

## 1. INFORME DE SEGUIMIENTO – VIGENCIA 2022 EJE GESTIÓN DEL RIESGO



La formulación del Plan de desarrollo de la vigencia 2020 – 2023 **“PORQUE YA, SOMOS LOS MEJORES”**, alinea la operación de la ESE con los criterios estratégicos, de manera que se tienen propósitos claros para alcanzar los objetivos definidos para este plan. Como resultado final la gestión del riesgo se definió como eje estratégico dando origen a la política de gestión del riesgo divulgada a los funcionarios en el proceso de inducción institucional, se identificaron 409 riesgos en los 61 procesos y subprocesos del hospital, lo cual se evidencia con la actualización del mapa de procesos, dando origen a la implementación de acciones y controles para el adecuado tratamiento a los riesgos identificados, de las cuales se han gestionado el 73% (300 riesgos) con corte Diciembre de 2022.

Grafico 1. Ejes estratégicos HDTUU – 2020 - 2023

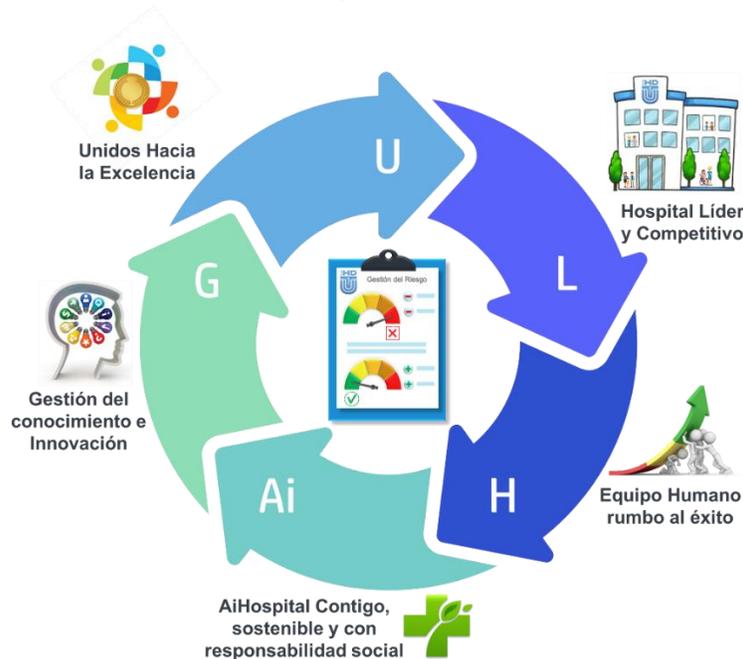
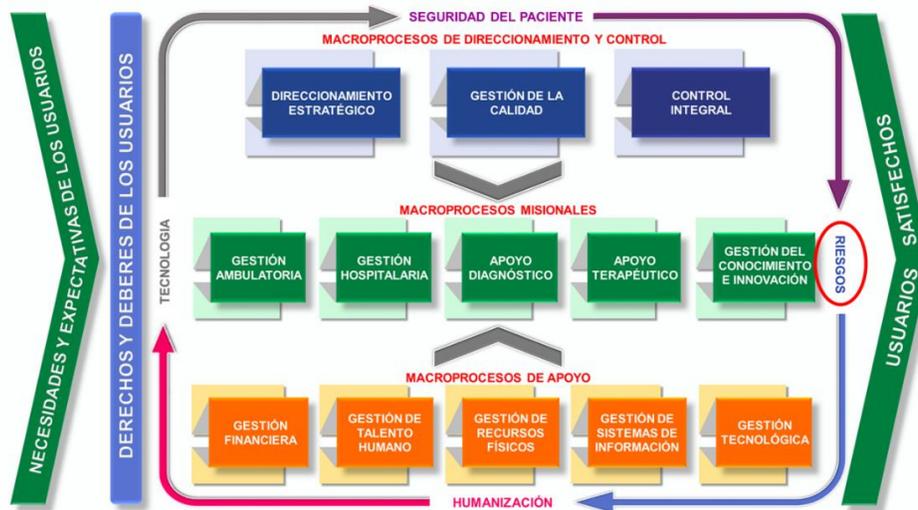


Grafico 2. Mapa de Procesos HDTUU 2021



El eje de gestión del Riesgo genera un modelo dinámico de supervisión enfocado en la comprensión y la anticipación de los riesgos que la ESE enfrenta, garantizando el cumplimiento de los ejes estratégicos del Plan de Desarrollo 2020 – 2023, por medio de la construcción de una matriz de riesgos MD-GC-RE-110, según la metodología planteada del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) con algunos ajustes propios de la entidad, los cuales se ajustaban a las necesidades de una empresa prestadora de servicios de salud, donde cada uno de los procesos institucionales cuenta con su matriz de riesgos, definiendo la herramienta en la Guía para la Administración de Riesgos MD-GC-GI-043, en donde se establecen, los parámetros para la administración de los riesgos relacionados a los procesos del Hospital, su trazabilidad, registro y monitoreo, a través de la presentación de los criterios para la identificación, análisis, valoración, definición de acciones de mitigación y seguimiento a los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de la Misión y Objetivos Institucionales, enmarcados en la precitada política.

La implementación del Sistema de Gestión del Riesgo en la ESE, ha permitido:

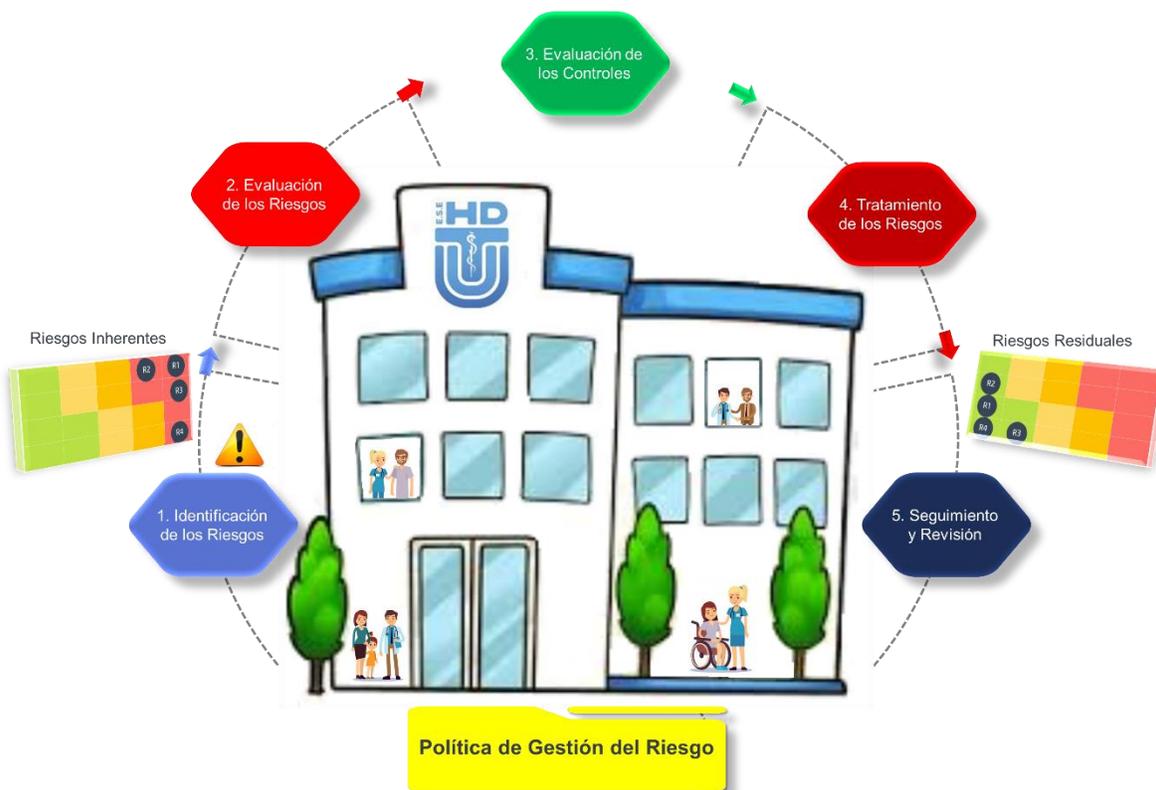
- Fortalecer la confianza en los grupos de interés, con el aumento clientes, la satisfacción a aumentado, vinculaciones de recurso humano.
- Capacidad de adaptación, comprensión de los factores en salud pública de la población, con el aumento de la capacidad instalada de las unidades de cuidado intensivo y hospitalización, con los equipos biomédicos requeridos y el talento humano competente, igualmente se incrementó considerablemente la capacidad de respuesta en el área de urgencias, laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, entre otros servicios.
- Competitividad, apertura de servicios de salud requeridos, personal calificado, capacidad instalada según la demanda.
- Toma de decisiones asertivas, acciones derivadas de los riesgos que hayan teñido orientación para priorizar intervenciones.
- Alcance de los objetivos estratégicos, evidenciado en el cumplimiento del Plan de acción al Plan de Desarrollo en la vigencia 2022.

Para garantizar un adecuado monitoreo y seguimiento, se cuenta con una línea estratégica y 3 líneas de defensa a mencionar:

- 1er línea de defensa: Líderes de proceso, los cuales junto a su equipo de trabajo: identificación, valoración, monitoreo y acciones de mejora.
- 2da línea de defensa: Líder de Gestión del riesgo del proceso de Calidad y Planeación, el cual apoya el proceso de la primera línea de defensa.
- 3ra línea de defensa: Control interno, encargado de revisar de manera independiente y objetiva el cumplimiento.

Para la identificación, valoración, evaluación de controles, tratamiento y seguimiento a los riesgos de los procesos de Misionales, Estratégicos, Apoyo y Anticorrupción, contamos con la Matriz de Riesgos Institucional, en donde de forma dinámica y permanente, se registra la gestión los riesgos institucionales y se define la efectividad de los controles, ejecutando los pasos definidos en la Metodología Para Administrar el Riesgo que contiene:

Grafico 3. Proceso Gestión del Riesgo Institucional



Las actividades descritas en la metodología de administración de riesgos, se fortalecen en las auditorías periódicas realizadas, propendiendo por una mayor asertividad en el desarrollo y diligenciamiento de los líderes de procesos y de su equipo de trabajo. Asimismo, genera el compromiso para la implementación de controles y seguimiento periódico (dos veces por vigencia), en primera instancia por el equipo de trabajo y en segunda instancia, por el grupo de calidad y planeación de la entidad a través de auditorías internas, herramienta de seguimiento del proceso, implementación de acciones para la administración del riesgo.

Grafico 4. Clases de riesgos



Por otra parte, a nivel asistencial, las gestiones de los riesgos asistenciales se integran al programa de seguridad del paciente, dándole cumplimiento a las metas internacionales y los paquetes instruccionales de seguridad del paciente y el control de infecciones, incluyendo los 15 actos inseguros según la Organización Mundial de Salud (OMS), mediante la identificación de los riesgos asistenciales y su adecuada gestión frente a los mismos, mediante la implementación de controles, barreras y acciones mejora. Es así como los riesgos asistenciales durante el proceso de atención, tienen herramientas de verificación diaria incorporadas, en cada uno de los procesos tales como, listas de chequeo, rondas de seguridad e infecciones, medición de adherencia. Lo anterior reforzado con los indicadores de seguimiento a de los procesos misionales, como reingresos a los servicios por la misma causa de consulta, mortalidad materna, mortalidad en servicios y complicaciones.

A continuación, se adjunta una Ilustración Matriz de Riesgos Institucional diseñada en la ESE, en la cual cada uno de los coordinadores pueden administrar la Gestión de los riesgos:

Grafico 5. Matriz de Riesgos Institucional – MDGC-RE-110

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUÁ								
MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL								
Código: MD-GC-RE-110	Versión: 001							
Fecha Aprobación: 10/07/2021								
PROCESO								
FECHA IDENTIFICACIÓN								
CONTEXTO EXTERNO	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Políticas: cambios de gobierno, regulaciones, políticas públicas, reguladas.</li> <li>2. Económicas y Financieras: disponibilidad de capital, liquidez, mercados financieros, desempleo, competencia.</li> <li>3. Sociales y Culturales: demografía, responsabilidad social, orden público.</li> <li>4. Tecnológicas: avances en tecnología, acceso a sistemas de información externos, gobierno en línea.</li> <li>5. Ambientales: emisiones y residuos, energía, catástrofes naturales, desarrollo sostenible.</li> <li>6. Legales y Reglamentarios: Normatividad externa (Leyes, Decretos, ordenanzas y resoluciones).</li> </ul>							
CONTEXTO INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Financiero: presupuesto de funcionamiento, recursos de inversión, infraestructura, capacidad instalada.</li> <li>2. Recursos: competencia del personal, disponibilidad del personal, seguridad y salud ocupacional.</li> <li>3. Recursos: capacidad, diseño, ejecución, operaciones, entornos, métodos, gestión del conocimiento.</li> <li>4. Tecnología: integridad de datos, disponibilidad de datos y sistemas, desarrollo, producción, mantenimiento de sistemas de información.</li> <li>5. Estrategia: alineamiento estratégico, planeación institucional, liderazgo, trabajo en equipo.</li> <li>6. Comunicación Interna: canales utilizados y su efectividad, flujo de la información necesaria para el desarrollo de las operaciones.</li> </ul>							
CONTEXTO DEL PROCESO	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Diseño del Proceso: claridad en la descripción del alcance y objetivos del proceso.</li> <li>2. Interrelación con otros procesos: relación precisa con otros procesos en cuanto a insumos, proveedores, productos, usuarios o clientes.</li> <li>3. Transparencia: procesos que permitan transparencia necesaria para el desarrollo de todos los procesos de la entidad.</li> <li>4. Procedimientos Asignados: pertinencia en los procedimientos que desarrollan los procesos.</li> <li>5. Responsables del Proceso: grado de autoridad y responsabilidad de los funcionarios frente al proceso.</li> <li>6. Comunicación entre procesos: efectividad en los flujos de información desmenuados en la interacción de los procesos.</li> <li>7. Activo de seguridad: Digital del proceso: información, aplicaciones, hardware entre otros, que se deben proteger para garantizar el funcionamiento normal de cada proceso, como de cara al ciudadano.</li> </ul>							
1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO								
CONTEXTO	CLASE DE RIESGO							
PROCESO	OBJETIVO	CAUSA	RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	VERIFICACIÓN RIESGO DE CORUPCIÓN	CODIGO	CONSECUENCIA
						VC		

La ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, para la calificación de los riesgos identificados usa dos variables: La probabilidad y el Impacto, pero para disminuir la subjetividad en la calificación del Impacto, evalúa 5 variables, donde el coordinador del proceso y su equipo de trabajo pueden seleccionar las opciones y calificar. Esta calificación se promedia y al final se multiplica con la probabilidad, dando como resultado la calificación del riesgo inherente.

Grafico 6. Mapa de calor – MDGC-RE-110

AFECTA EL OBJETIVO DEL PROCESO.

AFECTA LA IMAGEN Y/O CREDIBILIDAD

AFECTA RECURSOS ECONOMICOS

GENERA INTERVENCIÓN Y/O SANCIÓN

GENERA PERDIDA DE INFORMACIÓN

		IMPACTO					
		INSIGNIFICANTE	MENOR	MODERADO	MAYOR	CATASTROFICO	
		1	2	3	4	5	
PROBABILIDAD	CASI SEGURO	5	ALTA-IMPORTANTE 5	ALTA-IMPORTANTE 10	EXTREMA-INACEPTABLE 15	EXTREMA-INACEPTABLE 20	EXTREMA-INACEPTABLE 25
	PROBABLE	4	MODERADO 4	ALTA-IMPORTANTE 8	ALTA-IMPORTANTE 12	EXTREMA-INACEPTABLE 16	EXTREMA-INACEPTABLE 20
	POSIBLE	3	BAJO-TRIVIAL 3	MODERADO 6	ALTA-IMPORTANTE 9	EXTREMA-INACEPTABLE 12	EXTREMA-INACEPTABLE 15
	IMPROBABLE	2	BAJO-TRIVIAL 2	BAJO-ACEPTABLE 4	MODERADO 6	ALTA-IMPORTANTE 8	EXTREMA-INACEPTABLE 10
	RARA VEZ	1	BAJO-TRIVIAL 1	BAJO-ACEPTABLE 2	MODERADO 3	ALTA-IMPORTANTE 4	ALTA-IMPORTANTE 5

## **2. ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS GESTIÓN DEL RIESGO**

Por otra parte, a nivel asistencial, las gestiones de los riesgos asistenciales se integran al programa de seguridad del paciente, dándole cumplimiento a las metas internacionales y los paquetes instruccionales de seguridad del paciente y el control de infecciones, mediante la identificación de los riesgos asistenciales y su adecuada gestión frente a los mismos, mediante la implementación de controles, barreras y acciones mejora. Es así como los riesgos asistenciales durante el proceso de atención, tienen herramientas de verificación diaria incorporadas, en cada uno de los procesos tales como, listas de chequeo, rondas de seguridad e infecciones, medición de adherencia. Lo anterior reforzado con los indicadores de seguimiento a de los procesos misionales, como reingresos a los servicios por la misma causa de consulta, mortalidad materna, mortalidad en servicios y complicaciones.

## **3. SEGUIMIENTO GESTIÓN DEL RIESGO 2021**

La ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, en la vigencia 2022, realizó tres auditorías a los procesos de la institución, logrando un alcance a 61 procesos y subprocesos, teniendo en cuenta a los procesos externos y/o alianzas estratégicas.

Obteniendo al final una identificación de 409 riesgos en los diferentes procesos institucionales, los cuales se les realizó un seguimiento por parte de los coordinadores del proceso y el líder del sistema de gestión del riesgo, donde se plantearon una serie de controles para lograr una adecuada mitigación de los mismos; observando que en 73% de los controles planteados lograron el objetivo de disminuir el riesgo, tanto en su probabilidad como en el impacto, controles que en su evaluación mostraron un alto grado de compromiso por parte del equipo de trabajo del proceso directo y procesos que indirectamente se veían relacionados con el mismo.

Los riesgos identificados se muestran a continuación, los cuales se agrupan en tablas, procesos asistenciales y procesos administrativas de la siguiente forma:

Tabla 1. Control y revisión riesgos asistenciales HDTUU –2022

CONTROL Y REVISIÓN RIESGOS - ASISTENCIALES - DICIEMBRE 2022				
PROCESO	RIESGOS INHERENTES	RIESGOS RESIDUALES		
	TOTAL RIESGOS IDENTIFICADOS	# RIESGOS ACEPTABLES Y/O MODERADOS	# RIESGOS IMPORTANTES	# RIESGOS INACEPTABLES
CARDIOLOGIA	8	8	0	0
CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	6	5	1	0
CIRUGIA	11	9	2	0
CONSULTA EXTERNA	10	7	2	1
DIAGNÓSTICO POR IMAGENES - ALIANZA	8	5	2	1
ENDOSCOPIA	11	10	1	0
FARMACOVIGILANCIA	4	3	1	0
HEMODIALISIS - NEFROPLUS	4	4	0	0
HEMOVIGILANCIA	3	2	1	0
HOMECARE	7	5	2	0
HOSPITALIZACIÓN	11	4	6	1
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	7	6	1	0
INFECCIONES	4	3	0	1
LABORATORIO CLINICO	8	6	2	0
NEUMOLOGIA	10	9	1	0
NUTRICIÓN Y DIETETICA	7	5	1	1
POBLACIÓN - IVE	16	9	6	1
PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO PYM	3	2	1	0
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	10	7	3	0
REHABILITACIÓN	27	20	5	2
SALUD MENTAL	4	2	2	0
SEGURIDAD DEL PACIENTE	4	1	3	0
SERVICIOS FARMACEUTICOS	5	5	0	0
TECNOVIGILANCIA	5	4	1	0
TRABAJO SOCIAL	5	4	1	0
UCI	10	6	3	1
UCI PEDIATRICA	11	10	1	0
URGENCIAS	13	7	6	0
REACTIVO VIGILANCIA	4	4	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>236</b>	<b>172</b>	<b>55</b>	<b>9</b>

Tabla 2. Control y revisión riesgos administrativos HDTUU – 2022

CONTROL Y REVISIÓN RIESGOS - AREA ADMINISTRATIVA - DICIEMBRE 2022				
PROCESO	RIESGOS INHERENTES	RIESGOS RESIDUALES		
	TOTAL RIESGOS IDENTIFICADOS	# RIESGOS ACEPTABLES Y/O MODERADOS	# RIESGOS IMPORTANTES	# RIESGOS INACEPTABLES
ASOSINDISALUD	7	6	1	0
AUDITORIA MEDICA	3	0	3	0
AUDITORIA MEDICA CALIDAD	4	3	1	0
CALIDAD	5	5	0	0
CARTERA	4	2	1	1
COMUNICACIÓN E IMAGEN	3	3	0	0
CONTABILIDAD	3	1	2	0
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	5	4	0	1
CONTROL INTERNO	4	4	0	0
COORDINACIÓN MÉDICA	8	7	1	0
COSTOS	3	0	3	0
EMERGENCIAS Y DESASTRES	3	3	0	0
ESTADISTICA	2	2	0	0
FACTURACIÓN	4	3	1	0
GRUPO GECOI	9	8	1	0
GESTIÓN AMBIENTAL Y SEGURIDAD	8	3	2	3
GESTIÓN DOCUMENTAL	5	3	0	2
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	9	6	2	1
HUMANIZACIÓN	6	4	2	0
INSTITUCIONAL	11	9	2	0
INVENTARIOS	3	1	2	0
JURIDICA	7	4	3	0
PLANES INSTITUCIONALES	3	3	0	0
PRESUPUESTO	4	2	2	0
SARLAFT	7	5	2	0
SERVICIOS GENERALES	8	5	3	0
SG-SST	3	3	0	0
SIAU	5	4	1	0
SICOF	11	11	0	0
SUMINISTROS	6	6	0	0
TALENTO HUMANO	7	6	1	0
TESORERIA	3	2	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>173</b>	<b>128</b>	<b>37</b>	<b>8</b>

Un total de 109 riesgos, equivalente al 27% de los riesgos identificados, quedaron después de la implementación de los controles propuestas en zona de riesgo no permitida según la Política de Riesgo Institucional, riesgos que requieren unos controles y acciones adicionales para lograr el tratamiento adecuado a esos riesgos, los cuales serán analizados por el Comité de Gestión del Riesgo, a mencionar:

Tabla 3 – Relación Riesgos en zona no permitida - 2022

#	PROCESO	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	DISMINUYE LA PROBABILIDAD?	DISMINUYE EL IMPACTO?	RIESGO RESIDUAL
1	Asosindisalud	Possibilidad de presentarse decepción laboral en los colaboradores	EXTREMA-INACEPTABLE 15	Mejoramiento de las condiciones laborales. Pago Oportuno del salario	No Disminuye	Indirectamente	ALTA-IMPORTANTE 10
2	Auditoria Médica	Possibilidad de presentar Subfacturación o sobrefacturación de los servicios prestados a las diferentes EAPBs	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Auditoria previa a las historias 2. Capacitación del personal 3. Reporte de hallazgos de auditoria médica	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 10
3		Possibilidad de aumentar la glosa por falta de pertinencia en las atenciones, ordenamientos de nuestros usuarios de acuerdo a sus patologías	ALTA-IMPORTANTE 8	1. Auditoria de adherencia a GPC, protocolos y procedimientos 2. Evaluación y seguimiento a los servicios de apoyo diagnóstico. 3. Medición de la oportunidad de la respuesta a interconsulta 4. Auditoria concurrente y auditoria medica previa	No Disminuye	No Disminuye	ALTA-IMPORTANTE 8
4		Possibilidad de presentar fallas en la facturación de los servicios	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Auditoria previa de la factura 2. Radicación oportuna de las facturas	No Disminuye	Indirectamente	ALTA-IMPORTANTE 10
5	Auditoria Médica - Calidad	Possibilidad de presentarse muestras no confiables de la Base del software Hosvital para el desarrollo de la auditoria en la calidad del diligenciamiento y pertinencia médica	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Depuración de la base de datos del sistema desde el proceso de sistemas, mediante el modulo Hosvital Report 2. Depurar por parte del medico auditor la base de datos	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
6	Cartera	Possibilidad de presentarse un crecimiento en el monto y edad de la carter con las diferentes ERP	EXTREMA-INACEPTABLE 25	1. Mantenerse activo en las mesas de conciliación 2. Mesas de flujos de recursos, 3. Mesas circular 03o 4. Ley 640. 4. se realiza cobro persuasivo y coactivo 5. Procesos Judiciales	No Disminuye	No Disminuye	EXTREMA-INACEPTABLE 25
7	Cartera	Possibilidad de realizar reprocesos en la administración de la información de Cartera vs Contabilidad	EXTREMA-INACEPTABLE 15	Cruce de información manual, se realiza solicitud al software para la solución de ese problema de alteración de carter por movimientos en el modulo contable, solicitud a la contadora de la institución sobre ese error del sistema de información, revisar manualmente los saldos negativos generados del sistema desglosando y buscando el error	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
8	Central de Esterilización	Possibilidad de contar con personal sin las competencias para desempeñar el cargo y para cubrir las contingencias en Central de esterilización	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Definir plan de trabajo para abordar contingencias. 2. Asignación del personal para el área que cumpla con las competencia que demanda el servicio. 3. Informar al área de Talento Humano el perfil y las competencias del recurso humano que se requiere en el área de central de esterilización.	No Disminuye	Indirectamente	ALTA-IMPORTANTE 10
9	Cirugia	Possibilidad de Infección intrahospitalaria de los pacientes en el área	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. protocolo de desinfección personal 2. evidencia de uso de elementos de protección personal 3. buenas técnicas asépticas 4. rondas de seguridad del paciente y comité de infecciones. 5. Campañas de seguridad del pcte	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 10
10	Cirugia	Possibilidad de presentar fallas en los registros clínicos del Paciente	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Auditoria en el diligenciamiento de la HC adecuada 2. Inspección y verificación de documentación adecuada 3. Auditoria a notas de enfermería 4. Medición de adherencia a notas de enfermería parafarmacéuticamente	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 10
11	Consulta Externa	Possibilidad de una oferta institucional insuficiente a las necesidades y expectativas de los grupos de interes	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Identificar el personal misional requerido para la prestación de las diferentes especialidades teniendo en cuenta el portafolio de servicios. 2. Medir los tiempos de oportunidad de citas. 3. Identificar la demanda insatisfecha y realizar gestión de la misma 4. Jornada extraordinarias para el cubrimiento de la demanda insatisfecha.	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
12	Consulta Externa	Possibilidad de Incumplimiento en las citas medicas por parte de los usuarios	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Llamar a cada paciente un día antes para confirmar la agenda. Esta labor se debe hacer para cada especialidad. 2. Actualizar la base de datos de los pacientes continuamente (énfasis en los contactos).	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
13		Possibilidad de presentarse fallas en la asignación de citas a los pacientes en las diferentes especialidades	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Contratación del personal suficiente a la demanda 2. Solicitud de citas por otros medios como: Call Center, Pagina web, SUIT 3. Aumento de hora por especialista 4. Cronograma de disponibilidad medico para consulta externa	No Disminuye	Indirectamente	EXTREMA-INACEPTABLE 20
14	Contabilidad	Possibilidad de Incumplir en los requisitos previamente definidos para realizar pagos de obligaciones	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Socialización y Sensibilización de las normas vigentes al personal involucrado del proceso. 2. Actualización de los procesos, políticas, procedimientos y manuales para que contemplen estos aspecto. 3. Implementación de formatos en caso de ser necesario 4. Listas de Chequeo 5. Generación de No conformes	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
15	Contabilidad	Possibilidad de incumplimiento en la funcionalidad del Software financiero	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Conciliación entre las oficinas que constituyen la generación del dato del aplicativo financiero 2. Reporte Ostickets al proceso de sistemas 3. Auditoria a la calidad y completitud de la información suministrada 4. Auditoria de Movimiento y de comprobantes descuadrados	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
16	Control Interno Disciplinario	Possibilidad de presentarse falta de privacidad en el desarrollo de las diligencias entre las investigaciones disciplinarias	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Solicitud gerencia del espacio adecuado para la oficina de control interno disciplinario e instrucción disciplinaria	No Disminuye	No Disminuye	EXTREMA-INACEPTABLE 20

#	PROCESO	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	DISMINUYE LA PROBABILIDAD?	DISMINUYE EL IMPACTO?	RIESGO RESIDUAL
17	Coordinación Médica	Probabilidad de presentarse procesos jurídicos por mala praxis en contra del Hospital	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Respuestas oportunas 2. Análisis de los casos presentados 3. Transcripción de Historias clínicas 4. Junta medicas 5. Dictamen pericial interno 6. Educación al personal, en adecuado diligenciamiento de los consentimientos información, diligenciamiento en historia clínica	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
18	Costos	Posibilidad de presentarse inconsistencias en el software de costos institucional	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Implementación de la parametrización de los centros de costos en el sistema hospitalar. 2. Capacitación a los funcionarios en el proceso de costos Hospitalarios. (Inducción y reinducción). 3. Acceso a coordinadores de proceso para ingreso al Aplicativo	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 10
19		posibilidad de extemporaneidad en la entrega de informes mensuales por cada una de las áreas que suministran información que alimenta el aplicativo gestión de costos.	ALTA-IMPORTANTE 10	1. Revisión periódica de la información requerida 2. Socialización del cronograma con las fechas de entrega oportuna de informes al proceso de costos	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
20		Posibilidad de inconsistencias en los informes suministrados por las diferentes áreas.	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Auditoría previa de los informes presentados por cada uno de los líderes 2. Socializar con los líderes de proceso la validación adecuada de los informes	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 10
21	Endoscopia	Posibilidad de presentarse reintervención por infección asociadas en la atención en salud	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Capacitación al personal en limpieza y desinfección de equipos 2. Mantenimiento predictivo 3. Adherencia a protocolos y procedimiento definidos 4. Adecuada preparación del paciente 5. Seguimiento postquirúrgico del paciente 6. Registro de desinfección 7. Articulación entre los servicios responsables del paciente	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
22	Facturación	Posibilidad de presentarse glosas administrativas por falta de autorizaciones en la prestación de los servicios de la salud con las EAPBS	ALTA-IMPORTANTE 12	1. Auditoría aleatoria a las autorizaciones solicitadas diariamente 2. Preauditoria de cuentas 3. Capacitación al personal sobre el proceso	No Disminuye	Indirectamente	ALTA-IMPORTANTE 8
23	Farmacovigilancia	Posibilidad de ocurrencia de eventos adversos relacionado al uso de medicamentos	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Rondas de farmacovigilancia 2. Promoción de los 10 correctos de medicamentos 3. Capacitaciones de uso seguro de medicamentos 4. Intervenciones individuales 5. Auditorías 6. Señalización de medicamentos LASA y MAR	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 10
24	Gestión Ambiental y Bioseguridad	Posibilidad de incumplir normativamente con la adecuada segregación de residuos sólidos en la entidad	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Capacitación del manejo adecuado de segregación de residuos al personal 2. Garantizamos suficiencia de recipientes según código de colores normativos según resolución. 3. Seguimiento periódico al cumplimiento a través de la aplicación de indicadores. 4. Contratación de gestores externos para el tratamiento de residuos, con licencias y permisos ambientales correspondientes. 5. Manual de gestión (PGIRASA) normativo y operativo en donde se definen los lineamientos para una adecuada gestión de residuos.	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 10
25		Posibilidad de incumplir normativamente con la adecuada segregación de líquidos contaminantes en la entidad	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Instalación de sistemas primarios de tratamiento de aguas residuales en puntos críticos. 2. Recolección in situ de aguas residuales no domésticas para posterior envío de tratamiento y/o disposición final. 3. Contratación de gestor autorizado para tratamiento de estos residuos 4. Capacitación y entrenamiento del personal 5. Actividades de seguimiento a las correctas prácticas del personal 6. Manual PGIRASA con los lineamientos adecuados	Directamente	Indirectamente	ALTA-IMPORTANTE 9
26		Posibilidad de incumplir normativamente con la adecuada gestión de residuos gaseosos (Emisiones atmosféricas) en la entidad	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Plan de mantenimiento preventivo de equipos industriales 2. Caracterizar los puntos de emisiones atmosféricas del Hospital	No Disminuye	Directamente	EXTREMA-INACEPTABLE 15
27		Posibilidad de inadecuadas gestión de residuos por carencia de Unidades técnicas de almacenamiento intermedio de residuos en el Hospital	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Informe direccionado a la gerencia solicitando para el plan de reeducción 2023 se incluya la construcción y/o adecuación de UTAs intermedias cumpliendo con las exigencias permitidas. 2. Frecuencias de recolección interna de residuos suficientes y continuas para controlar el almacenamiento primario de residuos 3. Capacitación y entrenamiento al personal sobre movimiento interno de residuos	No Disminuye	Indirectamente	EXTREMA-INACEPTABLE 15
28		Posibilidad de incumplimiento normativo por falta de identificación de las bolsas para residuos o inadecuado manejo de las bolsas con residuos	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Revisión de las exigencias de norma 2. Solicitud de adquisición de bolsas que cumplan las exigencias normativas 3. Capacitación del personal del uso adecuado de bolsas institucionales para residuos 4. Rotulación manual de las bolsas 5. Supervisión periódica	No Disminuye	Indirectamente	EXTREMA-INACEPTABLE 15
29	Gestión Documental	Posibilidad de Incumplimiento de la Aplicación de la Tabla de Retención Documental	EXTREMA-INACEPTABLE 20	Visitas de monitoreo a la aplicación de la TRD Inducción y reinducción del proceso Elaboración de cronograma de capacitaciones	No Disminuye	Indirectamente	EXTREMA-INACEPTABLE 15
30		Posibilidad de Inoportunidad en la custodia de la documentación de la entidad	EXTREMA-INACEPTABLE 20	Solicitud de adecuación en la edificación del archivo central Solicitud de archivadores para el archivo de gestión de los procesos	No Disminuye	No Disminuye	EXTREMA-INACEPTABLE 20

#	PROCESO	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	DISMINUYE LA PROBABILIDAD?	DISMINUYE EL IMPACTO?	RIESGO RESIDUAL
31	Gestión Tecnología	Posibilidad de tener dificultades en la accesibilidad con calidad a los pacientes y colaboradores por la fallas en los ascensores de la ESE	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Identificar las zonas mas vulnerables y solicitar presupuesto para su ejecución 2. Mantenimiento o Cambio de las redes eléctricas. 3. Solicitud de repuestos para el adecuado funcionamiento	No Disminuye	Indirectamente	ALTA-IMPORTANTE 10
32		Posibilidad de presentar fallas en instalaciones electricas y sobrecarga de la subestación eléctrica del Hospital	EXTREMA-INACEPTABLE 25	Mantenimiento preventivo a la planta Continuo monitoreo de la Planta física Control de temperatura Formulación de proyecto de inversión	Directamente	Indirectamente	EXTREMA-INACEPTABLE 12
33		Posibilidad de presentarse daños en los equipos biomédicos de la ESE	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Tener los insumos que recomienda el fabricante o proveedor para el uso apropiado del equipo biomédico 2. Capacitaciones al personal sobre el uso de dispositivos médicos 3. Cumplimiento del cronograma de mantenimientos preventivos 4. Mantenimientos correctivos en el momento indicado	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 10
34	Grupo GECCI	Posibilidad de Incumplimiento en la entrega del informe final de investigación a GECCI por parte de los investigadores	ALTA-IMPORTANTE 9	1. Concertar mecanismos, con la institución académica, para asegurar la entrega del informe final 2. Implementar un sistema de seguimiento sistematico para la recuperacion del informe final	No Disminuye	No Disminuye	ALTA-IMPORTANTE 9
35	Hemovigilancia	Posibilidad de presentar Reaccion transfusional a los pacientes	EXTREMA-INACEPTABLE 16	1. Capacitación al personal 2. Adherencia a guías - Uso de hemocomponentes 3. Sensibilización al personal en identificación y abordaje de las RAT 4. Paciente trazador	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 8
36	Hospitalización-Qx-Medicina Interna-Pediatría-Ginecología	Posibilidad presentarse caídas del paciente en el servicio durante su estancia	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. protocolos y guías institucionales 2. listas de chequeo de adherencia a guías y protocolos 3. paquetes instruccionales relacionados con las metas del programa de seguridad del paciente 4. rondas de seguridad del paciente y de calidad 5. cultura para reporte de eventos adversos e incidentes. 6. camas con barandas	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 10
37		Posibilidad de presentar fallas en la entrega de turno del personal asistencial	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. formato segun metología sbar para entrega de turno 2. formato no conforme para diligenciar en caso de fallas en el proceso 3. rondas de auditoria 4. actualización del protocolo de entrega de turno por enfermería 5. actas de compromiso al personal no adherente a la entrega de turno	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
38		Posibilidad de infecciones asociadas a la atención en Salud	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. protocolos Institucionales 2. uso correcto de los epp 3. prohibición de la visita a los pacientes hospitalizados. 4. reporte obligatorio de las patologías de interes en salud publica. 5. rondas de verificación	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
39		Posibilidad de presentarse fallas en los registro clinicos durante el ciclo de atención en Salud	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. auditoria de la historia clinica 2. actas de compromiso para el personal que incumple 3. capacitaciones del manejo de la hc	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
40	Hospitalización-Qx-Medicina Interna-Pediatría-Ginecología	Posibilidad de presentarse fallas en la prescripción, dispensación, preparación y administración de medicamentos a los pacientes en el servicio	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. protocolos y guías institucionales 2. listas de chequeo de adherencia a guías y protocolos 3. paquetes instruccionales 4. identificación del paciente 5. rondas de supervisión de auditoria	No Disminuye	Indirectamente	EXTREMA-INACEPTABLE 15
41		Posibilidad de presentarse Lesiones de piel en el paciente durante su estancia en Hospitalización	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. rondas de verificación de seguridad del paciente 2. paquetes instruccionales 3. rondas de verificación de la coordinacion medica y enfermería 4. Edcuación continua al personal auxiliar de enfermería 5. Asignación personal profesional para los procedimientos de curaciones 6. Verificación de cambios de posición del paciente mediante la asignación diaria de auxiliar de enfermería. 7. Seguimiento al formato de cambio de posición establecida institucionalmente.	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 10
42		Posibilidad de presentarse fallas en el procedimiento de solicitud y toma de muestras a los pacientes	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. inducción y reintroducción 2. seguimiento a la adherencia de protocolos institucionales 3. reporte de incidentes y eventos adversos 4. actas de compromiso	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
43	Humanización del servicio	Posibilidad de Prestar servicios de salud a población con Discapacidad en condiciones de infraestructura inadecuadas	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Seguimiento al programa de ambiente físico 2. Apoyo de profesional en arquitectura para ambiente físico. 3. Seguimiento al Plan de Participación ciudadana 4. Acompañamiento (Rondas de seguridad del Paciente) a servicios para la identificar necesidades de infraestructura	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
44		Posibilidad de presentarse Barreras en el acceso para la atención de población con enfoque diferencial	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Medición del Call center 2. Detección y socialización de barreras en los servicios ambulatorios asistenciales. 3. Seguimiento de PQRS en oportunidad en la atención médica 4. Señalización en lenguaje de señas y braille, lenguaje en lengua madre (Población indígena)	Directamente	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 8
45	Imágenes Diagnósticas	Posibilidad de presentarse fallas en los procesos o procedimientos en los usuarios del servicio	EXTREMA-INACEPTABLE 16	Revisión de Glosas Actualización de protocolos y manuales de procedimientos	Directamente	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 9

#	PROCESO	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	DISMINUYE LA PROBABILIDAD?	DISMINUYE EL IMPACTO?	RIESGO RESIDUAL
46	Imágenes Diagnósticas - Alianza	Posibilidad de presentar inaderencia a la preparación adecuada de las ecografías por los usuarios	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Educación al paciente 2. Informar sobre las condiciones requeridas a los coordinadores de los servicios 3. Reporte de incumplimiento a los criterios de preparación por parte de los servicios 4. Inducción y reinducción sobre la preparación adecuada de los pacientes	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
47		Posibilidad de contar con una infraestructura inadecuada para la atención del paciente	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Realizar informe sobre las condiciones inapropiadas de infraestructura en el área	No Disminuye	No Disminuye	EXTREMA-INACEPTABLE 15
48		Posibilidad de presentarse fallas en los registros clínicos del paciente para la prestación del servicio	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Reporte en Chamilo 2. Reporte auditoria concurrente 3. Capacitación al personal de los procesos	No Disminuye	Indirectamente	ALTA-IMPORTANTE 10
49	Infecciones	Posibilidad de Incumplimiento de la normatividad en infraestructura para unidades de aislamiento	EXTREMA-INACEPTABLE 20	Reporte de las auditorias externas. Autoevaluación de 3100 al proceso Formulación proyecto Nuevo Hospital con la infraestructura adecuada	No Disminuye	No Disminuye	EXTREMA-INACEPTABLE 20
50	Institucional	Posibilidad de Inoportunidad en la prestación de los servicios de salud de alta complejidad requeridos por la comunidad	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Proyecto de ampliación de servicios de alta complejidad 2. Requerimientos a la Secretaría de Salud Dptal 3. Apertura de Nuevos servicios de acuerdo a las necesidades de la comunidad 4. Solicitudes a la plataforma en el REPS	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
51		Posibilidad de tener competencia en servicios de salud en la región	ALTA-IMPORTANTE 10	Análisis de la competencia Seguimiento a los estándares de calidad en la prestación de servicios Sistema de gestión de calidad en la entidad	No Disminuye	Indirectamente	ALTA-IMPORTANTE 5
52	Inventarios	Posibilidad de Ingresar de activos fijos al hospital sin reporte al área de suministros	ALTA-IMPORTANTE 8	Reporte de ingreso del bien activo Actualización del inventario institucional Reporte entre suministros e inventarios Inventario en físico en cada una de los procesos	No Disminuye	Indirectamente	ALTA-IMPORTANTE 8
53		Posibilidad de traslado de activos entre las áreas sin notificación al proceso de inventarios	ALTA-IMPORTANTE 10	Formato de traslados de equipos - 028 Actualización del inventario Protocolo sancionatorio por traslado de activos fijos sin el permiso adecuado	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
54	Juridica	Posibilidad de dar respuesta extemporanea a requerimientos judiciales, de entidades de vigilancia y control, Derechos de Petición y Tutelas.	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Caracterizar el maestro con fecha preventiva de respuesta 2. Seguimiento periodico al maestro 3. Realizar semaforización a los requerimientos de acuerdo a su nivel de prioridad	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 10
55		Posibilidad de resultar condenados en sentencias judiciales (Costas y agencia en derecho) o al pago de conciliaciones	EXTREMA-INACEPTABLE 16	1. Divulgación de las Políticas de prevención de daño antijuridico a los colaboradores. 2. Actualizaciones permanentes para el equipo Juridico. 3. Atender las etapas procesales en oportunidad.	Directamente	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 9
56		Posibilidad de presentarse errores en los trámites administrativos de contratación	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Auditoria a cada contrato 2. Inducción y reinducción al personal 3. Lista de chequeo	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 10
57	Laboratorio Clínico y Patología	Posibilidad de presentarse imprecisiones en los reportes de los informes de resultados. Incluidos reportes críticos	EXTREMA-INACEPTABLE 16	Control y seguimiento al cronograma de mantenimiento de los equipos. Reinducción en el protocolo de recepción y procesamiento de muestras. Reporte de los informes o resultados críticos a la jefe o médico tratante	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 8
58		Posibilidad de recepción inadecuado de las muestras del laboratorio de patología	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Socializaciones de todas las áreas 2. Formalización del protocolo 3. Inducción por parte de patología	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 10
59	Movilidad del Paciente	Posibilidad de problemas en la movilidad de los pacientes correctamente en el interior y exterior de la ESE	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Inducción seguridad del paciente 2. Solicitud de mantenimientos (Ostickets) 3. Rondas de verificación	No Disminuye	Indirectamente	ALTA-IMPORTANTE 10
60	Neumología	Posibilidad de inestabilidad cardiopulmonar del Paciente	ALTA-IMPORTANTE 8	1. Crear un ambiente seguro. 2. Fomentar la implementación de servicios de respuesta inmediata ante la presencia de estos eventos. (Boton de pánico, rutas de emergencia)	No Disminuye	Indirectamente	ALTA-IMPORTANTE 8
61	Nutrición y Dietética	Posibilidad de un Inadecuado suministro de dieta a los pacientes en los diferentes servicios de la ESE	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Notificar a la nutricionista para analizar la interconsulta del paciente 2. Verificación de las dietas antes de suministrarlas 3. Se modifico el formato de pedido de dietas 4. Se están rotulando a mano las dietas	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
62		Posibilidad de presentarse la administración del soporte nutricional enteral y parenteral inadecuado a los pacientes	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Rotular con nombre, cedula, servicio y cama el soporte nutricional enteral y parenteral. 2. Reinducción al personal sobre el soporte nutricional	No Disminuye	Directamente	EXTREMA-INACEPTABLE 15

#	PROCESO	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	DISMINUYE LA PROBABILIDAD?	DISMINUYE EL IMPACTO?	RIESGO RESIDUAL
63	Población	Posibilidad de presentar Enfermedades Cardiovasculares en la Población	EXTREMA- INACEPTABLE 20	1. Adherencia de los pacientes al tratamiento 2. Apoyo Psicosocial a los pacientes 3. Fomentar el estilo de vida saludable 4. Remisión a control por especialista	No Disminuye	Directamente	EXTREMA- INACEPTABLE 15
64		Posibilidad de presentar enfermedades crónicas trasmisibles en la población joven	EXTREMA- INACEPTABLE 20	1. Búsqueda de sintomáticos respiratorios 2. Manejo integral del paciente con VIH 3. Adherencia al tratamiento por parte del pcte 4. Prevención combinada: Estructural, Comportamental y Biomédica 5. Intervención por parte del equipo psicosocial institucional	Directamente	Directamente	ALTA- IMPORTANTE 12
65		Posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual en la población joven	EXTREMA- INACEPTABLE 20	1. Educación al joven en metodo de barrera contra ITS 2. Metodos de planificación y prevención de enfermedades 3. Identificación del pcte en riesgo 4. Captación del pcte por PYM y seguimiento al mismo	No Disminuye	Directamente	ALTA- IMPORTANTE 10
66		Posibilidad de tener enfermedades prevalentes de la infancia - Desnutrición, Bajo peso al nacer, infecciones respiratorias	EXTREMA- INACEPTABLE 20	1. Actividades de promoción y mantenimiento de la salud institucional 2. Intervención por equipo psicosocial 3. Intervención por nutrición en la estancia hospitalaria 4. Remisión al programa de crecimiento de desarrollo 5. Notificación de pcte a EPS para seguimiento	No Disminuye	Directamente	ALTA- IMPORTANTE 10
67		Posibilidad de contraer enfermedades transmitidas por vectores - Dengue, Malaria, Sika, Chikungunya	EXTREMA- INACEPTABLE 20	1. Educación en prevención 2. Cuidados no farmacológicos 3. Reconocimiento de la enfermedad	No Disminuye	Directamente	ALTA- IMPORTANTE 10
68		Posibilidad de incremento en la población por componente genético - CANCER	EXTREMA- INACEPTABLE 20	1. Campañas de prevención 2. Prevención Primaria - Tamizajes 3. Remisión a Oncología 4. Remisión a Psicología	No Disminuye	Directamente	ALTA- IMPORTANTE 10
69		Posibilidad de padecer enfermedades metabólicas como insuficiencia renal y diabetes mellitus	EXTREMA- INACEPTABLE 20	1. Educación en prevención 2. Cuidados no farmacológicos 3. Reconocimiento de la enfermedad 4. Oportunidad de Dialisis a los pctes durante su estancia 5. Remisión a la especialidades requeridas por el pcte	No Disminuye	Directamente	ALTA- IMPORTANTE 10
70		Presupuesto	Posibilidad de contar con un Presupuesto inapropiado en cada vigencia fiscal.	EXTREMA- INACEPTABLE 20	1. Notificar permanentemente a la Junta Directiva del Hospital sobre el Presupuesto Deficitario con que cuenta la institución para la toma de decisiones. 2. Generar herramientas técnicas desde el área financiera y presupuestal a la Junta Directiva, para los proyectos de adición presupuestal que permitan subsanar el deficit en la apropiación presupuestal. 3. Priorización de las adquisiciones de acuerdo al comportamiento del rubro presupuestal	No Disminuye	Directamente
71	Posibilidad de presentar deficiencia en el reporte de Ejecuciones Presupuestales por parte del Software Hosvital.		EXTREMA- INACEPTABLE 15	1. Radicar de manera precisa al proveedor del software Hosvital, los tickets donde se reflejan las inconsistencias que se presentan al momento de la generación de las Ejecuciones Presupuestales. 2. Establecer mecanismos internos, que permitan realizar la Ejecución de ingresos hasta tanto se defina por parte del proveedor del software, las directrices a seguir. 3. Realizar seguimiento de las tareas, requerimientos o compromisos establecidos entre el hospital y el proveedor del software, a través de el supervisor designado para el caso.	No Disminuye	Directamente	ALTA- IMPORTANTE 5
72	Promoción y Mantenimiento (PYM)	Posibilidad de fallas en las activación oportuna por los servicios en caso de presentarse un evento de interes en salud pública	EXTREMA- INACEPTABLE 20	1. Instalacion de kit de codigo rosa en los diferentes servicios de la ESE 2. Capacitaciones al personal 3. Búsqueda activa mediante el BAI desde epidemiologia 4. Captación por medio de los resultados generados en el laboratorio clinico	No Disminuye	Directamente	ALTA- IMPORTANTE 10
73	Referencia y Contrareferencia	Posibilidad de estancias prologandas injustificadas de pacientes en las diferentes áreas misionales de la ESE	EXTREMA- INACEPTABLE 20	1. Informar a las aseguradoras 2. Gestionar antes las aseguradoras la orden clinica 3. Enviar una evolución diaria del paciente a las EAPBS 4. Home Care institucional 5. Reuniones con las aseguradoras 6. Apoyo con los auditores concurrentes de los procesos y de las EAPBS	No Disminuye	Directamente	ALTA- IMPORTANTE 10
74		Posibilidad de presentarse desviaciones en el proceso por falta de personal	EXTREMA- INACEPTABLE 15	Solicitud del personal Inducción al personal que ingrese Reinducción al personal existente	No Disminuye	Directamente	ALTA- IMPORTANTE 5
75	Salud Mental	Posibilidad de Fuga de pacientes en los servicios de la ESE	EXTREMA- INACEPTABLE 16	1. Contar con la Infraestructura adecuada y segura. 2. Supervisión constante del personal asistencial y de seguridad. 3. Protocolo actualizado.	No Disminuye	Directamente	ALTA- IMPORTANTE 8
76		Posibilidad de presentarse una inadecuada identificación del paciente psiquiatrico en los diferentes servicios de la ESE	ALTA- IMPORTANTE 12	1. Capacitación del personal 2. Identificación adecuada del paciente psiquiatrico 3. Indagar antecedentes de enfermedad mental del paciente. 4. Impulsar la aplicación de la escala de riesgo psicosocial	No Disminuye	Directamente	ALTA- IMPORTANTE 8
77		Sarlaft	Posibilidad de incumplir con la política de conocimiento del cliente	EXTREMA- INACEPTABLE 15	Inducción y reinducción del proceso Auditorias a la adherencia al proceso	Directamente	Indirectamente
78	Posibilidad de incumplir con la aplicación de las Tablas de Retención Documental		ALTA- IMPORTANTE 10	Inducción y reinducción del proceso Visita de auditoria por parte de gestion documental	Directamente	Indirectamente	ALTA- IMPORTANTE 8

#	PROCESO	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	DISMINUYE LA PROBABILIDAD?	DISMINUYE EL IMPACTO?	RIESGO RESIDUAL
79	Seguridad del Paciente	Posibilidad de presentarse inaherencia a la política institucional de seguridad del paciente.	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Realización de proceso de inducción y reintroducción. 2. Seguimiento a las rondas de seguridad . 3. realización de comité de seguridad del paciente 4. Medición de adherencia a metas Seguridad del Paciente	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
80		Posibilidad de una gestión inoportuna de eventos adversos en los diferentes servicios prestados a los pacientes	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Protocolo de reporte de incidentes y eventos adversos 2. Existe una política de seguridad del paciente 3. Múltiple canales de reporte de eventos adversos 4. Recurso humano exclusivo para seguridad del paciente 5. Píldoras educativas del sistema de reporte 6. Capacitación análisis y gestión del reporte de eventos adversos	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 10
81		Posibilidad de falta de cultura de seguridad del paciente por parte de los colaboradores en los servicios	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Rondas de seguridad 2. Comités de análisis de eventos adversos 3. Retroalimentación de logros y mejoramientos en comités primarios	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 10
82	Servicios Generales	Posibilidad de afectación de Bioseguridad de los colaboradores en los servicios misionales	EXTREMA-INACEPTABLE 15	EPPs Inducción y reintroducción Sistema de Seguridad y salud en el trabajo Control y seguimiento al uso adecuado de los EPP Reporte del evento de inadecuado manejo de los MMQ de los procesos misionales	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
83		Posibilidad de incumplimiento del proceso de lavandería	EXTREMA-INACEPTABLE 20	Inducción de los nuevos protocolos El personal será capacitado sobre riesgo Químico Crear lista de chequeo Solicitud de equipos necesarios para el cumplimiento de la labor	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 10
84		Posibilidad de tener condiciones inadecuadas en infraestructura en el proceso de lavandería	ALTA-IMPORTANTE 10	Informe sobre las condiciones de infraestructura del proceso de lavandería Instalar avisos de precaución	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
85	Servicios Optimos en Salud - HomeCare	Posibilidad de presentarse fallas en procesos o procedimientos asistenciales a los pacientes en manejo domiciliario	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Disponibilidad de personal de acuerdo a la demanda 2. Listas de chequeo con los insumos requeridos 3. Protocolo de Homecare 4. Registro de firmas por parte del paciente y profesional para el cumplimiento del tratamiento 5. Programación de la visita médica y atención de cada paciente 6. Actualización de la información del paciente 7. Consentimiento informado del compromiso de los pacientes.	Directamente	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 8
86		Posibilidad de presentarse problemas con la medicación a los pacientes	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Visita medicina general antes del egreso del paciente 2. Lista de chequeo donde se definen los criterios de inclusión 3. Definición de políticas de almacenamiento y manejo de medicamentos 4. Educación al paciente sobre el manejo domiciliario	Directamente	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 12
87	SIAU	Posibilidad de presentar extemporaneamente las respuestas dadas por los jefes de área frente a las quejas presentadas en la oficina del SIAU.	ALTA-IMPORTANTE 10	No conformes a los jefes o personal que incumple con los terminos de respuesta a las PQRSF emitidas con suficiente tiempo para su analisis. Se realiza seguimiento a quejas y reclamos por parte del proceso a cada lider. Notificación a alta gerencia sobre inaherencia al proceso de respuestas oportunas.	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
88	Talento Humano	Posibilidad del desconocimiento de la carga laboral en el personal que labora al interior del Hospital.	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Procedimiento Analisis del puesto de trabajo 2. Contratación del Servicio para realizar la batería de riesgo psicosocial	No Disminuye	Indirectamente	EXTREMA-INACEPTABLE 15
89	Tecnovigilancia	Posibilidad de presentarse daños en los equipos biomédicos de la ESE	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Tener los insumos que recomienda el fabricante o proveedor para el uso apropiado del equipo biomédico 2. Capacitaciones al personal sobre el uso de dispositivos médicos 3. Cumplimiento del cronograma de mantenimientos preventivos 4. Mantenimientos correctivos en el momento indicado	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 10
90	Terapia y Rehabilitación - Física	Posibilidad de Presentarse fallas en los registros clínicos en la evolución de rehabilitación del Paciente	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Auditoría en la Historia Clínica mensual 2. Inducción al personal nuevo y reintroducción al personal que evidencie desviaciones en el procedimiento de diligenciamiento de la HC 3. Lista de chequeo evaluando los ítems que se deben de diligenciar	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 10
91	Terapia y Rehabilitación - Fono	Posibilidad de Falta de continuidad en el tratamiento Terapeutico del usuario	EXTREMA-INACEPTABLE 15	Promoción continua del servicio donde se da indicaciones al personal asistencial para el ordenamiento. Registro en historia clínica de las conductas y plan terapeutico. Registro en lista de asistencia de reuniones	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
92	Terapia y Rehabilitación - Fono	Posibilidad de presentarse dificultad en la atención del paciente por falta de un espacio adecuado	EXTREMA-INACEPTABLE 20	solicitud formal de consultorio a la Directora Administrativa y asistencial	No Disminuye	No Disminuye	EXTREMA-INACEPTABLE 20
93		Póssibilidad de Pérdida de la información	EXTREMA-INACEPTABLE 15	Manejo de copias de seguridad en correos electrónicos o memorias usb, Drive	No Disminuye	Indirectamente	ALTA-IMPORTANTE 10
94		Posibilidad de presentarse elaboración de consistencias de dietas o dispensación de alimentos de forma equivocada al paciente	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Diligenciamiento de la Historia Clínica 2. Recomendaciones al personal de enfermería sobre el estado del paciente 3. Capacitación al personal de Economato sobre manejo de consistencias	No Disminuye	Directamente	EXTREMA-INACEPTABLE 15

#	PROCESO	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	DISMINUYE LA PROBABILIDAD?	DISMINUYE EL IMPACTO?	RIESGO RESIDUAL
95	Terapia y Rehabilitación - Respiratoria	Posibilidad de presentarse Riesgo biológico en pacientes y colaboradores asistenciales.	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Solicitud de los insumos y equipos biomedicos adecuados para el tratamiento de cada paciente. 2. Uso de los EPP 3. Inducción y reinducción de manejo de protocolos	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
96	Terapia y Rehabilitación - UCI	Posibilidad de presentarse Riesgo biológico	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Solicitud de insumos con registro en sistema de Información. 2. Lavado adecuado de manos (5 momentos) 3. Uso de los EPP 4. Limpieza y desinfección de los equipos	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
97	Tesoreria	Posibilidad de incumplimiento en las obligaciones contraídas con los proveedores y acreedores	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Acciones legales para las aseguradoras que no estén cumpliendo con los pagos oportunos. 2. Realizar gestión de cartera eficiente.	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 10
98	Trabajo Social	Posibilidad de presentarse estancia prolongada de adulto mayor en estado de abandono sin red de apoyo familiar.	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Realizar mas intervenciones psicosociales con el adulto mayor que permitan obtener información de redes de apoyo. 2. Analisis de glosas por estancias prolongadas. 3. Traslado de paciente al centro de bienestar del adulto mayor municipal	No Disminuye	Indirectamente	ALTA-IMPORTANTE 10
99	UCI	Posibilidad de ocurrencia de eventos adversos en los pacientes críticamente enfermos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, tales como lesiones en piel por presión, caídas, identificación inadecuada de pacientes.	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Implementacion del reloj de cambio de posicion para paciente supino y pronado 2. acompañamiento con Rondas de seguridad 3. Personal de vigia da rondas de seguridad de paciente	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
100		Posibilidad de registros clínicos inadecuados.	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Manual de funciones del personal asistencial. 2. taller con personal medico de diligenciamiento de hc 3. Evaluación de desempeño 4 adherencia a la historia clinica 5 capacitacion continuas al personal de huci	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
101		Probable incumplimiento al estándar de habilitación de la resolución 2003 -2014 / 3100-2019 estándar infraestructura	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Verificación de los lineamientos de la 2203, por parte de área de mantenimiento y asesores 2. Autoevaluación de estándares de habilitación 3100	No Disminuye	Indirectamente	EXTREMA-INACEPTABLE 15
102	UCI - Pediatría	Posibilidad de presentarse síndrome de realimentación en los pacientes con nutrición parenteral, desnutrición por inadecuado soporte nutricional	ALTA-IMPORTANTE 12	1. Contar con equipo de soporte nutricional 2. Formulacion de nutricion enteral a los pacientes de riesgo 3. Solicitud de paraclínicos por parte del medico antes de iniciar nutricional parenteral	No Disminuye	Indirectamente	ALTA-IMPORTANTE 8
103		Posibilidad de presentarse fallas con los equipos biomedicos en el proceso de UCI Pediatría	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Cronograma de mantenimiento a equipos biomedicos 2. Inducción y reinducción al personal asistencial sobre el uso adecuado de equipos 3. Rondas de verificación 4. Reporte inmediato al equipo biomedico sobre algun evento con los Equipos Biomedicos 5. Equipos biomedicos de respaldo (Backup)	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
104	Urgencias	Probabilidad de presentarse Estancias prolongadas en el servicio	EXTREMA-INACEPTABLE 20	Desde la central de referencia y contrareferencia se comentan los pacientes tanto de apoyo diagnostico, como de remisiones a las diferentes EAPS, para generar gestión de dicho riesgo. Homecare Institucional. Programacion de las camas hospitalarias desde Central de referencia.	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 10
105		Probabilidad de Infección intrahospitalaria (IAAS) a los pacientes	EXTREMA-INACEPTABLE 15	Comité de infecciones institucional, Rondas presenciales por parte de seguridad de paciente e infecciones, protocolos de enfermería para manejo de pacientes con invasivos, protocolo de aislamiento para prevenir infecciones asociadas a la atención en salud, protocolo de lavado de manos y especialista en infectología en el hospital	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 9
106		Posibilidad de un manejo deficiencias en la historia clínica	EXTREMA-INACEPTABLE 25	Existencia de auditoria concurrentes tanto medica como de enfermería, Auditoria de historias clinicas, Trazadores de procesos en pacientes del area de urgencias Capacitación al personal médico, con vinculación en auditoria interna	Directamente	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 9
107		Posibilidad de presentar caídas intrahospitalarias de los pacientes	EXTREMA-INACEPTABLE 20	Desde la política de seguridad del paciente MD-GC-PO-026 en la meta 6 prevención del daño al paciente por caída, se estipulan medidas preventivas y practicas seguras como identificación del riesgo de paciente, desde el triage hasta los servicios de internacion donde se coloca en la manilla de identificación un sticker de color naranja para identificar este tipo de paciente y tomar medidas de atención de acuerdo al riesgo. Rondas de seguridad permanentes para valoración de aplicación de practicas seguras como diligenciamiento correcto del tablero individual, ubicación de pacientes con riesgo.	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 10
108		Posibilidad de presentar reingreso de pacientes al servicio de urgencias	EXTREMA-INACEPTABLE 15	Auditoria concurrente por parte de auditora institucional y coordinacion medica, quien realiza ronda medica de forma diaria para pertinencia y tener control de pacientes. Revisión de HC semanal en Hosvital, analizando el motivo de ingreso del paciente	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5
109	Posibilidad de presentarse fallas en la administración de medicamentos	EXTREMA-INACEPTABLE 15	se asigna personal para administracion de medicamentos y cada area del servicio de urgencias, encargada de dispensar, planear, preparar, administrar y dejar registro de administracion (notas, hosvital, novedades). Adquisición de carros de medicamentos para la preparación y administración de medicamentos inmediata.	No Disminuye	Directamente	ALTA-IMPORTANTE 5	

Igualmente, en la matriz de riesgos “Población” se identifican 12 riesgos Clínicos, los cuales son gestionados en pro de mejorar la calidad en la prestación de los servicios, donde se mejore la distribución de los recursos, crear cultura organizacional proactiva y eficiente, contar con la capacidad instalada requerida frente a temas de salud pública y con ello llevar a proveer un cuidado necesario de los pacientes, usuarios y sus familias.

Como resultado del último seguimiento de la vigencia 2022 a la gestión del riesgo, se muestra los riesgos según su clase dentro de cada una de las matrices de riesgos de los procesos:

Tabla 4 – Riesgos por clase - Seguimiento 2022

TIPO DE RIESGO	
Asistenciales	173
Operativo	133
Cumplimiento	21
Estratégico	12
Financiero	12
Clínico	12
Corrupción	12
Otros	21

Grafico 7 – Riesgos por Clase – Seguimiento 2022



De manera sistemática, cada seis meses, el líder de la gestión del riesgo evalúa la eficacia y efectividad de la implementación de controles definidos e implementados y los planes de intervención propuestos en la gestión de riesgos, verificando el nivel de cumplimiento de los controles asociados a los riesgos y el tratamiento de los mismos. Así mismo, las auditorías internas de calidad y de la Oficina de Control Interno, permiten detectar nuevos riesgos, falla en los controles para definir oportunidades de mejora que aportan a la gestión y administración de los riesgos del Hospital.

Gráfico 8. Valoración de los controles para la mitigación de riesgos HDTUU



A nivel del autocontrol, los líderes de los procesos con su equipo de trabajo revisan y evalúan los mapas de riesgos, una vez cada 3 meses o cuando las circunstancias lo ameriten, a partir de las modificaciones o cambios sustanciales en el contexto estratégico, modificaciones o cambios relevantes, o cualquier hecho externo o interno que afecte la operación de la entidad y realizan las actualizaciones a que haya lugar.

En la vigencia 2022, la institución logró un mayor alcance en el Sistema de Gestión de Riesgos frente las otras vigencias, donde se ha logrado una cultura de autogestión, autocontrol y autorregulación del personal de la ESE. A continuación, se muestra la evolución desde el 2018 al 2022, donde se ha presentado un incremento tanto en los riesgos identificados como en el alcance a toda la institución:

Tabla 5. Comportamiento Gestión del Riesgo 2018 - 2022



#### 4. LOGROS EJE GESTIÓN DEL RIESGO EN 2022

Los logros obtenidos a la fecha con todas las estrategias implementadas en la ESE, son:



#### 5. OPORTUNIDADES DE MEJORA

1. Ajustar la metodología y la herramienta del sistema de gestión de riesgo, que contemple los controles y demás actualizaciones de acuerdo con la circular 05-5 de la supersalud, identificando riesgos del subsistema de Gestión del riesgo de Corrupción, opacidad y/o fraude.
2. Optimizar la utilización de la gestión de riesgos como fuente de mejoramiento institucional para contribuir a la eficiencia y efectividad de las acciones de mejoramiento definidas.
3. Gestionar los riesgos que después de los controles continúan en zona de no permitida según la política institucional de Gestión del Riesgo, compartiendo el riesgo con los procesos que intervienen en el mismo, desde el Comité de Gestión del Riesgo institucional, el cual, logre gestionar los riesgos priorizados.
4. Lograr evidenciar los riesgos asistenciales en cada proceso con los formulados desde la Organización Mundial de la Salud (OMS).