**CIRCULAR EXTERNA NÚMERO [ ] DE [ ]**

**PARA:** EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA (EMP) Y SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA (SAP)

**DE:** SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

**ASUNTO:** POR LA CUAL SE IMPARTEN INSTRUCCIONES GENERALES RELATIVAS AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y A SUS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

**FECHA:**

1. **ANTECEDENTES**

El artículo 4° de la Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se reguló el derecho fundamental a la salud y se dictaron otras disposiciones, definió al Sistema de Salud como *“…el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento, controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud”.*

Es así como el Gobierno Nacional ha impulsado una serie de normas dirigidas al fortalecimiento técnico, operativo, financiero y administrativo de los agentes participantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), aspectos que están incluidos en el modelo de Supervisión Basada en Riesgos (SBR) de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), quien encabeza el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) del sector salud, de acuerdo con la Ley 1122 de 2007.

Por su lado, el numeral 2 del artículo 7 del Decreto 1080 de 2021, establece como función de la Superintendencia Nacional de Salud la de: “Emitir instrucciones a los sujetos vigilados sobre el cumplimiento de las disposiciones normativas que regulan su actividad, fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de tales normas y señalar los procedimientos para su cabal aplicación.” Asimismo, la Ley 1474 de 2011, en sus artículos 11 y 12, preceptúa que corresponde a esta Superintendencia establecer un conjunto de medidas preventivas para evitar fraudes y combatir la corrupción en el sector de la seguridad social en salud, además de la creación de un sistema preventivo de prácticas riesgosas financieras y de atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de ejercer sus funciones de inspección, vigilancia y control a los sujetos vigilados.

Es así como la Supervisión Basada en Riesgos (SBR) es la estrategia que está implementando la Superintendencia Nacional de Salud para complementar la Supervisión Basada en el Cumplimiento y, de esta manera, garantizar la protección de los derechos de los usuarios y el cumplimiento de las normas que regulan el sistema, al utilizar ambas formas de supervisión de forma combinada y transversal. Asimismo, con la SBR, en el marco de un modelo de supervisión preventivo y activo, se busca fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a través de una mayor estabilidad de las diferentes instituciones que lo componen, apoyada en una cultura de autocontrol y un adecuado Sistema Integrado de administración y gestión de riesgos.

Por una parte, la Resolución 1536 de 2015 determina la responsabilidad a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) de realizar la caracterización de su población con el fin que las entidades territoriales puedan cumplir con el proceso de planeación integral para la salud. Para tal fin, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) crea la Guía conceptual y metodológica en 2016 para la caracterización de la población afiliada a las EAPB. La caracterización poblacional es, a su vez, un insumo indispensable para la identificación de grupos de riesgo y para la gestión individual del riesgo.

Por otra parte, mediante la Resolución 3202 de 2016, el MSPS creó el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) desarrolladas dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).

A su vez, los principios y directrices genéricos para la gestión del riesgo en una organización sin importar su naturaleza, industria y sector se encuentran establecidas bajo la norma técnica colombiana NTC-ISO 31000 expedida por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), la cual es una adopción idéntica por traducción de la norma internacional ISO 31000 de 2009. Cabe resaltar que su adopción y certificación es voluntaria.

En esa misma línea, por medio de la expedición de la Circular Externa 007 de 2017, se impartieron recomendaciones para la implementación y la ejecución de mejores prácticas organizacionales (Código de Conducta y de Buen Gobierno empresarial) para las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado, Empresas de Medicina Prepagada (EMP) y Servicio de Ambulancia Prepagada (SAP), vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud. La mencionada Circular parte del principio de voluntariedad (cumpla o explique) con el fin de incentivar una política de autorregulación, autocontrol y autogestión, fortalecer los criterios de idoneidad y reputación para la Alta Gerencia, información pública oportuna y de calidad en pro de lograr una mayor eficiencia, transparencia y optimización del uso de los recursos del SGSSS, un mayor compromiso y responsabilidad frente a la gestión de riesgos que se vea reflejado en mejores resultados en la atención del paciente y la protección de los usuarios.

Asimismo, y en virtud de las funciones asignadas a la Superintendencia, al Despacho del Superintendente Nacional de Salud, al Despacho del Superintendente Delegado para la Supervisión de Riesgos y a la Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgos en el mencionado Decreto, se expide la Resolución 4559 de 2018 *“Por la cual* *se adopta el modelo de Inspección, Vigilancia y Control para la Superintendencia Nacional de Salud para el ejercicio de la supervisión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud”*, la cual en su artículo 2 insta a las entidades vigiladas la implementación de un Sistema Integrado de gestión de riesgos; y en sus artículos 3 y 4, establece el mecanismo para hacer exigible el sistema para cada tipo de vigilado así como las instrucciones con los lineamientos mínimos que el mismo debe tener.

En consecuencia, dando aplicación a las disposiciones citadas en precedencia, se imparten las siguientes instrucciones a las Empresas de Medicina Prepagada (EMP) y los Servicios de Ambulancia Prepagada (SAP), en lo relacionado con el sistema integrado de administración de riesgos y sus subsistemas.

1. **OBJETO**

Como consecuencia de las actividades propias y operaciones diarias de las Empresas de Medicina Prepagada (EMP) y de Servicio de Ambulancia Prepagada (SAP) – que para efectos de la presente Circular se denominará como las entidades- sometidas a la Inspección, Vigilancia y Control (IVC) de la SNS, estas se ven expuestas a diversos riesgos inherentes, que deben ser identificados y administrados en un Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, que promueva el autocontrol al interior de cada Entidad.

El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, debe responder a políticas claras y, a la vez, debe reflejarse en procesos y procedimientos que materialicen las estrategias de prevención y control de los riesgos identificados. Asimismo, este Sistema Integrado de Gestión de Riesgos debe estar constituido como mínimo por los riesgos prioritarios que se listan en el capítulo II-I de la presente Circular, los cuales fueron seleccionados por esta Superintendencia. La entidad vigilada podrá incorporar otros riesgos que identifiquen y que se presenten en el desarrollo ordinario de las actividades de la entidad.

Las políticas y procedimientos que se adopten deben permitir el eficiente, efectivo y oportuno funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de las entidades, y traducirse en reglas de conducta y directrices que orienten la actuación de la entidad, sus empleados y sus socios.

En este sentido, para lograr un mayor compromiso y responsabilidad frente a la gestión de riesgos es necesaria la implementación y la ejecución de mejores prácticas organizacionales mediante la formulación de un Código de Conducta y de buen gobierno empresarial en cada Entidad.

El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos debe estar alineado con los planes estratégicos que tenga cada entidad, por lo que deberá permitir a las entidades la adopción de decisiones oportunas para la adecuada gestión de los riesgos, de acuerdo con los niveles de tolerancia al riesgo que cada entidad esté dispuesta a asumir conforme a sus políticas y en función a su estructura, tamaño, complejidad de las actividades, naturaleza, forma de comercialización y demás características particulares, siempre dentro de los parámetros que la normatividad y el adecuado desarrollo de su objeto social, lo permita. Asimismo, deben permitir la incorporación de acciones correctivas a tiempo, dirigidas a mejorar los resultados en salud y financieros de la entidad, la satisfacción de los usuarios, la estabilidad de los agentes del sector y la confianza de la población en el sistema.

A su vez, los Subsistemas de Administración de Riesgos deben permitirle a las entidades identificar, evaluar, medir, controlar y monitorear eficazmente como mínimo los riesgos prioritarios a los que están expuestas en el desarrollo de sus operaciones, para mejorar los resultados en salud de la población, la satisfacción de los usuarios, la estabilidad financiera del sistema, fortalecer la confianza de la población en los componentes de salud del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y prevenir posibles impactos negativos.

De acuerdo con lo anterior, por medio de la presente Circular se busca establecer los lineamientos generales (criterios, parámetros y recomendaciones mínimas) que las Empresas de Medicina Prepagada (EMP) y Servicios de Ambulancia Prepagada (SAP) deben tener en cuenta en el diseño, implementación y funcionamiento de su Gobierno Organizacional, de sus Sistemas Integrados de Gestión de Riesgos y de los Subsistemas de Administración para cada uno de los riesgos priorizados por la SNS.

Por un lado, por medio de la implementación y fortalecimiento del Gobierno Organizacional, se busca:

1. Promover el uso debido y eficiente de los recursos en la prestación de los servicios de salud (Calidad y Oportunidad).
2. Reconocer mejor los derechos de las diferentes partes interesadas, entre ellas, los usuarios del Sistema de Salud, para equilibrar los intereses y mejorar las relaciones e interlocución, para alcanzar el mayor grado de coordinación posible.
3. Evitar y/o gestionar los posibles conflictos de interés.
4. Establecer políticas anticorrupción (entre ellas establecer políticas anti-soborno).
5. Facilitar el ejercicio de los derechos y el trato equitativo a los miembros del Máximo Órgano Social, para promover la independencia y equidad.
6. Garantizar la revelación oportuna y precisa de la información para lograr una mayor transparencia.
7. Garantizar la orientación estratégica, el control efectivo de la dirección ejecutiva y la responsabilidad de esta frente a la empresa y a los miembros del Máximo Órgano Social.
8. Mejorar el desempeño operacional de la Entidad, que se debe ver reflejado en la creación de valor de la empresa.

Por otro lado, la evaluación de los riesgos de las entidades debe identificar los principales determinantes de los eventos de riesgo, el impacto de los riesgos inherentes y la correspondencia y efectividad de los controles implementados, y de esta forma, cumplir con los objetivos misionales, al identificar alertas tempranas de los eventos de riesgo y adoptar medidas correctivas y preventivas.

Adicionalmente, por medio de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, se busca:

1. Incrementar la probabilidad que los eventos de mayor impacto (eventos en salud, administrativos, financieros, entre otros), sean detectados a tiempo y prevenidos antes que se materialicen.
2. Fomentar una cultura de autocontrol y de gestión de riesgos por parte de los vigilados, de manera que esta sea una política empresarial o de gobierno organizacional que se interiorice en toda la estructura corporativa, incluyendo políticas de control interno.
3. Generar condiciones de estabilidad operativa y financiera de las instituciones a través de la implementación de Subsistemas de Administración de Riesgos estratégicamente diseñados e implementados, y debidamente documentados mediante Políticas de Gestión de Riesgo y manuales de procesos y procedimientos donde se incluyan Metodologías de valoración de los riesgos y las funciones de los Órganos de Control (Auditoría o Control Interno y Revisoría Fiscal, entre otros).
4. Robustecer la infraestructura de supervisión dentro de las entidades (Auditoría Interna, Revisoría Fiscal o Contralor Normativo, entre otros), encaminada a fortalecer el control y gestión de riesgos al interior de cada institución.
5. Promover la cultura institucional hacia una administración basada en riesgos que desarrolle habilidades evaluativas sobre la calidad de la gestión de los riesgos por parte de cada entidad.
6. Extender el compromiso y responsabilidad de las Juntas Directivas y órganos administrativos de las entidades frente a la adecuada gestión de los riesgos, además de establecer criterios de idoneidad y reputación para la Alta Gerencia.
7. Estimular la transparencia, la calidad, la preservación de la información y la mejora continua en todos los procesos relacionados, como insumo fundamental para la gestión de los diversos riesgos.
8. Impulsar las mejores prácticas de Gobierno Organizacional e incorporar e interiorizar el Código de Conducta y Buen Gobierno en todas las instancias de las organizaciones que hacen parte del sector de la salud.

Cabe resaltar que los lineamientos generales contenidos en la presente Circular son los mínimos que debe tener el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas de Administración de Riesgos, y son complementarios al marco normativo vigente, por lo tanto, no sustituyen ni reemplazan las metodologías o instrumentos adoptados por cada entidad para administrar los riesgos que a la fecha se estén gestionando, así como la implementación de los subsistemas que se definen en la presente Circular.

1. **ÁMBITO DE APLICACIÓN**

La presente Circular Externa aplica integralmente a todas las Empresas de Medicina Prepagada (EMP) y Servicios de Ambulancia Prepagada (SAP) autorizadas para operar el aseguramiento voluntario en salud, vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud independientemente de su naturaleza jurídica.

Asimismo, se encuentra dirigida a los representantes legales, socios, accionistas, revisores fiscales, la Alta Gerencia, los Máximos Órganos Sociales, Oficiales de Cumplimiento, administradores, directores o quienes hagan sus veces y demás funcionarios responsables de la administración de dichas entidades.

1. **DEFINICIONES**

Para efectos de la correcta aplicación de lo previsto aquí, se recurrirá a la formulación de las definiciones que se presentan a continuación para el entendimiento e interpretación de los lineamientos generales del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas objeto de esta Circular. Adicionalmente, las definiciones relacionadas con el Gobierno Organizacional y mejores prácticas como son los conflictos de interés, la Junta Directiva, el Máximo Órgano Social, entre otras, ya fueron definidas en la Circular Externa 007 de 2017, por lo que se recomienda remitirse a esta norma para su consulta.

* **Administrador:** De acuerdo con el artículo 22 de la Ley 222 de 1995, *“son administradores el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detenten esas funciones”*. El administrador debe obrar de buena fe, con lealtad y con diligencia. Sus actuaciones se cumplirán en interés de la sociedad, teniendo en cuenta los intereses de sus asociados, y en el cumplimiento de su función, deben realizar como mínimo las expresadas en el artículo 23 de la mencionada Ley.
* **Categorías de riesgos prioritarios:** Agrupadores de distintos tipos de riesgos en torno a un elemento común, prioritarios para fines de supervisión definidos por la SNS. Cabe resaltar que las EMP y SAP deben gestionar todos los riesgos que se presenten dentro de su operación, y dependerá de la discrecionalidad y organización que cada entidad les quiera dar para su tratamiento. Sin embargo, deberán contemplar como mínimo, los siguientes riesgos: Riesgo en Salud, Riesgo Actuarial; Riesgo de Crédito, Riesgo de Liquidez, Riesgo de Mercado de Capitales, Riesgo Operacional, Riesgo de Fallas de Mercado, Riesgo de Grupo, Riesgo Reputacional y Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.
* **Ciclo general de gestión de riesgo:** Son las etapas que incorpora un Subsistema de Administración de Riesgos para cada uno de los tipos o categorías de riesgo identificadas.
* **Conflicto de interés:** Se considera que existe un conflicto de interés cuando por una situación de control, influencia directa o indirecta entre entidades, personas naturales o jurídicas; se realicen operaciones, transacciones, decisiones, traslado de recursos, situaciones de ventaja, mejoramiento en la posición de mercado, competencia desleal, desviaciones de recursos de seguridad social, o cualquier situación de hecho o de derecho que desequilibre el buen funcionamiento financiero, comercial o de materialización del riesgo al interior del sector. Estos desequilibrios tienen su fundamento en un “interés privado” que motiva a actuar en contravía de sus obligaciones y puede generar un beneficio personal, comercial o económico para la parte que incurre en estas conductas.
* **Contralor Normativo:** Cargo o área especializada dentro o fuera de la organización, el cual es nombrado por la Junta Directiva o quien haga sus veces, y ejerce control para asegurar la observancia de las disposiciones normativas aplicables. Sus funciones son dependientes de la Junta o quien haga sus veces, a quien debe asesorar y rendir cuentas.
* **Controles:** Medidas prudenciales 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.
* **Cultura de autocontrol:** Concepto integral que agrupa todo lo relacionado con el ambiente de control, gestión de riesgos, sistemas de control interno, información, comunicación y monitoreo. Permite a la entidad contar con una estructura, unas políticas y unos procedimientos ejercidos por toda la organización (desde la Junta Directiva y la Alta Gerencia, hasta los propios empleados), los cuales pueden proveer una seguridad razonable en relación con el logro de los objetivos de la entidad.
* **Evento:** Situación que se presenta en un lugar específico y durante un intervalo de tiempo determinado.
* **Evento de pérdida:** Son las situaciones que generan pérdidas a las entidades al exponerse a cualquier riesgo.
* **Evento externo:** Son eventos ocasionados por terceros, o, asociados a la naturaleza que, debido a su causa y origen, se escapan del control de la entidad.
* **Evento reputacional:** Ocurrencia o acción que tiene el potencial de afectar la reputación de la entidad. Estas acciones pueden ser fundadas o infundadas.
* **Factores de riesgo:** Fuentes generadoras de riesgos tanto internas como externas a la entidad y que pueden o no llegar a materializarse en pérdidas. Cada riesgo identificado se encuentra originado por diferentes factores de riesgo que pueden estar entrelazados unos con 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 de cada entidad, 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 de cada entidad, así como el cumplimiento de los objetivos en el SGSSS o sus obligaciones. Dentro de este conjunto de acciones se incluye, entre otros, el ciclo general de gestión de riesgo.
* **Gobierno Organizacional:** Es el conjunto de normas, procedimientos y órganos internos aplicables a cualquier tipo de entidad, mediante los cuales se dirige y controla la gestión de estas de conformidad con las disposiciones contenidas en la presente Circular y demás disposiciones sobre la materia (Artículo 2.5.2.3.4.1. del Decreto 682 de 2018). Tiene como objeto la adopción de mejores prácticas para garantizar que la gestión de las entidades se realice bajo los principios de trasparencia, 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.
* **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.
* **Influencia Significativa:** El poder de intervenir en las decisiones de política financiera y de operación en la participación, sin llegar a tener el control ni el control conjunto de dichas decisiones.
* **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 expuesta una entidad.
* **Pruebas de desempeño o de autocomprobación (*Back Testing*):** Se desarrolla para evaluar y calibrar la consistencia y confiabilidad de la medición de los indicadores de riesgos estimados por parte del modelo que se está utilizando, mediante la comparación de los resultados que el modelo arrojó, frente a los resultados observados. De esta manera se pueden identificar y ajustar los supuestos, parámetros y demás elementos que hacen parte del modelo de cálculo.
* **Pruebas de tensión (*Stress Testing*):** Herramienta de diagnóstico donde bajo varios escenarios de estrés, se simulan diferentes choques extremos a los factores de riesgo para evaluar su sensibilidad e impacto, además de la capacidad de respuesta que las entidades tienen para enfrentarlos. Busca identificar fortalezas y vulnerabilidades de los Subsistemas de Administración de Riesgos de manera individual para cada riesgo, y así cada entidad pueda comprender mejor sus propios perfiles de riesgo y validar los límites establecidos.
* **Reputación:** Percepción agregada que sobre una organización tienen los agentes relacionados con ella, sean estos clientes, accionistas, grupos de interés, partes vinculadas o público en general, la cual tiene el potencial de afectar la confianza en la entidad, influenciando su volumen de negocios, y su situación general. Esta puede variar por factores tales como el desempeño, escándalos, menciones en prensa, entre otros.
* **Riesgo:** Posibilidad que ocurra un evento que pueda afectar negativamente el cumplimiento de la operación de una Entidad y que atenten contra los objetivos del SGSSS.
  + **Riesgo inherente:** Cualquier 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:** Es el 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 de la entidad, teniendo en cuenta la importancia relativa que a cada categoría de riesgo le haya asignado la Entidad.
  + **Riesgo significativo:** Riesgo identificado y valorado de incorreción material que, a juicio del auditor, requiere una consideración especial en la auditoria.
* **Seguridad del Paciente:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
* **Supervisión Basada en Riesgos - SBR:** Proceso sistemático, dinámico y continuo mediante el cual se busca identificar los factores de riesgo que presentan mayores amenazas para la Entidad, además de evaluar la gestión que ésta realiza para evitar y mitigar que los riesgos se materialicen.
* **Temporalidad:** El análisis de las mediciones e indicadores de supervisión se realizan en cortes transversales y de seguimiento a la tendencia con periodicidad anual, trimestral o mensual principalmente, de acuerdo con el proceso metodológico definido.
* **Unidades objeto de supervisión:** Las actividades de supervisión deben adelantarse sobre todas las EMP y SAP autorizadas que hacen parte del SGSSS. El ámbito de la evaluación es a nivel agregado o global de las entidades y a nivel particular en los casos de monitoreo y seguimiento minucioso al evidenciar deterioros en estos riesgos.

1. **LINEAMIENTOS GENERALES, ESPECÍFICOS Y SUS COMPONENTES**

Las entidades deben desarrollar y mantener una estructura organizacional apropiada para la administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de acuerdo con su tamaño, estructura, actividad económica y demás características particulares. Para el efecto, deben establecer y preservar estándares que permitan contar con personal idóneo para la administración de los riesgos. De igual forma, deben quedar claramente asignadas las responsabilidades de las diferentes personas y áreas involucradas en los respectivos procesos y procedimientos, establecer reglas internas dirigidas a prevenir y sancionar conflictos de interés, a controlar el uso y a asegurar la reserva de la información.

Por tanto, sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que se encuentren establecidas en otras disposiciones legales, estatutarias o en reglamentos, para el diseño y adopción de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, se deben incluir como mínimo las siguientes actividades a cargo de los órganos de dirección y administración de cada entidad.

**CAPITULO I: CÓDIGO DE CONDUCTA Y DE BUEN GOBIERNO**

* + 1. **BUENAS PRÁCTICAS**

Como buenas prácticas para la implementación y fortalecimiento del Gobierno Organizacional y Código de Conducta en las entidades, se recomienda tener en cuenta las medidas mencionadas en la Circular Externa 007 de 2017.

**CAPITULO II: SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS**

* **CAPITULO II-I: LINEAMIENTOS GENERALES** **DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS**

Las Entidades deben tener la capacidad institucional para identificar, evaluar, controlar y mitigar los riesgos que puedan afectar el logro de sus objetivos y, especialmente, el cumplimiento de los objetivos del SGSSS y sus obligaciones contractuales.

Tanto el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos como los Subsistemas que lo componen deben contar al menos con los siguientes elementos mínimos: **i)** Ciclo General de Gestión de Riesgos, **ii)** Políticas de Gestión de Riesgos, **iii)** Procesos y Procedimientos, **iv)** Documentación, **v)** Estructura Organizacional, **vi)** Infraestructura Tecnológica y **vii)** Divulgación de la Información y Capacitaciones.

Como se mencionó anteriormente, las entidades deben gestionar todos los riesgos a los que estén expuestas dentro de su operación, y su gestión dependerá de la discrecionalidad y organización que cada entidad les quiera dar para su tratamiento. Sin embargo, deberán contemplar como mínimo, los siguientes riesgos prioritarios y sus respectivos subsistemas de administración:

1. **Riesgo en Salud.**
2. **Riesgo Actuarial.**
3. **Riesgo de Crédito.**
4. **Riesgo de Liquidez.**
5. **Riesgo de Mercado de Capitales.**
6. **Riesgo** **Operacional.**
7. **Riesgo de Fallas del Mercado de Salud.**
8. **Riesgo de Grupo.**
9. **Riesgo Reputacional.**
10. **Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo**

Cabe recordar que, los lineamientos específicos para el Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo se encuentran publicados en la **Circular Externa 009 de 2016** (expedida por la SNS) y las normas que la modifiquen, sustituyan o eliminen, y el Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude en la **Circular Externa 20211700000005-5** de 2021 y las normas que la modifiquen, sustituyan o eliminen. Las definiciones de los demás riesgos prioritarios por esta Superintendencia se encuentran desagregados en el literal F. *Lineamientos Específicos para la Gestión de los Riesgos Prioritarios,* en cada uno de sus apartes.

Aquellas entidades que a la fecha ya cuenten con políticas, procedimientos y Subsistemas de prevención y control adoptados para gestionar estos riesgos prioritarios, deberán examinarlas a la luz de los parámetros y lineamientos mínimos dispuestos en la presente Circular y realizar las modificaciones a que haya lugar.

Es deber de las entidades revisar periódicamente las etapas que comprenden el ciclo y los elementos que hacen parte de cada Subsistema, 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 cada entidad y las del mercado en general.

Tal como se listaron anteriormente, para efectos de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos al interior de cada una de las entidades, como mínimo se debe tener en cuenta los elementos generales que a continuación se desarrollan para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos:

1. **CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS**

Para cada una de las categorías de riesgo a supervisar por esta Superintendencia, se incluyen las siguientes etapas en los Subsistemas de Administración de Riesgos:

* **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 de riesgos, para lo cual se recomienda la utilización de normas técnicas nacionales o internacionales.

Para esta identificación, las entidades 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.

* **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.

En la medida que avance el plan de implementación del modelo de Supervisión Basada en Riesgos, las entidades 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 modelos cuantitativos o cualitativos, estos deben estar sustentados técnicamente y documentados.

Es así como para la evaluación y medición de cada uno de los riesgos identificados, la entidad debe contar con información suficiente, completa y de calidad para generar los mejores pronósticos. Si la entidad no cuenta con este recurso, esta debe establecer mecanismos para tener estimaciones consistentes para cada uno de los riesgos asumidos y deberá documentar las hipótesis y supuestos de sus modelos, así como la información que se tuvo en cuenta para su cálculo, mientras logra obtener la información requerida y necesaria.

* **Selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos:** Una vez identificados y evaluados los riesgos, a excepción de los riesgos en salud, deben compararse con los límites (tolerancia) de riesgos aprobados por la instancia definida en el Gobierno Organizacional de la entidad y su política de riesgos, 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 afiliada.

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

Todas las acciones de gestión del riesgo deberán identificar formalmente responsables, plazos, formas de ejecución y reportes de avances los cuales deben corresponder a la complejidad de la operación de la entidad. Asimismo, deberán estar aprobadas por la instancia del Gobierno Organizacional que corresponda.

* **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.

Asimismo, 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 los riesgos identificados, 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 factores de riesgo 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 gestión de riesgo de cada entidad.

Las mediciones de riesgos esperadas, los riesgos derivados y sus controles deben ser contrastados regularmente con la realidad observada, de forma tal que permita establecer si los Subsistemas de Administración de Riesgos han logrado su mitigación y la corrección oportuna y efectiva de eventuales deficiencias. De esta manera la entidad debe contar con indicadores de gestión para hacer seguimiento a la administración de los riesgos residuales y netos, y, que estos a su vez se encuentran y se mantengan en los niveles de aceptación previamente establecidos por la entidad.

De llegarse a presentar desviaciones o que se superen los límites previamente establecidos, se deben establecer planes de contingencia para intervenir y tratar los diferentes riesgos, teniendo en cuenta la variabilidad de los riesgos identificados, con el propósito de ajustar las desviaciones lo más pronto posible. Todas las acciones y actividades incluidas en estos planes deben contener la definición de los estándares de seguimiento y monitoreo, además de contar con un responsable, plazos, periodicidad, reportes de avance y de evaluaciones periódicas sobre las estrategias seleccionadas que incluyan el monitoreo de los indicadores propuestos para el seguimiento de las acciones de gestión del riesgo planteadas, los cuales deben ser definidos mediante un cronograma y ser objeto de un proceso de verificación y calidad de la información. Los planes de contingencias resultantes del seguimiento a riesgos deben ser coherentes con otras medidas contingentes o planes de mejoramiento resultantes de otras actividades de control, internas o externas, a fin de lograr soluciones estructurales e integrales a las problemáticas identificadas.

En esta etapa cobra importancia la implementación de mecanismos de retroalimentación donde se promueva la comunicación dinámica y continua y la entrega de los reportes gerenciales y de monitoreo donde se evalúen los resultados obtenidos, su evolución y la ejecución de los controles y estrategias implementadas para mejorar el desempeño en la mitigación de los factores de riesgo en cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgo, y que van dirigidos a todos los involucrados tanto externos como internos, en especial a los órganos de seguimiento definidos por el Gobierno Organizacional de cada entidad. Lo anterior determina la necesidad de implementar planes de mejora en donde se desarrollen estrategias de incorporación de cambios para mejorar los resultados en la gestión de riesgos de la entidad.

1. **POLÍTICAS DE GESTIÓN DE RIESGOS**

Las entidades deben adoptar, en relación con el marco de su Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, las políticas o lineamentos generales que permitan el desarrollo del ciclo de la gestión de los riesgos prioritarios de forma eficiente y oportuna, como mínimo. Cada una de las etapas y elementos para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos deben contar con políticas claras y aplicables. Estas Políticas de Gestión de Riesgos deberán ser adoptadas por la Junta Directiva, el Consejo de Administración o quien haga las veces como máximo órgano 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 periódicamente y como mínimo una vez al año, con el fin de actualizarlas a las condiciones particulares de cada entidad 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 máximo órgano de administración, de la Junta Directiva o quien haga sus veces, tal como se menciona más en detalle en el numeral 4. *Documentación.*

Asimismo, estas políticas deben ser conocidas por todos los funcionarios de la organización y se deben establecer mecanismos de comunicación que permitan que los profesionales a cargo de las funciones de la gestión de los diversos riesgos conozcan los hechos que pueden impactar sus funciones.

Las políticas que se adopten para la administración de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos deben contemplar como mínimo, los siguientes aspectos en su diseño y operación:

1. Establecer los elementos necesarios para garantizar la alineación de la planeación estratégica institucional (objetivos y compromisos de la entidad) frente al contexto normativo en materia de la gestión de los diversos riesgos.
2. Instaurar una cultura de autocontrol, autorregulación, autogestión y mejoramiento continuo en todos los niveles de la Entidad, inspirada y liderada por el máximo órgano de gobierno, que oriente el desarrollo de competencias en la gestión de riesgos.
3. Comunicar a todos los niveles de la organización sobre la política de gestión de riesgos establecida.
4. Fijar lineamientos de ética y conducta que orienten el actuar de los funcionarios de la entidad para el oportuno y efectivo funcionamiento de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos. Debe hacerse constancia por escrito de estas políticas e incorporarse en el Código de Conducta y Buen Gobierno, que debe incluir disposiciones sobre la confidencialidad de la información, manejo de información privilegiada y conflictos de interés.
5. Generar la documentación interna y externa necesaria para la adecuada gestión de los riesgos. Entre ellos se encuentran los manuales, instructivos, volantes, intranet, páginas web, entre otros.
6. Identificar los factores y actores (usuarios, clientes y/o contrapartes, socios, trabajadores, empleados, proveedores, entre otros) tanto externos como internos, que puedan afectar los objetivos de una adecuada implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos en la Entidad, y de esta manera poderlos trabajar de forma independiente.
7. Especificar de manera clara y precisa los criterios para cada una de las etapas del ciclo de gestión de riesgo en cada riesgo identificado.
8. Determinar la directriz institucional en materia de la exposición como mínimo frente a los riesgos prioritarios, reflejando su nivel máximo de tolerancia, acorde con las metodologías para definir las escalas de calificación establecidas por la entidad.
9. Disponer los criterios para la definición de límites frente a posibles pérdidas y a niveles máximos de exposición frente a los distintos tipos de riesgos.
10. Instaurar los procedimientos a seguir en caso de que se presenten comportamientos aislados, desviaciones, se sobrepasen los límites o se presente el incumplimiento a alguna de las políticas previamente establecidas por cada entidad bajo un análisis autónomo, al enfrentar cambios fuertes e inesperados en las condiciones de la entidad, por ejemplo.
11. Iniciar las acciones necesarias y oportunas en respuesta a los cambios en el perfil de riesgo de la Entidad.
12. Establecer la periodicidad de revisión de la Política, con la que se ajuste en todo momento a las condiciones particulares de la entidad y a las del sector en general.
13. Efectuar un monitoreo periódico al cumplimiento de los lineamientos de los Subsistemas de Administración de Riesgos y como mínimo al comportamiento de cada uno de los riesgos prioritarios.
14. Fijar políticas de Sistemas de Información y manejo de bases de datos. Las Entidades deberán incluir en sus políticas, los criterios de seguridad y calidad de la información de todas y cada una de sus operaciones, así como de la información remitida a la Superintendencia Nacional de Salud y demás Organismos Gubernamentales, en los diferentes formatos, además de las respuestas a los requerimientos exigidos.
15. Instaurar políticas para garantizar que se cuente con información adecuada para la cuantificación de los diferentes riesgos. En caso de no contar con la información suficiente, se debe establecer un plan de acción, en donde se identifiquen los plazos y las actividades que se realizarán para contar con dicha información.
16. Garantizar que cuando se presenten cambios en las metodologías de cuantificación de los diferentes riesgos, se evalúe el impacto y se documenten dichos cambios de una manera adecuada.
17. Establecer los lineamientos del sistema de control interno y el monitoreo frente a los diferentes riesgos.
18. Definir 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.
19. Precisar los parámetros generales de la infraestructura tecnológica y el equipo técnico necesario para el adecuado funcionamiento de la gestión de riesgos.
20. Delimitar sus nichos de mercado. La política debe precisar las características básicas de los afiliados y proveedores de servicios, de igual forma establecer los mercados en los cuales puede actuar la Entidad.
21. Conformar de manera voluntaria un Comité de Gestión de Riesgos en los términos del numeral 1.2 del capítulo I de la presente Circular.
22. Designar voluntariamente, y de acuerdo con su estructura, un área especializada en la gestión de riesgos de la entidad. Sin perjuicio de la conformación de esta instancia, las entidades deben velar por una adecuada estructura organizacional que permita un desarrollo apropiado del Código de Conducta y buenas prácticas de Gobierno en pro de la mejora continua en la implementación y administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de sus Subsistemas, de acuerdo con las funciones establecidas en el numeral 5.2 del presente literal.
23. **PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS**

Las Entidades a las que les aplica la presente Circular deben establecer los procesos y procedimientos que instrumenten la Política de Gestión de Riesgos que cada entidad establezca y que sean aplicables para la adecuada implementación y funcionamiento de cada uno de sus Subsistemas de Administración de Riesgos.

Los procesos y procedimientos que se adopten deben cumplir, como mínimo, con los siguientes requisitos:

1. Instrumentar las diferentes etapas del ciclo general de riesgos y los elementos específicos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
2. Garantizar el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, de modo que se puedan adoptar oportunamente los correctivos necesarios.
3. Contemplar las acciones a seguir en caso de incumplimiento de los límites fijados y los casos en los cuales se deban solicitar autorizaciones especiales.
4. Generar informes internos y externos, que permitan la toma de decisiones de manera oportuna en todas las instancias de la organización.
5. Garantizar que como mínimo las actividades de control del cumplimiento de los límites de los riesgos económicos y financieros prioritarios sean llevadas a cabo por un área funcional diferente al área de tesorería.
6. **DOCUMENTACIÓN PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS**

Las etapas del ciclo general de riesgos y los elementos específicos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos deben quedar plasmados en documentos y registros, garantizando la integridad, oportunidad, trazabilidad, confiabilidad y disponibilidad de la información allí contenida.

Los procesos y procedimientos mencionados en el anterior numeral se deben adoptar y plasmar mediante manuales, en los cuales deben quedar claramente definidas las funciones, responsabilidades y atribuciones específicas para cada uno de los funcionarios de los diferentes órganos de dirección, administración y control involucrados en la administración de los diversos riesgos.

Esta documentación debe contener como mínimo lo siguiente:

1. Las políticas para la administración de cada uno de los riesgos.
2. 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.
3. La estructura organizacional que garantice el desarrollo de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos y que, a su vez, fortalezca el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad.
4. Los roles y responsabilidades de quienes participan en la gestión de los diversos riesgos identificados, especialmente los prioritarios.
5. Las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas y objetivos de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
6. Los procesos y procedimientos que deben implementar los órganos de control interno frente a cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
7. Las estrategias de capacitación y divulgación de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

Asimismo, la entidad debe mantener en todo momento, y a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud la documentación que trata la presente Circular y debe tener en cuenta como mínimo lo siguiente:

1. Las actas del máximo órgano de administración, de la Junta Directiva o quien haga sus veces, donde conste la aprobación de las políticas de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, así como las actas correspondientes a la aprobación de los ajustes o modificaciones que se efectúen a dichas políticas.
2. 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 Administración de Riesgos. Estos documentos deberán ser firmados por el Representante Legal y ser de fácil consulta y aplicación al interior de la organización.
3. El Código de Conducta y Buen Gobierno de las entidades.
4. Los informes presentados por la Junta Directiva o quien haga sus veces, el Representante Legal y el Comité de Riesgos. Entre estos debe encontrarse un reporte sobre el cumplimiento de los límites y del nivel de exposición de los diferentes riesgos, particularmente los prioritarios.
5. 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 Administración de Riesgos.
6. Las actas de Junta Directiva en donde conste la presentación del informe del Comité de Riesgos y del Revisor Fiscal.
7. Las actas del Comité de Riesgos, del Comité de Contraloría Interna, y los reportes a la Junta Directiva y al Representante Legal.
8. Las constancias de las capacitaciones impartidas a todos los empleados, socios, directivos, administradores y cualquier otra persona que tenga vinculación con la entidad sobre el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, con el fin de asegurar que sean entendidas e implementadas en todos los niveles de la organización.
9. Los documentos y registros que evidencien el funcionamiento oportuno, efectivo y eficiente de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
10. Las metodologías, parámetros, fuentes de información y demás elementos utilizados para la medición de cada uno de los riesgos.
11. El procedimiento a seguir en caso de incumplimiento a los límites preestablecidos en cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
12. Disponer de un respaldo físico o en medio magnético de la documentación mencionada en este numeral.
13. Establecer requisitos de seguridad, de forma tal, que se permita la consulta a información sensible, únicamente por parte de funcionarios autorizados.
14. Determinar criterios y procesos de manejo, guarda y conservación de la información.

Tanto las políticas, como el manual de procesos y procedimientos de la entidad, las bases de datos utilizados para la gestión de los diversos riesgos y con especial énfasis en los prioritarios, y demás información, documentación y lineamientos que estén referenciados en esta Circular, deben estar a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud para ser revisados y validar que cumplen con lo establecido en la presente Circular. Asimismo, la SNS en virtud de sus funciones de IVC, podrá requerir dicha información en cualquier momento.

1. **ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**

Sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que se encuentren establecidas en otras disposiciones legales, estatutarias o en reglamentos, para el diseño y adopción de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, se deben establecer como mínimo las siguientes actividades a cargo de los órganos de dirección, administración y el revisor fiscal de las entidades dentro de sus Códigos de Conducta y Buen Gobierno:

* 1. **Representante Legal**

Dentro de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos de la entidad, se deberán asignar como mínimo las siguientes funciones a cargo del Representante Legal:

1. Apoyar y garantizar el efectivo cumplimiento de las políticas definidas por la Junta Directiva.
2. Adelantar un seguimiento permanente del cumplimiento de las funciones del Comité de Riesgos, en los casos que aplique, y mantener informada a la Junta Directiva.
3. 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.
4. Hacer seguimiento y pronunciarse respecto de los informes periódicos que presente el Comité de Riesgos u Órgano equivalente 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.
5. Realizar monitoreo y revisión de las funciones del área de control interno.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
   1. **Área de Gestión de Riesgos**

De manera voluntaria y sin perjuicio del cumplimiento de otras disposiciones, las entidades podrán contar con un área de apoyo, orientadora y de evaluación, que estará a cargo de la administración y gestión de los diferentes riesgos a los cuales las entidades se encuentran expuestas (incluyendo los riesgos prioritarios) a través de la identificación, medición, control y monitoreo de cada uno de ellos de tal manera que se realice la evaluación continua del ciclo para detectar las desviaciones y generar insumos para la formulación de los planes de mejoramiento y demás información que requiera el Comité de Riesgos, en los casos que aplique, mediante el trabajo conjunto con todas las áreas. En caso de que la entidad recurra a un *outsourcing* o tercerización de todo o parte de lo anteriormente descrito, debe contar con mecanismos y procedimientos que le permitan garantizar que los objetivos de la función de gestión de riesgos se estén cumpliendo a cabalidad.

En caso de que en la entidad exista, esta Área de Gestión de Riesgos debe ser independiente y sin sesgos de las áreas misionales de la entidad relacionadas con la salud, las autorizaciones, las áreas encargadas de las negociaciones como son compras, tesorería, entre otros. Queda a discreción de cada entidad, contar con un área de gestión de riesgos de acuerdo con su estructura, tamaño, naturaleza, y demás características particulares.

En caso de no contar con esta área, se pueden otorgar funciones de gestión de riesgos en cada uno de los procesos (especialmente los más significativos y sensibles para el funcionamiento) a funcionarios de diferentes áreas de manera transversal dentro de la misma entidad. Sin embargo, el responsable de esta área deberá pertenecer al segundo nivel jerárquico (depender directamente de la Gerencia y/o Dirección de la entidad) con poder de decisión que le permita cumplir de manera adecuada con sus funciones, atendiendo la naturaleza y estructura propia de cada entidad o grupo empresarial oficialmente reconocido a la que esta pertenezca.

El área de gestión de riesgos o quien haga sus veces, debería tener como mínimo las siguientes funciones:

1. Apoyar en el diseño de las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto.
2. Sugerir al Comité de Riesgos, en los casos que aplique, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
3. Proponer al Comité de Riesgos, 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 Administración de Riesgos. Asimismo, velar por su actualización, divulgación y apropiación en todos los niveles de la organización y su operatividad.
4. 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.
5. Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
6. 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, en los casos que aplique, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes.
7. Monitorear el nivel de capital mínimo y de patrimonio técnico de la entidad, cuando así lo establezca la normatividad vigente.
8. Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad.
9. Participar en el diseño y desarrollo como mínimo de los programas de capacitación sobre los riesgos prioritarios y velar por su cumplimiento. Incluir por lo menos los riesgos de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
10. Analizar los informes presentados por la Auditoría Interna o quien haga sus veces, y los informes que presente 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.
11. Monitorear e informar al Comité de Riesgos, 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.
    1. **Órganos de Control**

El diseño, desarrollo y ejecución de políticas para la gestión de riesgos deben contemplar procesos de auditoría y control tanto internos como externos, mediante los cuales se audite el cumplimiento de las políticas y procedimientos establecidos.

Los órganos de control deben abarcar todas las áreas de la organización, aplicando para cada una de ellas los objetivos, principios, elementos y actividades de control, información, comunicación y otros fundamentos del sistema. No obstante, por su particular importancia se considera pertinente entrar a analizar algunos aspectos relacionados con las áreas de salud, financiera y tecnología.

Las entidades deben establecer instancias responsables de efectuar una revisión y evaluación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, compuesto por cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, así como por otros riesgos identificados por cada entidad, las cuales deben informar oportunamente a los órganos competentes, de las inconsistencias y falencias que detecte respecto a la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos o la violación a los controles y límites establecidos.

Los órganos de control serán, por lo menos, Revisoría Fiscal y la Auditoría Interna, cuando apliquen. Estos deberán identificar las operaciones realizadas con entidades o personas vinculadas a la entidad, y promover revisiones independientes para validar la efectividad del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad y de los Subsistemas por los cuales está conformado, además de las responsabilidades y obligaciones que se encuentren establecidas en otras disposiciones legales, estatutarias o en reglamentos.

1. **INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA**

Las entidades deben disponer y utilizar la infraestructura tecnológica y los sistemas necesarios para garantizar el funcionamiento efectivo, eficiente y oportuno del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, los cuales deben generar informes confiables sobre dicha labor y contar con un soporte tecnológico acorde con sus actividades, operaciones, riesgos asociados y tamaño. Cuando no se cuente con dicha infraestructura, debe establecer un plan de acción para cubrir esta falencia en el menor tiempo posible.

Además, deben contar con 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 las aplicaciones informáticas para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos que componen el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos deben estar dentro de supuestos fundamentados y ser revisados periódicamente.

Asimismo, las entidades deben centralizar la información relacionada con la gestión de riesgos, para lo cual deben contar con un sistema adecuado de consolidación eficaz de los distintos riesgos para la toma de decisiones efectivas, el cual deberá ser validado por lo menos una vez al año.

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

Por un lado, la entidad debe garantizar que el personal vinculado tenga conocimiento de los productos y líneas de negocio que tenga la Entidad, además de los procedimientos administrativos y operativos asociados a cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos. Para ello la entidad debe diseñar, programar y coordinar planes de divulgación y capacitación como mínimo una vez al año a todas las áreas y funcionarios de la entidad y con mayor énfasis a las áreas involucradas en la gestión de estos riesgos, sobre las políticas, procedimientos, herramientas y controles adoptados por parte de la entidad para dar cumplimiento al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

La divulgación y capacitación sobre cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos deben hacer parte de los procesos de inducción de los nuevos empleados. Se debe dejar constancia de las capacitaciones realizadas por medio de la presentación de una prueba de los temas expuestos a los participantes, para incentivar la adherencia y el entendimiento, y, en donde se indique como mínimo la fecha, los temas tratados y el nombre de los asistentes.

Por otro lado, la entidad debe diseñar un sistema efectivo, veraz, eficiente y oportuno de manejo de la información capaz de generar reportes, tanto internos como externos, que garantice el funcionamiento de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, teniendo en cuenta los procesos y procedimientos establecidos para cada uno.

Este sistema de información debe ser funcional y permitir la dirección y control de la operación en forma adecuada. Además, estos sistemas deben garantizar que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (completitud, validez y confiabilidad) y cumplimiento, para lo cual se deben establecer controles generales y específicos para la entrada, el procesamiento y la salida de la información, atendiendo su importancia relativa y nivel de riesgo.

* 1. **Divulgación de la Información Interna**

Como resultado del monitoreo y control de cada uno de los riesgos identificados y especialmente los prioritarios, las entidades deben elaborar reportes semestrales como mínimo, que permitan establecer su perfil de riesgo.

Asimismo, debe elaborar informes de gestión, al cierre de cada ejercicio contable, sobre el cumplimiento de las políticas, los límites establecidos y su grado de cumplimiento, el nivel de exposición a los diferentes riesgos a los que se ven expuestas las entidades que incluya los prioritarios y la cuantificación de los efectos de la posible materialización de estos sobre la salud de la población afiliada, las utilidades, el patrimonio y el perfil de riesgo de la entidad.

Estos informes deben dirigirse por lo menos al Representante Legal y a la Junta Directiva o quien haga sus veces y los líderes de los procesos involucrados, los cuales deben quedar plasmados en acta donde se socialicen. Adicionalmente, estos deben ser presentados de manera comprensible y deben mostrar las exposiciones por tipo de riesgo y de la manera más desagregada, detallada y clara posible.

* 1. **Divulgación de la Información Externa**

Los administradores de la entidad deben incluir en su informe de gestión, dentro de las notas a los estados financieros al cierre de cada ejercicio contable, un apartado sobre la gestión adelantada en materia de administración como mínimo de los subsistemas de gestión de riesgos descritos en esta Circular. En este sentido, las notas deberán contener un resumen de su situación en materia de la administración de dichos riesgos con información tanto cualitativa como cuantitativa.

Por un lado, la información cualitativa es indispensable para elaborar y proveer una mejor compresión de los estados financieros de las entidades, por tanto, es necesario que las entidades informen sobre sus objetivos de negocio, estrategias y filosofía en la gestión de riesgos y los controles implementados en cada uno para mitigarlos. Además, la información revelada debe considerar los cambios potenciales en los niveles de riesgo, cambios materiales en las estrategias y límites de exposición para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

Por otro lado, las entidades deben revelar al público en general, la información cuantitativa sobre la gestión integral de los riesgos (como mínimo de los subsistemas de riesgos definidos en esta Circular), como resultado de sus políticas y metodologías internas aplicadas para su control, de acuerdo con lo que los administradores de la entidad consideren pertinente revelar, sin perjuicio de aquella que sea de carácter privilegiado, confidencial o reservado, respecto de la cual se deben adoptar todas las medidas que consideren necesarias para su protección, incluyendo lo relacionado con su almacenamiento, acceso, conservación, custodia y divulgación.

Las características de la información divulgada estarán relacionadas con el volumen, la complejidad y el perfil de riesgo de las operaciones que maneje cada entidad. Asimismo, las entidades deberán mantener a disposición del público en general, a través de medios que garanticen su acceso, la información general que resulte necesaria para que haya un adecuado y cabal entendimiento respecto de la estructura que la entidad tenga diseñada e implementada, para la identificación, medición y control integral de cada uno de los subsistemas definidos en esta circular, de acuerdo con los mecanismos de rendición de cuentas que la entidad haya establecido en sus políticas.

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

Adicional a lo establecido en el capítulo de lineamientos generales, el presente capítulo contiene los lineamientos específicos, que deben tener como mínimo los Subsistemas de Administración de Riesgos para cada uno de los riesgos prioritarios (salud, actuarial, crédito, liquidez, mercado de capitales, operacional, fallas de mercado, riesgo de grupo y finalmente para la gestión del riesgo reputacional), sin perjuicio de los demás riesgos identificados por la entidad.

Como ya se mencionó anteriormente, para el Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, los lineamientos específicos se encuentran publicados en la Circular Externa 009 de 2016 (expedida por la SNS) y sus modificatorias.

1. **GESTIÓN 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.[[1]](#footnote-2)

De esta manera, el presente numeral, incluye 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.

* 1. **Ciclo general de gestión del Riesgo en Salud**

Para la gestión del riesgo en Salud aplican todos los lineamientos generales presentados en esta Circular, armonizados con los lineamientos, pautas e instrumentos en salud expedidos por las autoridades competentes en caso de que aplique, y las prioridades territoriales y poblacionales. Sin embargo, en atención a la anterior definición y con el fin de plantear las políticas específicas de gestión, el Subsistema de Administración de Riesgo en Salud que implementen las entidades debe contener como mínimo los siguientes lineamientos específicos:

* + 1. **Empresas de Medicina Prepagada (EMP)**
       1. **Identificación del Riesgo en Salud**

La identificación de riesgos en salud puede realizarse mediante la metodología de preferencia de la entidad, y debe comprender, por lo menos, los siguientes análisis:

1. Caracterización de la población afiliada según el curso de vida, los grupos de riesgo, que incluya la identificación del territorio y la estructura demográfica, un análisis de la morbilidad y mortalidad, y de los determinantes sociales de la salud, así como los demás análisis que la entidad considere necesarios o se requieran teniendo en cuenta los planes territoriales de salud tanto en el ámbito individual como colectivo.
2. Caracterización de los factores de riesgo de la población afiliada sana.
3. Caracterización del riesgo propio derivado de la gestión preventiva, a partir de las acciones sobre los factores de riesgo generales y específicos identificados en la caracterización de la población.
4. Caracterización del riesgo propio derivado de la gestión de recuperación de la salud, a partir de la gestión general sobre el acceso y oportunidad a los servicios de salud, así como el acceso específico por patologías o condiciones de interés identificadas.
5. Caracterización de la red de prestadores de servicios contratada, teniendo en cuenta la caracterización de la población y las categorías de riesgo identificadas; debe incluir un análisis en términos de habilitación, suficiencia, contratación, resultados en salud y la gestión del riesgo clínico transferido por la red de servicios (seguridad del paciente).

Adicionalmente, las entidades deberán realizar valoraciones complementarias que permitan establecer factores de riesgo y causalidades específicas a su población. La identificación del riesgo en salud se debe realizar utilizando la información disponible en las diferentes fuentes oficiales de información, incluyendo la información del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), de las entidades adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social, la información propia de la entidad y las demás pertinentes para el análisis.

* + - 1. **Medición y Evaluación del Riesgo en Salud**

Posterior a la identificación de los riesgos en salud se debe realizar la medición y evaluación de estos. Para lo cual, las entidades deberán establecer una metodología para determinar el nivel de riesgo, que debe contemplar:

1. Establecer la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados, la severidad y el impacto sobre la salud de la población.
2. Incluir una matriz de priorización de riesgos en salud acorde con los criterios de valoración definidos por la entidad y armonizados con los lineamientos, pautas e instrumentos en salud expedidos por las autoridades competentes en caso de que aplique, y con las prioridades territoriales y poblacionales.
3. Definir los límites de tolerancia para cada riesgo o factor de riesgo identificado de forma tal que se establezcan metas de control o mitigación para el sistema de gestión; pero priorizando los recursos sobre aquellos riesgos de mayor importancia según el ejercicio anterior
4. Priorizar aquellos riesgos de mayor importancia, sin que eso implique ignorar, dejar de vigilar y no tratar de evitar, otros riesgos que se consideran de menor importancia y que pueden estar presentes en la entidad.

Se recomienda que la metodología implementada por la entidad contemple el análisis de brechas para los indicadores de salud y el análisis de la caracterización de la población afiliada, teniendo como comparativo mínimo las metas distritales, departamentales y/o nacionales. Para los casos en los que no existan referentes normativos o metas públicas nacionales, las entidades podrán realizar análisis de distribución, u otros tipos de análisis que se alineen con el direccionamiento estratégico de la entidad, para determinar así sus metas institucionales.

Asimismo, la metodología deberá incluir mecanismos de procesamiento, manejo y análisis de información, así como herramientas específicas para establecer el riesgo inherente poblacional e individual y estimar el riesgo neto una vez aplicados los tratamientos o controles.

Aquellas entidades que no tengan una medición de riesgo inherente inicial en el momento de la expedición de la presente Circular deberán iniciar con dicha medición. Por otro lado, aquellas que cuentan con una medición inicial, deberán desarrollar la estimación del riesgo neto después de aplicados los controles y las medidas de mitigación correspondientes al riesgo inherente.

* + - 1. **Tratamiento y Control del Riesgo en Salud**

Los métodos de tratamiento y control, con los que la entidad deberá contar, deben estar soportados en una metodología que le permita de forma sistemática y holística, establecer acciones coordinadas, integrales y costo efectivas encaminadas al tratamiento y control de los riesgos en salud de sus afiliados, incluyendo estrategias para el mantenimiento de la población sana, de acuerdo con el territorio.

Se consideran como elementos mínimos para la selección e implementación del tratamiento y control los siguientes:

1. La adopción de los diferentes lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y la Protección Social para garantizar la atención integral en salud de los afiliados de acuerdo con el curso de vida y los grupos de riesgos en salud establecidos para tal fin.
2. El desarrollo de planes o programas individuales y colectivos de salud orientados a intervenir los riesgos identificados con el fin de abordarlos y mitigarlos. Incluyendo el diseño de estrategias para fomentar el autocuidado de los afiliados, teniendo en cuenta el entorno y la cultura.
3. El diseño de planes o programas de intervención sobre enfermedades crónicas priorizadas por la entidad, con el propósito de disminuir su prevalencia y mitigar los efectos negativos por la evolución y las complicaciones derivadas.
4. El desarrollo de un plan individual para el tratamiento del riesgo del afiliado priorizado, orientado a intervenir factores de riesgo y/o gestionar su enfermedad de acuerdo con su complejidad clínica.
5. La definición de los resultados e impactos esperados por las diferentes intervenciones de los planes o programas individuales y colectivos establecidos por la entidad según los riesgos priorizados.
6. La planificación, organización y gestión de la red de servicios requerida para atender las necesidades de la población afiliada.
7. La utilización de modelos de contratación y mecanismos de pago orientados a la obtención de resultados en salud y pago por desempeño e incentivos, los cuales deben ir articulados con el Modelo de Atención en Salud planteado por la entidad.
8. La articulación de los diferentes procesos y procedimientos institucionales con el fin de facilitar el acceso a los servicios de salud a los afiliados.
9. La implementación de actividades para la gestión de la oferta y la demanda de servicios de salud de la población afiliada.
10. La implementación de jornadas de capacitación a su red de prestadores de servicios de salud, haciendo énfasis en el procedimiento de evaluación y adherencia de guías y protocolos de práctica clínica, normas técnicas, lineamientos y orientaciones.
    * + 1. **Seguimiento y revisión**

Para el seguimiento rutinario de las actividades que se están implementando, para cada uno de los riesgos priorizados y las intervenciones ejecutadas, se debe desarrollar como mínimo:

1. La evaluación sistemática y periódica de los resultados e impactos esperados por las diferentes intervenciones de los planes o programas individuales y colectivos establecidos por la entidad según los riesgos priorizados.
2. La evaluación sistemática y periódica de indicadores de salud de la población afiliada con el fin de monitorear el cumplimiento de las metas para los riesgos en salud identificados acorde con los niveles de aceptación de los riesgos netos establecidos por la entidad.
3. El seguimiento y evaluación de la articulación de los procesos y procedimientos institucionales que facilitan el acceso a los servicios de salud.
4. Un plan de seguimiento a los riesgos en salud que incluya indicadores de gestión que permitan identificar sí los riesgos netos se encuentran en los niveles de aceptación establecidos por la institución.
   * 1. **Servicio de Ambulancia Prepagada (SAP)**

Las SAP deben contar con un programa o sistema de gestión de la seguridad del paciente, liderado por la alta dirección, que tenga una adecuada plataforma estratégica y operativa, que fortalezca la cultura de seguridad y del reporte de incidentes, la medición, análisis y gestión de los eventos adversos así como una gestión clara hacia la implementación de procesos seguros (guías de atención, protocolos, listas de chequeo y otras herramientas tendientes a reducir al variabilidad en la práctica asistencial) y la monitorización de la mejora continua de todo el sistema y sus indicadores.

* + - 1. **Identificación del Riesgo en Salud**

La identificación de riesgos en salud puede realizarse mediante la metodología de preferencia de la entidad, y debe comprender, por lo menos, los siguientes análisis:

1. Caracterización de la población afiliada según el curso de vida, la estructura demográfica e identificación del territorio. Debe incluir la identificación de los grupos de riesgo (identificación de los factores de riesgo de interés público captados), un análisis de la morbilidad y mortalidad, y de la siniestralidad atendida, así como los demás análisis que la entidad considere necesarios.
2. Caracterización de los eventos adversos prevenibles ocurridos en la prestación de los servicios, así como la identificación de los procesos asistenciales de mayor riesgo. Se deben tener en cuenta aquellos descritos en la literatura y en los **Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente[[2]](#footnote-3).**

Adicionalmente, las entidades deberán realizar valoraciones complementarias que permitan establecer factores de riesgo y causalidades específicas a su población. La identificación del riesgo en salud se debe realizar utilizando la información disponible en las diferentes fuentes oficiales de información, incluyendo la información del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), de las entidades adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social, la información propia de la entidad y las demás pertinentes para el análisis.

* + - 1. **Medición y Evaluación del Riesgo en Salud**

Posterior a la identificación de los riesgos en salud se debe realizar la medición y evaluación de estos. Para lo cual, las entidades deberán establecer una metodología para determinar el nivel de riesgo, que debe contemplar:

1. Determinar la probabilidad de ocurrencia, la severidad y el impacto sobre la salud de los afiliados, en caso de presentarse un evento derivado de cada riesgo identificado; incluye los riesgos derivados de la atención en salud.
2. Establecer el costo que representa para el sistema de salud, la institución o ambos, cada uno de los riesgos asociados a la atención en salud en términos de sobrecosto asistencial (susceptible de ser objeto de rechazo o glosa), incremento de la estancia hospitalaria, riesgo jurídico o la suma de los dos. Este análisis establece un vínculo entre los riesgos en salud y el riesgo operacional.
3. Incluir una matriz de priorización de riesgos en salud acorde con los criterios de valoración definidos por la entidad y armonizados con los lineamientos, pautas e instrumentos en salud expedidos por las autoridades competentes en caso de que aplique, y con las prioridades territoriales y poblacionales.
4. Definir los límites de tolerancia para cada riesgo o factor de riesgo identificado de forma tal que se establezcan metas de control o mitigación para el sistema de gestión; pero priorizando los recursos sobre aquellos riesgos de mayor importancia según el ejercicio anterior.
5. Priorizar aquellos riesgos de mayor importancia, sin que eso implique ignorar, dejar de vigilar y no tratar de evitar, otros riesgos que se consideran de menor importancia y que pueden estar presentes en la entidad

Se recomienda que la metodología implementada por la entidad contemple el análisis de brechas para los indicadores de salud y el análisis de la caracterización de la población afiliada, teniendo como comparativo mínimo las metas distritales, departamentales y/o nacionales. Para los casos en los que no existan referentes normativos o metas públicas nacionales, las entidades podrán realizar análisis de distribución, u otros tipos de análisis que se alineen con el direccionamiento estratégico de la entidad, para determinar así sus metas institucionales.

En el caso del componente de seguridad del paciente, para el establecimiento de los límites de tolerancia de cada riesgo o factor de riesgo identificado, la entidad deberá tener en cuenta las estadísticas de riesgo en entidades o países similares.

Asimismo, la metodología deberá incluir mecanismos de procesamiento, manejo y análisis de información, así como herramientas específicas para establecer el riesgo inherente poblacional e individual y estimar el riesgo neto una vez aplicados los tratamientos o controles.

Aquellas entidades que no tengan una medición de riesgo inherente inicial en el momento de la expedición de la presente Circular deberán iniciar con dicha medición. Por otro lado, aquellas que cuentan con una medición inicial, deberán desarrollar la estimación del riesgo neto después de aplicados los controles y las medidas de mitigación correspondientes al riesgo inherente.

* + - 1. **Tratamiento y Control del Riesgo en Salud**

Los métodos de tratamiento y control con los que la entidad deberá contar deben estar soportados en una metodología que le permita de forma sistemática y holística, establecer acciones coordinadas, integrales y costo efectivas encaminadas al tratamiento y control de los riesgos en salud de sus afiliados.

Se consideran como elementos mínimos para la selección e implementación de tratamiento y control los siguientes:

1. La adopción de los diferentes lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y la Protección Social para garantizar la atención integral en salud de los afiliados de acuerdo con el curso de vida y los grupos de riesgos en salud establecidos para tal fin.
2. El desarrollo de programas, planes, acciones o procedimientos individuales y colectivos de salud orientados a intervenir los riesgos identificados con el fin de abordarlos y mitigarlos. Incluyendo el diseño de estrategias para fomentar el autocuidado del paciente, teniendo en cuenta el entorno y la cultura.
3. La definición de los resultados e impactos esperados por las diferentes intervenciones de los planes o programas individuales y colectivos establecidos por la entidad según los riesgos priorizados.
4. El desarrollo de programas, planes, acciones o procedimientos para aquellos riesgos del componente de seguridad del paciente que excedan los límites aceptados por la entidad, que incluyan indicadores de gestión y resultados.
5. La articulación de los diferentes procesos y procedimientos institucionales con el fin de facilitar el acceso a los servicios ofertados por la entidad a sus afiliados.
6. La implementación de actividades para la gestión de la oferta y la demanda de los servicios requeridos por la población afiliada.
7. La implementación de jornadas de capacitación al personal de salud, haciendo énfasis en el procedimiento de evaluación y adherencia de guías y protocolos de práctica clínica, normas técnicas, lineamientos y orientaciones.
   * + 1. **Seguimiento y revisión**

Para el seguimiento rutinario de las actividades que se están implementando, para cada uno de los riesgos priorizados y las intervenciones ejecutadas, se debe desarrollar como mínimo:

1. La evaluación sistemática y periódica de los resultados e impactos esperados por las diferentes intervenciones de los planes o programas individuales y colectivos establecidos por la entidad según los riesgos priorizados.
2. La evaluación sistemática y periódica de indicadores de salud de la población afiliada con el fin de monitorear el cumplimiento de las metas para los riesgos en salud identificados acorde con los niveles de aceptación de los riesgos netos establecidos por la entidad.
3. El establecimiento de las condiciones de medición del desempeño del componente de seguridad del paciente que incluya para cada uno de los riesgos identificados:
   * Meta del nivel de riesgo o de frecuencia del evento
   * Fecha en la que se debe alcanzar la meta
   * Responsable de la meta
   * Plan de intervención (estrategias)
   * Indicadores de proceso (cumplimiento de las estrategias o planes de acción).
   * Indicadores de eficiencia y efectividad.
   * Periodicidad de seguimiento
   * Responsable del seguimiento
4. La evaluación sistemática y periódica del desempeño del componente de seguridad del paciente salud de la población afiliada con el fin de monitorear el cumplimiento de las metas para los riesgos en salud identificados acorde con los niveles de aceptación de los riesgos netos establecidos por la entidad.
5. El seguimiento y evaluación de la articulación de los procesos y procedimientos institucionales que facilitan el acceso a los servicios de salud.
6. Un plan de seguimiento a los riesgos en salud que incluya indicadores de gestión que permitan identificar sí los riesgos netos se encuentran en los niveles de aceptación establecidos por la institución.
7. Un plan de comunicación dirigido al cliente interno y externo sobre la evolución de los resultados obtenidos del sistema de gestión de riesgo en salud y su ejecución.
8. **GESTIÓN DEL RIESGO ACTUARIAL**

Se entiende por riesgo actuarial la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a la ocurrencia de diferentes sucesos futuros e inciertos, como, por ejemplo:

**- Riesgos de concentración y hechos catastróficos:** Corresponde a la posibilidad de pérdida en que puede incurrir una entidad como consecuencia de una concentración de riesgos, bien sea por género, grupos etarios, regiones, patologías, por la ocurrencia de hechos catastróficos o situaciones similares que afecten un número elevado de afiliados.

**- Riesgos de incremento inesperado en los índices de morbi-mortalidad y en los costos de atención:** Corresponde a la posibilidad de pérdida que se genera como consecuencia de variaciones considerables en las condiciones de morbi-mortalidad de la población afiliada, así como pérdidas derivadas de incrementos inesperados en los costos de atención.

**- Riesgos de cambios tecnológicos:** Corresponde a la posibilidad de pérdida debido a la incorporación de nuevas tecnologías, que requieran incrementos en la financiación del plan de beneficios.

**- Riesgos de insuficiencia de reservas técnicas:** Posibilidad de pérdida como consecuencia de una subestimación en el cálculo de las reservas técnicas y otras obligaciones contractuales (servicios autorizados y servicios facturados).

**- Riesgo de tarifación:** Posibilidad de pérdida como consecuencia que las tarifas o precios de los planes voluntarios de salud (aquellos planes diferentes al Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación --PBSUPC, antes POS) calculados por la entidad, resulten insuficientes para cubrir las obligaciones futuras que de ellos se deriven. Lo anterior aplica solamente a las entidades que cuentan con algún Plan Complementario de Salud autorizado.

Teniendo en cuenta la anterior definición, las políticas de gestión de riesgo actuarial deben considerar la forma en que se relacionan con las políticas de gestión del capital de la entidad, esto no implica el uso de un modelo de capital económico, pero si requiere que, dada la naturaleza y el tamaño del negocio, los requerimientos de capital asociados a perdidas inesperadas, estén contemplados en los modelos de tarifación (en los planes voluntarios de salud) y de reservas en el marco de lo establecido en el modelo de atención diseñado por la entidad.

**2.1.**

**Ciclo general de gestión del Riesgo Actuarial**

Para la gestión del riesgo actuarial 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 Actuarial que implementen las entidades, debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

* + 1. **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:

1. Proyectar la evolución de los ingresos de acuerdo con la caracterización y conocimiento de su población afiliada teniendo en cuenta aspectos geográficos, etarios y demográficos.
2. Caracterizar la situación de morbi-mortalidad, de acuerdo con la normatividad, lineamientos, pautas e instrumentos en salud expedidos por las autoridades competentes en caso de que aplique, y las prioridades territoriales y poblacionales.
3. Identificar posibles hechos catastróficos como epidemias, desastres naturales, o situaciones similares que afecten a un número elevado de afiliados, teniendo en cuenta que, aunque este riesgo está cubierto por la cuenta ECAT, puede generar a la entidad gastos marginales asociados a estos eventos.
4. Identificar los costos de atención y de los servicios a prestar de la población afiliada, asociados a los planes voluntarios ofrecidos por la entidad.
5. Identificar posibles incorporaciones tecnológicas, medicamentos, entre otros.
6. Evaluar el comportamiento de la variabilidad del gasto que tenga la Entidad.
   * 1. **Evaluación y Medición del Riesgo Actuarial**

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

1. Anticipar incrementos inesperados en los índices de morbi-mortalidad y por ende en los costos de atención que afecten la capacidad de financiamiento de las entidades.
2. 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, que pueden tener efectos sobre la frecuencia y características de la demanda de servicios de salud.
3. Los planes complementarios deberán calcular y verificar la correcta constitución de las reservas técnicas de acuerdo con la reglamentación vigente expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y por la Superintendencia Nacional de Salud. Además de evaluar la suficiencia de estas.
4. Evaluar la razonabilidad de las reservas técnicas a partir de la construcción de modelos actuariales que permitan verificar la suficiencia de estas.
5. 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:

1. La probabilidad de ocurrencia del siniestro (materialización del riesgo) en la unidad de tiempo (frecuencia).
2. Los asociados con cada distribución que mejor defina la cuantía de la pérdida (severidad).
3. El nivel de exposición del riesgo en la unidad de tiempo.
   * 1. **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:

1. Establecer y actualizar periódicamente las políticas y los procesos actuariales, teniendo en cuenta los cambios que se presenten en el sector.
2. Hacer una traza de las medidas tomadas por la administración, en respuesta a los problemas identificados y a las recomendaciones efectuadas.
3. Realizar pruebas de estrés (Stress-Testing) y ejercicios de autocomprobación (Back-Testing)[[3]](#footnote-4) sobre los modelos actuariales utilizados para establecer los niveles adecuados de reservas técnicas, y de esta manera realizar los ajustes correspondientes.
4. Adoptar medidas para mitigar las potenciales pérdidas asociadas a un aumento inesperado de los costos de la atención en salud. Además de esta evaluación periódica, se debe realizar un análisis anual detallado donde se consolide toda la información de los anteriores puntos referenciados.
5. Realizar controles de calidad a los sistemas de información de la entidad.
6. Cuando la entidad utiliza los reaseguros como mecanismo de gestión del riesgo actuarial, debe tener una política formalmente establecida respecto al tipo de contrato del reaseguro a realizar, los montos o niveles de cesión de riesgos hacia los reaseguradores y los requisitos que se exigirán a los reaseguradores para operar con la entidad, tales como la calificación de riesgo y la experiencia en las coberturas de riesgos ofrecidas.

1. **GESTIÓN DEL RIESGO DE CRÉDITO**

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.

Teniendo en cuenta la anterior definición, las entidades deben evaluar permanentemente el riesgo inherente que sus activos pierdan valor, como consecuencia que un deudor o contraparte incumpla sus obligaciones. Es así como dentro de esta evaluación debe incorporar oportunamente los cambios significativos de las condiciones de cumplimiento de sus deudores. Para esto, la entidad deberá desarrollar políticas, procedimientos y mecanismos idóneos que le permitan llevar a cabo en forma oportuna el ciclo general de gestión de este riesgo particular.

* 1. **Ciclo de gestión de Riesgo de Crédito**

Para la gestión del riesgo de crédito 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, los siguientes lineamientos y aspectos específicos como mínimo:

1. Una evaluación de riesgo por contraparte (incluyendo los instrumentos financieros, tratándose de inversiones) y límites de exposición por contraparte asociadas a la evaluación de riesgos realizada. La entidad podrá realizar una evaluación agrupando activos sobre la base de características y perfiles de riesgo similares, pero deberá realizar esta evaluación en forma individual si el activo es significativo.
2. 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.
3. La definición de procedimientos específicos de seguimiento y cobranza de las deudas y el establecimiento de mecanismos apropiados de negociación y recuperación de deudas que se encuentran en incumplimiento.
4. La verificación de los literales anteriores se debe realizar al menos semestralmente, para evaluar su funcionamiento y monitorear efectivamente la exposición a este riesgo.
5. 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 cinco (5) 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.
6. Cuando las EMP y SAP lleven menos de (5) años de constitución deberán velar por la recopilación de la información necesaria para dar cumplimiento a los lineamientos dispuestos en la presente circular.
   * 1. **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:

1. 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.
2. 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.
3. Todas las inversiones en títulos o valores sean de renta fija o renta variable emitidos por entidades nacionales o extranjeras.
   * 1. **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:

1. La probabilidad de incumplimiento de los deudores dentro de un periodo de tiempo de 12 meses.
2. 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.
3. 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:

1. En el caso de los deudores/cuentas por cobrar:
2. Análisis históricos de las cuentas por cobrar de cada deudor según plazos y cumplimiento de pago.
3. 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.
4. Adicional al análisis individual por deudor, se recomienda realizar un análisis segmentado por la línea de negocio (en tanto 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.
5. 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.
6. En el caso de los instrumentos financieros, se recomienda que la entidad:
7. 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.
8. 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 o sus modificatorias, por el cual se modificó el Decreto 2555 de 2010 y se establece el régimen de patrimonio adecuado para las entidades aseguradoras.
   * 1. **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 de calificación 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 las siguientes acciones, las cuales por su naturaleza deberán ser refrendadas en los aspectos específicos de la política de gestión del riesgo de crédito de la entidad.

* + - 1. **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.

* + - 1. **Deterioro de los activos**

Las políticas de gestión del riesgo deben establecer un sistema de cubrimiento del riesgo de crédito por medio de provisiones o deterioro de los activos generales e individuales que permitan absorber las pérdidas esperadas derivadas de la exposición crediticia de la entidad y estimadas mediante las metodologías y análisis desarrollados para la gestión de riesgo de crédito. En todo caso, el sistema de deterioro desarrollado debe estar alineado con el cumplimiento de las normas que se encuentren vigentes sobre la materia y debe establecerse como política contable calculado en función de la pérdida esperada.

* + - 1. **Capital expuesto al Riesgo**

El capital expuesto al riesgo de crédito corresponde a la estimación del nivel de patrimonio comprometido por las pérdidas no esperadas de la entidad debido a incumplimientos de las obligaciones por parte de sus deudores. En este sentido, se recomienda como medida prudencial (autocontrol) que las entidades realicen un proceso de estimación de este capital con metodologías internas y acorde con las políticas de gestión del riesgo de crédito aprobadas.

Se hace énfasis en que el capital expuesto al riesgo es una forma de medir los riesgos asumidos y estimar las posibles pérdidas con el fin de gestionarlas y establecer las acciones necesarias para mitigarlos, más no implica constitución de reservas o requerimientos de capital adicional.

* + - 1. **Recuperación de cartera**

Las entidades deben establecer políticas y procedimientos que les permitan tomar medidas oportunamente para enfrentar incumplimientos con el objeto de minimizar las pérdidas. El diseño debe partir como mínimo de la base histórica de recuperaciones y las variables críticas que determinen la minimización de las pérdidas o castigos a la cartera. La información sobre los resultados de estas políticas debe ser almacenada como insumo 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.

1. **GESTIÓN DEL RIESGO DE LIQUIDEZ**

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 correlacionada con:

1. Una adecuada recuperación de cartera (gestión de riesgo de crédito),
2. Una adecuada modelación y monitoreo a las volatilidades del mercado financiero (gestión de riesgo de mercado de capitales) y, una adecuada modelación y gestión de la razón combinada entre los servicios prestados y los ingresos por afiliaciones (gestión del 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[[4]](#footnote-5) por parte de las entidades, las cuales pueden verse impedidas a realizar los pagos a los prestadores de servicios de salud o demás proveedores, lo que podría conllevar, entre otras consecuencias, a deficiencias en la prestación del servicio de salud, tales como: no asignación de citas, retraso en los servicios, entre otros. Lo expuesto, puede conllevar a un riesgo sistémico[[5]](#footnote-6) 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 identificar, medir, controlar y monitorear eficazmente este riesgo. Este Subsistema de Administración les debe permitir tomar decisiones oportunas para mitigar este riesgo.

* 1. **Ciclo de gestión de Riesgo de Liquidez**

Para la gestión de este riesgo 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:

* + 1. **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 descalces:

**Activos:**

1. 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 (cuenta maestra 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 debe 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).
2. 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.
3. Identificar los ingresos causados y recibidos por afiliaciones, ingresos por cuotas moderadoras y copagos.
4. 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:**

1. Identificar y caracterizar las cuentas por pagar bajo cualquier concepto.
2. Identificar el valor causado y pagado de los costos y gastos de la operación de la Entidad.
3. Proyectar cualquier movimiento de salidas futuras de efectivo bajo cualquier concepto, entre los cuales pueden presentarse por la emisión de instrumentos financieros, el pago de cupones de emisiones de deuda por renta fija, el pago de dividendos por acciones emitidas, entre otros.
   * 1. **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 explicitados 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.

Debido a que el riesgo será mayor en aquellas entidades cuyas proyecciones sean más volátiles o que incorporen una mayor incertidumbre, y que a su vez cuenten con menores recursos líquidos para cubrir sus necesidades, las técnicas de modelación deben abordar como mínimo los siguientes elementos críticos:

1. Identificación y caracterización de los conceptos de ingresos y egresos más volátiles.
2. Identificación y caracterización de los recursos líquidos para cubrir las necesidades de liquidez, teniendo en cuenta factores de descuento cuando se considere necesario.

Es así como las entidades deberán identificar descalces en distintos horizontes de tiempo y realizar un análisis de la liquidez, que les permitan crear señales de alerta temprana y establecer límites encaminados a evitar la materialización de riesgos asociados como el Riesgo de Crédito, Mercado y Actuarial.

Independientemente que las entidades cuenten o no con modelos propios de proyección de flujos de caja, deberán reportar de manera mensual el Archivo Tipo FT018 que se encuentra en el literal F de la presente Circular, información necesaria para la medición y el seguimiento de la posición de liquidez de cada entidad. Para las entidades que no cuentan con modelos propios, en el numeral 4.2 encontrarán la descripción y el desarrollo de una herramienta sencilla para proyectar los flujos de liquidez, la cual utiliza la información de las proyecciones de ingresos y egresos de efectivo que maneja la entidad y que encontrarán cargada en la página web de la Superintendencia a través de un archivo de Excel anexo “Modelo básico flujos de caja EMPSAP.xlsx”. Esta herramienta ayuda de forma básica a identificar las necesidades de caja en el futuro y calcular el riesgo inherente de liquidez, considerando el total de activos líquidos con los que dispone la Entidad para cubrir los flujos negativos (en los casos que se presenten) identificados en el ejercicio de proyección para el periodo determinado.

* + - 1. **Herramienta básica para calcular la posición de liquidez**

La evaluación del riesgo inherente de liquidez se efectuará a través de la aplicación de la prueba de liquidez para cada una de las entidades, la cual debe ser propuesta por la entidad en su diseño de gestión de este riesgo. Sin embargo, para las entidades que aún no cuenten con modelos de liquidez o proyecciones de flujos de caja, a continuación, se describe el funcionamiento de un modelo básico de liquidez que les puede servir como guía de apoyo, la cual no es de obligatoria adopción. La entidad deberá tener a disposición de la Superintendencia la herramienta que diseñó.

La herramienta ejemplo que propone la Superintendencia, (ver archivo de Excel cargado en la página web: “Modelo básico flujos de cajaEMPSAP.xlsx”), provee una estructura simple para procesar los resultados de la prueba de liquidez. La evaluación se basa en la proyección de flujos de ingresos y egresos sobre la base de la mejor información disponible que tiene la entidad, así como también de sus expectativas y estimaciones propias, es decir se estiman los posibles flujos de entrada y salida de caja derivados de ingresos y egresos en diferentes períodos de tiempo futuros (se recomienda separar los flujos que provienen de la operación de los que no, tanto para las entradas como para las salidas de efectivo) y la diferencia entre ellos determinará las necesidades de liquidez de la entidad que requieran ser cubiertas de alguna manera (se identifica si existe o no algún déficit de liquidez).

A estas necesidades de liquidez se le agregan los activos líquidos con los que cuenta la entidad[[6]](#footnote-7), para finalmente llegar a un monto de posición neta de liquidez y a un margen de liquidez que se calcula en relación con el monto total de egresos estimados.

Entre la categoría de activos líquidos se recomienda que la entidad identifique todas las inversiones en títulos o valores sean de renta fija o renta variable emitidos por entidades nacionales o extranjeras que considere de fácil realización, es decir todos los activos de alta liquidez, que forman parte del portafolio de inversiones de la entidad y que no tienen ninguna restricción de movilidad ni que estén sujetos a algún tipo de gravamen, medida preventiva o de cualquier naturaleza, que impida su libre cesión, venta o transferencia.

En esta categoría se encuentra el disponible, las participaciones en Fondos de Inversión Colectiva abiertos sin pacto de permanencia, las acciones inscritas en la Bolsa de Valores de Colombia que sean elegibles para ser objeto de operaciones repo, y las inversiones negociables y disponibles para la venta en títulos de renta fija, por ejemplo.

Los resultados de esta proyección de flujos se deben presentar de manera diaria para por lo menos las dos primeras semanas y de manera semanal para por lo menos el primer mes, de forma tal que se identifican y orientan más adecuadamente las medidas correctivas a implementar, al tener un mayor seguimiento a los flujos de corto plazo.

Utilizando la herramienta básica, el proceso para evaluar el riesgo de liquidez será el siguiente. Tenga en cuenta que los campos señalados con color rojo son los que estarán disponibles para modificar, mientras que los demás campos están ya formulados y bloqueados:

En la hoja *“Parámetros”* la entidad puede seleccionar los períodos de tiempo a trabajar para la proyección. La versión actual de la hoja de cálculo es apta para cuatro selecciones posibles (1: días, 2: semanal, 3: mensual, 4: trimestral) y hasta tres fases de tiempo pueden ser construidos en una proyección. Por ejemplo, en la parametrización inicial de la herramienta, se encuentra seleccionado un período de tiempo diario durante los primeros quince (15) días, después semanalmente durante tres (3) semanas y posteriormente cada mes. El horizonte de tiempo mínimo requerido para las proyecciones es de 3 meses y el máximo de periodos acumulados permitido es de 30, acumulando días, semanas, meses y trimestres, por lo que, de acuerdo con la parametrización inicial de la herramienta, para el periodo de meses se puede seleccionar hasta doce (12) meses para no superar el tope máximo de periodos y no tener que crear nuevas columnas para los periodos adicionales con los que cuenta la herramienta. En la casilla de validación, se verifica de forma automática que se cumple con estos dos requisitos antes de avanzar en la proyección.

Los flujos de caja proyectados para cada ítem se introducen en la hoja *“Proyección flujo”* de acuerdo con los periodos que se señalaron previamente en la hoja anterior, y el modelo le va indicando los días acumulados en función de los periodos seleccionados. Los ingresos y egresos del flujo de caja pueden incluir desgloses más detallados que correspondan a las particularidades de cada negocio y dependerá de la entidad (ingresos operacionales por concepto de afiliaciones, copagos, entre otros).

Asimismo, las salidas de efectivo se presentan por separado: por un lado, los gastos operativos y administrativos (el pago de insumos a proveedores, pago de médicos, los beneficios a empleados); por otro lado, los relativos a los que no tienen que ver con la operación. Las entradas de efectivo también se separan entre los ingresos por la operación y los ingresos por inversiones (los flujos derivados de vencimientos contractuales de productos de inversión también se incluyen en esta etapa[[7]](#footnote-8)).

Los ítems de desglose sugeridos son:

* **Ingresos:** Corresponde a ingresos de caja por dos conceptos:
  + **Ingresos del negocio** **por la operación de la entidad:** Corresponde a los ingresos por afiliaciones (primas emitidas por planes adicionales de salud), duplicado de carné y certificaciones, e ingresos por otros servicios, incluyendo copagos, cuotas moderadoras, etc.
  + **Otros ingresos no operacionales:** incluyen todos los ingresos que no hacen parte de la operación como son los rendimientos financieros por inversiones e instrumentos financieros, dividendos y participaciones, intereses, arrendamientos, donaciones, indemnizaciones y otros no relacionados con el negocio.
* **Costos de administración del SGSSS**: En este rubro se deben incluir los pagos previstos de constitución de reservas y la prestación de servicios por Planes Adicionales de Salud (PAS).
* **Gastos:** Corresponde a egresos de caja por dos conceptos:
  + **Gastos de Administración y de Operación:** Corresponde a los egresos derivados del negocio, como sueldos y salarios, contribuciones, prestaciones sociales, otros gastos de nómina elegibles y demás gastos administrativos y operacionales como deudas incobrables, deterioros y castigos, asesorías, publicidad, arrendamientos, seguros, gastos por concepto de servicios, mantenimiento, adecuaciones, reparaciones y de transporte, entre otros.
  + **Otros Gastos no operativos:** incluyen todos los egresos que no hacen directamente parte del negocio de la entidad como son los gastos financieros, descuentos, extraordinarios, costas y procesos judiciales, el impuesto a las ganancias y otros no relacionados con la operación del negocio.
* **Impacto de operaciones de inversión:** En estos rubros se incluyen tanto los pagos previstos de compras de activos de inversión o el ingreso de efectivo derivado de ventas de activos que se tengan planeadas.
* **Resultados:** comprende cuatro rubros:
  + **Flujo de caja bruto:** es la diferencia (positiva o negativa entre todos los ingresos menos las erogaciones o salidas de efectivo) antes de inversiones o ventas.
  + **Resultado operativo neto antes de inversión o compras:** es la diferencia (positiva o negativa entre los ingresos operativos menos los costos y gastos administrativos y operacionales antes de inversiones o ventas.
  + **Resultado neto por periodo después de venta o compras de inversión:** corresponde al flujo de caja bruto menos gastos por disposición de activos más los ingresos por el mismo concepto.
  + **Resultado neto acumulado después de venta o compras de inversión:** es la acumulación de resultados netos por periodo después de venta o compras de inversión, es decir sumado al resultado neto final del periodo inmediatamente anterior.

Cabe aclarar que los ítems incluidos en la herramienta solo son ilustrativos, y que, a manera de orientación, se referencia en paréntesis el concepto al código correspondiente basado en los catálogos de información financiera con fines de supervisión[[8]](#footnote-9), aunque estas categorías no corresponden exactamente a las definiciones en las cuentas contables. Asimismo, cuentas que no acarrean cambios en liquidez, tales como ajustes contables y depreciaciones no deben ser incluidas en las proyecciones de liquidez.

Después de identificar los flujos de efectivo, se van acumulando automáticamente en cada periodo para identificar la cantidad total de activos líquidos que serían necesarios para garantizar los pagos proyectados en el caso que haya faltantes de efectivo (Ver hoja *“Proyección acumulada”)*. Esta es una medición del riesgo inherente de liquidez para la entidad. Dado que los flujos de caja proyectados pueden ser bastante inciertos, en especial a largo plazo, se recomienda tener en cuenta *haircuts* o márgenes de descuento para proporcionar un nivel suficiente de seguridad y más ajustado a la realidad dependiendo el tipo de activo y su fácil realización (liquidez). Estas proyecciones tanto de flujo por periodo como acumuladas están enlazadas de forma automática con la hoja *“Reporte”*, el cual permite a las entidades diligenciar en parte el formato con la información necesaria y de obligatorio envío mensual a la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) mediante el Archivo Tipo FT018, para reportar la posición de liquidez con fines de supervisión, el cual se describe en literal F *Reportes y fuentes de información* de la presente Circular.

En esta hoja *“Reporte”*, lo único que se debe registrar son los saldos a la fecha de los Activos líquidos realizables. La recomendación en este caso es identificar los activos que serían elegibles para mitigar el riesgo de liquidez. Estos activos no son los incluidos en la hoja *“Proyección”,* que son los que se planean comprar o vender dentro del periodo de proyección. En este caso se identifican los activos que, en caso que sea necesario, son lo suficientemente líquidos para cubrir los faltantes de caja entre los que se debe reportar 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, fideicomiso, 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 debe 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 sean negociables o disponibles para la venta y que considere de fácil realización[[9]](#footnote-10).

* + 1. **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 de acuerdo con el volumen y la complejidad de la operación desarrollada y 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.

Dicho seguimiento debe permitir la elaboración de reportes gerenciales y de monitoreo del riesgo de liquidez que evalúe los resultados de las estrategias de la entidad e incluyan el resumen de las posiciones que contribuyen significativamente a dicho riesgo.

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 hacerlos parte del mismo para hacer ajustes posteriores.

Para mejorar la capacidad técnico-administrativa, el flujo de recursos y la calidad y disponibilidad de información necesaria para diseñar el flujo de efectivo se requiere como mínimo:

1. Sistema de información que permita la identificación y gestión del cobro de los ingresos y egresos de la Entidad acorde con los diferentes rubros.
2. Registro oportuno, de preferencia en tiempo real, de los costos de la entidad.
3. Implementación de procesos orientados a garantizar el pago oportuno de las obligaciones a los diferentes acreedores de la entidad.
4. Sistema que permita la radicación oportuna de las facturas, de preferencia en línea, por parte de los proveedores de cada entidad.
5. **GESTIÓN 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 las tasas de interés, la tasa de cambio o cualquier otro parámetro de referencia que afecte los precios del mercado financiero y por ende, cualquier elemento de los estados financieros de la Entidad.

La adopción del Subsistema de Administración de Riesgo de Mercado de Capitales debe cumplir como mínimo con lo siguiente:

* 1. **Ciclo general de gestión de Riesgos de Mercado de Capitales**

Para la gestión del riesgo de mercado de capitales 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 Mercado de Capitales que implementen las entidades, debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

* + 1. **Identificación del Riesgo de Mercado de Capitales**

El Subsistema debe permitir a las entidades definir e identificar la exposición al riesgo de mercado de capitales al que se encuentran expuestas de acuerdo, con las siguientes acciones como mínimo:

1. Definir los factores de riesgo que generan exposición a este riesgo. Como mínimo las entidades deben considerar las tasas de interés, el precio de las acciones, el precio de bienes inmuebles y la tasa de cambio.
2. Identificar los activos expuestos a la volatilidad de estas variables, como mínimo:
3. Respecto a los activos expuestos a la tasa de interés (instrumentos de renta fija principalmente) considerar al menos los siguientes: bonos ordinarios, bonos subordinados, bonos opcionalmente convertibles en acciones, bonos obligatoriamente convertibles en acciones, Certificados de Depósito a Término (CDT), Títulos de Deuda Pública (TES), bonos de capitalización, y demás inversiones que estén expuestos a este factor de riesgo, ya sea que estén inscritos o no en la Bolsa de Valores de Colombia (BVC).
4. Al considerar los activos expuestos al precio de las acciones (instrumentos de renta variable) por lo menos tener en cuenta acciones ordinarias, acciones preferenciales y demás inversiones que estén expuestos a este factor de riesgo, ya sea que estén inscritos o no en la BVC.
5. Entre los activos no monetarios que estarían expuestos a la variabilidad en el precio de los bienes inmuebles, contemplar los terrenos, así como las construcciones y edificaciones de la entidad.
6. Por último, considerar los activos y pasivos denominados en moneda extranjera a afectos de abordar la volatilidad de la tasa de cambio
   * 1. **Evaluación y Medición del Riesgo de Mercado de Capitales**

El Subsistema de Administración del Riesgo de Mercado de Capitales debe permitir a la entidad medir y cuantificar las posibles pérdidas esperadas derivadas de la exposición a este riesgo en particular. Para esta etapa del ciclo, las entidades deben tener en cuenta como mínimo lo siguiente:

1. Detallar la correspondiente valoración de los activos y pasivos (el precio o valor de mercado) expuestos a los factores de riesgos identificados por la entidad y mencionados en el numeral anterior como mínimo, aplicando de manera adecuada las mediciones, reconocimiento, presentación y revelación en aplicación del respectivo marco técnico normativo de información financiera y contable.
2. Escoger y aplicar una metodología para valorar la exposición de cada factor de riesgo ante el riesgo de mercado de capitales, analizando de manera independiente las variaciones en la tasa de interés, tasa de cambio, precio de las acciones y precio de bienes inmuebles, como mínimo.

La entidad debe escoger la metodología que considere más apropiada para la medición, en función de la información disponible, personal encargado de la estimación y las políticas establecidas por la entidad en la gestión de este riesgo. Para ello, se recomienda analizar la información histórica de las variables que generan exposición al riesgo de mercado de capitales para un periodo de observación efectivo de por lo menos un (1) año.

Entre los posibles métodos de cálculo se encuentran: métodos paramétricos o no paramétricos tales como el Valor en Riesgo (VaR), simulaciones de Montecarlo, simulaciones históricas, entre otros.

1. Calcular el capital expuesto que guarde correspondencia con los niveles de riesgo asumidos por cada entidad de acuerdo con las posibles pérdidas calculadas para cada uno de los factores de riesgo del mercado de capitales (tasa de interés, tasa de cambio, precio de las acciones y precio de bienes inmuebles, como mínimo).
2. Agregar los resultados del capital expuesto de los diferentes factores de riesgo del mercado de capitales aplicando la correlación entre los mismos. De no disponer de información propia que le permita cuantificar esta correlación, podrá utilizar los coeficientes de correlación propuestos por la literatura internacional, las disposiciones de Basilea, lo normado por la Superintendencia Financiera de Colombia, entre otras.
   * 1. **Tratamiento y Control del Riesgo de Mercado de Capitales**

El Subsistema de Administración del Riesgo de Mercado de Capitales debe permitir a la entidad tomar medidas adecuadas para controlar el riesgo de mercado de capitales al que se ve expuesta en el desarrollo de sus operaciones. Esta etapa debe cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

1. Contar con un modelo de seguimiento de riesgo de mercado de capitales donde se identifiquen los criterios utilizados para calcular los niveles de exposición al riesgo, los factores de riesgo, la periodicidad de evaluación y las fuentes de información. Debe haber correspondencia entre el modelo y las características particulares de cada entidad, teniendo en cuenta el grado de complejidad y el volumen de las operaciones expuestas a este riesgo.

Dicho modelo debe estar en la capacidad de realizar mediciones que incorporen escenarios extremos (*stress testing*) en los diferentes factores de riesgo. Asimismo, cuando se presenten cambios estructurales en las variables que generan exposición a este riesgo, el modelo debe considerar estos movimientos en los factores de riesgo. Para tal efecto, las entidades pueden usar como referencia el que se contempla en el Sistema de Administración de Riesgo de Mercado (SARM) de la Superintendencia Financiera de Colombia.

1. Permitir el control de los niveles de exposición a los diferentes factores de riesgo de mercado de capitales y especificar los límites máximos de exposición permitidos por la Entidad y los planes de contingencia para los casos en los que se superen dichos límites.
2. Realizar pruebas de desempeño (*back testing*) del modelo interno para determinar la consistencia, precisión y confiabilidad del requerimiento de capital estimado para cubrir las pérdidas inesperadas.

Estos controles, deben corresponder a la complejidad de la operación y las características particulares de cada Entidad y deben estar aprobados por la Junta Directiva o quien haga sus veces.

1. **GESTIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL**

El Riesgo Operacional corresponde a la posibilidad de que una entidad presente desviaciones de sus objetivos misionales como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legales 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 de las entidades, 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 cada entidad.

Es así como los Riesgos Operacionales en la entidad pueden generar pérdidas de tres tipos:

1. Pérdidas en los resultados de salud de su población, los cuales, por su relevancia son tratados como riesgos en salud.
2. Pérdidas en los resultados operativos esperados, incluyendo la satisfacción de la población, que deben ser tratados en el resultado de la gestión de los riesgos operacionales.
3. Pérdidas financieras en la entidad, que corresponden a la contabilización de los eventos de riesgo y los riesgos que se materializaron, tratados en la evaluación de los riesgos financieros.

Adicionalmente, las entidades deben adoptar diferentes políticas y medidas encaminadas en implementar acciones para el fortalecimiento continuo de una cultura ética de integridad, transparencia y la lucha contra la corrupción y opacidad. Los objetivos de estas políticas, medidas y acciones son prevenir, detectar y, cuando sea el caso, denunciar la corrupción y la opacidad que, en cualquiera de sus formas, eventualmente se pueda presentar, por parte, en contra de una entidad o en contra del SGSSS.

La implementación y seguimiento a estos riesgos van estrechamente ligados a las políticas, principios y valores institucionales establecidos en el Gobierno Organizacional (Código de Conducta y de Buen Gobierno), de ahí la importancia de su implementación y mejoramiento continuo. Una adecuada gestión de riesgos y prácticas de Gobierno Corporativo, son indispensables para mitigar el nivel de riesgo inherente al que están expuestas las entidades. Como resultado de la mitigación de los riesgos a través de la adecuada gestión y gobiernos corporativos, se obtiene el riesgo neto de la entidad, para cada categoría de riesgo.

La adopción del Subsistema de Administración de Riesgo Operacional debe cumplir como mínimo con lo siguiente:

**6.1. Ciclo general de gestión del Riesgo Operacional**

Para la gestión del riesgo operacional, 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 Operacional que implementen las entidades, debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

* + 1. **Identificación del Riesgo Operacional**

El Subsistema debe permitir a las entidades definir e identificar la exposición al riesgo operacional, por lo cual, en esta etapa se elabora un perfil de los procesos de las actividades de la entidad con las siguientes acciones:

1. Levantamiento y documentación de la totalidad de los procesos de la entidad. Como mínimo, entre otros definidos por la entidad, se deben tener en cuenta los siguientes procesos relevantes para el cumplimiento de las funciones de la Entidad, así estos sean tercerizados:

Afiliaciones.

Auditoría.

Facturación.

Gestión del talento humano.

Sistemas de Información.

Gestión de Red de Prestadores de Servicios de Salud, de insumos y de medicamentos.

Gestión Financiera.

Gestión administrativa y legal.

Atención al Usuario.

1. Identificación de los eventos de riesgo operacional, potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos.
2. Identificación de procesos jurídicos en los que se encuentre la entidad.
3. Identificar pérdidas en los resultados de salud de su población, los cuales, por su relevancia son tratados como riesgos en salud.
4. Determinar potenciales pérdidas financieras en la entidad causadas por los eventos de riesgo operacional identificados.

La etapa de identificación debe realizarse previamente a la implementación de nuevos procesos o a la modificación de cualquier proceso, así como en los casos de fusión, adquisición, cesión de activos, pasivos y contratos, entre otros.

Para la identificación, cada entidad debe tener su propio y único registro de eventos de riesgo operacional, incluyendo las entidades con casa matriz en el exterior, con la información relacionada con los eventos de riesgo operacional presentados a nivel local.

A continuación, se presenta la información relevante mínima que debe tener un registro de eventos de riesgo operacional:

1. **Referencia:** Código interno que relacione el evento en forma secuencial.
2. **Área o Dependencia:** Área de la entidad en la cual se detecta el evento.
3. **Proceso:** Identificación del proceso donde se produjo el evento de riesgo o se vio afectado.
4. **Fecha de descubrimiento:** Fecha en que se detecta el evento (Día, mes, año, hora).
5. **Fecha de inicio:** Fecha en la que el evento tiene su inicio (Día, mes, año, hora).
6. **Fecha de finalización:** Fecha en que finaliza el evento (Día, mes, año, hora).
7. **Descripción del evento:** Descripción detallada del evento (Canal de servicio o atención al cliente (cuando aplica), Zona geográfica).
8. **Producto-Servicio afectado:** Identificación del producto o servicio al que el evento afecta.
9. **Clase de evento:** Especifique la clase de evento, según la clasificación adoptada (Fraude interno, fraude externo, relaciones laborales, clientes, daños a activos físicos, fallas tecnológicas, ejecución y administración de procesos, entre otros).
10. **Tipo de perdida:** Identificación de la perdida que origina el evento:
    * Genera perdida y afecta el estado de resultados de la entidad
    * Genera pérdida y no afecta el estado de resultados de la entidad
    * No genera pérdidas.
11. **Divisa:** Moneda en la que se materializa el evento (COP, USD, entre otras).
12. **Cuantía:** Monto de dinero a la que asciende la perdida. Este valor debe ser presentado en moneda legal, es decir en pesos colombianos (COP). Si el evento se presenta en otra moneda diferente a la legal, se utiliza para el cambio la TRM del día en que se contabilizó la pérdida por el evento.
13. **Cuantía total recuperada:** Monto de dinero recuperado por acción directa de la entidad. Incluye cuantías recuperadas por seguros.
14. **Cuantía recuperada por seguros:** Corresponde al monto de dinero recuperado por el cubrimiento a través de un seguro.
15. **Cuentas del Plan de Cuentas afectadas:** Identifica las cuentas del “Plan de Cuentas” afectadas.
16. **Fecha de contabilización:** Fecha en que se registra contablemente la pérdida por el evento (Día, mes, año, hora).
17. **Datos del registro:** Aquí se detalla quien diligenció el formato, la dependencia y fecha del mismo, así como nombre, firma y cargo de quien lo reporte.

Además de los campos descritos en este numeral, se pueden incorporar dentro del registro de eventos de riesgo operacional otros adicionales que las entidades consideren relevantes para su gestión del riesgo operacional.

Asimismo, cabe mencionar que, dentro de todos los procesos de la entidad, se debe identificar que dentro del riesgo operacional se puede encontrar inmerso el riesgo de corrupción y opacidad, el cual puede impedir el funcionamiento efectivo de las instituciones, afectando directamente la misión y la visión de las entidades y el flujo normal y efectivo de los recursos, a través de acciones y actitudes contrarias a los valores y principios éticos que deben caracterizar a las personas en su conjunto, sean naturales o jurídicas y de carácter público o privado.

* + 1. **Medición y Evaluación del Riesgo Operacional**

En esta etapa, el Subsistema de Administración de Riesgo Operacional debe permitir a la entidad medir la probabilidad de ocurrencia de un evento de riesgo operacional y su impacto en caso de materializarse. En caso de no contar con datos históricos se deberá realizar una aproximación cualitativa, y elaborar un plan de ajuste que posibilite la medición cuantitativa del riesgo posteriormente. Para esta etapa del ciclo, las entidades deben tener como mínimo lo siguiente:

1. Diseñar e implementar la metodología de medición acorde con los eventos de riesgo operacional identificados procurando una medición de la probabilidad de ocurrencia y del impacto, para así determinar el perfil de riesgo de la entidad.
2. Tener en cuenta dentro de la evaluación, los planes de contingencia y el Plan de Continuidad del Negocio, todos los recursos (físicos, humanos, técnicos y financieros) necesarios para que cada entidad enfrente la exposición al riesgo operacional bajo cualquier eventualidad, de acuerdo con su tamaño y nivel de operaciones.
   * 1. **Tratamiento y Control del Riesgo Operacional**

El Subsistema de Administración del Riesgo Operacional debe permitir a la entidad tomar medidas adecuadas para controlar el riesgo operacional inherente al que se ve expuesta en el desarrollo de sus operaciones con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia y/o impacto en caso de que se materialicen.

Esta etapa debe cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

1. Diseñar e implementar controles para cada proceso de manera que se pueda mitigar el riesgo inherente, ya sea mediante su probabilidad, impacto o ambos; e incluir los controles diseñados dentro de las políticas y procedimientos de la entidad.
2. En cuanto a los riesgos que afecten la operación en condiciones normales de la entidad, ésta debe implementar un Plan de Continuidad del Negocio aprobado por la Junta Directiva.
   * + 1. **Plan de Continuidad del Negocio**

Las entidades deben definir, implementar, probar y mantener un proceso para administrar y asegurar la continuidad del negocio en situaciones de emergencia o desastre, incluyendo elementos como la prevención y la atención de emergencias, administración de la crisis, planes de contingencia y capacidad de retorno a la operación normal. Estas medidas deben contar con los siguientes elementos:

1. Identificación de eventos que pueden afectar la operación.
2. Actividades para realizar cuando se presentan las fallas.
3. Alternativas de operación.
4. Proceso de retorno a la actividad normal.
   1. **Acreditación con soportes de todas las operaciones, negocios y contratos**

Las entidades deben establecer reglas específicas que prohíban la realización de actividades, negocios y contratos sin que exista el respectivo soporte interno y/o externo, debidamente fechado y autorizado por quienes intervengan en ellos o los elaboren. Todo documento que acredite transacciones, negocios o contratos de la entidad, además de constituir el soporte de la negociación y del registro contable, constituye el respaldo probatorio para cualquier investigación que puedan adelantar las autoridades competentes.

1. **GESTIÓN DEL RIESGO DE FALLAS DE MERCADO**

El riesgo de fallas de mercado se deriva de una situación en la cual los mercados no operan de manera eficiente, lo que genera diferentes riesgos asociados a fallos en la competencia (monopolios, oligopolios, cárteles, entre otros), prácticas de competencia desleal, asimetría de la información en la relación entre los agentes, e integraciones verticales u horizontales cuando se presenta oportunismo de la situación de integración.

La materialización del riesgo de fallas de mercado deriva en sobrecostos en las operaciones entre los agentes del mercado por afectaciones o control sobre los precios, limitada capacidad al momento de hacer seguimiento a los acuerdos contractuales y gestionar su riesgo en salud, debido a la baja disponibilidad o calidad de información sobre los servicios prestados y de la calidad de estos.

* 1. **Ciclo general de gestión del Riesgo de Fallas de Mercado**

Para la gestión del riesgo de fallas de mercado 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 Fallas de Mercado que implementen las entidades, debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

* + 1. **Identificación del Riesgo de Fallas de Mercado**

Para la identificación de este riesgo, la entidad debe determinar las relaciones existentes con sus diferentes proveedores tales como: prestadores, farmacéuticas, distribuidores de medicamentos, proveedores de dispositivos médicos, agencias de talento humano, entre otros, con el fin de identificar las fallas de mercado presentes allí.

En seguida se debe realizar una selección de los servicios o productos indicativos. Para esta selección se recomienda tener en consideración tecnologías comparables entre los diferentes mercados de referencia[[10]](#footnote-11) y, la participación de estos servicios o productos en la frecuencia de uso y gasto o costo total de la entidad.

Teniendo en cuenta los mercados de referencia de servicios o productos indicativos y la oferta disponible para estos, la entidad debe identificar la presencia de fallas de mercado, entre otras, tales como:

1. Fallos de la competencia, presencia de monopolios y oligopolios, así como problemas de comportamiento de los agentes que impliquen, por ejemplo, colusiones orientadas a generar acuerdos de precios.
2. Asimetrías de información (información incompleta o imperfecta) que impidan hacer seguimiento al cumplimiento contractual con los proveedores o impidan hacer gestión del riesgo individual de la población afiliada.
3. Existencia de integraciones verticales y horizontales, y grupos empresariales.
4. Externalidades, generadas por personas o entidades que provocan impactos negativos afectando la eficiencia del mercado.
5. Mercados incompletos[[11]](#footnote-12).
   * 1. **Evaluación y Medición del Riesgo de Fallas de Mercado**

La entidad debe establecer mecanismos para la medición y evaluación 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 entidad. Algunos de estos puntos estratégicos son:

1. Los sobrecostos en la operación de la entidad derivados de las afectaciones en los precios transados con sus proveedores.
2. Las limitaciones en la capacidad de la entidad de hacer el seguimiento a los acuerdos contractuales y gestionar sus riesgos derivados de asimetrías de información.
3. Las restricciones en la gestión de riesgos y sobrecostos asociados al déficit de la oferta de servicios de salud respecto de la demanda de los mismos.
4. La reducción en la calidad de los servicios suministrados a los afiliados que pudieran llegar a generar menores resultados de salud, asociados a la asimetría en la información disponible al momento de evaluar y realizar seguimiento.

Para lo cual la entidad, entre otros, debe contar 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, debe contar con información que le permita calcular indicadores de gestión que le faciliten la comparación de mercados y evaluación del efecto de las fallas de mercado.

* + 1. **Tratamiento y Control del Riesgo de Fallas de Mercado**

Teniendo en cuenta la probabilidad e impacto de las diferentes fallas de mercado sobre las pérdidas de la entidad, se recomiendan las siguientes medidas:

1. Documentar procesos o procedimientos en la entidad para identificar actos o acuerdos contrarios a la libre competencia o que constituyan abuso de la posición dominante en el mercado. Asimismo, se deben adoptar políticas para informar sobre estas actividades a las autoridades competentes (por ejemplo, Superintendencia de Industria y Comercio- ver Decreto 2153 de 1992).
2. Fortalecer 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 afiliada.
3. Fortalecer los sistemas de auditorías sobre la contratación, facturación, entre otros.
4. **GESTIÓN 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, **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.

* 1. **Ciclo general de gestión del Riesgo de Grupo**

Para la gestión del riesgo de grupo 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 Grupo que implementen las entidades, debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

* + 1. **Identificación del Riesgo de Grupo**

Para la identificación de este riesgo la entidad debe determinar si esta hace parte de un grupo empresarial e identificar todos los miembros de su grupo definido en los términos legales de los artículos 260 y 261 del código de comercio, la Ley 222 de 1995 y sus modificatorias. Asimismo, debe tener en cuenta lo establecido en el marco de las normas Internacionales de Información Financiera.

Adicionalmente, la entidad debe identificar las transacciones de índole financiera y administrativa que involucran de forma directa o indirecta con los miembros de su grupo empresarial o partes vinculadas, con el fin de poder evaluar el impacto y probabilidad de ocurrencia de los mismos.

* + 1. **Evaluación y Medición del Riesgo de Grupo**

La entidad debe establecer mecanismos para la medición y evaluación del riesgo de grupo teniendo en cuenta que, por el hecho de pertenecer a un grupo puede estar expuesta, entre otros, a:

* **Riesgo de contagio,** donde resultados negativos en el ámbito financiero, calidad del servicio, entre otros, de los miembros del grupo empresarial y/o de las partes vinculadas impliquen algún estrés al interior de la entidad. Para tal fin, se debe tomar en consideración el seguimiento a las tendencias financieras del grupo y de los estados financieros separados que apliquen.
* **Concentración del riesgo,** donde un mismo tipo de riesgo se puede materializar en la entidad y otro miembro del grupo y/o parte vinculada al mismo tiempo. Esto teniendo en cuenta el nivel de concentración de transacciones y la participación de unos miembros en los otros.
* **Posibles conflictos de intereses,** especialmente en los procedimientos de compras y pagos de la entidad.

Para la medición del impacto debe tenerse en cuenta los efectos sobre la fijación de precios, el flujo de Información, la calidad en la atención en salud, la gestión contractual, entre otros.

* + 1. **Tratamiento y Control del Riesgo de Grupo**

Teniendo en cuenta la probabilidad e impacto de las diferentes transacciones de la entidad con los miembros del grupo empresarial al cual pertenece sobre las pérdidas de la entidad, se recomiendan las siguientes medidas:

1. Incluir políticas en la entidad asociadas a la gestión y auditorías de transacciones con los miembros del grupo empresarial al cual pertenece o sus partes vinculadas.
2. Implementar mecanismos de resolución de conflictos de interés activados en virtud de la gestión del riesgo de grupo y realizar seguimiento.
3. Velar por la inscripción del grupo empresarial, al cual pertenece, en el registro mercantil de acuerdo con lo establecido en el artículo 30 de la ley 222 de 1995.
4. Participar de forma activa revelando al Máximo Órgano Social del grupo empresarial al cual pertenece, la identificación, evaluación e impactos estimados por el riesgo de grupo, a efectos de que tanto el Marco de Referencia de la regulación de las relaciones institucionales entre las empresas del grupo, como las mejores prácticas con relación a proveedores aborden, de manera informada y documentada las necesidades de mitigación del riesgo de grupo de la entidad.

Adicional a las políticas individuales, se debe verificar que la entidad controlante asegure la existencia de políticas internas del grupo empresarial y mecanismos de control y gestión de riesgos adecuados conforme la estructura, negocios y perfil riesgos del grupo empresarial.

1. **GESTIÓN 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 mermar la confianza pública en la entidad, dar lugar a litigios costosos, o dar lugar a una disminución de su base de usuarios, clientes, negocios o los ingresos. Estos pueden ser desagregados, en situacional o previsto, de acuerdo con la capacidad de prevención-mitigación[[12]](#footnote-13):

**- 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.

* 1. **Ciclo general de gestión del Riesgo Reputacional**

Para la gestión del riesgo reputacional 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 Reputacional que implementen las entidades, debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

* + 1. **Identificación del Riesgo Reputacional**

Para la identificación de este riesgo, la entidad debe construir un inventario de eventos que tengan posibles efectos sobre la reputación de la Entidad. Para ello, se debe realizar la selección de los procesos, servicios y acciones que sean considerados estratégicos en formar reputación que sean cuantificables y que permitan la comparabilidad frente al sector.

Para tal inventario, se pueden considerar los siguientes eventos: aquellos eventos que afectan las ventas o los ingresos observados o potenciales (derivados de menores contratos, afiliaciones, deserciones), así como también costos asociados (por multas, compensaciones, demandas, entre otros), así como otros eventos que identifique la entidad en sus procesos. Para la identificación de estos procesos, la entidad puede apoyarse en instrumentos que permitan conocer y entender los principales factores que afectan la percepción de los actores vinculados a la entidad.

* + 1. **Evaluación y Medición del Riesgo Reputacional**

En esta etapa, la entidad debe establecer mecanismos para la medición y evaluación del riesgo reputacional en el sector, para lo cual se recomienda la adopción de herramientas que permitan valorar la posición de la entidad 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. Las mediciones pueden variar de acuerdo con la herramienta usada y pueden consistir en análisis descriptivos, ordenamientos, puntajes, entre otros.

Las fuentes de información para la medición del riesgo reputacional pueden ser los diferentes sistemas de recolección de Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias (PQRD), las diversas encuestas sectoriales, las encuestas propias y la información de medios, entre otros.

Las siguientes son mediciones posibles, pero no exhaustivas, para la medición del riesgo reputacional:

1. **Encuestas de satisfacción:** Por medio de encuestas a usuarios, se puede medir la lealtad de los mismos con la entidad y la satisfacción frente a su experiencia con el servicio. Se puede referir a herramientas como, por ejemplo, *Net Promoter Score* (NPS), *Customer Effort Score* (CES) y *Customer Advocacy*.
2. **Recolección de contenido en medios:** Se utilizan reportes de redes sociales, prensa, noticias, televisión y radio, a través de la búsqueda de palabras clave y la detección de los sentimientos positivos y negativos hacia las entidades o marcas, la fuerza de la marca o la influencia de ésta.

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

1. La reputación es solo parcialmente construida con base en experiencias directas con la empresa; buena reputación se construye por la intervención de terceras partes, tales como medios, expertos del sector, usuarios, entre otros.
2. Las entidades no tienen absoluto control de los mensajes recibidos por las partes mencionadas anteriormente.
3. Los usuarios normalmente no perciben la complejidad en el proceso de toma de decisiones de las entidades.
4. La entidad normalmente cuenta con baja credibilidad cuando se enfrenta a una crisis que afecta su reputación, especialmente con relación a terceras partes reconocidas públicamente.
   * 1. **Tratamiento y Control del Riesgo Reputacional**

Teniendo en cuenta la naturaleza de este riesgo, se recomiendan las siguientes medidas:

1. Incorporar en el Código de Conducta y Buen Gobierno políticas encaminadas a la medición, evaluación y seguimiento continuo de la reputación de la entidad y la toma de acciones con el fin de mejorar los procesos que tienen relación directa o indirecta con la reputación.
2. Tomar acciones y decisiones en los procesos que permitan mejorar la percepción sobre la entidad 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 entidad.
3. Implementación de un protocolo de manejo de comunicaciones públicas y que se encuentre incluido o articulado con el Plan de Comunicaciones Institucional.
4. Adopción de metodologías de valoración continua de su posición reputacional en el mercado, ya sea a través de rankings o de rastreo de medios o por encuestas propias.

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.

Asimismo, se debe tener en cuenta que las creencias, percepción y expectativas de las personas son cambiantes. La entidad debe implementar un sistema de alertas tempranas para identificar eventos de reputación negativa, que puede incluir acciones, tales como el monitoreo informal de medios, grupos de reacción rápida contra eventos de carácter reputacional, herramientas informáticas para rastrear potenciales tendencias en redes sociales y medios, entre otros. Asimismo, debe realizar un seguimiento permanente a los resultados y ordenamientos públicos.

1. **REPORTES Y FUENTES DE INFORMACIÓN**

Tal como se mencionó en numerales anteriores, tanto el código de conducta y de buen gobierno, como las políticas, el manual de procesos y procedimientos de la entidad, las bases de datos utilizados para la modelación de los riesgos, y demás información, documentación y lineamientos que estén referenciados en esta Circular, deben estar a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual, en virtud de sus funciones de IVC, podrá requerir dicha información en cualquier momento.

Salvo para el riesgo de liquidez donde se debe reportar el Archivo Tipo FT018, no es necesario remitir ningún reporte adicional sobre la medición y exposición de los riesgos prioritarios a la SNS, a menos que esta así lo considere y requiera posteriormente. La información requerida para el IVC frente a la exposición de riesgos prioritarios se obtendrá de la información reportada en la Circular Única y otras fuentes de información pública reportada por cada entidad.

Como se mencionó anteriormente, independientemente si las Entidades cuentan con modelos de liquidez o no, están en la obligación de enviar mensualmente a la Superintendencia Nacional de Salud el siguiente Archivo Tipo a partir del corte de junio de 2022, por lo que el primer envío deben hacerlo máximo el 20 de julio de 2022.

Para el cargue mensual del Archivo Tipo FT018 se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. El presente Archivo Tipo debe ser remitido con la firma digital del Representante Legal, el Contador Público y el Revisor Fiscal, en los casos que aplique.
2. La información se deberá reportar en pesos colombianos, sin decimales. En este sentido, cuando exista información a reportar que se encuentre denominada en moneda extranjera (activos o flujos contractuales), deberá ser expresada en pesos para su reporte, utilizando la Tasa Representativa del mercado (TRM) correspondiente al día de la fecha de corte.
3. Los campos que no contengan valor o no apliquen, se deben reportar en cero.
4. La información a reportar deberá ser consistente con las cifras registradas en los Archivos Tipo que hacen parte de la Circular Externa 016 de 2016.
5. Los Activos Líquidos deben de ser reportados por su valor razonable o de mercado.
6. Ningún valor debe ser ajustado por los factores de descuento que utilizaron en sus modelos internos (*haircuts*).
7. Cabe recordar que dentro de los activos líquidos realizables se recomienda identificar además del disponible e inversiones en FIC abiertos sin pacto de permanencia, 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, es decir todos los activos que forman parte del portafolio de inversiones de la entidad y que no tienen 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.

**Modifíquese los capítulos i), ii), iii) y iv) del título XI de la Circular Única, en lo relacionado con el** **Archivo Tipo FT018.**

Modifíquese el Archivo Tipo FT018 – Datos para el cálculo de la posición de Liquidez, a los capítulos de **(i)** Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, **(ii)** Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, **(iii)** Entidades Adaptadas al Sistema, **(iv)** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, **(v)** Empresas de Medicina Prepagada (EMP) y **(vi)** Servicios de Ambulancia Prepagada (SAP) Título XI - Anexos Técnicos. El cuál quedará de la siguiente manera:

#### **ARCHIVO TIPO FT018**

**Datos para el cálculo de la posición de Liquidez**

**TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA:** Empresas de Medicina Prepagada (EMP) y Servicios de Ambulancia Prepagada (SAP)

**PERIODICIDAD:** Mensual.

**FECHA DE CORTE:** Último día de cada mes.

**FECHA DEL REPORTE:** 20 días calendario después de la fecha de corte. Para el cierre de año, el reporte se hará hasta febrero 20 del siguiente año.

| **Elemento** | | **FT018** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **Identificador** | **Atributos** | **Descripción** | **Longitud máxima** | **Registro permitido** |
| 1 | lineaNegocio | Línea de negocio (reportante) | Escriba la línea de negocio del (reportante) 1:= Aseguramiento obligatorio 2:= Aseguramiento voluntario 3:= Prestación de servicios | 1 | Numérico |
| 2 | ingresoOper30d | Entradas de Caja derivadas del negocio proyectadas a 30 días | Entradas de efectivo proyección acumulada a 30 días que son propias del negocio y de la operación | 18 | Numérico |
| 3 | ingresoOper60d | Entradas de Caja derivadas del negocio proyectadas a 60 días | Entradas de efectivo proyección acumulada a 60 días que son propias del negocio y de la operación | 18 | Numérico |
| 4 | ingresoOper90d | Entradas de Caja derivadas del negocio proyectadas a 90 días | Entradas de efectivo proyección acumulada a 90 días que son propias del negocio y de la operación | 18 | Numérico |
| 5 | ingresoOtro30d | Entradas de Caja por otros conceptos proyectadas a 30 días | Entradas de efectivo proyección acumulada a 30 días que provienen de otros conceptos diferentes a la operación | 18 | Numérico |
| 6 | ingresoOtro60d | Entradas de Caja por otros conceptos proyectadas a 60 días | Entradas de efectivo proyección acumulada a 60 días que provienen de otros conceptos diferentes a la operación | 18 | Numérico |
| 7 | ingresoOtro90d | Entradas de Caja por otros conceptos proyectadas a 90 días | Entradas de efectivo proyección acumulada a 90 días que provienen de otros conceptos diferentes a la operación | 18 | Numérico |
| 8 | egresoOper30d | Salidas de Caja derivadas del negocio proyectadas a 30 días | Salidas de efectivo proyección acumulada a 30 días que son propias del negocio y de la operación | 18 | Numérico |
| 9 | egresoOper60d | Salidas de Caja derivadas del negocio proyectadas a 60 días | Salidas de efectivo proyección acumulada a 60 días que son propias del negocio y de la operación | 18 | Numérico |
| 10 | egresoOper90d | Salidas de Caja derivadas del negocio proyectadas a 90 días | Salidas de efectivo proyección acumulada a 90 días que son propias del negocio y de la operación | 18 | Numérico |
| 11 | egresoOtro30d | Salidas de Caja por otros conceptos proyectadas a 30 días | Salidas de efectivo proyección acumulada a 30 días que provienen de otros conceptos diferentes a la operación | 18 | Numérico |
| 12 | egresoOtro60d | Salidas de Caja por otros conceptos proyectadas a 60 días | Salidas de efectivo proyección acumulada a 60 días que provienen de otros conceptos diferentes a la operación | 18 | Numérico |
| 13 | egresoOtro90d | Salidas de Caja por otros conceptos proyectadas a 90 días | Salidas de efectivo proyección acumulada a 90 días que provienen de otros conceptos diferentes a la operación | 18 | Numérico |
| 14 | dispActivos30d | Disposición de Activos proyectada a 30 días | Ingresos por disposición de activos (Ventas de activos planeadas) proyección acumulada a 30 días | 18 | Numérico |
| 15 | dispActivos60d | Disposición de Activos proyectada a 60 días | Ingresos por disposición de activos (Ventas de activos planeadas) proyección acumulada a 60 días | 18 | Numérico |
| 16 | dispActivos90d | Disposición de Activos proyectada a 90 días | Ingresos por disposición de activos (Ventas de activos planeadas) proyección acumulada a 90 días | 18 | Numérico |
| 17 | disponible | Disponible | Saldo que se tiene en efectivo, correspondiente a los saldos de caja, cuentas de ahorro y corriente a la fecha de corte | 18 | Numérico |
| 18 | partFIC | Participaciones en FIC´s abiertos sin pacto de permanencia | Saldo que se tiene en las participaciones de Fondos de Inversión Colectiva abiertos sin pacto de permanencia a la fecha de corte | 18 | Numérico |
| 19 | invNegNacion | Inversiones Negociables y DPV en Títulos de Deuda Pública Interna garantizados por la Nación | Reporte el valor razonable o de mercado de las inversiones negociables y disponibles para la venta que tenga en títulos de deuda pública garantizados por la Nación – TES a la fecha de corte | 18 | Numérico |
| 20 | invNegPubExterna | Inversiones Negociables y DPV en Títulos de Deuda Pública Externa | Reporte el valor razonable o de mercado de las inversiones negociables y disponibles para la venta que tenga en títulos de deuda soberana Externa a la fecha de corte | 18 | Numérico |
| 21 | invNegCDT | Inversiones Negociables y DPV en CDT | Reporte el valor razonable o de mercado de las inversiones negociables y disponibles para la venta que tenga en títulos de renta fija emitidos, aceptados, garantizados o avalados por entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, FOGAFIN y FOGACOOP | 18 | Numérico |
| 22 | invNegPrivInterna | Inversiones Negociables y DPV en Títulos de Deuda Privada Interna | Reporte el valor razonable o de mercado de las inversiones negociables y disponibles para la venta que tenga en títulos de deuda emitidos por empresas localmente a la fecha de corte | 18 | Numérico |
| 23 | invNegPrivExterna | Inversiones Negociables y DPV en Títulos de Deuda Privada Externa | Reporte el valor razonable o de mercado de las inversiones negociables y disponibles para la venta que tenga en títulos de deuda emitidos por empresas privadas externas a la fecha de corte | 18 | Numérico |
| 24 | invTitBVC | Inversiones Negociables en Títulos Participativos inscritas en la BVC | Reporte el valor razonable o de mercado de sus inversiones en acciones inscritas en la Bolsa de Valores de Colombia a la fecha de corte | 18 | Numérico |
| 25 | invParticExt | Inversiones Negociables en Títulos Participativos inscritas en el exterior | Reporte el valor razonable o de mercado de sus inversiones en acciones inscritas en el exterior a la fecha de corte | 18 | Numérico |

Para el cargue periódico del Archivo Tipo FT018 se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

* La información se deberá reportar en pesos colombianos, sin decimales. En este sentido, cuando exista información a reportar que se encuentre denominada en moneda extranjera (activos o flujos contractuales), deberá ser expresada en pesos para su reporte, utilizando la Tasa Representativa del mercado (TRM) correspondiente al día de la fecha de corte.
* Los campos que no contengan valor o no apliquen, se deben reportar en cero.
* La información a reportar deberá ser consistente con las cifras registradas en los Archivos Tipo que hacen parte de la Circular Única.
* Los Activos Líquidos deben de ser reportados por su valor razonable o de mercado.
* Ningún valor debe ser ajustado por los factores de descuento que utilizaron en sus modelos internos (*haircuts*).
* Cabe recordar que dentro de los activos líquidos realizables se recomienda identificar además del disponible e inversiones en FIC abiertos sin pacto de permanencia, 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, es decir todos los activos que forman parte del portafolio de inversiones de la entidad y que no tienen 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.

Nombre del archivo: NITDVPPANNOFT018.XML

Donde:

NIT : Número de identificación tributaria de la entidad que reporta.

DV : Dígito de verificación.

PP : Periodo de corte de la información reportada.

ANNO : Año de corte de la información reportada.

FFFFF : Número de archivo (es decir, FFFFF=FT00X).

EXT : Extensión del archivo en XML

1. **SUPERVISIÓN SNS**

La Superintendencia Nacional de Salud (SNS) podrá solicitar información adicional con el fin de evaluar la idoneidad de las políticas de gestión de los riesgos. Por tanto, las entidades deberán tener a disposición toda la información relacionada, incluyendo los documentos de políticas, procedimientos, manuales, instrumentos e indicadores de seguimiento, entre otros, que plasmen el diseño y ejecución como mínimo para cada uno los Subsistemas de Administración de Riesgos prioritarios.

Asimismo, la SNS evaluará integral o parcialmente la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y, en particular, en lo relacionado con los Subsistemas de Administración de los Riesgos priorizados y los diferentes cálculos de las pérdidas probables o esperadas para cada uno de los riesgos, dependiendo del cronograma de implementación establecido.

1. **PERÍODO DE TRANSICIÓN**

El período de transición para la implementación de lo dispuesto en esta Circular se fija en un término máximo de doce (12) meses contados a partir de la fecha de expedición de la presente Circular, con el fin que los Agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a los que les aplica la presente Circular se preparen y actualicen su Sistema Integral de Gestión de Riesgos y den pleno cumplimiento al presente acto administrativo.

Sin embargo, la implementación de los elementos descritos en el presente acto administrativo y el desarrollo de los componentes y lineamientos generales y específicos para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos prioritarios cuenta con un plazo máximo para su implementación que será de la siguiente manera:

Riesgo de Crédito, Riesgo de Liquidez, Riesgo de Mercado de Capitales, Riesgo Operacional, Riesgo de Grupo y Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

|  |  |
| --- | --- |
| **ETAPAS** | **PLAZO MÁXIMO** |
| Riesgo en Salud, Riesgo Actuarial y Riesgo Operacional | 6  meses |
| Riesgo de Crédito, Riesgo de Liquidez y Riesgo de Mercado de Capitales | 9  meses |
| Riesgo de Grupo, Riesgo de Fallas de Mercado de Salud y Riesgo Reputacional | 12 meses |

Durante el plazo previsto, las entidades deberán, para cada categoría de riesgo, realizar el ciclo de gestión de riesgos: identificación, evaluación y medición, tratamiento y control, seguimiento y monitoreo y dar cumplimiento a los términos definidos en la presente Circular respecto a los lineamientos generales y específicos.

Cabe resaltar que los plazos máximos descritos para que las entidades completen cada una de las etapas empezará a regir a partir de la fecha de expedición de la presente Circular.

Una vez culminados los plazos máximos estipulados, la Superintendencia Nacional de Salud realizará los requerimientos respectivos para verificar el cumplimiento de las etapas descritas anteriormente. Los soportes y evidencias de cada una de las etapas y su plan de trabajo deberán mantenerse en todo momento y quedar a disposición de la SNS, para ser revisados y validar que cumplen con lo establecido en la presente Circular, para fines de supervisión.

Asimismo, es importante resaltar que, durante el periodo de transición, la Superintendencia Nacional de Salud podrá en cualquier momento realizar visitas o hacer los requerimientos que considere necesarios para validar el plan de implementación que haya diseñado la entidad, el cronograma y sus avances (objetivos, estrategias, actividades, responsables y plazos), las políticas propuestas y los elementos de cada Subsistema de Administración de Riesgo priorizado. Adicionalmente, es importante mencionar que el desarrollo e implementación de cada Subsistema de Riesgo no es excluyente, por lo que se recomienda avanzar en el desarrollo de todos los Subsistemas priorizados de forma paralela, con el fin de ir articulando todo el Sistema Integral de Gestión de Riesgos y no trabajarlos de forma separada.

Para las entidades que, a la fecha de expedición de la presente Circular, ya cuentan con los Subsistemas de Administración de Riesgos prioritarios, los plazos mencionados anteriormente regirán para la respectiva actualización y homologación a que haya lugar para dar total cumplimiento con lo acá dispuesto, según los lineamientos mínimos mencionados en esta Circular.

Por último, cabe aclarar que las entidades que posterior a la fecha de expedición de la presente Circular sean habilitadas, deben contar por lo menos de manera documental con los Subsistemas de Administración de Riesgos prioritarios y su medición cualitativa, por lo que los plazos mencionados anteriormente no le aplican. Posterior a su inicio de operaciones, deberán ir implementando la medición de los Subsistemas de manera cuantitativa.

1. **VIGENCIA**

La presente Circular rige a partir de su publicación y promulgación en el Diario Oficial. Las entidades obligadas al cumplimiento de lo dispuesto en esta Circular deben adaptar sus procesos a las condiciones aquí establecidas, sin perjuicio del cumplimiento de la normatividad vigente.

1. **CONTROL AL CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR**

De conformidad con lo establecido en la Ley 1438 de 2011 artículos 130 y 131, modificados por el artículo 2 de la Ley 1949 de 2019, la inobservancia e incumplimiento de las instrucciones impartidas en esta Circular, dará lugar a la imposición de multas hasta de 8000 Salarios Mínimo Legales Mensuales Vigentes (SMLMV) a entidades que se encuentren dentro del ámbito de la vigilancia de ésta Superintendencia, así como a título personal hasta 2000 SMLMV, a los Representantes Legales de éstas ya sean de carácter público o privado, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, los revisores fiscales, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud, o a la revocatoria del certificado de habilitación de las entidades vigiladas, si a ello hubiere lugar, sin perjuicio de las acciones que le correspondan a otras autoridades competentes y demás facultades sancionatorias que esta Superintendencia tiene bajo el ámbito normativo.

Dada en Bogotá, D.C., a los

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

**FABIO ARISTIZÁBAL ÁNGEL**

Superintendente Nacional de Salud

**Proyectó**:

**Revisó**:

1. Definición basada en el Plan Decenal de Salud Pública del MSPS 2012-2021. [↑](#footnote-ref-2)
2. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf> [↑](#footnote-ref-3)
3. La prueba de estrés mide la incidencia, sobre un portafolio, de determinadas situaciones consideradas extremas en los mercados; mientras que el ejercicio de autocomprobación contrasta el grado de precisión del modelo interno de medición de riesgos utilizado por la entidad aseguradora. (Feria, J., 2005. El riesgo de mercado: su medición y control. Madrid: Delta Publicaciones). [↑](#footnote-ref-4)
4. Los recursos líquidos son entendidos como los activos que pueden convertirse fácilmente en dinero en efectivo, a valor de mercado y de una forma rápida (European Central Bank, 2009). [↑](#footnote-ref-5)
5. Para este caso, el riesgo sistémico se define como la conjunción de los riesgos financieros y los riesgos en la actividad real, que pueden llegar a generar inestabilidades en el sistema de salud, dadas las interdependencias creadas entre las diferentes entidades del sector (Cabrera *et al.*, 2014; Giglio *et al.*, 2016). [↑](#footnote-ref-6)
6. Al adicionar los activos líquidos se determina en forma más precisa la posición neta de liquidez de la entidad y se hace consistente con metodologías de riesgos financieros que consideran el capital disponible como factor mitigador (por ejemplo, el indicador de solvencia del Capital Basado en Riesgo - CBR). [↑](#footnote-ref-7)
7. Debido a la naturaleza regulada de los recursos derivados del plan obligatorio, este componente y los ingresos por planes complementarios (si los hay) se deben tratar por separado, en el caso de aseguradoras. [↑](#footnote-ref-8)
8. Circular Externa 016 de 2016 - Superintendencia Nacional de Salud. [↑](#footnote-ref-9)
9. 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. [↑](#footnote-ref-10)
10. Un mercado de referencia o relevante consiste en una delimitación geográfica en la cual un consumidor tiene la posibilidad de acceder a un conjunto de servicios teniendo en cuenta la disponibilidad u oferentes cercanos. Un mercado de referencia no necesariamente corresponde con la delimitación político-administrativa del país, sino que implica agrupaciones diferentes que evidencien las realidades de atención y agrupaciones geográficas respecto al servicio prestado. [↑](#footnote-ref-11)
11. Cuando el mercado no dispone ciertos bienes o servicios a pesar de la demanda de los mismos. [↑](#footnote-ref-12)
12. Existen variadas clasificaciones aportadas en la literatura y no hay consenso sobre clasificación única. Por ejemplo, IF-IFC (2011) distingue entre los riesgos culturales (legal y ético), gerenciales y externos, los cuales están basados en las causas que los producen. [↑](#footnote-ref-13)