REPUBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**
**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA**
**Empresa Social del Estado**

**RESOLUCION NÚMERO**
**( 0660 )**

**POR MEDIO DEL CUAL SE ACTUALIZA LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.**

**LA DIRECTORA GENERAL (E) DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA – EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

En uso de sus facultades Constitucionales y Legales, en especial las conferidas por el Decreto No 5017 del 28 de diciembre de 2009 y

**CONSIDERANDO:**

Que el Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, es una entidad descentralizada, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica y autonomía administrativa y financiera, regulada en lo pertinente por la ley 100 de 1993, las leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y las demás normas aplicables a los prestadores de servicios de salud de carácter público en general y, en particular, por el decreto 1876 de 1994 y el decreto 5017 de 2009.

Que de acuerdo con los numerales 1 y 18 del artículo 7º del decreto 5017 de 2009, el Director General tiene dentro de sus funciones expedir los actos administrativos para el desarrollo de su objeto, en lo relacionado con su competencia, que sean necesarios para el funcionamiento de la entidad.

Que la Constitución Política en el artículo 209 establece a la administración pública en todos sus órdenes, tendrá un control interno, que se ejercerá en los términos que señale la Ley y que la función administrativa se debe desarrollar con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad.

Que el Gobierno Nacional mediante el Decreto 1537 de 2001, reglamentó parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado, y en el artículo 4° dispuso respecto a la administración de riesgos que, como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo. Que así mismo, el artículo 4° del citado decreto consagró a efectos de la adopción de políticas de administración de riesgos, que la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las oficinas de control interno o quien haga sus veces, evaluando los aspecto tanto internos como externos que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizacionales, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control, acordadas entre los responsables de las áreas o procesos y las oficinas de control interno e integradas de manera inherente a los procedimientos.

Que mediante Decreto 943 del 21 de mayo de 2014, se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), a través del Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno, disponiendo que el establecimiento y desarrollo de Control Interno en los organismos y entidades públicas, es responsabilidad de la máxima autoridad de la entidad, teniendo en cuenta la identificación del riesgo e incorpora en el Modelo de Control de Planeación y gestión el componente de Administración del Riesgo.

REPUBLICA DE COLOMBIA

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**
**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA**
**Empresa Social del Estado**

**RESOLUCION NÚMERO**
**( 0660 )**

**POR MEDIO DEL CUAL SE ACTUALIZA LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.**

---

Que el literal f. del artículo 2 de la ley 87 de 1993, orienta el Sistema de Control Interno a "Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivo."

Que en cumplimiento de la Ley 872 del 2003, el Instituto ha implementado su Sistema de Gestión de la Calidad y, en él, un modelo de gestión del riesgo.

Que el decreto 1011 de 2006 establece el Sistema de la Garantía de la Calidad en Salud en sus componentes de: Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, Sistema Único de Acreditación y Sistemas de información para la Calidad y la descripción de las características del mismo; los cuales establece referentes relacionados con la seguridad del paciente y la gestión del riesgo.

Que la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública (NTCGP) 1000:2009 adoptada en el Decreto 4485 de 2009, determina las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en los organismos, entidades y agentes; mediante una gestión por procesos y la administración del riesgo.

Que el Ministerio de salud expidió la política de seguridad del paciente y definió los lineamientos para su implementación el 8 de junio del 2011.
Que el Instituto Nacional de Cancerología ESE, define al interior la Resolución 00107 del 16 de febrero de 2015 "Por la cual se adopta la política institucional de seguridad del paciente" El Instituto Nacional de Cancerología – ESE, se compromete a trabajar por la reducción de los eventos adversos e incidentes durante la prestación de servicios de salud oncológicos. Para tal logro implementa de forma proactiva y previsiva estrategias, tales como la gestión del riesgo, la educación tanto del cliente interno como externo, la capacitación y entrenamiento en seguridad a los procesos de atención, involucrando el cliente interno, el paciente, la familia, los colaboradores y las aseguradoras. Creando así una cultura de seguridad, justa, no punitiva, pero que no fomente la irresponsabilidad, un entorno seguro, unos procesos, estructuras y tecnologías seguras, un recurso humano capacitado y confiable, donde cada evento, informado o detectado, se gestione en forma efectiva, evitando su reaparición.

Que la resolución 2003 del 2014 define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, con especial énfasis en la seguridad del paciente

Que la Resolución 00732 del 29 de septiembre del 2014 adoptó el Sistema Integrado de Gestión del Instituto y la conformación del Comité de Apoyo a la Gestión Institucional; alineándose con el Decreto 2482 del 2012 y, dentro de sus funciones se estableció la de "Fomentar la cultura del autocontrol en los responsables de los procesos y procedimientos institucionales.".

Que la Presidencia de la Republica publicó la Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción 2015 como referente conceptual y metodológico y establece cinco acciones para la administración del riesgo, así: 1.-) Establecer la Política de Administración de Riesgos de Corrupción, 2.-) Construcción del mapa de Riesgos, 3.-) Consulta y Divulgación, 4.-) Monitoreo y Revisión y, 5.-) Seguimiento a las acciones establecidas en el Mapa de Riesgos de Corrupción.

Que la resolución 00962 del 2014 del Instituto Nacional de Cancerología ESE adoptó la actualización del modelo estándar de control interno MECI 2014, en el Instituto.

REPUBLICA DE COLOMBIA

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**
**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA**
**Empresa Social del Estado**

**RESOLUCION NÚMERO**
**( 0660 )**

**POR MEDIO DEL CUAL SE ACTUALIZA LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.**

---

Que el Instituto creó el procedimiento de gestión del riesgo (GSI-P07) en el proceso Gestión del Sistema de Desempeño Institucional.

Que la Norma Técnica NTC ISO 31000, ratificada por el Concejo Directivo de 2011 – 02 – 2016, cuyo objeto es brindar los principios y las directrices genéricas sobre la gestión del riesgo en cualquier empresa pública, privada o comunitaria, asociación, grupo o individuo.

Que de acuerdo con lo señalado antes, se precisa realizar la actualización y ajustes a la Política de Administración del Riesgo para la Entidad.

En mérito de lo expuesto,

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO. ACTUALIZAR Y DEFINIR la Política de Administración del Riesgo para el Instituto Nacional de Cancerología ESE**, incorporando elementos conceptuales y de operación para la gestión del riesgo, basados en la guía para la Administración del Riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) y las directrices de la NTC – ISO 31000 versión 2011, con el objetivo de garantizar su misión, estableciendo su compromiso, así:

*"El INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, se compromete a gestionar de manera integral los riesgos de todos los procesos, con la participación del talento humano y los aliados estratégicos que le permita el cumplimiento de su misión institucional."*

**ARTÍCULO SEGUNDO: Alcance:** La presente resolución ratifica la gestión del riesgo como un procedimiento del nivel estratégico y, por lo tanto, es un componente de apoyo que trasciende a toda la organización y a todos sus procesos estratégicos, misionales y de Apoyo. La administración de los riesgos se hace necesaria para minimizar la vulnerabilidad, reducir la incertidumbre y aumentar la probabilidad de alcanzar los objetivos del plan de desarrollo Institucional mediante un enfoque preventivo y a través del tratamiento eficaz de los mismos, por ello, la valoración, tratamiento y seguimiento de los riesgos se centra en cada proceso, orientado al control de los riesgos estratégicos, operativos, financieros, tecnológicos, de imagen, de cumplimiento y de corrupción.

Se identifica en su alcance los siguientes componentes prioritarios:

- El Mapa de Riesgos Institucional contendrá, a nivel estratégico, los mayores riesgos a los cuales está expuesta la entidad.
- El Mapa de Riesgos por Procesos facilitará la elaboración del mapa de riesgos institucional, que se alimenta de estos, teniendo en cuenta que solamente se trasladan aquellos riesgos que permanecieron en zonas extremas y altas de riesgos.
- La institución define que por cada proceso se debe identificar, por año, un máximo de 8 riesgos.

REPUBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**
**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA**
**Empresa Social del Estado**

**RESOLUCION NÚMERO**
**( 0660 )**

**POR MEDIO DEL CUAL SE ACTUALIZA LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.**

---

**PARAGRAFO 1:** Los niveles de aceptación o tolerancia del riesgo se definen así:

Se tratará los riesgos extremos y los altos en primer lugar, a los riesgos moderados y bajos se les realizarán seguimiento según lo establece en el artículo sexto de la presente resolución.

**PARÁGRAFO 2**: El procedimiento institucional" Gestión del Riesgo (GSI-P07)" en el proceso Gestión del desempeño institucional (GSI) permite articular con el direccionamiento estratégico y ha definido una metodología estandarizada que parte del análisis del contexto del Instituto hasta el seguimiento del riesgo.

**PARÁGRAFO 3**: Dentro del mapa institucional y de la política de administración del riesgo del Instituto se contemplará de manera obligatoria los riesgos de corrupción, para que a partir de estos se realice un monitoreo a los controles establecidos por los mismos.

**PARÁGRAFO 4:** Los niveles para calificar la probabilidad y el impacto en los riesgos por proceso son:

| TABLA DE PROBABILIDAD | | | |
|---|---|---|---|
| NIVEL | DESCRIPCIÓN | DESCRIPCIÓN | FRECUENCIA |
| 1 | Raro | El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales. | No se ha presentado en los últimos 5 años. |
| 2 | Improbable | El evento puede ocurrir. | Se presentó una vez en los últimos 5 años. |
| 3 | Posible | El evento es posible que ocurra en algún momento | Se presentó una vez en los últimos 2 años. |
| 4 | Probable | El evento ocurre en la mayoría de las circunstancias | Se presentó una vez en el último año. |
| 5 | Casi seguro | El evento ocurre en la mayoría de las circunstancias | Se ha presentado más de una vez al año. |

| TABLA DE IMPACTO | | |
|---|---|---|
| NIVEL | DESCRIPCIÓN | DESCRIPCIÓN |
| 1 | Insignificante | Si el hecho llegara a presentarse, tendría consecuencias o efectos mínimos sobre la entidad. |
| 2 | Menor | Si el hecho llegara a presentarse, tendría bajo impacto o efecto sobre la entidad. |
| 3 | Moderado | Si el hecho llegara a presentarse, tendría medianas consecuencias o efectos sobre la entidad. |
| 4 | Mayor | Si el hecho llegara a presentarse, tendría altas consecuencias o efectos sobre la entidad |
| 5 | Catastrófico | Si el hecho llegara a presentarse, tendría desastrosas consecuencias o efectos sobre la entidad. |

- En la medición de los riesgos de corrupción la institución define que en la variable IMPACTO, los niveles para calificar son :

| DESCRIPTOR | DESCRIPCIÓN | NIVEL |
|---|---|---|
| Moderado | **Afectación parcial al proceso y a la dependencia** | 5 |
| | Genera medianas consecuencias para la entidad. | |
| Mayor | **Impacto negativo de la Entidad** | 10 |
| | Genera altas consecuencias para la entidad. | |
| Catastrófico | **Consecuencias desastrosas sobre el sector** | 20 |
| | Genera consecuencias desastrosas para la entidad. | |

- Cuando el riesgo sea de corrupción se aplicará únicamente como medida de mitigación: Evitar el riesgo o Reducir el riesgo.
- Seguridad del paciente tanto en el cuidado y atención en salud como en el desarrollo de los proyectos de investigación.
- Garantía de los derechos y deberes a las partes interesadas.
- Gestión administrativa y financiera como soporte de la operación transparente y de cumplimiento al plan de desarrollo institucional.
- Gestión del talento humano.
- Gestión de la tecnología.
- Gestión ambiental y del ambiente físico.
- Gestión del subsistema de seguridad y salud en el trabajo.
- Radioprotección.

**ARTÍCULO TERCERO. Objetivos:** Se han definido:

**Objetivo General:** Realizar las acciones para la adecuada gestión de los riesgos institucionales de manera priorizada, que disminuya la probabilidad de materialización del riesgo, así como la mitigación de las consecuencias, en caso de presentarse un evento no deseado.

**Objetivos específicos:**

- Implementar una metodología que permita establecer mecanismos de valoración (Identificación, Análisis y Evaluación), Tratamiento y seguimiento de los riesgos a los que se está constantemente expuesto.
- Fortalecer el sistema de control interno.
- Realizar tratamiento a los riesgos priorizados para minimizar la probabilidad de ocurrencia.
- Realizar seguimiento y monitoreo permanente al mapa de riesgos institucional, para evaluar la efectividad de las acciones de mitigación e identificación de nuevos riesgos.
- Utilizar la información obtenida de la gestión del riesgo para la toma efectiva de decisiones.
- Involucrar y comprometer al talento humano en todas las etapas del proceso teniendo en cuenta que son ellos quienes pueden facilitar o dificultar el logro de los objetivos institucionales.

REPUBLICA DE COLOMBIA

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**
**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA**
**Empresa Social del Estado**

**RESOLUCION NÚMERO**
**( 0660 )**

**POR MEDIO DEL CUAL SE ACTUALIZA LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.**

---

- Generar aprendizaje organizacional de modo que la administración del riesgo sea dinámica y receptiva al cambio.
- Identificar y gestionar los riesgos de corrupción como estrategia de lucha que garantice una gestión transparente y permita resguardar los recursos de la entidad.
- Propender por la mejora continua generando una cultura de autocontrol y autoevaluación al interior de cada proceso.
- Fomentar la cultura del autocontrol en los colaboradores de la entidad orientada a la gestión del riesgo.

**ARTÍCULO CUARTO. Estrategias**: La presente resolución orienta al establecimiento de las siguientes estrategias:

- Implementación de la metodología de gestión del riesgo basada en la guía para la administración del riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), Guía para la gestión del Riesgo de Corrupción 2015 y las directrices de la NTC – ISO 31000.
- Elaborar el plan de gestión del riesgo con participación de diferentes niveles del Instituto.
- Identificar, analizar, evaluar, tratar y hacer seguimiento a los riesgos institucionales y por proceso de manera priorizada.
- Fomentar la cultura de gestión del riesgo mediante capacitación y entrenamiento a los líderes de los procesos con énfasis en el desarrollo de competencias encaminadas a la reducción y previsión de los riesgos existentes y forma de dar respuesta en caso de materialización de los mismos.
- Hacer seguimiento a indicadores asociados a los riesgos.
- Evaluar planes de mejora que traten riesgo.
- Implementar acciones de supervisión basados en riesgos.
- Hacer referenciación de mejores prácticas frente a la gestión del riesgo
- Hacer divulgación de los riesgos y resultados a través de los mecanismos de comunicación establecidos por el Instituto.
- Revisión periódica anual del mapa de riesgos para evaluar la efectividad de las acciones de mitigación e identificación de nuevos riesgos

**ARTÍCULO QUINTO. RESPONSABILIDADES: El Instituto establece diferentes responsabilidades de acuerdos la estructura funcional, así:**

- Este procedimiento aplica para todos los servidores públicos y trabajadores de empresas aliadas estratégicas que laboran en el Instituto. Estos deben garantizar su adecuada aplicación en el ámbito de sus puestos de trabajo y fortaleciendo los puntos de control de sus actividades.
- El comité directivo establecerá criterios de planeación, seguimiento y evaluación de la gestión del riesgo institucional y promoción de una cultura de carácter preventivo, autocontrol y proactivo en su actuar.
- Los coordinadores y/o líderes de todas las áreas establecerán el mapa de Riesgos de su proceso y de ser necesario con el acompañamiento del responsable de riesgos y dispondrán de la debida monitorización y supervisión para la gestión de riesgos dentro de sus procesos.
- La Dirección General establecerá mecanismos de comunicación para el despliegue de los resultados de la gestión del riesgo.

REPUBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**
**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA**
**Empresa Social del Estado**

**RESOLUCION NÚMERO**
**( 0660 )**

**POR MEDIO DEL CUAL SE ACTUALIZA LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.**

---

- El Comité de Apoyo a la Gestión Institucional efectuará el control y seguimiento, basándose en el desarrollo del procedimiento, el proyecto de calidad en el componente de riesgos y a los resultados de los tratamientos formulados en la gestión del riesgo.
- La oficina de control interno ejercerá una evaluación independiente frente al cumplimiento en las diferentes etapas de la gestión del riesgo.

**ARTÍCULO SEXTO. SEGUIMIENTO:** El Instituto dispondrá desde el comité directivo criterios de seguimiento y evaluación mediante el análisis que le aplican al procedimiento de gestión de riesgo institucional.

Los responsables de realizar el monitoreo y seguimiento a los mapas de riesgos por proceso y en orden de aplicabilidad son:

1. Líder del Proceso
2. Oficina de Control Interno

La periodicidad de seguimiento de acuerdo a los niveles de riesgo residual, serán realizados de la siguiente manera:

- Los riesgos determinados como extremos y altos se les realizará monitoreo cada 4 meses, dejando evidencia de dicha verificación.
- Los riesgos determinados como moderados y bajos se les realizará monitoreo una vez cada año con enfoque principal de seguimiento a los controles.

**ARTÍCULO SÉPTIMO. INFORMACIÓN:** El Instituto dispondrá en el SIAPINC4 de un sistema de información de gestión del riesgo, el cual deberá contar con las garantías de seguridad y acceso que lo ameritan.

**ARTÍCULO OCTAVO.- VIGENCIA:** La presente resolución rige a partir de la fecha de expedición y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial la resolución 0077 del 04 de febrero de 2016.

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dado en Bogotá, D.C., a los

04 JUL 2017

**CAROLINA WIESNER CEBALLOS**
**Directora General (E.)**

Elaborado por: DC/Oficina de Calidad/LEC/A de la D/