



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado

MANUAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

Estratégico – Gestión gerencial - Planeación



Sistema Integrado
de Gestión



WWW.HOSPITALDELSARARE.GOV.CO

*Evolucionamos pensando
en Usted*

TRD. 323.13.60

Contenido

1. OBJETIVOS	3
2. ALCANCE	3
3. RESPONSABLES	3
4. RIESGOS	3
5. ROLES Y RESPONSABILIDADES EN EL SISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	4
6. METODOLOGÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	6
6.1 Política de administración de riesgos	6
6.2 Identificación del Riesgo:.....	6
6.3 Valoración del riesgo	8
6.4 Estrategias para combatir el riesgo.....	11
6.5 Herramienta para la gestión del riesgo	11
6.6 Monitoreo y revisión	11
7. CICLO GENERAL DEL RIESGO	12
8. SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.....	13
8.1 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN SALUD	13
8.2 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE LIQUIDEZ	18
8.3 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CREDITO	20
8.4 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO ACTUARIAL	23
9. MARCO NORMATIVO.....	25
CONTROL DE CAMBIOS.....	26

1. OBJETIVOS

- ✓ Minimizar la materialización de los riesgos operacionales y de Corrupción, para aumentar la probabilidad de alcanzar los objetivos institucionales del Hospital del Sarare ESE
- ✓ Involucrar y comprometer a los colaboradores del Hospital del Sarare en la búsqueda de acciones encaminadas a prevenir y administrar los riesgos.
- ✓ Cumplir con los requisitos legales y reglamentarios pertinentes Proteger los recursos del Estado.
- ✓ Asignar y usar eficazmente los recursos para el tratamiento del riesgo.
- ✓ Mejorar la eficacia y eficiencia operativa.
- ✓ Mejorar el aprendizaje y la flexibilidad organizacional

2. ALCANCE

Aplica para los riesgos en salud, operacional, actuarial, de crédito, liquidez, que se puedan identificar en los procesos y subprocesos del Hospital del Sarare ESE.

3. RESPONSABLES

Comité de Gestión Integral de Riesgos del Hospital del Sarare ESE: quien aprueba las políticas generales de Administración de Riesgos y las políticas particulares para tratar los riesgos más importantes en cada Proceso. Con estas directrices se promueve que en cada proceso y/o dependencia, se desarrollen aquellas políticas, procedimientos, normas o controles que contribuyan a mejorar la gestión de los riesgos. Tiene además, la función de evaluar el cumplimiento y efectividad de las políticas de riesgos, a través del análisis y establecimiento de indicadores que midan ambos aspectos.

4. RIESGOS

Dentro de nuestro sistema integrado de gestión, cumpliendo con lo expuesto en la circular el Hospital da tratamiento a riesgos priorizados para el cumplimiento de los subsistemas:

1. Riesgos en salud
2. Riesgo operacional
3. Riesgo Actuarial
4. Riesgos de crédito
5. Riesgo de liquidez
6. Riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo (Se tratará en el Manual SICOF / SARLAFT).

Riesgo en Salud: Es 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.

Riesgo Operacional: toda posible contingencia que pueda provocar pérdidas a una empresa a causa de errores humanos, de errores tecnológicos, de procesos internos defectuosos o fallidos, o a raíz de acontecimientos externos (fraudes, accidentes, desastres, etc.

Riesgo Actuarial: Se refiere al riesgo que puede ser inexacto o incorrecto con los supuestos aplicados por los actuarios en los modelos utilizados para fijar el precio de pólizas de seguro particulares. Los posibles

supuestos incluyen la frecuencia de las pérdidas, la gravedad de las pérdidas y la correlación de las pérdidas entre los contratos. El riesgo actuarial también se conoce como «riesgo de seguro Riesgo de crédito: Es el riesgo de incumplimiento de una deuda que puede surgir de un deudor que no realiza los pagos requeridos.

Riesgo de Liquidez: El riesgo de liquidez hace referencia a la dificultad de una empresa para poder hacer frente a sus obligaciones de pago a corto plazo debido a la incapacidad de convertir sus activos en liquidez sin incurrir en pérdidas.

Riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo: es la posibilidad que en la realización de las operaciones de una entidad, estas puedan ser utilizadas por organizaciones criminales como instrumento para ocultar, manejar, invertir o aprovechar dineros, recursos y cualquier otro tipo de bienes provenientes de actividades delictivas o destinados a su financiación, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas o a las transacciones y fondos de recursos vinculados con las mismas.

5. ROLES Y RESPONSABILIDADES EN EL SISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS

Junta Directiva:

- Las asignadas en SICOF, SARLAFT.
- Revisar, aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos. Asimismo, las actualizaciones a las que haya lugar.
- Generar los lineamientos para el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento del ciclo general de gestión de riesgos, incluyendo todas las etapas que se mencionaron en el punto anterior, para cada uno de los riesgos identificados.
- Revisar, aprobar los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos.
- Aprobar y evaluar el Manual de procesos y procedimientos y sus actualizaciones, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
- Revisar los informes de evaluación del comité de Gestión integral de riesgos en relación a los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados.
- Realizar seguimiento a los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos.
- Realizar seguimiento al comportamiento y los niveles de exposición del Hospital del Sarare a cada uno de los riesgos (como mínimo los riesgos prioritarios), así como las operaciones objetadas. Los informes sobre la exposición de riesgo deben incluir un análisis de sensibilidad por escenarios y pruebas bajo condiciones extremas basadas en supuestos razonables (stress testing).
- Las desviaciones con respecto a los límites de exposición de riesgo previamente establecidos, si se llegasen a presentar (posibles incumplimientos frente a los límites), operaciones poco convencionales o por fuera de las condiciones de mercado y las operaciones con vinculados. o

Representante legal:

- Apoyar y garantizar el efectivo cumplimiento de las políticas definidas por la Junta Directiva.
- Adelantar un seguimiento permanente del cumplimiento de las funciones del Comité de Riesgos u Órgano equivalente, en los casos que aplique, y mantener informada a la Junta Directiva
- 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.
- Hacer seguimiento y pronunciarse respecto de los informes periódicos que presente el Comité de

Riesgos sobre el grado de exposición de riesgos asumidos por la entidad y los controles realizados, además de los informes presentados por la Revisoría Fiscal. Lo anterior debe plasmarse en un informe a la Junta Directiva o, quien haga sus veces, 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 Administración de Riesgos.

- Realizar monitoreo y revisión de las funciones del área de control interno.
- Velar porque se dé cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Código de Conducta y Buen Gobierno de la entidad en materia de conflictos de interés y uso de información privilegiada que tengan relación con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
- Vigilar cuidadosamente las relaciones de todas las personas que hacen parte de la entidad tanto interna como externamente, para identificar y controlar de manera eficiente los posibles conflictos de interés que puedan presentarse.
- Informar de manera oportuna mediante Oficio a la Superintendencia Nacional de Salud, 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 entidad para corregir o enfrentar dicha situación, si procede.

Oficial de cumplimiento o Suplente: Según lo definido en el Manual para SICOF, SARLAFT y PTEE

Líderes de proceso: dirigen la Administración de Riesgos en cada uno de los procesos y son los responsables por la implementación de controles y mecanismos de evaluación de su efectividad.

Todos los servidores públicos de la E.S.E Hospital del Sarare: son responsables de la reducción de los riesgos y de velar por la eficacia de los controles integrados en los procesos, actividades y tareas a su cargo.

El líder de planeación: es el responsable de Consolidar mapa de riesgos institucional, básico para el seguimiento a los riesgos críticos para la entidad.

Organismo de Control: Los órganos de control serán por lo menos los siguientes: Revisoría Fiscal y Auditoría Interna o quien ejerza el control interno.

- **Revisoría Fiscal:** Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones al Revisor Fiscal, éste debe elaborar un reporte al cierre de cada ejercicio contable, en el que informe acerca de las conclusiones obtenidas en el proceso de evaluación del cumplimiento de las normas e instructivos sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF. A su vez, debe poner en conocimiento del Representante Legal los incumplimientos del SICOF, sin perjuicio de la obligación de informar sobre ellos a la Junta Directiva u órgano que haga sus veces.
- **Auditoría Interna de control interno:** Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones a la Auditoría Interna, o quien ejerza el control interno, ésta debe evaluar periódicamente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SICOF, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones. Así mismo, deberán informar los resultados de la evaluación al representante legal o junta directiva.

6. METODOLOGÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

El Hospital del Sarare ESE adopta la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública en el documento “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas ” versión 5 de Diciembre de 2020.

6.1 Política de administración de riesgos

En el marco de la Resolución No 187 del 03 de Octubre del 2022 por la cual se Actualiza la Política de Administración del Riesgo del Hospital del Sarare ESE.

Política: El Hospital del Sarare ESE consciente de la existencia de situaciones de riesgo que afectan el cumplimiento de los objetivos institucionales de compromete a realizar la gestión de los riesgos de acuerdo a la metodología definida, priorizando aquellos que impiden el cumplimiento de la misión y objetivos estratégicos de la entidad y aquellos que ponen en riesgo la Estabilidad financiera en la Entidad.

Alcance de la política: aplica para los riesgos.

- Riesgos estratégicos
- Riesgos gerenciales
- Riesgos operacionales
- Riesgos actuariales
- Riesgos de crédito
- Riesgos en salud
- Riesgos de liquidez
- Riesgos de fallas de mercado
- Riesgos financieros
- Riesgos tecnológicos
- Riesgos de cumplimiento
- Riesgos de imagen o reputación
- Riesgos de corrupción, lavado de activos y financiación del terrorismo LA/F
- Riesgos de seguridad digital.

6.2 Identificación del Riesgo:

Esta etapa tiene como objetivo identificar los riesgos que estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.

Se aplican las siguientes fases:

- A. Análisis de objetivos estratégicos y de los procesos: este paso es muy importante, dado que todos los riesgos que se identifiquen deben tener impacto en el cumplimiento del objetivo estratégico o del proceso.

ANÁLISIS DE OBJETIVOS ESTRATEGICOS	ANÁLISIS DE OBJETIVOS DE PROCESO
La entidad analiza los objetivos estratégicos e identifica los posibles riesgos que pueden afectar su cumplimiento y que puede ocasionar su éxito o fracaso.	Los objetivos de proceso deben ser analizados, revisar que los mismos estén alineados con la misión, visión, es decir que contribuyan a los objetivos estratégicos.

Es necesario revisar que los objetivos estratégicos estén alineados con la Misión, visión, así como analizar su adecuada formulación.

- B.** Identificación de los puntos de riesgo: son actividades dentro del flujo del proceso donde existe evidencia o se tienen indicios de que pueden ocurrir eventos de riesgo operativo y deben mantenerse bajo control para asegurar que el proceso cumpla con su objetivo.
- C.** Identificación de áreas de impacto: el área de impacto es la consecuencia económica o reputacional a la cual se ve expuesta la organización en caso de materializarse un riesgo. Los impactos que aplican son afectación económica (o presupuestal) y reputacional.
- D.** Identificación de áreas de factores de riesgo: son las fuentes generadoras de riesgos.
- E.** Descripción del riesgo: la descripción del riesgo debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender tanto para el líder del proceso como para personas ajenas al proceso. Se propone una estructura que facilita su redacción y claridad.
- F.** Clasificación del riesgo: permite agrupar los riesgos identificados, se clasifica cada uno de los riesgos en las siguientes categorías :

Ejecución y administración de procesos	Pérdidas derivadas de errores en la ejecución y administración de procesos.
Fraude externo	Pérdida derivada de actos de fraude por personas ajenas a la organización (no participa personal de la entidad).
Fraude interno	Pérdida debido a actos de fraude, actuaciones irregulares, comisión de hechos delictivos abuso de confianza, apropiación indebida, incumplimiento de regulaciones legales o internas de la entidad en las cuales está involucrado por lo menos 1 participante interno de la organización, son realizadas de forma intencional y/o con ánimo de lucro para sí mismo o para terceros.
Fallas tecnológicas	Errores en <i>hardware</i> , <i>software</i> , telecomunicaciones, interrupción de servicios básicos.
Relaciones laborales	Pérdidas que surgen de acciones contrarias a las leyes o acuerdos de empleo, salud o seguridad, del pago de demandas por daños personales o de discriminación.
Usuarios, productos y prácticas	Fallas negligentes o involuntarias de las obligaciones frente a los usuarios y que impiden satisfacer una obligación profesional frente a éstos.
Daños a activos fijos/ eventos externos	Pérdida por daños o extravíos de los activos fijos por desastres naturales u otros riesgos/eventos externos como atentados, vandalismo, orden público.

Fuente: "Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas " versión 5 de Diciembre de 2020.

6.3 Valoración del riesgo

Consiste en establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el nivel de consecuencia o impacto, con el fin de estimar la zona de riesgo inicial. (Riesgo inherente). Tiene dos elementos que lo desarrollan:

- A. Análisis de riesgos: en este punto se busca establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto.

Determinar la probabilidad: se entiende como la posibilidad de ocurrencia del riesgo. Para efectos de este análisis, la probabilidad de ocurrencia estará asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad que se esté analizando. De este modo, la probabilidad inherente será el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año.

Tabla 4 Criterios para definir el nivel de probabilidad

	Frecuencia de la Actividad	Probabilidad
Muy Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año	20%
Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año	40%
Media	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	60%
Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año	80%
Muy Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	100%

Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

Determinar el impacto: Para la construcción de la tabla de criterios se definen los impactos económicos y reputacionales como las variables principales. Cabe señalar que en la versión 2018 de la Guía de administración del riesgo se contemplaban afectaciones a la ejecución presupuestal, pagos por sanciones económicas, indemnizaciones a terceros, sanciones por incumplimientos de tipo legal; así como afectación a la imagen institucional por vulneraciones a la información o por fallas en la prestación del servicio, todos estos temas se agrupan en impacto económico y reputacional en la versión 2020.

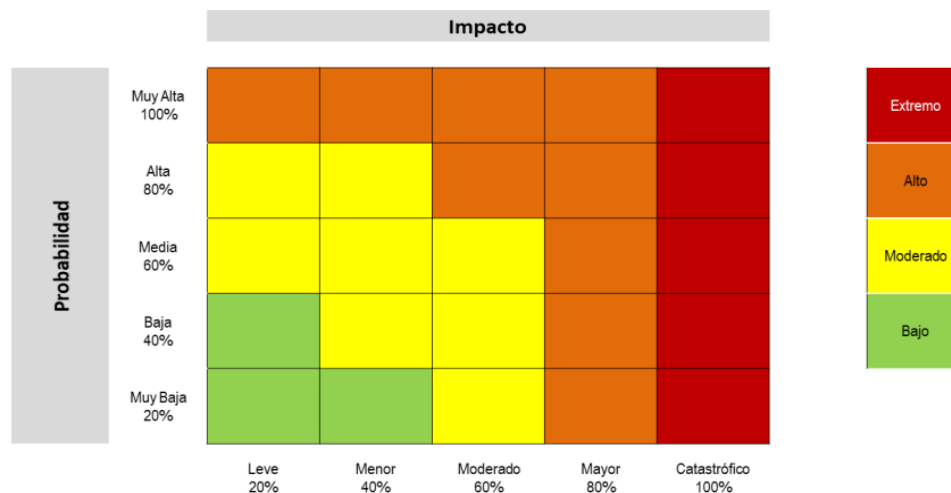
Tabla 5 Criterios para definir el nivel de impacto

	Afectación Económica	Reputacional
Leve 20%	Afectación menor a 10 SMLMV .	El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización.
Menor-40%	Entre 10 y 50 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores.
Moderado 60%	Entre 50 y 100 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos.
Mayor 80%	Entre 100 y 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal.
Catastrófico 100%	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país

Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

- B. Evaluación de riesgos:** a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impactos, se busca determinar la zona de riesgo inicial (RIESGO INHERENTE).
- ✓ Análisis preliminar (riesgo inherente): se trata de determinar los niveles de severidad a través de la combinación entre la probabilidad y el impacto. Se definen 4 zonas de severidad en la matriz de calor.

Figura 14 Matriz de calor (niveles de severidad del riesgo)



Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

- ✓ Valoración de controles: en primer lugar, conceptualmente un control se define como la medida que

permite reducir o mitigar el riesgo. Para la valoración de controles se debe tener en cuenta: √ La identificación de controles se debe realizar a cada riesgo a través de las entrevistas con los líderes de procesos o servidores expertos en su quehacer. En este caso sí aplica el criterio experto.

Estructura para la descripción del control: para una adecuada redacción del control se propone una estructura que facilitará más adelante entender su tipología y otros atributos para su valoración. La estructura es la siguiente:

- Responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad.
- Acción: se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control.
- Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control.

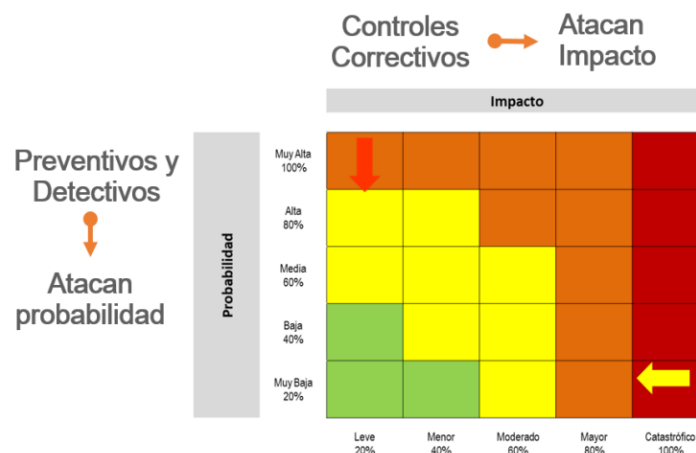
Tipología de controles y los procesos: a través del ciclo de los procesos es posible establecer cuándo se activa un control y , por lo tanto, establecer su tipología con mayor precisión. Para comprender esta estructura conceptual, en la figura 15 se consideran 3 fases globales del ciclo de un proceso así:

- Control preventivo: control accionado en la entrada del proceso y antes de que se realice la actividad originadora del riesgo, se busca establecer las condiciones que aseguren el resultado final esperado.
- Control detectivo: control accionado durante la ejecución del proceso. Estos controles detectan el riesgo, pero generan reprocesos.
- Control correctivo: control accionado en la salida del proceso y después de que se materializa el riesgo. Estos controles tienen costos implícitos

Así mismo, de acuerdo con la forma como se ejecutan tenemos:

- Control manual: controles que son ejecutados por personas.
- Control automático: son ejecutados por un sistema.

Figura 17 Movimiento en la matriz de calor acorde con el tipo de control



Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

6.4 Estrategias para combatir el riesgo.

Decisión que se toma frente a un determinado nivel de riesgo, dicha decisión puede ser aceptar, reducir o evitar. Se analiza frente al riesgo residual, esto para procesos en funcionamiento, cuando se trate de procesos nuevos, se procede a partir del riesgo inherente.

Figura 19 Estrategias para combatir el riesgo



Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

6.5 Herramienta para la gestión del riesgo

Como producto de la aplicación de la metodología se contará con los mapas de riesgo.

Gestión de eventos: un evento es un riesgo materializado, se pueden considerar incidentes que generan o podrían generar pérdidas a la entidad, se debe contar con una base histórica de eventos que permita revisar si el riesgo fue identificado y qué sucedió con los controles. En caso de que el riesgo no se hubiese identificado, se debe incluir y dar el tratamiento correspondiente de acuerdo con la metodología.

Indicadores clave de riesgo: hace referencia a una colección de datos históricos, por periodos de tiempo, relacionados con algún evento cuyo comportamiento puede indicar una mayor o menor exposición a determinados riesgos. No indica la materialización de los riesgos, pero sugiere que algo no funciona adecuadamente y, por lo tanto, se debe investigar.

6.6 Monitoreo y revisión

El modelo integrado de plantación y gestión (MIPG) desarrolla en la dimensión 7 control interno las líneas de defensa para identificar la responsabilidad de la gestión del riesgo y control que está distribuida en diversos servidores de la entidad como sigue

7. CICLO GENERAL DEL RIESGO

Es deber de las entidades pertenecientes al Régimen especial y de Excepción revisar periódicamente las etapas que comprenden el ciclo y los elementos que hacen parte de cada Subsistema en sus actividades en salud, con el fin de realizar los ajustes que consideren necesarios para su efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento, de tal forma que se tenga en cuenta en todo momento las condiciones particulares de estas.

7.1 Identificación de riesgos

Consiste en reconocer, explorar exhaustivamente y documentar todos los riesgos internos y externos que podrían afectar tanto los objetivos de la entidad como la salud de los usuarios a su cargo, en los casos que aplica, identificando sus causas, efectos potenciales y la posible interrelación entre los diferentes tipos, para lo cual se recomienda la utilización de normas técnicas nacionales o internacionales. Para esta identificación, podrán seleccionar las metodologías y técnicas que consideren más adecuadas, dentro de las que se encuentran estudios científicos, encuestas, entrevistas estructuradas con expertos, talleres, lluvia de ideas, técnicas de escenarios, entre otros. De igual manera, para la identificación de los riesgos puede utilizar la información que genera la institución de acuerdo con el modelo de salud y el modelo de negocio, así como todos los datos y documentos disponibles en el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, y cualquier otra entidad competente. Es fundamental que las entidades de los REE velen por la disponibilidad y confiabilidad de la información acerca de la exposición al riesgo y de la gestión de estos; para tal fin es importante que cuente con un sistema de que permita cumplir este objetivo.

7.2 Evaluación y medición de riesgos

Es la valoración de los efectos asociados a los riesgos que han sido identificados, considerando la frecuencia y la severidad de su ocurrencia. También se deberá considerar el análisis de los riesgos inherentes y residuales, y su participación en el riesgo neto global. Se entenderá por valoración del riesgo, la medida cualitativa o cuantitativa, de su probabilidad de ocurrencia y su posible impacto. Según el avance el plan de implementación del modelo de Supervisión Basada en Riesgos, las entidades del REE deberán contar con evaluaciones cuantitativas relacionadas con la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados y su impacto, en la medida de lo posible. Independientemente de contar con guías cuantitativas o cualitativas, estos deben estar sustentados técnicamente y documentados. Si las entidades del REE no cuentan con una medición de riesgo inherente inicial en el momento de la expedición de la presente circular deberá implementarlo. Por otro lado, aquellas que cuentan con una medición inicial, se asegurarán de desarrollar la estimación del riesgo neto después de aplicados los controles y las medidas de mitigación correspondientes.

7.3 Selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos:

Una vez identificados y evaluados los riesgos, a excepción de los de salud, deben compararse con los límites (tolerancia) aprobados por la instancia definida por la entidad y su política, siempre dentro del marco normativo como referencia. Todo riesgo que exceda los límites o desviaciones aceptadas debe ser objeto de actividades de mitigación y control a fin de regresar al nivel de riesgo tolerado, conforme la estrategia adoptada. En cuanto a los riesgos en salud, estos límites hacen referencia a los máximos permitidos por la normatividad vigente, estándares internacionales y sin perjuicio de lo anterior, de acuerdo con lo que establezca la entidad en sus políticas, siempre que estén en pro del beneficio de la población asegurada.

Por otro lado, los riesgos que no exceden el límite deben ser vigilados; las cifras que sean muy inferiores a lo que se podría considerar una frecuencia estadística usual para un evento en particular, deben ser objeto de investigación de la entidad para demostrar que no existe subregistro o ausencia de notificación por parte del personal al que corresponde tal responsabilidad.

7.4 Seguimiento y monitoreo:

Una vez establecidos los posibles mecanismos o un conjunto de estos, para la mitigación y control de los riesgos que se han identificado como relevantes para la entidad y después de realizar un análisis de causa y efecto para determinar los puntos más críticos a intervenir con mayor prelación, esta deberá poner en práctica tales mecanismos y reflejarlos en un plan de implementación de las acciones planteadas en la fase anterior, guardando correspondencia con las características particulares de cada entidad, teniendo en cuenta el grado de complejidad, el tamaño y el volumen de sus operaciones.

Con el fin de realizar el respectivo seguimiento y monitoreo permanente y continuo de la evolución de los perfiles de riesgo y la exposición frente a posibles pérdidas a causa de la materialización de cada uno de ellos, la entidad debe desarrollar un sistema de alertas tempranas que facilite la rápida detección, corrección y ajustes de las deficiencias en cada uno de sus Subsistemas de Administración de Riesgo para evitar su materialización, con una periodicidad acorde con los eventos y los factores identificados como potenciales, así como con la frecuencia y naturaleza de los mismos. El diseño de dicho sistema de alertas debe incluir la definición de los límites máximos de exposición o niveles aceptables de riesgo previamente establecidos por la entidad teniendo en cuenta los análisis realizados, la normatividad vigente y los criterios definidos en la política de cada entidad.

De igual forma, debe realizar evaluaciones sistemáticas y periódicas de los resultados e impactos esperados y un plan de seguimiento que incluya indicadores de gestión que permitan identificar si los riesgos netos se encuentran en los niveles de aceptación establecidos por la institución.

8. SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.

8.1 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

Se entiende por Riesgo en Salud como 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. En este caso, el evento se entiende como la ocurrencia de la enfermedad, su evolución desfavorable o su complicación; y las causas, son los diferentes factores asociados a los eventos.

DIR-00-R01 MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD: El Hospital del Sarare ESE tiene definido el Modelo de atención en salud.

El objetivo principal del Modelo de Atención en Salud del Hospital del Sarare E.S.E, es “Brindar servicios integrales de salud, alineados a la Política Atención Integral en Salud y al Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE con un enfoque diferencial que propenda por resolver las particularidades y problemas de salud de acuerdo a las características epidemiológicas, sociales y culturales de la población del departamento de Arauca y áreas influencia por medio la Unidad de Atención Primaria en Salud como epicentro en la implementación de Rutas Integrales de Atención en Salud y gestión Integral del riesgo donde se promocióne la salud y prevenga la enfermedad, articulado con un componente complementario de mediana y alta complejidad, bajo una estructura integrada de gestión (SIG); con el fin de garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población adscrita, ajustado a las capacidad técnico administrativa del Hospital”.

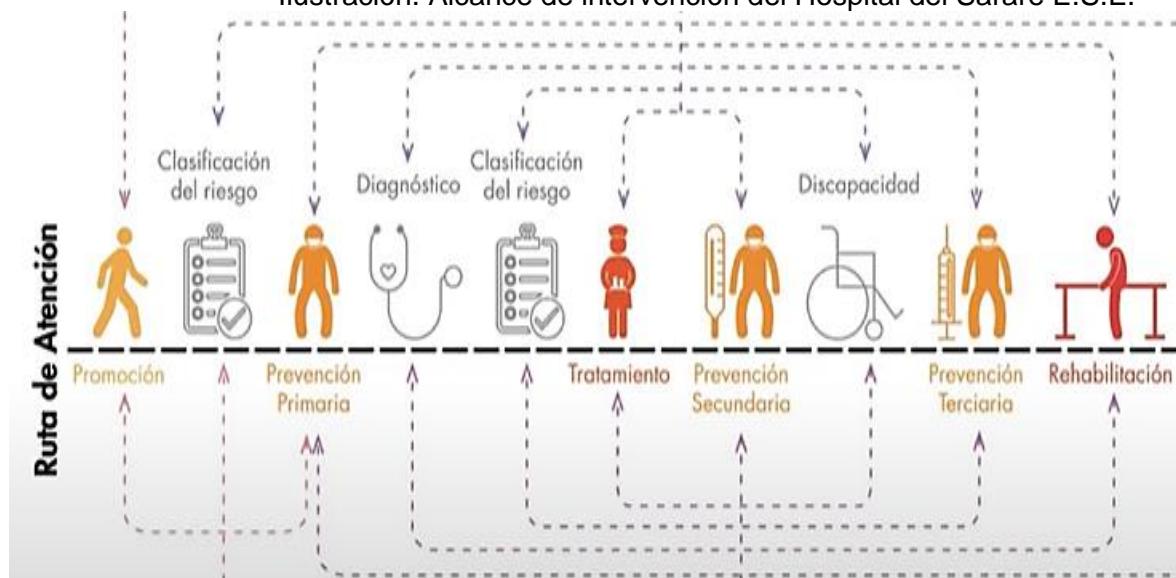
El presente Modelo de Prestación de servicios de Salud tiene su alcance acorde a las características de la población del Municipio de Saravena y los demás municipios adscritos bajo acuerdo de voluntades entre la EAPB y el Hospital de Sarare E.S.E.

El diseño del Modelo de Atención de Salud del Hospital del Sarare E.S.E, emerge de la Política de Prestación de servicios de Salud de la institución; y nace para que, de acuerdo a las características de la población, su perfil epidemiológico, sus condiciones y necesidades, el análisis de situación de salud -ASIS, la disponibilidad y suficiencia de la oferta de servicios de salud; se preste de forma adecuada a las demandas en salud de la población de la región.

Es una estrategia adoptada por la E.S.E. alineada a PAIS y MAITE, acorde con su capacidad de infraestructura física, dotación, recurso humano, tecnológico y suficiencia económica, que buscar garantizar disponibilidad, accesibilidad, oportunidad, aceptabilidad, integralidad, calidad e idoneidad profesional, continuidad, resolutivez y eficiencia de la atención en salud, con visión centrada en la persona y en los resultados en salud, considerando su curso de vida y su entorno, en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación que legitimen el derecho fundamental a la salud.

El Hospital del Sarare cuenta con un portafolio de servicio integral que de acuerdo con las características de progresión de la enfermedad se encuentra con la capacidad técnico administrativa de desarrollar acciones desde la promoción y prevención intramural y extramural, intervenciones colectivas, clasificación y gestión del riesgo, diagnóstico, tratamiento y complementación terapéutica incluida la rehabilitación (terapias). Asimismo, el Modelo de Prestación de Servicios de Salud del Hospital del Sarare E.S. E. se puede acoplar con facilidad con otros prestadores complementarios o complejidades superiores para conformar redes integrales de prestación de servicios de salud.

Ilustración. Alcance de intervención del Hospital del Sarare E.S.E.



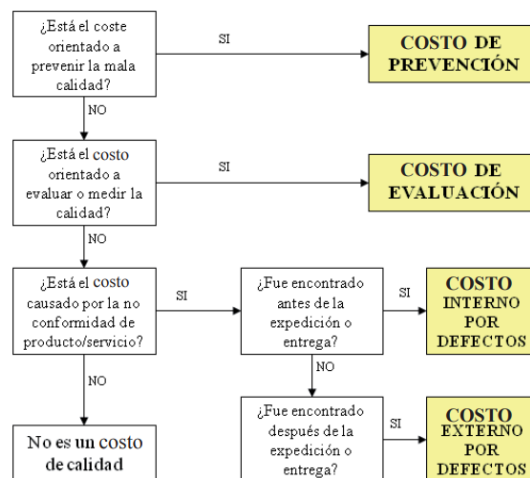
Hospital del Sarare tiene documentado GCL-00-P01 PROCEDIMIENTO DE REPORTE Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS.

GUIA PARA LA METODOLOGÍA DE CÁLCULO DE COSTOS DE CALIDAD Y NO CALIDAD DEL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.

El procedimiento interno de costos de calidad incluye un sistema completo de los elementos de tales costos generados. Estos elementos (o cuentas) deberían estar codificados de manera que, los costos de prevención, evaluación y de fallas internas y externas se pudieran distinguir y clasificar con facilidad.

Costos Implicados en la Calidad

Figura 1: Cómo Distinguir los Costos Implicados en la Calidad.



Objetivos de un sistema de costos de la calidad

- 1) Atacar directamente los costos por fallas en un intento de llevarlos a cero.
- 2) Invertir en las actividades de prevención adecuadas para mejorar.
- 3) Reducir los costos de evaluación conforme a los resultados obtenidos.
- 4) Evaluar continuamente y reorientar los esfuerzos de prevención para conseguir más mejoras.

Un programa de costos de la calidad conferirá credibilidad al programa de gestión de la calidad y proporcionará la justificación del costo de las acciones correctivas exigidas. La medida de los costos de la calidad proporcionan orientación al programa de gestión de la calidad igual que el sistema de contabilidad de costos lo hace a la dirección.

La Cuantificación de Costos de la Calidad

Los costos totales relacionados con la calidad son la suma de los costos controlables de calidad, es decir, los costos de prevención y evaluación y los costos de la no calidad o de las fallas. Representa la diferencia entre el costo real de un producto o servicio y el menor costo que tendría si se hubiera realizado con la calidad exigida a la primera sin necesidad de reprocesos o modificaciones. Los costos totales de calidad son la suma de:

- Costos de acciones preventivas para evitar la mala calidad: Son los costos asociados con aquellas actividades que suponen la identificación temprana de problemas, incluso a veces en la fase de diseño, y con las acciones realizadas para que las fallas no lleguen siquiera a presentarse.

COSTOS DE ACCIONES PREVENTIVAS PARA EVITAR LA MALA CALIDAD:	
Relacionados con diseño	Esfuerzo de calidad en la elaboración de los protocolos asistenciales. Revisión periódica del diseño de los protocolos y elaboración de los nuevos cuando se trate de nuevos productos o servicios.
Relacionados con producción	Estudios de capacidad (habilidad para cumplir objetivos). Control de procesos. Mantenimiento preventivo. Estudios de métodos y tiempos
Relacionados con el sistema de gestión de calidad	Planificación de la calidad. Análisis de mercado. Incentivos para la calidad. Esfuerzo de calidad en el conocimiento de los protocolos a seguir por parte de todo el personal implicado. Creación y mantenimiento de la documentación del sistema. Evaluación y selección de proveedores. Descripción de tareas y responsabilidades. Adquisición y análisis de datos para la calidad

- Costos de evaluación para comprobar la calidad: son los que se relacionan con la medida, la valoración o la auditoria de productos o servicios, con el propósito de garantizar su conformidad con especificaciones o requerimientos. Son aquellos en los que se incurre para evaluar el producto o servicio (durante la realización de los mismos) , y determinar si es capaz de satisfacer los requerimientos establecidos por el cliente.

COSTOS DE EVALUACIÓN PARA COMPROBAR LA CALIDAD	
Relacionados con diseño	Inspección de prototipos. Evaluación de pruebas piloto.
Relacionados con el sistema de gestión	Auditorías de calidad de producto o servicio. Control de la documentación y planos. Evaluación periódica del personal.
Relacionados con producción	Inspección y ensayo de productos, materiales y servicios consumidos. Adquisición, mantenimiento y calibración de los equipos de medida o prueba. Inspección en recepción. Inspección y ensayos en procesos (en especial los que sean 100%). Inspección final. Homologaciones del producto / servicio. Elaboración de Informes de inspección. Pruebas en equipos de mantenimiento

- Costos de fallas: que pueden ser externas e internas: ocurren cuando un producto o servicio ya realizado, incumple los requerimientos de conformidad. Éstos se dividen en dos categorías:

Los Costos de fallas internas son aquellos que se relacionan con las no conformidades de los productos o defectos de los servicios, y que se detectan antes de que el producto se envíe o el servicio se realice. Los costos internos por defectos pueden tomar la forma de desperdicio, Re fabricación, reelaboración, Re inspección o pruebas repetitivas.

Los costos de fallas externas se presentan cuando un producto o servicio no conforme, llega hasta el consumidor. En el ámbito de la salud se incluyen aquellos asociados con quejas de los clientes o las demandas por responsabilidad legal ocasionadas por un servicio mal prestado, los reingresos, las reclamaciones de garantía y la re solicitud de productos. Los costos por fallas externas son los que tienen un impacto más grande sobre los costos de calidad totales, si bien son también los menos frecuentes pero conviene eliminarlos por completo; además como son muy visibles reciben una gran atención.

COSTOS DE FALLAS: INTERNAS	
Relacionados con diseño	Acciones correctoras del diseño / procedimiento.
Relacionados con el sistema de gestión	Corrección de errores contables o administrativos. Rotación no programada del personal. Horas extras (sobresueldos). Margen de beneficio perdido por mala calidad. Repetición de mecanografiado de documentos por fallas. Reprogramaciones y cambios en el plan de trabajo.
Relacionados con producción	Trabajos repetidos. Ensayos y análisis repetidos. Disminución del rendimiento de instalaciones. Accidentes. Cambios no previstos. Cese de equipos. Reparaciones

COSTOS DE FALLAS: EXTERNAS	
Relacionados con diseño	Acciones correctoras del diseño / procedimiento.
Relacionados con el sistema de gestión	Costos de la responsabilidad legal. Costos indirectos. Fallas en la facturación. Pérdida de cuota de mercado. Pérdida en la percepción positiva de la imagen de la empresa, en su mercado objetivo. Aumento del gasto publicitario. Relacionados con producción/servicio. Previsión de exceso de tiempo para cubrir fallas
Relacionados con producción	Trabajos repetidos. Ensayos y análisis repetidos. Disminución del rendimiento de instalaciones. Accidentes. Cambios no previstos. Cese de equipos. Reparaciones

Los costos más elevados se producen cuando el cliente o paciente encuentra las fallas. Cuando el programa de calidad de la organización se dirige hacia la prevención de defectos y mejora continuada de la calidad, los defectos y sus costos resultantes se minimizan.

Costos totales de calidad: Los costos totales relacionados con la calidad son la suma de los costos controlables de calidad, es decir, los costos de prevención y evaluación y los costos de la no calidad contemplados en todos los estándares de la acreditación, recordemos valorar los costos en la atención, o los de la información o la tecnología de igual forma que los derivados del recurso humano o del ambiente físico. Representa la diferencia entre el costo real de un producto o servicio y el menor costo que tendría si se hubiera realizado con la calidad exigida a la primera sin necesidad de reprocesos o modificaciones.

8.2 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE LIQUIDEZ

CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 DE 2021

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).

Como consecuencia de las actividades y operaciones diarias, las entidades se ven expuestas a este riesgo de liquidez. La gestión de liquidez de la entidad está relacionada con:

- a. Una adecuada recuperación de cartera (gestión de riesgo de crédito),
- b. Una adecuada modelación y monitoreo a las volatilidades del mercado financiero (gestión de riesgo de mercado de capitales).
- c. Una adecuada modelación y gestión de la razón combinada entre costos e ingresos por venta de servicios de salud contratados bajo modalidades diferentes al pago por evento (gestión de riesgo actuarial), dado que los flujos esperados de ingresos se ajustarían a las proyecciones de la entidad para cubrir con sus obligaciones.

La materialización del riesgo de liquidez genera necesidades de recursos líquidos por parte de las entidades, las cuales pueden verse limitadas para realizar los pagos a terceros como pueden ser a proveedores, empleados y demás acreedores, lo que podría conllevar, entre otras consecuencias, a deficiencias en la prestación de los servicios de salud. Lo expuesto, puede generar un riesgo sistémico y afectar la percepción de los usuarios al servicio de salud y la viabilidad financiera de las entidades del sector.

Con el objetivo de evitar que las situaciones antes descritas se materialicen, la Superintendencia Nacional de Salud considera necesario que las entidades desarrollen e implementen un Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez que les permita tomar decisiones oportunas para mitigar este riesgo.

CICLO DE GESTIÓN DE RIESGO DE LIQUIDEZ

Para la gestión de este riesgo inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en esta Circular. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de gestión de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez que implementen las entidades, debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

Identificación del Riesgo de Liquidez

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

Para realizar la identificación y cuantificación del riesgo de liquidez la entidad debe disponer de la mejor información para efectos de realizar las proyecciones de todos los flujos netos de activos y pasivos o de ingresos y egresos, y debe contar como mínimo con lo siguiente para poder analizar los posibles descálces:

Activos

a) Identificar los activos considerados como líquidos (aquellos que proveen a la entidad de liquidez inmediata). Se recomienda incluir dentro de estos como mínimo, el disponible que esté consignado en bancos y/o inversiones en Fondos de Inversión Colectiva (FIC) en las siguientes modalidades: cuentas corrientes, cuentas de ahorros (cuentas maestras de recaudo), FIC abiertos, del mercado monetario y cualquier otro tipo de encargo fiduciario o fondo de inversión, fideicomisos, fondos de inversión colectiva de inmobiliarios y fondos de capital privado que no tengan restricciones para el retiro inmediato de recursos (sin

pacto de permanencia). Asimismo, se deben identificar todas las inversiones en títulos o valores, sean de renta fija o renta variable, emitidos por entidades nacionales o extranjeras, públicas o privadas, que considere de fácil realización (activos que forman parte del portafolio de inversiones de la entidad y que no tengan ninguna restricción de movilidad ni que estén sujetos a algún tipo de gravamen, medida preventiva o de cualquier naturaleza, que impida su libre cesión o transferencia).

b) Identificar los recursos y plazos de recuperación de cartera (cuentas por cobrar). Tener en cuenta el comportamiento histórico de cartera vencida para aplicar factores de descuento o de castigo, en los casos que considere necesario para obtener una aproximación mucho más cercana a la realidad.

c) Identificar los ingresos causados y recibidos por venta o prestación de servicios de salud.

d) Proyectar cualquier movimiento de entradas futuras de efectivo por cualquier concepto, entre los cuales puede estar el portafolio de inversiones: vencimiento de títulos de renta fija o de operaciones, cobro de cupones, rendimientos de un CDT, dividendos en efectivo, entre otros flujos que se esperan recibir.

Pasivos

a) Identificar y caracterizar las cuentas por pagar bajo cualquier concepto (insumos y medicamentos; dispositivos médicos o equipo biomédico; salarios; gastos operativos y administrativos; entre otros).

b) Identificar el valor causado y pagado de los costos y gastos de la operación de la entidad.

c) Proyectar cualquier movimiento de salidas futuras de efectivo bajo cualquier concepto, los cuales pueden presentarse por la emisión de instrumentos financieros, el pago de cupones de emisiones de deuda por renta fija y el pago de dividendos por acciones emitidas, entre otros flujos a entregar.

Evaluación y Medición del Riesgo de Liquidez

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir a las entidades cuantificar el nivel mínimo diario de efectivo o equivalentes de efectivo requerido, en moneda nacional y/o extranjera, de acuerdo con la normatividad vigente, que le permita cumplir de manera oportuna con sus obligaciones de pago. Es decir que las entidades deben estar en capacidad de medir y proyectar los flujos de caja de sus activos y pasivos, en diferentes horizontes de tiempo, tanto en un escenario en condiciones normales como en un escenario de crisis bajo hipótesis razonables (stress testing), en el que los flujos de caja se alejan significativamente de lo esperado, por efecto de cambios imprevistos en el entorno de los mercados, de la entidad o de ambos, y de esta manera, poder calcular sus necesidades de liquidez.

Para la medición del riesgo de liquidez se requiere que la entidad aplique una “prueba de liquidez” periódicamente con el fin de identificar potenciales necesidades de liquidez o recursos líquidos para cubrir sus flujos de pago y las causas de potenciales situaciones de iliquidez. Uno de los principales objetivos de esta prueba es que las entidades mejoren sus estimaciones conforme lo aplican frecuentemente y puedan prevenir potenciales situaciones adversas. Si bien algunos ingresos y/o egresos son más predecibles que otros, se busca que las estimaciones vayan mejorando a medida que estas se realizan y que con fundamento en las proyecciones de egresos se identifiquen los activos necesarios o recursos adicionales para poder cubrir estas estimaciones, de acuerdo con unos niveles de tolerancia de riesgo definidos. Para estructurar la prueba de liquidez debe usar la información de los flujos de efectivo tanto de ingresos como de egresos, de acuerdo con los diferentes tipos de obligaciones y acreencias proyectándolos en un horizonte de tiempo de por lo menos tres (3) meses.

Los periodos de proyección se pueden construir de forma diaria, semanal, mensual e incluso trimestral. La proyección de ingresos y egresos estará basada en la mejor información disponible con la que cuente la

entidad, y de acuerdo con supuestos y estimaciones propias, los cuales en todo caso deben ser explícitos y justificados técnicamente por la entidad. Para efectos de la determinación del riesgo inherente de liquidez, la entidad deberá establecer el superávit o déficit de liquidez, que corresponderá a la diferencia entre el monto total de ingresos y egresos de efectivo proyectados. Este monto se utilizará para el cálculo del indicador de liquidez.

Tratamiento y Control del Riesgo de Liquidez

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir a las entidades tomar medidas adecuadas para controlar el riesgo de liquidez al que se ven expuestas en las actividades propias de la entidad. Estos controles deberán guardar relación con el volumen y la complejidad de la operación desarrollada, deberán estar aprobados y ser de conocimiento verificable por la Junta Directiva de la entidad o quien haga sus veces.

Adicionalmente, debe permitir a las entidades realizar seguimiento continuo de su exposición al riesgo de liquidez mediante las alertas tempranas, los límites de exposición y los indicadores de liquidez que la entidad haya elaborado 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 de la entidad. En caso de que se materialice el riesgo, la entidad deberá tomar las medidas correctivas para mitigar dicho impacto.

A su vez, se deben establecer límites para mantener un nivel mínimo de activos líquidos, que estén acordes con el volumen de operaciones y tamaño de la entidad y sus necesidades de liquidez bajo condiciones normales del negocio y márgenes adicionales de liquidez para enfrentar situaciones de estrés. Asimismo, las entidades deberán incluir mediciones de escenarios extremos (stress testing) y de back testing, como medios para verificar la precisión de las proyecciones obtenidas a través de las pruebas de liquidez y hacerlas parte de estas para hacer ajustes posteriores. Para mejorar la capacidad técnico-administrativa, el flujo de recursos, la calidad y disponibilidad de información necesaria para diseñar el flujo de efectivo se requiere como mínimo:

- a. Sistema de información que permita la identificación y gestión del recaudo de los ingresos y egresos de la entidad acorde con los diferentes rubros.
- b. Registro oportuno, de preferencia en tiempo real, de los costos de la entidad.
- c. Implementación de procesos orientados a garantizar el pago oportuno de las obligaciones a los diferentes acreedores de la entidad.
- d. Sistema que permita la radicación oportuna de las facturas, de preferencia en línea, por parte de los proveedores de cada entidad y la trazabilidad de las mismas.

8.3 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CREDITO

CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 DE 2021

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 de gestión de Riesgo de Crédito

Para la gestión del riesgo de crédito inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en esta Circular. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de gestión de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo de Crédito que implementen las

entidades, deberá incorporar dentro de sus procesos y procedimientos internos para la gestión del riesgo de crédito, los siguientes lineamientos y aspectos específicos como mínimo:

a. Una evaluación de riesgo por contraparte (incluyendo los instrumentos financieros, tratándose de inversiones de renta fija), teniendo en cuenta los límites de exposición por contraparte asociadas a la evaluación de riesgos realizada. La entidad podrá realizar una evaluación agrupando activos con características y perfiles de riesgo similares, pero deberá realizar esta evaluación en forma individual si el activo es significativo.

b. Un modelo de cálculo de deterioros/provisiones por riesgo de crédito que sea adecuado para reflejar las potenciales pérdidas a las que está expuesta la entidad por el incumplimiento de las contrapartes y que se ajuste a la normatividad vigente.

c. La definición de procedimientos específicos de seguimiento, cobranza de las deudas y el establecimiento de mecanismos apropiados de negociación y recuperación de deudas que se encuentren en incumplimiento.

d. Una estrategia de gestión de glosas ante las EPS, la ADRES (o la entidad que ejerza sus funciones) o ante las Entidades Territoriales según sea el caso. La definición de la estrategia de gestión de glosas se debe formular en función del análisis histórico y su consecuente caracterización para determinar procesos específicos de actuación ante cada tipo de glosa.

e. La verificación de los literales anteriores se debe realizar por lo menos una vez al año, para evaluar su funcionamiento y monitorear efectivamente la exposición a este riesgo.

f. Las bases de datos utilizadas en el proceso de diseño de los modelos para la administración del riesgo crediticio deben tener una historia mínima de tres (3) años. En caso de no cumplirse con el tiempo recomendado, la entidad deberá preparar un plan de ajuste en el cual se expongan los procedimientos y fechas en las cuales se logrará cumplir con esta recomendación. Durante el periodo de ajuste, a partir de la infraestructura tecnológica y de los sistemas necesarios para garantizar la adecuada administración del Riesgo de Crédito se deben generar informes confiables sobre dicha labor por lo menos una vez al trimestre.

Identificación del Riesgo de Crédito

Para la identificación de este riesgo, los aspectos mínimos a considerar por parte de la entidad parten de definir los tipos de activos expuestos a este riesgo, como mínimo las cuentas por cobrar y los instrumentos financieros.

Estos últimos incluyen:

- a. Cuentas de Bancos y Fondos de Inversión Colectivas (FIC, antes Carteras Colectivas) tales como: cuentas corrientes; cuentas de ahorros; cuentas maestras de recaudo; FIC abiertos, del mercado monetario; carteras colectivas cerradas; y otros tipos de encargos fiduciarios o fondos de inversión, fideicomisos, fondos de inversión colectiva inmobiliarios y/o fondos de capital privado, entre otros, siendo locales o extranjeros
- b. Instrumentos inscritos en el Mercado de Valores de Colombia, tales como títulos de deuda pública emitidos o garantizados por la Nación o por el Banco de la República; títulos de renta fija emitidos, aceptados, garantizados o avalados por entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, FOGAFIN y FOGACOOP.
- c. Todas las inversiones en títulos o valores de renta fija emitidos por entidades nacionales o extranjeras.

Evaluación y Medición del Riesgo de Crédito

El Subsistema de Administración de Riesgo de Crédito debe evaluar las pérdidas estimadas como resultado del incumplimiento de sus contrapartes. Dentro del Subsistema, la entidad puede diseñar modelos para diferentes tipos de activos expuestos a este riesgo, dentro de los cuales deberá como mínimo contemplar la estimación de los siguientes elementos:

- a. La probabilidad de incumplimiento de los deudores dentro de un periodo de tiempo de 12 meses.
- b. Al interior de cada tipo de activo se deben generar categorías de calidad del deudor/contraparte que orienten una posterior asignación de factores de riesgo diferenciales según dicha categorización.
- c. La estimación de la pérdida esperada en que incurriría la entidad dado el incumplimiento. En este elemento se debe considerar tanto el valor expuesto del activo (saldo de la obligación o valor neto del activo) en el momento del incumplimiento, como la tasa de recuperación del valor del activo una vez se ha materializado el incumplimiento, la cual debe contemplar las recuperaciones efectivas que se han realizado sobre estos incumplimientos en los últimos 3 años y la existencia e idoneidad de las garantías, si las hubiese.

Para estimar la probabilidad que el deudor / contraparte no cumpla con sus obligaciones en los términos acordados, se recomienda que la entidad tenga en cuenta como mínimo los siguientes aspectos:

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

- a) Análisis históricos de las cuentas por cobrar de cada deudor según plazos y cumplimiento de pago, teniendo en cuenta los acuerdos de voluntades.
- b) 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).
 - c) Adicional al análisis individual por deudor, se recomienda realizar un análisis segmentado por líneas de negocio (en los casos en que la entidad desarrolle varias actividades dentro del sector como aseguramiento obligatorio, voluntario, prestación de servicios de salud) y el concepto generador de la obligación, en el caso de las cuentas por cobrar.
 - d) Estimar las posibles pérdidas que resulten de incumplimientos de pago frente a prestaciones realizadas u obligaciones generadas, las cuales involucran entre otros elementos, la evaluación de deterioros o posteriores valoraciones de acuerdo con las políticas contables que sobre los instrumentos financieros haya escogido la entidad, específicamente en las cuentas por cobrar.

ii) En el caso de los instrumentos financieros, se recomienda que la entidad:

- a) Clasifique la seguridad del activo con fundamento en la calificación de crédito emitida por agencias calificadoras de riesgo tanto para el activo de renta fija como para el emisor, ya que estas calificaciones reflejan las probabilidades de incumplimiento de los activos en cada categoría de calificación.
- b) Asigne factores de riesgo en función de las probabilidades de incumplimiento para cada categoría de seguridad del activo. De no disponer de estudios propios que evalúen estas probabilidades de incumplimiento para los diferentes emisores y tipos de instrumentos financieros, se puede tomar como referencia los ponderadores que se mencionan en el Decreto 2954 de 2010 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y sus modificatorias.

Tratamiento y Control del Riesgo de Crédito

Las entidades deberán contemplar dentro de este Subsistema de Administración y Gestión de Riesgo mecanismos de tratamiento y control del riesgo de crédito, los cuales deben ser aplicados de forma continua. Su frecuencia y criterios deberán definirse de acuerdo con las políticas de gestión del riesgo que esté dispuesto a asumir cada entidad. Se consideran buenas prácticas de gestión para el tratamiento y control del riesgo de crédito, acciones que por su naturaleza deberán ser refrendadas en los aspectos específicos de la política de gestión del riesgo de crédito de la entidad.

Límites de exposición crediticia y de pérdida tolerada

Las políticas de gestión del riesgo deben establecer lineamientos para la fijación de niveles y límites de exposición (iniciales y potenciales) de los créditos totales, individuales y por portafolios de inversión, así como de los límites de concentración por deudor, sector o grupo económico. Asimismo, establecer porcentajes máximos de tenencia de activos de la categoría más riesgosa y mínimos de los activos de máxima seguridad.

8.4 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE 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

Facilita la rápida detección, corrección y ajustes de las deficiencias en cada uno de sus Subsistemas de Administración de Riesgo para evitar su materialización (debe incluir la definición de los límites máximos de exposición o niveles aceptables de riesgo, la normatividad vigente y los criterios definidos en la política de gestión de riesgo. 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.

Identificación del Riesgo Actuarial

El Subsistema de Administración del Riesgo Actuarial debe permitir a la entidad definir e identificar el riesgo actuarial teniendo en cuenta, como mínimo, las siguientes consideraciones relevantes:

- a. Caracterización y conocimiento de la población que incluirá en los contratos por venta de servicios teniendo en cuenta los aspectos geográficos, etarios, demográficos, la situación de morbi-mortalidad; así como la actualización de novedades.
- b. Particularidades de las diferentes modalidades de pago (por capitación, por evento, por paquete, entre otros).
 - Pago por Capitación: Identificación de las personas incluidas en el contrato e identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos de baja complejidad incluidos en el contrato.
 - Pago por evento: Identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el contrato para el cálculo de las tarifas y precios a ser aplicadas a las tecnologías en salud.
 - Pago por Grupo Relacionado de Diagnóstico: Identificación de las tecnologías en salud incluidas y no incluidas asociadas a la condición o condiciones individuales de salud, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos de acuerdo con el grupo de riesgo.
 - Pago Global Prospectivo: Identificación de las tecnologías en salud incluidas y no incluidas asociadas a la condición o condiciones individuales de salud, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos de acuerdo con el grupo de riesgo. Además, de tener en cuenta la frecuencia estimada de los episodios de atención y/o de tecnologías en salud a ser prestadas con cargo a la suma global.
 - En los demás tipos de contratación, es importante identificar el riesgo asumido

por la IPS y las obligaciones de cobertura de servicios cada contrato, así como las características de la tarifa pactada.

- c. Identificación de posibles incrementos en los costos de insumos y medicamentos, entre otros.
- d. Evaluar el comportamiento de la variabilidad del ingreso y el costo que tenga la entidad, además del uso de los insumos para dar cumplimiento al objeto del contrato.

Medición y Evaluación del Riesgo Actuarial

El Subsistema de Administración del Riesgo Actuarial debe permitir a la entidad:

- a. Anticipar incrementos inesperados en los índices de morbi-mortalidad y, por ende, en los costos de atención que puedan sobrepasar el valor pactado en los contratos.
- b. Realizar proyecciones que incluyan los posibles impactos y la ocurrencia, entre otros, de los factores de riesgo asociados a la concentración, hechos catastróficos, incrementos en los costos de nueva tecnología y el cambio del perfil sociodemográfico de la población de su área de influencia, que pueden tener efectos sobre la frecuencia y características de la demanda de servicios de salud.
- c. Construcción de modelos de cuantificación que contemplen de manera adecuada, las pérdidas esperadas e inesperadas, a las que se encuentra expuesta la entidad. Los modelos que se adopten para calcular estas pérdidas deben contar con los siguientes parámetros teniendo en cuenta las particularidades de cada tipo de contrato:
 - d. La probabilidad de ocurrencia del evento (materialización del riesgo) en la unidad de tiempo (frecuencia).
 - e. Los asociados con cada distribución de pérdida que mejor defina la cuantía de la pérdida (severidad). Es decir, el cálculo del costo promedio del servicio.
 - f. El nivel de exposición del riesgo en la unidad de tiempo.

Tratamiento y Control del Riesgo Actuarial

El Subsistema de Administración del Riesgo Actuarial debe permitir a la entidad tomar medidas adecuadas para controlar el riesgo actuarial, entre ellas:

- a. Establecer y actualizar periódicamente las políticas y las estimaciones actuariales para cada tipo de contrato, teniendo en cuenta los cambios que se presenten en el sector.
- b. Hacer una traza de las medidas tomadas por la administración, en respuesta a los problemas identificados y a las recomendaciones efectuadas.
- c. Realizar pruebas de estrés (Stress-Testing) y ejercicios de autocomprobación (Back-Testing)³ sobre los modelos actuariales utilizados para establecer los valores de los contratos, y de esta manera realizar los ajustes correspondientes.
- d. Realizar controles de calidad a los sistemas de información de la entidad.

9. MARCO NORMATIVO

El autodiagnóstico incluye los requisitos establecidos en las siguientes circulares • Circular Externa 009 de 2016. Instrucciones SARLAFT / FPADM (modificada por la CE 2021170000005-5 de 2021), disponible en:

https://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/circular_supersalud_0009_2016.htm

• Circular Externa 016 de 2016. Instrucciones relativas sobre el reporte de información financiera para efectos de supervisión

http://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/circular_supersalud_0016_2016.htm

• Circular Externa 003 de 2018. Instrucciones Generales para la Implementación de Mejores Prácticas Organizacionales – Código de Conducta y de Buen Gobierno IPS de los Grupo C1 y C2, disponible en:

https://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/circular_supersalud_0003_2018.htm

Circular Externa 2021170000004-5 de 2021. Instrucciones Código de Conducta y de Buen Gobierno Organizacional, Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas de Administración de Riesgos, disponible en:

https://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/circular_supersalud_0004_2021.htm

• Circular Externa 2021170000005-5 de 2021. Instrucciones Generales al Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), disponible en:

https://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/circular_supersalud_0005_2021.htm

• Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022. Lineamientos Programa de Transparencia y Ética Empresarial, disponible en:

https://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/circular_supersalud_0053_2022.htm#

INICIO • ABECÉ de la Circular Externa 009 de 2016 modificada por la Circular Externa 2021170000005-5 de 2021 – implementación del SARLAFT Y FPADM

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/OtrosDocumentos>

Metodologias/abece-sarlaft-todos-los-vigilados.pdf

• ABECÉ de la Circular Externa 2021170000004-5 de 2021 - Código de Conducta y de Buen Gobierno Organizacional, el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus Subsistemas de Administración de Riesgos – IPS

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/OtrosDocumentosMetodologias/abece-sistema-integrado-riesgos-IPS.pdf>

ABECÉ de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 que deroga la Circular Externa 018 de 2015:
[https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/OtrosDocumentos Metodologias/abece-grupos-clasificacion-IPS.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/OtrosDocumentos%20Metodologias/abece-grupos-clasificacion-IPS.pdf)

• Presentación Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva:

https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Comunicaciones/MemoriasEventos/SARLAFT_SICOF_PTEE_112022.pdf

Así mismo tiene en cuenta la adopción del Modelo de Supervisión Basado en riesgos establecido en la Resolución 4559 de 2018.

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Resoluciones/RESOLUCION%203N%204559%20de%202018.pdf>

CONTROL DE CAMBIOS

REVISIÓN N°	FECHA DE APROBACIÓN DD/MM/AA	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
00	16/05/2008	Creación del Documento
01	11/04/2017	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de Codificación SEI-02-M01 a PLA-00-M03 • Actualización a la metodología definida por el DAFP :GUIA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN 2015, GUIA PARA LA ADMINISTRACION DEL RIESGO 2015
02	03/07/2023	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización basado en audiagnóstico subsistemas de administración de riesgos, conducta y buen gobierno y programa de transparencia y ética empresarial Actualización de código