

1. INFORME DE SEGUIMIENTO – PRIMER SEMESTRE 2023 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 y reinducción institucional, se identificaron 396 riesgos en los 59 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 79.5% (315 riesgos) con corte Junio de 2023.

Grafico 1. Ejes estratégicos HDTUU – 2020 - 2023

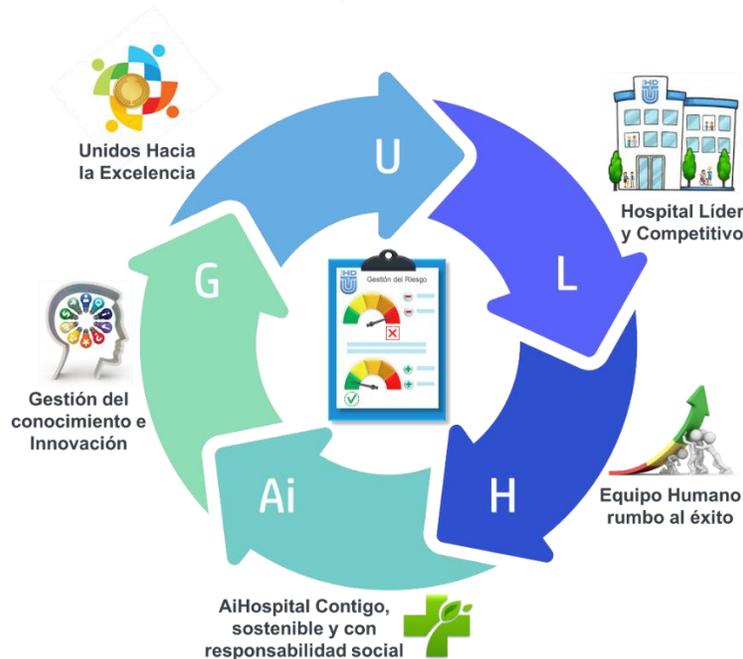
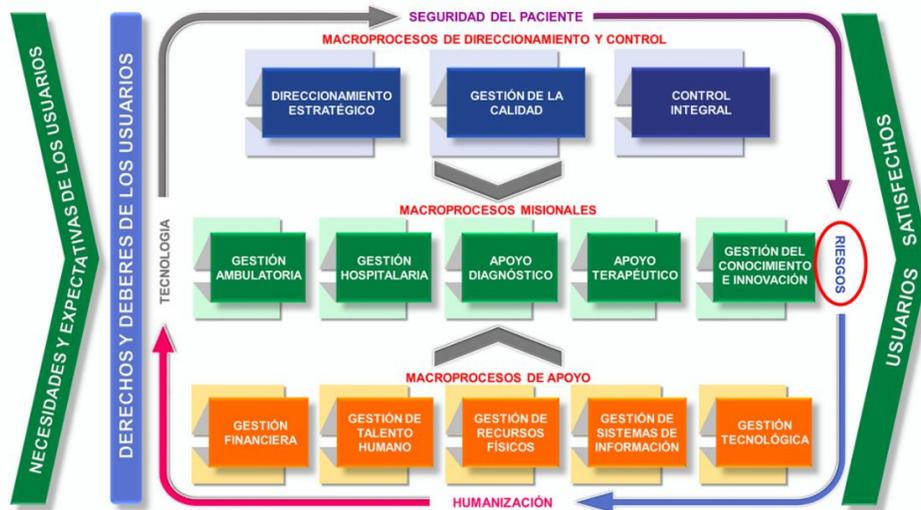


Grafico 2. Mapa de Procesos HDTUU 2021



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:

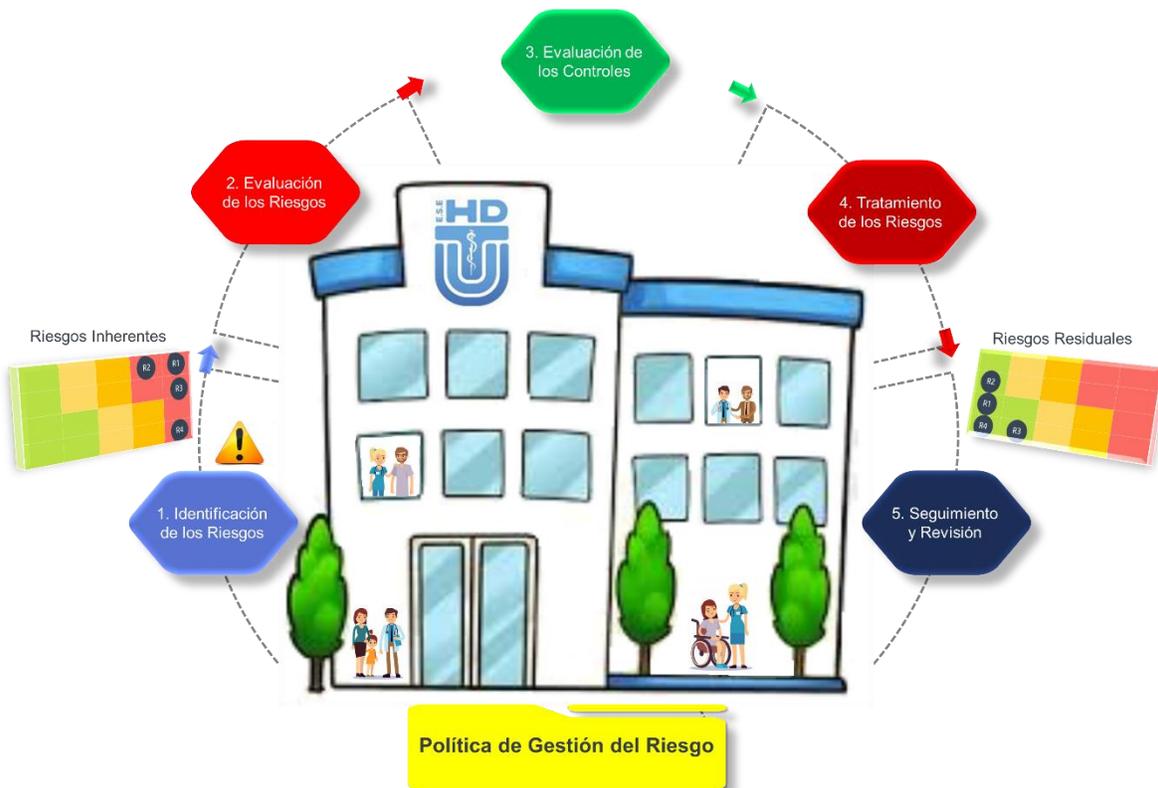
- Fortalecer la confianza en los grupos de interés, con el aumento clientes, la satisfacción a aumentado, vinculaciones de recurso humano.
- Capacidad de adaptación, comprensión de los factores en salud pública de la población, con el aumento de la capacidad instalada de las unidades de cuidado intensivo 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 2023.

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 TOMÁS URIBE URIBE DE TULUÁ										
MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL										
Código: MD-GC-RE-110			Versión: 001			Fecha Aprobación: 10/07/2021				
PROCESO										
FECHA IDENTIFICACIÓN										
CONTEXTO	CONTEXTO EXTERNO	<ul style="list-style-type: none"> 1. Políticas o leyes de gobierno, legislados, pactos sociales, regulaciones. 2. Económicas y Financieras: disponibilidad de capital, liquidez, mercados financieros, desempleo, competencia. 3. Sociales y Culturales: demografía, responsabilidad social, orden público. 4. Tecnológicas: avances en tecnología, acceso a sistemas de información externos, gobierno en línea. 5. Medioambientales: emisiones y residuos, energía, catástrofes naturales, desarrollo sostenible. 6. Legales y Regulatorias: normatividad y otras leyes, decretos, ordenanzas y acuerdos. 								
	CONTEXTO INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> 1. Proceso: presupuesto de funcionamiento, recursos de inversión, infraestructura, capacidad instalada. 2. Personal: competencia del personal, disponibilidad del personal, seguridad y salud ocupacional. 3. Recursos: capacidad, dirección, ejecución, proveedores, contratos, métodos, gestión del conocimiento. 4. Tecnología: integridad de datos, disponibilidad de datos y sistemas, desarrollo, producción, mantenimiento de sistemas de información. 5. Tecnología: direccionamiento estratégico, planeación institucional, liderazgo, trabajo en equipo. 6. Comunicación interna: canales utilizados y su efectividad, flujo de la información necesaria para el desarrollo de las operaciones. 								
	CONTEXTO DEL PROCESO	<ul style="list-style-type: none"> 1. Diseño del Proceso: claridad en la descripción del alcance y objetivos del proceso. 2. Interacciones con otros procesos: relación precisa con otros procesos en cuanto a insumos, proveedores, productos, usuarios o clientes. 3. Transparencia: procesos que determinan lineamientos necesarios para el desarrollo de todos los procesos de la entidad. 4. Procedimientos: Actividades: pertinencia en los procedimientos que desarrollan los procesos. 5. Responsabilidades del Proceso: grado de claridad y responsabilidad de los funcionarios frente al proceso. 6. Comunicación entre procesos: efectividad en los flujos de información determinados en la interacción de los procesos. 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 ser al ciudadano. 								
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

		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 2023

La ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, en el primer semestre de la vigencia 2023, realizó una auditoría a los procesos de la institución, logrando un alcance a 59 procesos y subprocesos, teniendo en cuenta a los procesos externos y/o alianzas estratégicas.

Obteniendo al final una identificación de 396 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 79.5% 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 HDTUU –2023

CONTROL Y REVISIÓN RIESGOS - JUNIO 2023				
PROCESO	RIESGOS INHERENTES	RIESGOS RESIDUALES		
	TOTAL RIESGOS IDENTIFICADOS	# RIESGOS ACEPTABLES Y/O MODERADOS	# RIESGOS IMPORTANTES	# RIESGOS INACEPTABLES
ASOSINDISALUD	7	6	1	0
AUDITORIA MEDICA CALIDAD	5	3	2	0
CALIDAD	5	5	0	0
CARDIOLOGIA	8	8	0	0
CARTERA	4	3	0	1
CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	6	5	1	0
CIRUGIA	11	11	0	0
COMUNICACIÓN E IMAGEN	3	3	0	0
CONSULTA EXTERNA	10	7	2	1
CONTABILIDAD	3	3	0	0
CONTRATACIÓN	4	4	0	0
CONTROL INTERNO	4	4	0	0
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	5	3	1	1
COSTOS	3	2	1	0
DIAGNÓSTICO POR IMAGENES - ALIANZA	8	7	1	0
EMERGENCIAS Y DESASTRES	3	3	0	0
ENDOSCOPIA	11	11	0	0
ESTADISTICA	2	2	0	0
FACTURACIÓN	4	4	0	0
FARMACOVIGILANCIA	4	3	1	0
GESTIÓN AMBIENTAL Y SEGURIDAD	8	4	4	0
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	9	6	3	0
GESTIÓN DOCUMENTAL	5	3	0	2
GRUPO GECOI	7	6	1	0
HEMOVIGILANCIA	5	5	0	0
HOSPITALIZACIÓN	11	7	4	0
HUMANIZACIÓN	6	5	1	0
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	7	5	2	0
INFECCIONES	4	0	4	0
INSTITUCIONAL	11	10	1	0
INVENTARIOS	3	3	0	0
JURIDICA	3	3	0	0
LABORATORIO CLINICO	9	9	0	0
MANTENIMIENTO	5	3	2	0
NEUMOLOGIA	10	9	1	0
NUTRICIÓN Y DIETETICA	7	6	0	1
PLANES INSTITUCIONALES	3	3	0	0
POBLACIONAL	17	9	7	1
PRESUPUESTO	4	3	1	0
PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO PYM	5	5	0	0
REACTIVOVIGILANCIA	5	5	0	0
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	11	9	1	1
REHABILITACIÓN	27	24	3	0
SALUD MENTAL	4	3	1	0
SARLAFT	7	6	1	0
SEGURIDAD DEL PACIENTE	4	3	1	0
SERVICIOS FARMACEUTICOS	5	3	2	0
SERVICIOS GENERALES	8	4	3	1
SG-SST	3	3	0	0
SIAU	6	6	0	0
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	7	4	2	1
SUMINISTROS	6	5	1	0
TALENTO HUMANO	8	7	1	0
TECNOVIGILANCIA	5	3	2	0
TESORERIA	3	2	1	0
TRABAJO SOCIAL	4	2	2	0
UCI	10	8	1	1
UCI PEDIATRICA	11	8	3	0
URGENCIAS	13	9	4	0
TOTAL	396	315	70	11

Un total de 11 riesgos, equivalente al 3% de los riesgos identificados, quedaron después de la implementación de los controles propuestos en zona de riesgo inaceptable 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 residuales inaceptables – Primer semestre 2023

NUEVOS CONTROLES PARA EL TRATAMIENTO ADECUADO DE LOS RIESGOS INACEPTABLES DESDE EL COMITÉ DE GESTIÓN DEL RIESGO VIGENCIA 2023				
PROCESO	RIESGO	DESCRIPCIÓN DE CONTROLES EXISTENTES	NUEVOS CONTROLES POR IMPLEMENTAR	TRATAMIENTO
Cartera	Posibilidad de presentarse un crecimiento en el monto y edad de la cartera con las diferentes ERP	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	1. Conciliación de cartera, por medio de pagos o anticipos 2. Realizar solicitud formal de cobro persuasivo 3. Realizar cobros coactivos	Reducir
Consulta Externa	Posibilidad de presentarse fallas en la asignación de citas a los pacientes en las diferentes especialidades	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	1. Estudio de contratación de médicos especialistas de acuerdo a la demanda actual por parte de Talento Humano. 2. Aumentar la capacidad instalada para la atención oportuna 3. Mejorar la capacidad de respuesta del Call Center	Reducir
Control Interno Disciplinario	Posibilidad de presentarse falta de privacidad en el desarrollo de las diligencias entre las investigaciones disciplinarias	1. Solicitud gerencia del espacio adecuado para la oficina de control interno disciplinario e instrucción disciplinaria	1. Analisis de conveniencia y necesidades del espacio fisico adecuado 2. Reubicación de la oficina de Control Interno Disciplinario	Aceptar
Gestión Documental	Posibilidad de Incumplimiento de la Aplicación de la Tabla de Retención Documental	Visitas de monitoreo a la aplicación de la TRD Inducción y reintroducción del proceso Elaboración de cronograma de capacitaciones	Socializar las TRD actualizadas a Concejo Departamental de Archivo	Reducir
	Posibilidad de Inoportunidad en la custodia de la documentación de la entidad	Solicitud de adecuación en la edificación del archivo central Solicitud de archivadores para el archivo de gestión de los procesos	Incluir en el Plan de mantenimiento de la vigencia 2023, el área de archivo central con las adecuaciones requeridas y compras de mobiliario adecuado	Reducir
Nutrición y Dietética	Posibilidad de presentarse la administración del soporte nutricional enteral y parenteral inadecuado a los pacientes	1. Rotular con nombre, cedula, servicio y cama el soporte nutricional enteral y parenteral. 2. Reinducción al personal sobre el soporte nutricional	1. Capacitación al personal de Nutrición 2. Compra e instalación de impresora Ticket 3. Seguimiento y control a la rotulación de la dieta nutricional	Reducir
Población	Posibilidad de presentar Enfermedades CardioVasculares en la Población	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	Seguir las recomendaciones de programas del Ente territorial frente a las enfermedades presentadas en la comunidad.	Aceptar
Referencia y Contrarreferencia	Posibilidad de presentarse inconvenientes de traslado de pacientes desde el Hospital hasta la Casa Rosa	1. Identificación de las barreras	1. Establecer con el proceso de ambiente fisico el plan de acción pertinente 2. Habilitar el ingreso de pacientes directamente desde la Casa Rosa	Reducir
Servicios Generales	Posibilidad de afectación de Bioseguridad de los colaboradores en los servicios misionales	1. Uso adecuado de los EPPs 2. Inducción y reintroducción 3. Sistema de Seguridad y salud en el trabajo 4. Control y seguimiento al uso adecuado de los EPP 5. Reporte del evento de inadecuado manejo de los MMQ de los procesos misionales	1. Rondas de seguridad 2. Sanciones a los proceso donde se evidencia inadecuada segregación de residuos 3. Implementar un sistema de reconocimiento	Reducir
Sistemas de Información	Posibilidad de presentarse ataque cibernético a la plataforma Tecnológica del Hospital	1. Creación de lista de chequeo de instalación y verificación de seguridad de equipos de computo, como: Configuración de puerta de enlace en navegación bajo firewall, actualización de sistemas operativos y antivirus, bloqueo de dispositivos de almacenamiento extraíbles, verificación de usuarios locales con permisos restringidos, verificación de configuración al dominio institucional, etc. 2. Monitoreo constante de la red 3. Identificación de elementos de protección para los equipos, servidores y seguridad perimetral de a red para su gestión por la alta gerencia	1. Realizar segmentación de la red, dividiendo en capas 2. Instalación de Firewall local que permita filtrar el contenido a los usuarios 3. Instalación de un Aplicativo para monitorear el tráfico de la Red	Reducir
UCI	Probable incumplimiento al estándar de habilitación de la resolución 2003 2014 / 3100-2019 estándar infraestructura	1. Verificación de los lineamientos de la 2203, por parte de área de mantenimiento y asesores 2. Autoevaluación de estándares de habilitación 3100	Formular planes de acción de la autoevaluación de habilitación realizada al proceso.	Reducir

Es de anotar, que en la vigencia 2022 se encontraban 17 riesgos inaceptables después de la implementación de los controles y para el primer semestre de la vigencia 2023 han disminuido a 11 riesgos, mostrando gestión frente a los mismos y donde las acciones de las diferentes líneas de defensa del sistema han logrado un tratamiento efectivo de los riesgos.

Igualmente, en la matriz de riesgos “Población” se identifican 13 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 en el primer semestre de la vigencia 2023 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 Primer semestre 2023

RIESGOS POR TIPO - VIGENCIA 2023	
Asistenciales	163
Operativo	129
Cumplimiento	26
Estratégico	9
Financiero	12
Clínico	13
Corrupción	12
Otros	26

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.

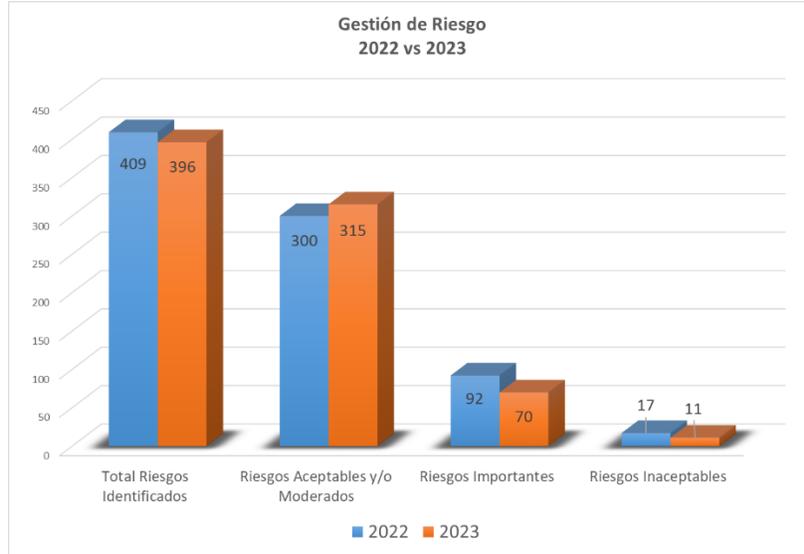
Grafico 8. Valoración de los controles para la mitigación de los riesgos HDTUU



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 el primer semestre de la vigencia 2023, 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, de la relación de la gestión de los riesgos institucionales y la efectividad de los controles implementados para su tratamiento:

Tabla 5. Comportamiento Gestión del Riesgo 2022 - 2023



La tabla anterior evidencia la mejora en el logro de la gestión del riesgo, pasando de 300 a 315 riesgos en estado aceptable, donde los controles implementados han sido efectivos y han logrado el adecuado tratamiento del riesgo, donde en la vigencia 2022 se obtenía un 73.3% de los riesgos tratados como aceptables y/o moderados y en el primer semestre de la vigencia 2023 pasa a un 79.5% casi llegando a la meta del indicador, la cual estar igual o superior al 80%, evidenciando un alto compromiso de la institución y sus colaboradores en el Gestión del Riesgo y la importancia de formular y ejecutar acciones que logren mitigar el impacto y la probabilidad de los mismos.

Tabla 6. Efectividad de los controles del Riesgo comparativo 2022 - 2023



Riesgos Materializados en el Primer semestre de la vigencia 2023

#	PROCESO	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	RIESGO RESIDUAL
1	Asosindisalud	Posibilidad de presentarse deserción laboral en los colaboradores	EXTREMA-INACEPTABLE 15	Mejoramiento de las condiciones laborales. Pago Oportuno del salario Retención del personal (Psicología)	ALTA-IMPORTANTE 10
2	Auditoria Medica	Posibilidad de Incumplir la auditoria de las indicadores de gestión clínica según la resolución 408 de 2018	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Auditoria de indicadores según resolución 2. Generación informes 3. intervencion con las partes implicadas. 4. Seguimiento a planes de mejoramiento	ALTA-IMPORTANTE 10
3		Posibilidad de incumplir en la evaluación del diligenciamiento adecuado de la Historia Clínica	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Auditoria de calidad de HC 2. Socialización de hallazgos de auditorias en Comites Institucionales 3. Reporte de auditoria a coordinadores asistenciales 4. Solicitud de planes de mejoramiento	ALTA-IMPORTANTE 10
4	Cartera	Posibilidad de presentarse un crecimiento en el monto y edad de la cartera 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	EXTREMA-INACEPTABLE 25
5	Central de Esterilización	Posibilidad 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.	ALTA-IMPORTANTE 5
6		Posibilidad de exposición a los colaboradores en riesgos químicos, físicos y biológicos en central de esterilización	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Uso adecuado de los EPP 2. Socialización del manejo adecuado de los desechos 3. Contenedores de material biológico, sucio contaminado 4. Socialización del manual de buenas practicas 5. Clasificación del riesgo de los dispositivos	MODERADO 6
7	Comunicación e Imagen	Posibilidad de afectación de la imagen institucional	EXTREMA-INACEPTABLE 20	Verificación y aprobación de la información que se difunde. Contar con canales y estrategias de comunicación adecuadas.	MODERADO 6
8	Consulta Externa	Posibilidad 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.	ALTA-IMPORTANTE 5
9		Posibilidad de incumplimiento en las citas medicas por parte de los usuarios	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Envio de recordatorios de citas por medio de mensajes de texto a los usuarios 2. Actualizar la base de datos de los pacientes continuamente (énfasis en los contactos).	ALTA-IMPORTANTE 5
10		Posibilidad de presentarse fallas en la asignación de citas a los pacientes en las diferentes especialidades	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Contratación del personal idoneo 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	EXTREMA-INACEPTABLE 15
11	Control Interno Disciplinario	Posibilidad de presentar Ineficiencia en los procesos por falta de personal en el proceso de control Disciplinario	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Matriz de seguimiento a las actividades, generando control 2. Analisis de carga laboral y actividades del área	ALTA-IMPORTANTE 10
12		Posibilidad 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	EXTREMA-INACEPTABLE 20
13	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 hospital. 2. Capacitación a los funcionarios en el proceso de costos Hospitalarios. (Inducción y reintroducción). 3. Acceso a coordinadores de proceso para ingreso al Aplicativo	ALTA-IMPORTANTE 10
14	Diagnóstico por Imagen - Alianza	Posibilidad de presentar cansancio Visual por la realización de los procedimientos en el proceso	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Se realizan pausas activas 2. Aumentar la capacidad la instalada del personal para el área	BAJO-TRIVIAL 3
15		Posibilidad de tener cansancio muscular por la realización de los procedimientos del área	ALTA-IMPORTANTE 10	1. Se realizan pausas activas 2. Aumentar la capacidad la instalada del personal para el área	BAJO-TRIVIAL 3
16		Posibilidad de presentarse fallas en los registros clínicos del pacientes para la prestación del servicio	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Reporte en Chamilo 2. Reporte auditoria concurrente 3. Capacitación al personal de los procesos	ALTA-IMPORTANTE 5

#	PROCESO	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	RIESGO RESIDUAL
17	Farmacovigilancia	Posibilidad de Reacciones adversas medicamentosas en los pacientes	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación de las alergias del paciente 2. Buenas practicas clinicas 3. Conciliación de medicamentos 4. Analisis de perfil farmacologico para evitar interacciones 5. Indagar con el paciente o familiar sobre RAM 6. Identificación de medicamentos recurrentes en RAM 	MODERADO 6
18		Posibilidad de ocurrencia de eventos adversos relacionado al uso de medicamentos	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rondas de farmacovigilancia 2. Promoción de los 10 correctos de medicamentos 3. Capacitaciones de uso seguro de medicamentos 4. Intervenciones individuales 5. Auditorias 6. Señalización de medicamentos LASA y MAR 	ALTA-IMPORTANTE 10
19	Gestión Ambiental	Posibilidad de incumplir normativamente con la adecuada segregación de residuos solidos en la entidad	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitación del manejo adecuado de segregación de residuos al personal y los usuarios 2. Garantizamos suficiencia de recipientes según código de colores normativos según resolución. 3. Seguimiento periodico 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. 6. Aplicación de listas de chequeo con criterios de evaluación de adecuada segregacion de residuos 	ALTA-IMPORTANTE 10
20		Posibilidad de incumplir normativamente los parametros de calidad de las aguas residuales en la entidad	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medidas de contención para afluentes con riesgo quimico. 2. Caracterización fisico-quimica anual de vertimientos. 3. Contratación de gestor autorizado para tratamiento de estos residuos 4. Capacitación y entrenamiento del personal 5. Actividades de seguimiento a las correctas practicas del personal 6. Manual PGIRASA con los lineamientos adecuados 	ALTA-IMPORTANTE 10
21		Posibilidad de incumplimiento normativo de las Unidades técnicas de almacenamiento intermedio de residuos en el Hospital	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direccionamiento de la gerencia en el 2023 donde se incluye 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 	ALTA-IMPORTANTE 10
22		Posibilidad de incumplimiento normativo por falta de identificación de las bolsas para residuos o inadecuado manejo de las bolsas con residuos	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión de las exigencias de norma 2. Solicitud de adquisición de bolsas que cumplan las exigencias normativas 3. Capacitacion del personal del uso adecuado de bolsas institucionales para residuos 4. Rotulación manual de las bolsas 5. Supervisión periódica 	ALTA-IMPORTANTE 10
23		Gestión Documental	Posibilidad de Incumplimiento de la Aplicación de la Tabla de Retención Documental	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<p>Visitas de monitoreo a la aplicación de la TRD</p> <p>Elaboración de cronograma de capacitaciones</p>
24	Posibilidad de Inoportunidad en la custodia de la documentación de la entidad		EXTREMA-INACEPTABLE 20	<p>Solicitud de adecuación en la edificación del archivo central</p> <p>Adecuación de espacios en las oficinas para el archivo de gestión</p>	EXTREMA-INACEPTABLE 20
25	Gestión de la 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las zonas mas vulnerables y solicitar presupuesto para su ejecucion 2. Mantenimiento o Cambio de las redes electricas. 3. Solicitud de repuestos para el adecuado funcionamiento 	ALTA-IMPORTANTE 10
26		Posibilidad de un inadecuado funcionamiento de los equipos de computo en los diferentes servicios de la ESE	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plan de mantenimiento preventivo 2. Plan de contingencia. 3. Sensibilización a los usuarios en el manejo de los equipos de computo. 	BAJO-TRIVIAL 3
27		Posibilidad de Manipulación inadecuada de los equipo biomedicos por parte de los colaboradores de los servicios	EXTREMA-INACEPTABLE 25	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitaciones al personal sobre el uso de dispositivos médicos 2. Cumplimiento de cronograma de mantenimientos preventivos 3. Reporte INVIMA 4. Retiro del servicio a dispositivos médicos que hayan cumplido su vida útil 	ALTA-IMPORTANTE 9
28		Posibilidad de presentarse daños en los equipos biomédicos de la ESE	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 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 5. Semana Biomedica 2 veces por año 	ALTA-IMPORTANTE 10

#	PROCESO	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	RIESGO RESIDUAL
29	Hospitalización	Posibilidad presentarse caídas del paciente en el servicio durante su estancia	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 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 7. Baldosas Antideslizantes 8. Identificación del paciente con riesgo de caída, con aplicación de la escala de caída, sticker naranja 	ALTA-IMPORTANTE 10
30		Posibilidad de infecciones asociadas a la atención en Salud	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> 1. protocolos institucionales 2. uso correcto de los epp 3. reporte obligatorio de las patologías de interés en salud pública. 4. rondas de verificación 	ALTA-IMPORTANTE 5
31		Posibilidad de presentarse lesiones de piel en el paciente durante su estancia en Hospitalización	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. rondas de verificación de seguridad del paciente 2. paquetes instruccionales 3. rondas de verificación de la coordinación médica y enfermería 4. Educación 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. 8. Pildoras informativas por personal de enfermería 9. Seguimiento de los pacientes por terapia enterostomal 	ALTA-IMPORTANTE 10
32	Humanización	Posibilidad de inadherencia del personal asistencial a las políticas institucionales en relación a la prestación del servicio según la política y programa de humanización	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indicadores de vulneración de los derechos de pacientes. 2. Porcentaje de adherencia a la inducción. 3. Reinducción a los colaboradores 4. Aplicación de listas de chequeo de humanización 5. Campañas de sensibilización en los servicios en elementos y población objeto de la Política 6. Participación en los equipos primarios 	ALTA-IMPORTANTE 5
33		Posibilidad de presentarse Barreras en el acceso para la atención de población con enfoque diferencial	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> 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) 5. Informes de la institución con lenguaje de señas y subtítulos 6. Triage pediátrico y gestantes 7. Sello a la No Discriminación 8. Clínica de género 9. Salud sexual y reproductiva 	BAJO-TRIVIAL 3
34		Posibilidad de Fallas humanas para la atención en salud con enfoque humanizado	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Despliegue de estrategias de sensibilización al personal asistencial y administrativo. 2. Seguimiento por parte de control disciplinario y Comité de ética Hospitalaria a los casos complejos 3. Notificación de no conformes y planes de mejora de las áreas asistenciales 4. Intervención de coordinadores a colaboradores para seguimiento y compromisos a fallas detectadas 5. Estudio de casos de vulneración en comité de ética hospitalaria 	BAJO-TRIVIAL 3
35	Imágenes Diagnósticos	Posibilidad de tener Equipos Biomédicos con deficiencia en su funcionamiento en el servicio	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se da capacitación, inducción y reinducción al personal 2. Se lleva una lista de chequeo diaria para verificación de la humedad y temperatura del equipo 3. Actualización de la hoja de vida del equipo 4. Mantenimiento a los equipos biomédicos 	ALTA-IMPORTANTE 5
36	Infecciones	Posibilidad de contraer Infecciones asociadas a la atención en salud	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<p>Inducción y reinducción.</p> <p>Busqueda activa a través de las Rondas Diarias en las áreas asistenciales</p> <p>Busqueda pasiva por revisión de historias clínicas, el bai, reportes críticos de microbiología y reportes de seguridad del paciente</p> <p>Socializaciones, articulación con auditoría concurrente y test.</p> <p>Campañas de EPP, normas de bioseguridad e higiene de manos.</p> <p>Evaluación a la adherencia del protocolo de aislamiento, higiene de manos</p> <p>Evaluación adherencia a BUNDLE (prevención de IAD) en ucis</p> <p>Capacitación a los líderes en captación y prevención IAAS</p> <p>Evaluación del paquete instruccional de prevención de infecciones asociados a la atención en salud,</p>	ALTA-IMPORTANTE 5
37		Posibilidad de presentarse Infecciones cruzadas	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Articulación con el proceso de servicios generales para evaluación paralela al protocolo de desinfección 2. Evaluación de la efectividad del proceso de limpieza y desinfección por medio de luminometría: 3. Verificación de la limpieza y desinfección de equipos biomédicos en paralelo con tecnovigilancia. 4. Evaluación de la efectividad por medio de ATP 	ALTA-IMPORTANTE 5
38		Posibilidad de presentarse Infecciones de sitio operatorio	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar, divulgar y evaluar protocolo de lavado de manos quirúrgico, clínico. 2. Desinfección de área operatoria 3. Adherencia a profilaxis prequirúrgica 4. Seguimiento telefónico a los 7, a los 30, 60 y 90 a pacientes posquirúrgicos y con material de osteosíntesis 5. Seguimiento en paralelo del servicio en las estrategias enfocadas en la prevención de infecciones en sitio operatorio 	ALTA-IMPORTANTE 10
39		Posibilidad de incumplimiento de la normatividad en Infraestructura para unidades de aislamiento	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reporte de las auditorías externas. 2. Autoevaluación de 3100 al proceso 3. Formulación proyecto Nuevo Hospital con la infraestructura adecuada 4. Verificación de la resolución 4445 de 1996 en la cual hace énfasis en la capacidad instalada 5. Cruce con el REPS con la resolución 	ALTA-IMPORTANTE 10

#	PROCESO	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	RIESGO RESIDUAL
40	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	ALTA-IMPORTANTE 5
41		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	ALTA-IMPORTANTE 5
42		Posibilidad de presentarse barreras de acceso a los servicios de salud ofertados a la comunidad	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Análisis del entorno externo y poblacional de la red de influencia directa e indirecta 2. Actualización de la capacidad instalada 3. Ampliación del portafolio de servicios 4. Análisis de la satisfacción del usuario 5. Oferta institucional por varios medios de comunicación 6. Plan de acción al PD 7. Plan indicativo al PD	MODERADO 6
43	Inventarios	Posibilidad de presentarse Obsolescencia de algunos equipos de la Institución	ALTA-IMPORTANTE 10	Inventario actualizado Hojas de vida de los equipos biomédicos Reporte de equipos obsoletos de parte de las áreas Tecnovigilancia	BAJO-TRIVIAL 3
44		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	BAJO-TRIVIAL 3
45	Laboratorio Clínico	Posibilidad de presentarse inoportunidad en la entrega de reportes de patología	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Personal adecuado en Patología 2. Equipos biomédicos suficientes a la demanda 3. Disponibilidad de personal	BAJO-TRIVIAL 3
46	Mantenimiento	Posibilidad de contar con una Infraestructura inadecuada a las normas vigentes en los servicios	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Estructurar cronograma de trabajo. 2. Asignación diaria de funciones (Formato de mantenimiento). 3. Seguimiento al cumplimiento al cronograma de mantenimiento hospitalario. 4. Mantener stock mínimo de material requerido. 5. Talento Humano idóneo para funciones específicas. 6. Aplicación de procedimientos en el área. 7. Verificación y control permanente de las actividades diarias realizadas. 8. Formulación de un proyecto de nuevo hospital	ALTA-IMPORTANTE 10
47		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 más vulnerables y solicitar presupuesto para su ejecución 2. Mantenimiento o Cambio de las redes eléctricas. 3. Solicitud de repuestos para el adecuado funcionamiento	ALTA-IMPORTANTE 10
48	Nutrición y Dietética	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	EXTREMA-INACEPTABLE 15

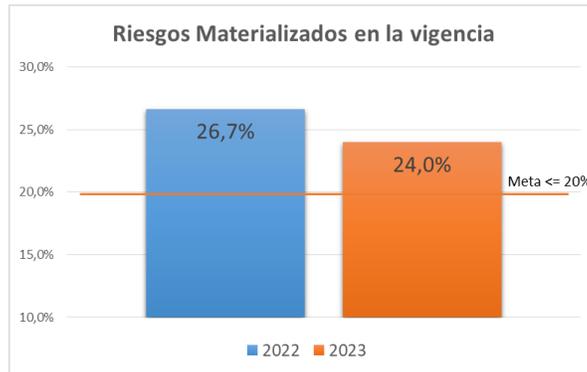
#	PROCESO	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	RIESGO RESIDUAL
49	Poblacional	Posibilidad de Inaherencia a las rutas de atención en violencia de genero y conducta suicida	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Controles de seguimiento 2. Revisión de Historia Clínica 3. Adherencia a protocolos mediante auditorias 4. Capacitación al cuerpo medico 	MODERADO 6
50		Posibilidad de presentar Enfermedades Cardiovasculares en la Población	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Creación de una Ruta de atención 2. Apoyo Psicosocial a los pacientes 3. Fomentar el estilo de vida saludable a los colaboradores 4. Implementación del programa Cardiometabolico 5. Remisión a control por especialista 	ALTA-IMPORTANTE 10
51		Posibilidad de presentar enfermedades cronicas no trasmisibles en la población joven	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Búsqueda de sintomáticos respiratorios 2. Adherencia al tratamiento por parte del pcte 3. Prevención combinada: Estructural, Comportamental y Biomédica 4. Intervención por parte del equipo psiosocial institucional 	EXTREMA-INACEPTABLE 15
52		Posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual en la población joven	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 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 	ALTA-IMPORTANTE 10
53		Posibilidad de tener enfermedades prevalentes de la infancia - Desnutrición, Bajo peso al nacer, infecciones respiratorias	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actividades de promoción y mantenimiento de la salud institucional 2. Intervención por equipo psicosocial 3. Intervención por nutrición en la estancia hospitalaria 4. Notificación de Pcte a la EAPB, Secretaria de Salud, IPS Primaria. 5. Notificación SIGIVILA del paciente 	ALTA-IMPORTANTE 10
54		Posibilidad de incremento en la población por componente genético - CANCER	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Campañas de prevención 2. Prevención Primaria - Tamizajes 3. Remisión a Oncología 4. Remisión a Psicología 5. Notificación de Pcte a la EAPB, Secretaria de Salud, IPS Primaria. 	ALTA-IMPORTANTE 10
55		Posibilidad de padecer enfermedades metabolicas como insuficiencia renal y diabetes mellitus	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educación en prevención 2. Cuidados no farmacologicos 3. Reconocimiento historia natural de la enfermedad 4. Oportunidad de Dialisis a los pctes durante su estancia 5. Remisión a la especialidades requeridas por el pcte 	ALTA-IMPORTANTE 10
56		Posibilidad de enfermedades reemergentes como Tuberculosis con aumentos inusuales	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educación en prevención 2. Tratamiento al paciente 3. Notificación a SIVIGILA 4. Notificación de Pcte a la EAPB, Secretaria de Salud, IPS Primaria. 5. Intervención por nutrición en la estancia hospitalaria 	ALTA-IMPORTANTE 10
57	Presupuesto	Posibilidad de contar con un Presupuesto inapropiado en cada vigencia fiscal.	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Notificar permanentemente a la Junta Directiva del Hospital sobre el Presupuesto Deficitario con que cuenta la institucion 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 	ALTA-IMPORTANTE 10
58	Promoción y Mantenimiento (PYM)	Posibilidad de falta de acceso a los diferentes metodos de planificación por parte de los usuarios	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inducción y reintroducción a los medicos 2. Articulación con la secretaria municipal de salud para el mejorar la accesibilidad a los metodos de planificación 3. Educación a los pctes sobre sus derechos 4. Educación a los pctes y sus familias sobre los diferentes metodos de planificación 	MODERADO 6
59	Referencia y contrareferencia	Posibilidad de estancias prologandas injustificadas de pacientes en las diferentes áreas misionales de la ESE	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 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 5. Reuniones con las aseguradoras 6. Apoyo con los auditores concurrentes de los procesos y de las EAPBs 7. Reunion de largo estancia con las aseguradoras a nivel nacional con el área de referencia, antes de control (procuraduría, defensoria del paciente, secretaria de salud municipal, super intendencia de salud) 	ALTA-IMPORTANTE 10
60		Posibilidad de falla de comunicación asertivas entre las diferentes procesos asistenciales y referencia	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitacion de comunicación asertiva 2. Capacitación Humanización en los servicios 3. Seguimiento a los pacientes que estan en tramites de remisión 4. Capsulas Educativas 5. Medición de la adherencia al manual de referencia 6. Contar con la suficiencia de radios de comunicación en la institución 7. Rondas administrativas 	MODERADO 6
61		Posibilidad de presentarse inconvenientes de traslado de pacientes desde el Hospital hasta la Casa Rosa	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación de las barreras 	EXTREMA-INACEPTABLE 20

#	PROCESO	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	RIESGO RESIDUAL
62	Terapia y Rehabilitación	Posibilidad de Presentarse fallas en los registros clínicos en la evolución de rehabilitación del Paciente	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Auditoria en la Historia Clínica mensual 2. Inducción al personal nuevo y reintroducción al personal que evidencian desviaciones en el procedimiento de diligenciamiento de la HC 3. Lista de chequeo evaluando los items que se deben de diligenciar	ALTA-IMPORTANTE 10
63		Posibilidad de Falta de continuidad en el tratamiento Terapeutico del usuario	EXTREMA-INACEPTABLE 15	Promocion continua del servicio donde se da indicaciones al personal asistencial para el ordenamiento. Registro en historia clinica de las conductas y plan terapeutico. Registro en lista de asistencia de reuniones. Mejora en la oportunidad en la agenda	BAJO-TRIVIAL 3
64		Pöibilidad de Perdida de la informacion	EXTREMA-INACEPTABLE 15	Manejo de copias de seguridad en correos electronicos o memorias usb, Drive	BAJO-TRIVIAL 3
65		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 reintroducción de manejo de protocolos	BAJO-TRIVIAL 3
66		Posibilidad de presentarse Retiro no programado o accidental de la vía aérea artificial (TOT o TQT)	ALTA-IMPORTANTE 10	1. Inducción mensual al personal nuevo de la UCI haciendo énfasis en la prevención de retiro de invasiones (seguridad del paciente) 2. Identificación de paciente con riesgo de extubación o decanulación accidental 3. Seguimiento del indicador mensual de extubación o decanulación accidental	ALTA-IMPORTANTE 5
67		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	BAJO-TRIVIAL 3
68	Salud Mental	Posibilidad de disminución en el acceso a los servicios de salud mental en la ESE por parte de los pacientes	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Contratación de recurso humano para la atención propio para la demanda requerida de los diferentes servicios. 2. Contar con espacios físicos disponibles para la atención. 3. Perfil del cargo de salud mental	MODERADO 6
69	Sarlaft/Padm	Posibilidad de incumplir con la aplicación de las Tablas de Retención Documental	ALTA-IMPORTANTE 10	Inducción y reintroducción del proceso Visita de auditoria por parte de gestion documental	ALTA-IMPORTANTE 8
70	Seguridad del Paciente	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. Multiple canales de reporte de eventos adversos 4. Recurso humano exclusivo para seguridad del paciente 5. Piladoras educativas del sistema de reporte 6. Capacitacion analisis y gestion del reporte de eventos adversos	ALTA-IMPORTANTE 10
71	Servicio Farmaceutico	Posibilidad de dispensación erronea de medicamentos en las áreas	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Clasificación, identificación y señalización de medicamentos LASA 2. Auditorias en carros de medicamentos de 24 horas (Doble chequeo) 3. Garantizar la entrega mano a mano	ALTA-IMPORTANTE 5
72		Posibilidad de medicamentos y/o dispositivos medicos agotados en el servicio	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Analisis de la rotación de medicamentos y dispositivos médicos 2. Inventarios aleatorios 3. Actualizacion de los stock minimos y maximos de acuerdo a la estadística de atención en los servicios. 4. Comité para evaluar la alternativa farmacologica del tratamiento del paciente	ALTA-IMPORTANTE 5
73	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	EXTREMA-INACEPTABLE 15
74		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	ALTA-IMPORTANTE 5
75	SG-SST	Posibilidad de presentarse accidentes y enfermedades laborales en colaboradores del Hospital	EXTREMA-INACEPTABLE 20	Formulación del SG-SST Matriz de identificación de peligros de acuerdo las actividades realizadas Señalización y demarcación de áreas de trabajo Capacitación permanente en temas de prevención de riesgos y autocuidado y autocuidado en el ciclo PHVA	MODERADO 6

#	PROCESO	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	RIESGO RESIDUAL
76	Sistemas de Información	Possibilidad de presentarse ataque cibernetico a la plataforma Tecnológica del Hospital	EXTREMA-INACEPTABLE 25	1. Creación de lista de chequeo de instalación y verificación de seguridad de equipos de computo, como: Configuración de puerta de enlace en navegación bajo firewall, actualización de sistemas operativos y antivirus, bloqueo de dispositivos de almacenamiento extraíbles, verificación de usuarios locales con permisos restringidos, verificación de configuración al dominio institucional, etc. 2. Monitoreo constante de la red 3. Identificación de elementos de protección para los equipos, servidores y seguridad perimetral de una red para su gestión por la alta gerencia	EXTREMA-INACEPTABLE 15
77		posibilidad de presentarse ataque cibernetico por correo electrónico a la institución	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Inducción y reinducción en capacitación de seguridad digital 2. Identificación de correos electrónicos sospechosos de malware (exploit) e ingeniería social 3. Implementar protocolos de seguridad en correos electrónicos como: DIMARC, DKM, y DNS Inverso	ALTA-IMPORTANTE 10
78	Suministros	Possibilidad de presentar demoras en la entrega de insumos y suministros por parte de proveedores	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Seguimiento al plan de compras y a los Stock máximos y mínimos. 2. Cumplimiento en los tiempos de pagos a proveedores. 3. Tener en cuenta en la planeación, los posibles eventos externos que pueden alterar el oportuno abastecimiento de las áreas.	ALTA-IMPORTANTE 5
79	Talento Humano	Possibilidad 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	ALTA-IMPORTANTE 10
80	TecnoVigilancia	Possibilidad de Manipulación inadecuada de los equipo biomédicos por parte de los colaboradores de los servicios	EXTREMA-INACEPTABLE 25	1. Capacitaciones al personal sobre el uso de dispositivos médicos 2. Cumplimiento de cronograma de mantenimientos preventivos 3. Reporte INVIMA 4. Retiro del servicio a dispositivos médicos que hayan cumplido su vida útil	ALTA-IMPORTANTE 9
81		Possibilidad 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	ALTA-IMPORTANTE 10
82	Tesorería	Possibilidad 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.	ALTA-IMPORTANTE 10
83	Trabajo Social	Casi Seguro	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Realizar más 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	ALTA-IMPORTANTE 5
84		Casi Seguro	ALTA-IMPORTANTE 10	1. APP del DANE genera el certificado de defunción a los NN 2. Se tramita el registro civil de defunción 3. Oficiar a secretaria de salud y de gobierno municipal para la inhumación del cadáver 4. Autorización de la funeraria, el cual se encarga del cadáver	ALTA-IMPORTANTE 5
85		Casi Seguro	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Auditoria adherencia calidad del diligenciamiento 2. intervenciones antes desviaciones 3. capacitaciones educación continua	MODERADO 6
86		Casi Seguro	ALTA-IMPORTANTE 10	1. Conocimiento del protocolo manejo de pacientes agresivos 2. Talleres a funcionarios para evitar intervenciones coercitivas que intensifiquen la agitación	BAJO-TRIVIAL 3
87	UCI Pediátrica	Possibilidad de presentarse fallas con los equipos biomédicos en el proceso de UCI Pediátrica	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Cronograma de mantenimiento a equipos biomédicos 2. Inducción y reinducción al personal asistencial sobre el uso adecuado de equipos 3. Rondas de verificación 4. Reporte inmediato al equipo biomédico sobre algún evento con los Equipos Biomédicos 5. Equipos biomédicos de respaldo (Backup)	ALTA-IMPORTANTE 5

#	PROCESO	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	RIESGO RESIDUAL
88	UCI	Posibilidad de ocurrencia de lesiones en piel por presión y caídas del paciente en las unidades de cuidados intensivos	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementación del reloj de cambio de posición para paciente supino y pronado 2. Acompañamiento con Rondas de seguridad 3. Revisión de seguridad en Rondas de enfermería 4. Revisión de piel en entrega de turno SBAR 5. Registro Fotográfico al paciente de mayor riesgo 6. Verificación en entrega SBAR el estado de las barandas 7. Identificando al paciente con mayor riesgo de caída para ajustar inmovilización adecuada (Contensión) 8. Permitiendo la visita más prolongada de familiares de pacientes inquietos 	MODERADO 6
89		Posibilidad de presentación de Infección Asociada a la Atención en Salud en los pacientes (Neumonía asociada a ventilación mecánica, bacteriemia asociada a catéter, infección de vías urinarias asociada a catéter),	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Protocolos transversales como: higiene de manos, aislamientos y manejo de dispositivos invasivos. 2. Educación continua al personal en estrategias de prevención 3. Descalamiento antibiótico en la medida permitida por la identificación del germen para evitar selección bacteriana. 4. Retiro temprano de dispositivos 	MODERADO 6
90		Posibilidad de mantener un giro cama inadecuadamente bajo	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de indicadores (días estancia. Giro cama, demanda insatisfecha) 2. Auditor Concurrente de UCI 3. Búsqueda activa de pacientes 4. Gestión en conjunto con auditoria concurrente para disminuir la inadecuación de cama 	MODERADO 6
91		Probable incumplimiento al estándar de habilitación de la resolución 2003 -2014 / 3100-2019 estándar infraestructura	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificación de los lineamientos de la 2203, por parte de área de mantenimiento y asesores 2. Autoevaluación de estándares de habilitación 3100 3. Informes a Gerencia sobre las condiciones 	EXTREMA-INACEPTABLE 15
92		Posibilidad de presentarse trastornos en el aporte calórico energético en los pacientes en nutrición parenteral y enteral	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitar un equipo de soporte nutricional 2. Formulación de nutrición enteral a los pacientes de riesgo 3. Solicitud de paraclínicos por parte del médico antes y durante de iniciar nutrición parenteral 4. Identificación adecuada del paciente 5. Solicitud de inclusión de sondas nasoyeyonales para nutrición enteral adecuada 	ALTA-IMPORTANTE 10
93	Urgencias	Probabilidad de presentarse Estancias prolongadas en el servicio	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<p>Desde la central de referencia y contrareferencia se comentan los pacientes tanto de apoyo diagnóstico, como de remisiones a las diferentes EAPS, para generar gestión de dicho riesgo. Homecare Institucional.</p> <p>Programación de las camas hospitalarias desde Central de referencia.</p>	ALTA-IMPORTANTE 10
94		Posibilidad de presentar reingreso de pacientes al servicio de urgencias	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<p>Auditoria concurrente por parte de auditora institucional y coordinación médica, quien realiza ronda médica de forma diaria para pertinencia y tener control de pacientes.</p> <p>Revisión de HC semanal en Hospital, analizando el motivo de ingreso del paciente</p>	ALTA-IMPORTANTE 5
95		Posibilidad de presentarse ayunos prolongados a los pacientes	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cronograma de dietas a los pacientes 2. Rondas administrativas 3 veces al día para el chequeo de ordenamiento de dietas 	ALTA-IMPORTANTE 5

En el primer semestre de la vigencia 2023, se evidencia una materialización de 95 riesgos en los diferentes procesos institucionales, los cuales son equivalentes al 24%, no logrando la meta propuesta la cual es estar por igual o por debajo del 20% del total de los riesgos identificados. Comparándolo con la vigencia anterior muestra una disminución en la materialización, a continuación se muestra en la siguiente tabla el comportamiento:



Se ha logrado disminuir en la materialización de los riesgos en 2,7% entre la vigencia 2022 y el primer semestre de 2023, pasando de 109 a 95 riesgos materializados por vigencia. Es de anotar, que los controles implementados logran disminuir el impacto en caso de la materialización del riesgo, aunque no esté disminuyendo la probabilidad, se está trabajando en que su impacto no sea catastrófico, se evidencia en la relación mencionada anteriormente, donde 26 (Equivalente al 27%) de los riesgos materializados se encuentran al final de la implementación de los controles en una calificación aceptable según la política de Gestión del Riesgo Institucional

4. LOGROS EJE GESTIÓN DEL RIESGO EN 2023

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. Implementación de nuevos controles desde el Comité de Gestión del Riesgo que de alcance al tratamiento adecuado de los mismos.