pocas entidades que son las que representan la mayor cantidad de ingresos, por lo que internamente se ocasiona un oligopolio, que puede representar riesgos en pérdidas significativas en caso de finalizar contratos con estas entidades específicas o falta de recuperación de cartera.

Se debe tener en cuenta que en algunas entidades pueden tener integraciones verticales y horizontales, o hacer parte de grupos empresariales y para la Institución también es necesario plantear escenarios que faciliten la toma de decisiones frente a las afectaciones

que estos puedan representar ya sea en calidad de clientes o proveedores, en los cuales, se buscan soluciones a posibles finalizaciones contractuales que no se vean reflejados en pérdidas.

b) Evaluación y medición del Riesgo de Fallas de Mercado:

Posterior se realiza la evaluación y medición del Riesgo de Fallas de Mercado, que le permita comparar resultados en mercados con fallas y sin fallas sobre puntos estratégicos donde se pueden observar los impactos en pérdidas de bienestar para la misma. Algunos de estos puntos estratégicos son:

- a. Desde las áreas encargadas de la contratación con proveedores y la contratación con clientes, se establecen diferentes estrategias frente a los precios pactados por productos o por servicios ya sea recibidos o prestados.
- b. De igual manera, en el caso del área de compras, estos se encargan de evitar un sobre costo en productos de la operación esencial para la Institución, mientras que en caso de presentar un riesgo, debido a la necesidad de contar con un proveedor que brinde un servicio o producto escaso en el mercado, es importante mantener acuerdos previamente establecidos que le permitan sostener los precios de acuerdo con lo pactado. Desde esta área, se debe mantener un registro de cuáles son los posibles insumos que se pueden ver afectados por un posible riesgo asociado a las fallas de mercado, e intentar buscar estrategias o alternativas que posibiliten el correcto funcionamiento sin la necesidad de intervenir o que se generen pérdidas por incrementos en los precios.
- c. Para los contratos con las aseguradoras existen ciertas entidades que aportan mayores ingresos a la Institución, las cuales pueden llegar a representar un riesgo asociado a fallas de mercado, debido a su importancia que tienen para el correcto funcionamiento operativo. Desde el área de contratación y servicio al cliente, se le lleva un constante seguimiento a estos contratos específicos, con el fin de mantener un buen relacionamiento directo e intentar ampliar diferentes horizontes en busca de nuevas oportunidades con diferentes entidades para poder brindar los servicios con los que cuenta la Institución y ampliar el flujo de caja.
- d. La reducción en la calidad de los servicios suministrados a la población de su área de influencia que pudieran llegar a generar menores resultados en salud.

La Institución cuenta con una base de datos completa y oportuna de composición de la oferta y precios de los servicios, medicamentos y otros insumos que contrata con terceros, así como el análisis de la demanda. Asimismo, cuenta con información que le permite calcular indicadores de gestión que le facilitan la comparación de mercados y evaluación del efecto de las fallas de mercado.

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo de Fallas de Mercado:

El tratamiento y control del Riesgo de Fallas de Mercado establece acciones coordinadas, articuladas y costo efectivas para impactar positivamente en sus resultados y disminuir las pérdidas en la Institución por dicho riesgo:

- a. La Institución a través del Código de ética y de buen gobierno y del Código de integridad, propende por relaciones transparente y legales con todas las contrapartes.
- b. Fortalece la calidad y la oportunidad de la información de sus proveedores; así como velar por un flujo de información constante y de calidad sobre las prestaciones y desenlaces de salud de la población de su área de influencia.
- c. Fortalece los sistemas de auditorías sobre la contratación, facturación, entre otros; teniendo en cuenta los principios y las políticas de transparencia, así como el correcto reporte de la información interna y externa que es suministrada a los diferentes órganos de control.

d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo de Fallas de Mercado:

La Institución hace seguimiento y monitoreo al Riesgo de Fallas de Mercado a través de las etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” y por ende para contribuir a todo el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, realizando las siguientes acciones:

La Institución de forma perenne debe hacer seguimiento a los fallos de la competencia, bienes públicos, externalidades, mercados incompletos, fallos de información, paro, inflación, desequilibrio, contaminación excesiva, desempleo, situaciones extremas de pobreza y de riqueza, entre otros.

Límites de exposición del Riesgo de Fallas de Mercado.

El establecimiento de los límites de exposición del Riesgo de Fallas de Mercado se enmarca en los indicadores con una meta mínima o máxima de tolerancia que la Institución está dispuesta a asumir en un periodo determinado en el desarrollo de sus actividades y para los cuales, en caso de comportarse con desviaciones o exposiciones que sobrepasen los límites, se establecen medidas correctoras con acciones coordinadas para mantenerlos dentro del rango de tolerancia aceptable y así contribuir a la sostenibilidad financiera, mediante seguimiento minucioso al mercado monopólico u oligopólico; prácticas de competencia desleal, barreras de acceso a los servicios, entre otros.

OCHO.UNO OTROS RIESGOS: GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO REPUTACIONAL.

“El Riesgo Reputacional corresponde a la posibilidad de toda acción propia o de terceros, evento o situación que pueda afectar negativamente el buen nombre y prestigio de una entidad, tales como el impacto de la publicidad negativa sobre las prácticas comerciales, conducta o situación financiera de la entidad. Tal publicidad negativa, ya sea verdadera o no, puede disminuir la confianza pública en la entidad, dar lugar a litigios costosos, a una disminución de su base de usuarios, clientes, negocios o los ingresos, entre otros. Estos pueden ser desagregados, en situacional o previsto, de acuerdo con la capacidad de prevención-mitigación:

Riesgo reputacional situacional: Riesgo reputacional inmediato derivado de una acción imposible de anticipar.

Riesgo reputacional previsto: Riesgo reputacional derivado de eventos a los cuales la organización puede anticiparse con una gestión adecuada de los riesgos en salud, financieros, y operativos, así como mediante estrategias de comunicación.”

Ciclo general de la gestión del Riesgo Reputacional.

Para la gestión del Riesgo Reputacional inherente la Institución aplica el “Ciclo General de Gestión de Riesgos” definido previamente, con el fin de identificar, evaluar, controlar y monitorear, armonizado con los demás lineamientos e instrumentos complementarios.

a) Identificación del Riesgo Reputacional:

La identificación del Riesgo Reputacional comprende, como mínimo lo siguiente:

La Institución analiza cuales son las posibles situaciones que puedan presentarse en los diferentes servicios que afecten la reputación, principalmente en los servicios misionales y están considerados en la matriz de riesgos.

Adicional, mantiene un análisis de situaciones que se hayan presentado y las cuales sean susceptibles de volver a ocurrir y así intervenirlos en el menor tiempo posible, para evitar su materialización y la posibilidad (de acuerdo al impacto y/o la frecuencia) de materializarse en deterioro de la salud del paciente y afectar las finanzas institucionales.

b) Evaluación y medición del Riesgo Reputacional:

Posterior se realiza la evaluación y medición del Riesgo Reputacional:

La Institución establece mecanismos para la medición y evaluación del riesgo reputacional en el sector, para lo cual adopta herramientas que permiten valorar la posición y comparar su evolución con respecto a variables relacionadas tales como desempeño visible, percepción de usuario, entre otros, con el fin de determinar la probabilidad y severidad de los eventos que afectan la reputación.

a. Las fuentes de información para la medición del riesgo reputacional son los diferentes

sistemas de recolección de Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias (PQRD), las diversas encuestas y la información de medios, con los cuales la Institución monitorea su reputación frente a la atención en los servicios prestados, la buena reputación entre los usuarios, contrapartes, medios de comunicación y diferentes partes interesadas y/o vinculadas directamente o indirectamente a la Institución.

b. Cabe resaltar que los medios de comunicación pueden ser usados para difundir información verídica o no verídica que puede poner en riesgo la reputación de la Institución, por lo que es importante estar presentes en las diferentes plataformas, solucionando situaciones que puedan representar un riesgo. Si bien, es difícil para la Institución, tener un control sobre la información que se comparta en estas plataformas, es importante llevar un registro de posibles ocurrencias que afecten a la reputación, con el fin de generar posibles controles que puedan evitar que se repita la situación en un futuro.

La apropiada medición del riesgo reputacional debe tener en cuenta que:

- a. La reputación es sólo parcialmente construida con base en experiencias directas con la Institución; buena reputación se construye por la intervención de terceras partes, tales como medios, expertos del sector, usuarios, entre otros.
- b. La Institución no tiene absoluto control de los mensajes recibidos por las terceras partes.
- c. Los usuarios normalmente no perciben la complejidad en el proceso de toma de decisiones de la Institución.
- d. La Institución normalmente cuenta con baja credibilidad cuando se enfrenta a una crisis que afecta su reputación, especialmente con relación a terceras partes reconocidas públicamente.

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo Reputacional:

El tratamiento y control del Riesgo Reputacional establece acciones coordinadas, articuladas y costo efectivas para impactar positivamente en sus resultados:

- a. La Institución a través del Código de ética y de buen gobierno y del Código de integridad, pretende excelentes prácticas con todas las partes interesadas y en la prestación de los servicios, adicional instaaura políticas encaminadas a la medición, evaluación y seguimiento continuo de la reputación de la Institución y la toma de acciones, con el fin de mejorar los procesos que tienen relación directa o indirecta con la reputación.
- b. Realiza acciones y decisiones en los procesos que permitan mejorar la percepción sobre la Institución por parte de los actores relacionados, como usuarios o proveedores, de acuerdo con las brechas que existan entre el resultado de la medición de reputación y el desempeño de la Institución.
- c. Tiene implementado el Plan de Comunicaciones.
- d. Adopción de metodologías de valoración continua de su posición reputacional en el mercado.

Adicionalmente, debido a que los eventos de carácter reputacional están naturalmente asociados a la materialización de otros riesgos (salud, operación, financieros, entre otros), una adecuada gestión de estos debería mitigar también el riesgo reputacional asociado.

d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo Reputacional:

La Institución hace seguimiento y monitoreo al Riesgo Reputacional a través de las etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” y por ende para contribuir a todo el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, realizando las siguientes acciones:

La Institución debe evitar encontrarse en periodos de crisis que afecten la reputación, por lo que es necesario, medir cuáles son los riesgos que se presentan con mayor frecuencia y con un impacto alto y negativo, con el fin de descubrir sus causas y posterior a esto definir controles que eviten baja credibilidad.

De igual forma, es importante mencionar que la Institución procura tomar acciones y decisiones en los procesos que permitan mejorar la percepción de usuarios, contrapartes y demás partes interesadas; esto con el fin de mantener una reputación confiable.

Límites de exposición del Riesgo Reputacional.

El establecimiento de los límites de exposición del Riesgo Reputacional se enmarca en los indicadores con una meta mínima o máxima de tolerancia que la Institución está dispuesta a asumir en un periodo determinado en el desarrollo de sus actividades y para los cuales, en caso de comportarse con desviaciones o exposiciones que sobrepasen los límites, se establecen medidas correctoras con acciones coordinadas para mantenerlos dentro del rango de tolerancia aceptable y así hacer seguimiento minucioso a situaciones que puedan afectar negativamente el buen nombre y prestigio de la Institución.

NUEVE. RIESGO DE GOBIERNO CORPORATIVO.

“Se entiende por Riesgo de Gobierno Corporativo la posibilidad de pérdida debido a fallas en el sistema (conjunto de normas, relaciones y órganos internos) mediante el cual se dirige y controla la gestión de una persona jurídica.

El gobierno corporativo se define como la estructura de costumbres, procesos, prácticas, políticas y normas que afectan a la forma en que las personas dirigen, administran y gestionan una empresa. Es un compromiso para garantizar que la empresa mantenga la responsabilidad, la diversidad, la transparencia y la equidad. También se refiere a las relaciones entre las partes interesadas y los objetivos corporativos.

Principalmente, esta responsabilidad recae en el consejo de administración de la empresa. Este sistema de controles y equilibrios pretende minimizar los conflictos de intereses y garantizar que los accionistas reciban el mismo trato”.

Ciclo general de la gestión del Riesgo de Gobierno Corporativo.

Para la gestión del Riesgo de Gobierno Corporativo inherente la Institución aplica el “Ciclo General de Gestión de Riesgos” definido previamente, con el fin de identificar, evaluar, controlar y monitorear, armonizado con los demás lineamientos e instrumentos complementarios.

a) Identificación del Riesgo de Gobierno Corporativo:

La identificación del Riesgo de Gobierno Corporativo comprende, como mínimo lo siguiente:

Identificar un delicado equilibrio de poder que depende de ejes críticos formados por la Alta Dirección y el Consejo de Administración. Cada uno tiene sus propias responsabilidades, pero deben trabajar juntos para que el sistema sea equilibrado y eficaz.

Otras partes interesadas incluyen a los empleados, los proveedores y los clientes, así como a fuerzas externas como acreedores, reguladores y la comunidad.

b) Evaluación y medición del Riesgo de Gobierno Corporativo:

Posterior se realiza la evaluación y medición del Riesgo de Gobierno Corporativo:

El Consejo de Administración evalúa y mide los riesgos del gobierno corporativo a través de la gestión de los directivos y los resultados de los objetivos estratégicos.

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo de Gobierno Corporativo:

El tratamiento y control del Riesgo de Gobierno Corporativo establece acciones coordinadas, articuladas y costo efectivas para impactar positivamente en sus resultados: La Institución debe rendir cuentas de forma transparente al Consejo de Administración y partes interesadas.

Proporcionar un marco específico para trazar y alcanzar los objetivos de la Institución.

Establecer las normas para las actividades de toma de decisiones relacionadas con asuntos corporativos.

d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo de Gobierno Corporativo:

La Institución hace seguimiento y monitoreo al Riesgo de Gobierno Corporativo a través de las etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” y por ende para contribuir a todo el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, realizando las siguientes acciones:

El buen gobierno corporativo debe proteger la integridad y la imagen pública de la Institución, que puede verse cuestionada si falta la transparencia que exigen las entidades externas e internas.

Límites de exposición del Riesgo de Gobierno Corporativo.

El establecimiento de los límites de exposición del Riesgo de Gobierno Corporativo se enmarca en el cumplimiento de los Estatutos y la normatividad gubernamental, promoviendo que se tomen mejores decisiones en favor de la Institución; y en caso de desviación se convoca al Consejo de Administración.

**DIEZ. RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL
TERRORISMO y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE
DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT-FPADM).**

**ONCE. RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE
(SICOF).**

**DOCE. RIESGO DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA
EMPRESARIAL INTEGRAL (PTEE-I). Incluye la corrupción, la opacidad
y el fraude (COF), el soborno y el soborno transnacional (ST).**

**TRECE. RIESGO TRATAMIENTO PROTECCIÓN DE DATOS
PERSONALES.**

La Institución trabaja estos riesgos en otros documentos debidamente normalizados.

6. RECOMENDACIONES PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

Se debe generar un seguimiento sistemático al “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” con los diferentes controles que ayuden con la correcta gestión de los mismos.

Estudiar las normas de referencia como son:

- **Constitución Política de 1991**, incorporó el concepto del Control Interno como un instrumento orientado a garantizar el logro de los objetivos de cada entidad.
- **Ley 87 de 1993**, establecimiento de normas para el ejercicio del Control Interno.
- **Ley 1474 de 2011**, por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
- **Ley 1712 de 2014** "Ley de Transparencia, regula el derecho de acceso a la información pública, los procedimientos para el ejercicio y garantía del derecho y las excepciones a la publicidad de información. Sistema de información de transparencia - ITA."
- **Circular externa número 000003 may 24-2018 Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud**, "Instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno IPS de los grupos C1 y C2".
- **Circular 20211700000004-5 sep 15-2021 Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud**, "Código Buen Gobierno, Sistema de Riesgos y sus subsistemas".
- **Circular 20211700000005-5 sep 17-2021 Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud**, "Subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude-SICOF".

**RESUMEN CIRCULAR 20211700000004-5 SEP 15-2021 DE LA SUPERSALUD y OTROS ENTES
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS (SIGRS)**

**CAPITULO I: LINEAMIENTOS GENERALES DEL SISTEMA INTEGRADO
DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS (SIGRS).**

**CAPITULO II: LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DE LOS SUBSISTEMAS
DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.**

**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE
RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS.**

**i) Ciclo General de Gestión
de Riesgos.**

**ii) Políticas de Gestión de
Riesgos.**

**iii) Procesos y Procedimientos para la
Gestión de Riesgos.**

**iv) Documentación para la
Gestión de Riesgos.**

**v) Estructura
Organizacional.**

**vi) Infraestructura
Tecnológica.**

**vii) Divulgación
de la Información
y Capacitaciones.**

Identificación de riesgos.
Evaluación y medición de riesgos.
Selección de estrategias para el
tratamiento y control de los riesgos.
Seguimiento y monitoreo.

1. Subsistema de Gestión del riesgo en salud.
2. Subsistema de Gestión del riesgo operacional (SARO).
3. Subsistema de Gestión del riesgo actuarial.
4. Subsistema de Gestión del riesgo de crédito (SARC).
5. Subsistema de Gestión del riesgo de liquidez (SARL).
6. Subsistema de Gestión del riesgo de mercado de capitales.
7. Subsistema de Gestión del riesgo de grupo (No aplica).
8. Otros riesgos: Subsistema de Gestión del riesgo de fallas de mercado.
- 8.1 Otros riesgos: Subsistema de Gestión del riesgo reputacional.
9. Subsistema de Gestión de riesgo de gobierno corporativo.
10. Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT-FPADM).
11. Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF).
12. Programa de Transparencia y Ética Empresarial Integral (PTEE-I): Incluye la corrupción, la opacidad y el fraude (COF), el soborno y el soborno transnacional (ST).
13. Tratamiento Protección de Datos Personales.