E.S.E. Hospital Universitario
ERASMO MEOZ®

Gobernación de Norte de Santander

RESOLUCIÓN No. 000256
(26 DE ENERO DE 2023)

"POR MEDIO DEL CUAL SE DEROGA LA RESOLUCION 000181 DE 2021 Y SE ACTUALIZA LA POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ"

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ,

En uso de sus facultades constitucionales y legales; en especial de la conferidas por el Art. 209 de la Constitución Nacional y las Leyes 1437 y 1474 de 2011, Ley 100 de 1993, Ley 1712 de 2014, Decreto 943 de 2014, y

CONSIDERANDO:

Que, el Acuerdo 025 del 29 de Julio del 2016, "Por el cual se modifica la estructura interna de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz y se determinan las funciones de la Gerencia", en su artículo 3 señala que son funciones de la gerencia, *"(…) además de las establecidas en las leyes y estatutos de la entidad y demás normas vigentes (…)", en concordancia con lo dispuesto en el acuerdo N° 028 del 29 de Julio del 2016 en su artículo 2, capitulo IV, numerales 10 y 11, reza lo siguiente: " 10. Planear, organizar, y evaluar las actividades de la entidad y velar por la aplicación de las normas y reglamentos que regulan el sistema general de Seguridad Social en Salud. 11. Promover la adaptación y adopción de las normas técnicas y modelos orientados a mejorar la calidad y eficiencia de la prestación de los servicios de salud, velar por la validez científica y técnica de los procedimientos utilizadas en el diagnóstico y tratamiento."*

Que, la Ley 100 de 1993 ha establecido parámetros de Calidad en Salud basados en características generales como la atención oportuna personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

Que, la ley 962 del 2005, dicta disposiciones sobre la racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismo y entidades del estado y de los particulares que ejercen ´funciones públicas o prestan servicios públicos.

Que, 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 sus artículos 2, 3 y 4 insta a las entidades vigiladas en la implementación de un Sistema Integrado de gestión de riesgos, estableciendo el mecanismo para hacer exigible el sistema para cada tipo de vigilado así como las instrucciones con lo lineamientos mínimos que el mismo debe tener.

Que, la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, expide la Resolución No. 000181 del 29 de Enero de 2021, "Por medio del cual se deroga la Resolución No. 00143 de 2019, y se adopta la Política de Administración de Riesgo y las estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de atención del ciudadano en la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz".

Que, el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, en el mes de Diciembre del año 2020, expide el documento *"Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas"*, versión 5, en la cual se actualizaron y precisaron algunos elementos metodológicos para mejorar el ejercicio de identificación y valoración del riesgo, pero conservando la estructura general bajo los tres (3) pasos principales, los cuales fundamentan la estructura metodológica que desde las primeras versiones de la guía se ha venido desarrollando.

Que, la Superintendencia Nacional de Salud-Supersalud-, expide la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 (15 de Septiembre): "Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al Código de Conducta y de buen gobierno organizacional, el Sistema Integrado de Gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos", en la cual se fijan lineamientos generales (criterios, parámetros y recomendaciones) que se deben tener en cuenta para diseñar, implementar y poner en funcionamiento el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y subsistemas para cada uno de los riesgos priorizados por la Superintendencia Nacional de Salud.

Que, en razón de lo anterior, se hace necesario actualizar la Política de Administración del Riesgo, vigencia 2023, el cual será la guía para la actualización del mapa de riesgos de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz.

Que en razón a lo anterior,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: POLITICA: Actualizar la Política de Administración del Riesgo en la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, la cual quedara así:

POLITICA: La *E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, acorde con el Direccionamiento Estratégico, Gestión por Procesos y los lineamientos de los subsistemas de administración de riesgo, se compromete a identificar, analizar, valorar, monitorear, prevenir y mitigar los riesgos que puedan afectar el logro de sus objetivos, asociados a la prestación de los servicios de salud, seguridad de la información y riesgos por corrupción.*

ARTICULO SEGUNDO: ALCANCE. En la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, la Administración del Riesgo, tendrá un carácter prioritario y estratégico, fundamentada en el Modelo de Operación por Procesos, encabezado por la Junta Directiva y cuyo seguimiento se realizara en el Comité de Gestión y Desempeño Institucional.

ARTICULO TERCERO: **ADOPCION.** Adóptense a la actualización de la Política de la Gestión del Riesgo de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, vigencia 2023, los lineamientos establecidos en los siguientes documentos:

1. *"Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas"*, versión 5, del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP.

2.- La Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 (15 de Septiembre): "*Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al Código de Conducta y de buen gobierno organizacional, el Sistema Integrado de Gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos*" de la Superintendencia Nacional de Salud.

PARÁGRAFO 1.- Incluir en el listado maestro de documentos como parte de la pirámide documental en el proceso correspondiente las anteriores metodologías en su versión vigente.

PARAGRAFO 2.- El Líder del proceso será el responsable de informar las actualizaciones del documento a la Oficina Asesora de Planeación y Calidad, para actualizar el listado maestro de documentos.

ARTICULO CUARTO: LINEAMIENTOS A SEGUIR. Conforme a la normatividad adoptada e identificados los riesgos a los que está expuesta la Institución, se priorizaran los siguientes riesgos y sus respectivos subsistemas:

1. **RIESGO EN SALUD: E**s 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 o servicios que hubiera podido evitarse.

2. **RIESGO OPERACIONAL:** Es la probabilidad de que una entidad presente desviaciones en los objetivos misionales, como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal o biomédicos, en la infraestructura, por fraude, corrupción y opacidad, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.

3. **RIESGO FINANCIERO:** 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 y a la posibilidad que la 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). Acá se une el riesgo de crédito y el riesgo de liquidez, consagrados en la norma.

4. **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.

5. **RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO:** Es la posibilidad que en la realización de las operaciones de una entidad, estas puedan ser utilizadas por organizaciones criminales como instrumento para ocultar, manejar, invertir o aprovechar dineros, recursos y cualquier tipo de bienes provenientes de actividades delictivas o destinados a su financiación, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas o a las transacciones y fondos de recursos vinculados con las mismas.

000256

ARTICULO QUINTO: ACTUALIZACION. La presente resolución debe ser revisada anualmente o antes, si existiesen modificaciones que así lo requieran por normatividad, para asegurar que la Política siga siendo oportuna, suficiente y eficaz.

ARTICULO SEXTO: SOCIALIZACION Y DIFUSION. La presente Resolución debe darse a conocer a todos los funcionarios, colaboradores y terceros de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz y la ciudadanía en general, mediante su publicación en el sitio Web Oficial y demás medios de comunicación interna.

ARTÍCULO SEXTO. VIGENCIA. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga la Resolución No. 00181 del 29 de Enero de 2021.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en San José de Cúcuta, a los 26 días del mes de Enero 2023

MIGUEL TONINO BOTTA FERNANDEZ
Gerente

Proyectó: Vanessa Contreras, Gladys mora y Jonathan Gelvez - PE apoyo Oficina de planeación y Calidad
Revisó: Doris Angarita / Asesor de Planeación y Calidad
Aprobó: Martin Alberto Santos Díaz/ Asesor Jurídico