

1. INFORME DE SEGUIMIENTO – SEGUNDO SEMESTRE 2023 EJE GESTIÓN DEL RIESGO

La gestión del riesgo para la ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe ha adquirido mayor importancia debido a la naturaleza de la institución, los cambios que se presentan en el contexto interno como externo y a la pretensión de cumplimiento de metas y objetivos institucionales; en este sentido, uno de los propósitos fundamentales de la ESE es lograr que la gestión de riesgos opere como una herramienta preventiva, lo cual se expresa en un pensamiento basado en 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 400 riesgos en los 63 procesos y subprocesos del hospital, dando origen a la implementación de acciones y controles para el adecuado tratamiento a los riesgos identificados, de las cuales se han gestionado el 82% (328 riesgos) con corte Diciembre de 2023.

Grafico 1. Ejes estratégicos HDTUU – 2020 - 2023

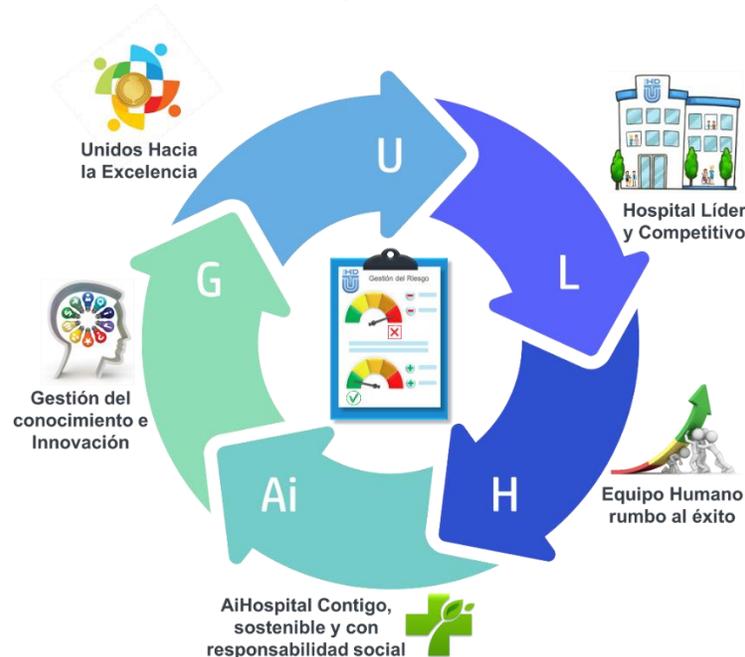
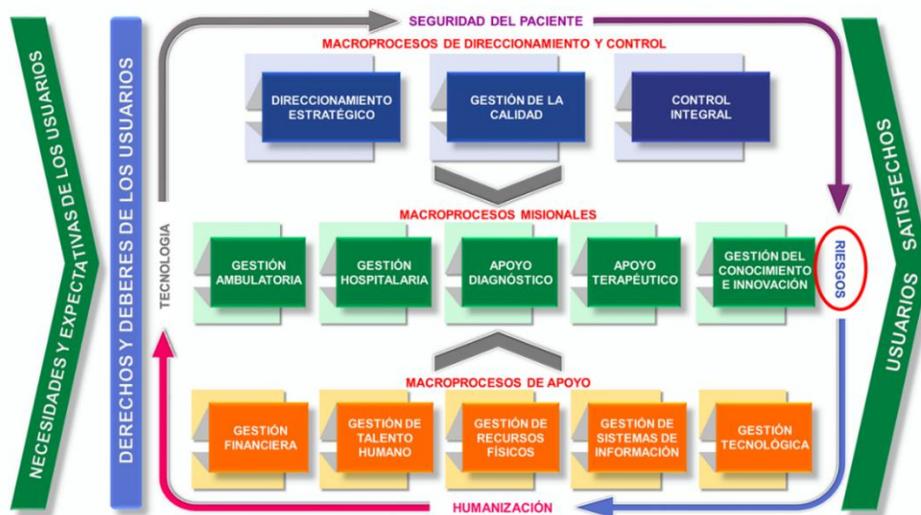


Gráfico 2. Mapa de Procesos HDTUU 2021



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 ajustan 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:

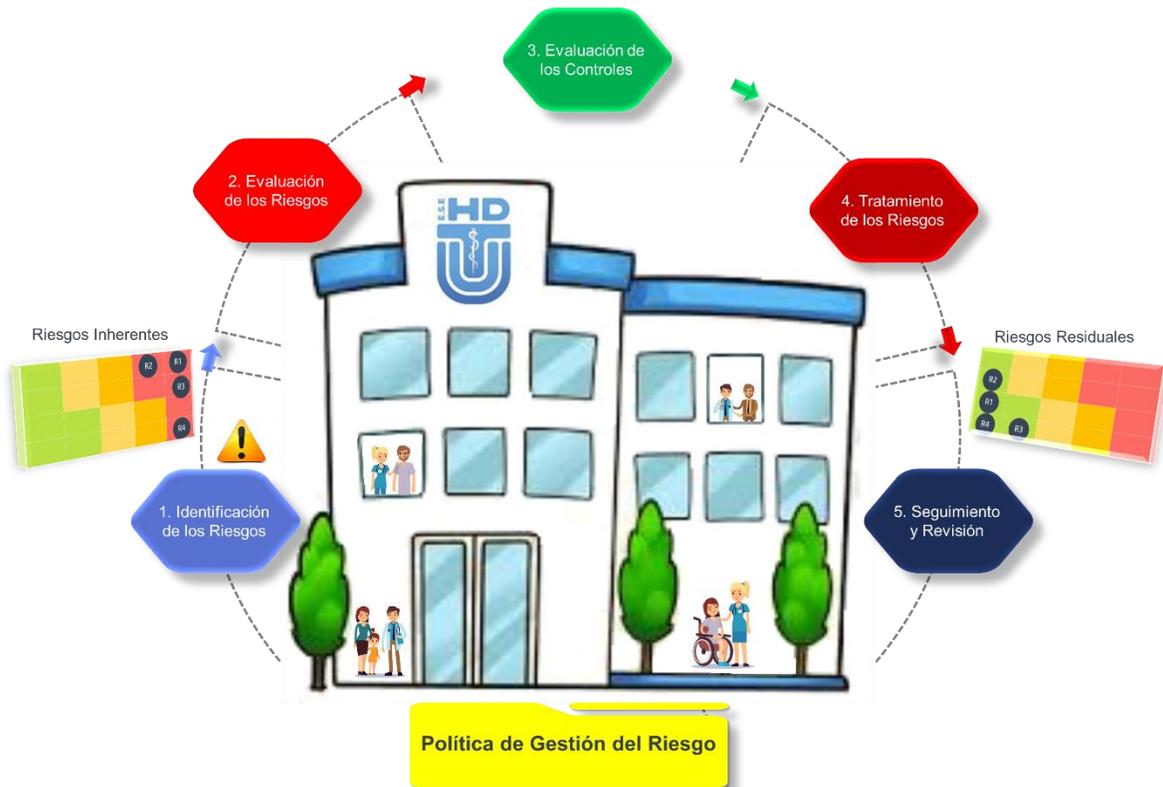
- Fortalecer la confianza en los grupos de interés, con el aumento clientes, la satisfacción a aumentado, vinculaciones de recurso humano.
- Capacidad de adaptación, comprensión de los factores en salud pública de la población, con el aumento de la capacidad instalada de las unidades de cuidado intensivo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

Gráfico 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	CONTEXTO EXTERNO	<ul style="list-style-type: none"> 1. Política: cambios de gobierno, legislación, políticas públicas, regulación. 2. Economía y Finanzas: disponibilidad de capital, liquidez, mercados financieros, desajustes, competencia. 3. Sociales y Culturales: demografía, representatividad social, urbanización. 4. Tecnología: avances en tecnología, acceso a sistemas de información externos, gobierno en línea. 5. Ambiente: emisiones y residuos, energía, sostenibilidad, biodiversidad, desarrollo sostenible. 6. Leyes y Reglamentos: Normatividad externa (Leyes, decretos, ordenanzas y acuerdos). 									
	CONTEXTO INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> 1. Finanzas: presupuesto de funcionamiento, recursos de inversión, infraestructura, capacidad instalada. 2. Recursos: competencia del personal, disponibilidad del personal, seguridad y salud ocupacional. 3. Recursos: capacidad, diseño, operación, mantenimiento, control, gestión del conocimiento. 4. Tecnología: integridad de datos, disponibilidad de datos y sistemas, desarrollo, producción, mantenimiento de sistemas de información. 5. Gestión: alineamiento 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. Alineación con otros procesos: relación precisa con otros procesos en cuanto a insumos, procedimientos, productos, usuarios o clientes. 3. Transversalidad: procesos que determinan insumos necesarios para el desarrollo de todos los procesos de la entidad. 4. Resultados Acordados: pertenencia en los procedimientos que desarrollan los procesos. 5. Responsables del Proceso: grado de autoridad y responsabilidad de los funcionarios frente al proceso. 6. Comunicación entre procesos: efectividad en los flujos de información descentralizados en la interacción de los procesos. 7. Actores 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. 									
1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO											
CONTEXTO	CLASE DE RIESGO	PROCESO	OBJETIVO	CAUSA	RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	VERIFICADOR 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.

Gráfico 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 2023

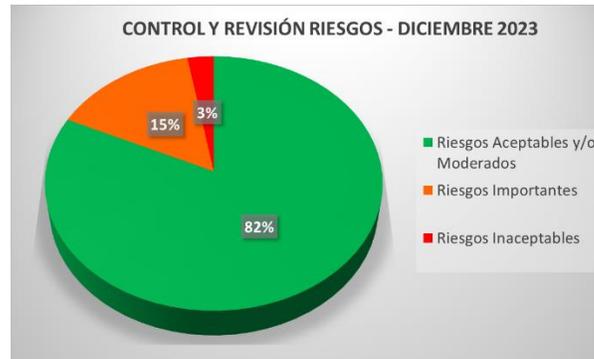
La ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, en el segundo semestre de la vigencia 2023, realizó una auditoría a los procesos de la institución, logrando un alcance a 63 procesos y subprocesos y algunos programas, teniendo en cuenta a los procesos externos y/o alianzas estratégicas.

Obteniendo al final una identificación de 400 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 82% (equivalente a 328 Riesgos) 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 - DICIEMBRE 2023		RESUMEN 2023			
PROCESO	RIESGOS INHERENTES	RIESGOS RESIDUALES			MATERIALIZADOS
	TOTAL RIESGOS IDENTIFICADOS	# RIESGOS ACEPTABLES Y/O MODERADOS	# RIESGOS IMPORTANTES	# RIESGOS INACEPTABLES	
ASOSINDISALUD	7	7	0	0	1
AUDITORIA MEDICA CALIDAD	5	4	1	0	1
CALIDAD	5	5	0	0	0
CARDIOLOGIA	8	8	0	0	0
CARTERA	4	3	0	1	1
CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	6	6	0	0	1
CIRUGIA	12	12	0	0	0
COMUNICACIÓN E IMAGEN	3	3	0	0	1
CONSULTA EXTERNA	10	7	3	0	3
CONTABILIDAD	3	3	0	0	0
CONTRATACIÓN	4	4	0	0	0
CONTROL INTERNO	4	4	0	0	0
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	5	4	1	0	1
COSTOS	3	2	1	0	1
DIAGNÓSTICO POR IMAGENES - ALIANZA	8	7	1	0	3
EMERGENCIAS Y DESASTRES	3	3	0	0	0
ENDOSCOPIA	11	11	0	0	0
ESTADISTICA	2	2	0	0	0
FACTURACIÓN	4	4	0	0	0
FARMACOVIGILANCIA	4	3	1	0	2
GESTIÓN AMBIENTAL Y SEGURIDAD	9	7	2	0	0
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	9	7	1	1	2
GESTIÓN DOCUMENTAL	5	3	0	2	2
GRUPO GECOI	7	7	0	0	0
HEMOVIGILANCIA	5	5	0	0	1
HOSPITALIZACIÓN	11	7	3	1	3
HUMANIZACIÓN	6	5	1	0	3
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	7	6	1	0	1
INFECCIONES	4	1	3	0	4
INSTITUCIONAL	11	11	0	0	3
INVENTARIOS	3	2	1	0	2
JURIDICA	3	3	0	0	0
LABORATORIO CLINICO	9	6	3	0	3
MANTENIMIENTO	5	4	1	0	2
NEUMOLOGIA	10	9	1	0	0
NUTRICIÓN Y DIETETICA	7	7	0	0	0
PLANES INSTITUCIONALES	3	3	0	0	0
POBLACIONAL	17	9	8	0	8
PRESUPUESTO	4	3	1	0	1
PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO PYM	5	5	0	0	1
REACTIVO VIGILANCIA	5	5	0	0	0
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	11	9	1	1	3
REHABILITACIÓN	27	25	2	0	4
SALUD MENTAL	4	3	1	0	2
SARLAFT	7	7	0	0	0
SEGURIDAD DEL PACIENTE	4	3	1	0	1
SERVICIOS FARMACEUTICOS	5	5	0	0	0
SERVICIOS GENERALES	8	4	2	2	3
SG-SST	3	3	0	0	1
SIAU	6	6	0	0	0
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	7	4	3	0	0
SUMINISTROS	6	4	1	1	2
TALENTO HUMANO	9	7	2	0	2
TECNOVIGILANCIA	5	3	1	1	2
TESORERIA	3	2	1	0	1
TRABAJO SOCIAL	4	2	2	0	4
UCI	11	6	4	1	7
UCI PEDIATRICA	11	7	4	0	1
URGENCIAS	13	11	2	0	3
TOTAL	400	328	61	11	87



Un total de 11 riesgos, equivalente al 3% de los riesgos identificados, quedaron después de la implementación de los controles propuestas 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 –
segundo semestre 2023

NUEVOS CONTROLES PARA EL TRATAMIENTO ADECUADO DE LOS RIESGOS INACEPTABLES DESDE EL COMITÉ DE GESTIÓN DEL RIESGO VIGENCIA 2023		
PROCESO	RIESGO	DESCRIPCION DE CONTROLES EXISTENTES
Cartera	Posibilidad de presentarse un crecimiento en el monto y edad de la cartera con las diferentes ERP	<ol style="list-style-type: none"> Mantenerse activo en las mesas de conciliación Mesas de flujos de recursos, Mesas circular O3o 4. Ley 640. se realiza cobro persuasivo y coactivo Procesos Judiciales
Gestión de la Tecnología	Posibilidad de Manipulación inadecuada de los equipo biomedicos por parte de los colaboradores de los servicios	<ol style="list-style-type: none"> Capacitaciones al personal sobre el uso de dispositivos médicos Cumplimiento de cronograma de mantenimientos preventivos Reporte INVIMA Retiro del servicio a dispositivos médicos que hayan cumplido su vida útil
Gestión Documental	Posibilidad de Incumplimiento de la Aplicación de la Tabla de Retención Documental	<p>Visitas de monitoreo a la aplicación de la TRD Inducción y reinducción del proceso Elaboración de cronograma de capacitaciones</p>
	Posibilidad de Inoportunidad en la custodia de la documentacion de la entidad	<p>Solicitud de adecuación en la edificación del archivo central Solicitud de archivadores para el archivo de gestión de los procesos</p>
Hospitalización	Posibilidad de presentarse Flebitis en los paciente durante su estancia en Hospitalización	<ol style="list-style-type: none"> Capacitacion al personal sobre el protocolo de venopuncion Seguimiento a la adherencia del protocolo de lavado de manos Reporte de eventos Socialización de rotafolio al paciente y su familia sobre el autocuidado durante la estancia hospitalaria Curaciones a cateter venoso cada 2 días Verificación de rotulos y acceso venosos según protocolo institucional Modificación de la frecuencia en curacion de acceso venoso Implementación de medidas fisicas para contrarrestar los efectos de la flebitis Asignación auxiliar cuadro de turnos para verificación diaria Lista de chequeo de verificación de inserción de acceso venoso
Referencia y Contrarreferencia	Posibilidad de presentarse inconvenientes de traslado de pacientes desde el Hospital hasta la Casa Rosa	<ol style="list-style-type: none"> Identificación de las barreras
Servicios Generales	Posibilidad de afectación de Bioseguridad de los colaboradores en los servicios misionales	<ol style="list-style-type: none"> Uso adecuado de los EPPs Inducción y reinducción 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
	Posibilidad de presentarse contaminación cruzada en el proceso de lavandería	<p>Demarcación de las zonas (Limpia y contaminada) Separación de las áreas (Limpias y contaminadas) Proyecto de adecuación de lavandería</p>
Suministros	Posibilidad de manejo de Stock de insumos deficiente	<ol style="list-style-type: none"> Seguimiento al plan de compras (informar oportunamente las necesidades requeridas en insumos). Negociar con grupos más amplio de proveedores en áreas críticas como medicamentos y suministros medicos (acceder a descuentos por pronto pago). Analizar el consumo de los insumos y con base en esta información proyectar la demanda por item y proveedor para realizar el respectivo pedido a Gerencia para su atorización y con este documento aprobado realizar la solicitud.
Tecnovigilancia	Posibilidad de Manipulación inadecuada de los equipo biomedicos por parte de los colaboradores de los servicios	<ol style="list-style-type: none"> Capacitaciones al personal sobre el uso de dispositivos médicos Cumplimiento de cronograma de mantenimientos preventivos Reporte INVIMA Retiro del servicio a dispositivos médicos que hayan cumplido su vida útil
UCI	Probable incumplimiento al estándar de habilitación de la resolución 2003 2014 / 3100-2019 estándar infraestructura	<ol style="list-style-type: none"> Verificación de los lineamientos de la 2203, por parte de área de mantenimiento y asesores Autoevaluación de estandares de habilitacion 3100 Informes a Gerencia sobre las condiciones

Es de anotar, que en la vigencia 2022 se encontraban 17 riesgos inaceptables después de la implementación de los controles y para el segundo 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.

www.hospitaltomasuribe.gov.co
riesgos@hospitaltomasuribe.gov.co

Calle 27, Carrera 39 Esquina, CP 763021 PBX 2317333 Ext 102
Tuluá, Valle del Cauca

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. Además, que esta información es vital para la toma de decisiones en el Modelo de Atención Integral Institucional del HDTUU para su actualización en la próxima vigencia 2024.

Como resultado del último seguimiento en el segundo 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 Segundo semestre 2023

RIESGOS POR TIPO - VIGENCIA 2023	
Asistenciales	171
Operativo	130
Cumplimiento	26
Estratégico	12
Financiero	12
Clínico	13
Corrupción	12
Otros	24

Grafico 7 – Riesgos por Clase – Seguimiento 2023



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 estos. 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.

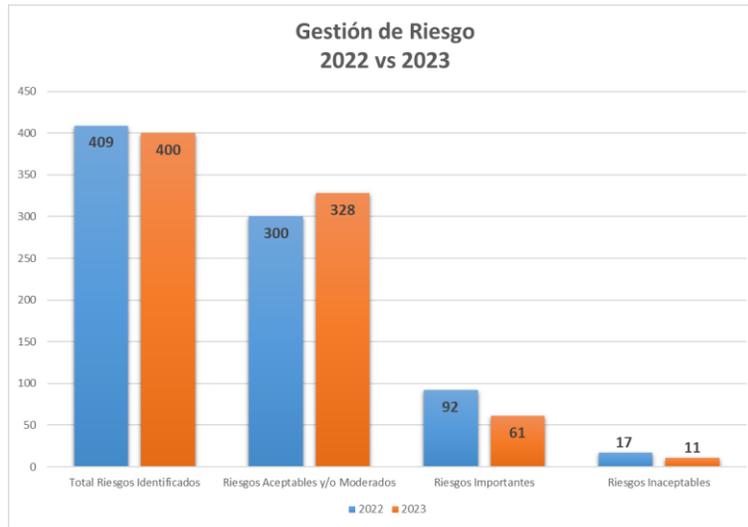
Grafico 8. Valoración de los controles para la mitigación de los riesgos HDTUU



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 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 328 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 la vigencia 2023 pasa a un 82% logrando 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 2023



Riesgos Materializados en el segundo semestre de la vigencia 2023

RIESGOS MATERIALIZADOS HDTUU - DICIEMBRE 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)	MODERADO 6
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. Intervención con las partes implicadas. 4. Seguimiento a planes de mejoramiento	ALTA-IMPORTANTE 10
3	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
4	Central de Esterilización	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
5	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
6	Consulta Externa	Posibilidad de una oferta institucional insuficiente a las necesidades y expectativas de los grupos de interés	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
7		Posibilidad de incumplimiento en las citas medicas por parte de los usuarios	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Envío 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
8		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	ALTA-IMPORTANTE 10
9	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
10	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 reinducción). 3. Acceso a coordinadores de proceso para ingreso al Aplicativo	ALTA-IMPORTANTE 10
11	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
12		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
13		Posibilidad de presentar Inhaderencia 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	ALTA-IMPORTANTE 5
14	Farmacovigilancia	Posibilidad de Reacciones adversas medicamentosas en los pacientes	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Identificación de las alergias del paciente 2. Buenas practicas clinicas 3. Conciliación de medicamentos 4. Analisis de perfil farmacológico para evitar interacciones 5. Indagar con el paciente o familiar sobre RAM 6. Identificación de medicamentos recurrentes en RAM	MODERADO 6
15		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. Auditorias 6. Señalización de medicamentos LASA y MAR	ALTA-IMPORTANTE 10

RIESGOS MATERIALIZADOS HDTUU - DICIEMBRE 2023					
#	PROCESO	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	RIESGO RESIDUAL
16	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 Elaboración de cronograma de capacitaciones	EXTREMA-INACEPTABLE 15
17		Posibilidad de Inoportunidad en la custodia de la documentación de la entidad	EXTREMA-INACEPTABLE 20	Solicitud de adecuación en la edificación del archivo central Adecuación de espacios en las oficinas para el archivo de gestión	EXTREMA-INACEPTABLE 20
18	Hemovigilancia	Posibilidad de presentar Reacción transfusional a los pacientes	EXTREMA-INACEPTABLE 20	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	MODERADO 6
19	Gestión de la Tecnología	Posibilidad 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	EXTREMA-INACEPTABLE 15
20		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 5. Semana Biomedica 2 veces por año	ALTA-IMPORTANTE 10
21	Hospitalización	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 7. Baldosas Antideslizantes 8. Identificación del paciente con riesgo de caída, con aplicación de la escala de caída, sticker naraja	ALTA-IMPORTANTE 10
22		Posibilidad de infecciones asociadas a la atención en Salud	EXTREMA-INACEPTABLE 15	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
23		Posibilidad de presentarse Flebitis en los paciente durante su estancia en Hospitalización	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Capacitación al personal sobre el protocolo de venopuncion 2. Seguimiento a la adherencia del protocolo de lavado de manos 3. Reporte de eventos 4. Socialización de rotafolio al paciente y su familia sobre el autocuidado durante la estancia hospitalaria 5. Curaciones a cateter venoso cada 2 días 6. Verificación de rotulos y acceso venosos según protocolo institucional 7. Modificación de la frecuencia en curación de acceso venoso 8. Implementación de medidas físicas para contrarrestar los efectos de la flebitis 9. Asignación auxiliar cuadro de turnos para verificación diaria 10. Lista de chequeo de verificación de inserción de acceso venoso	EXTREMA-INACEPTABLE 15
24	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	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
25		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) 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
26		Posibilidad de Fallas humanas para la atención en salud con enfoque humanizado	EXTREMA-INACEPTABLE 15	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

RIESGOS MATERIALIZADOS HDTUU - DICIEMBRE 2023					
#	PROCESO	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	RIESGO RESIDUAL
27	Imágenes Diagnósticos	Posibilidad de tener Equipos Biomédicos con deficiencia en su funcionamiento en el servicio	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> Se dá capacitación, inducción y reinducción al personal Se lleva una lista de chequeo diaria para verificación de la humedad y temperatura del equipo Actualización de la hoja de vida del equipo Mantenimiento a los equipos biomédicos 	ALTA-IMPORTANTE 5
28	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 Socializaciones, articulación con auditoria concurrente y test. Campañas de EPP, normas de bioseguridad e higiene de manos. 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 asociadas a la atención en salud,</p>	ALTA-IMPORTANTE 5
29		Posibilidad de presentarse Infecciones cruzadas	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> Articulación con el proceso de servicios generales para evaluación paralela al protocolo de desinfección Evaluación de la efectividad del proceso de limpieza y desinfección por medio de luminometría: Verificación de la limpieza y desinfección de equipos biomédicos en paralelo con tecnovigilancia. Evaluación de la efectividad por medio de ATP 	ALTA-IMPORTANTE 5
30		Posibilidad de presentarse Infecciones de sitio operatorio	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> Elaborar, divulgar y evaluar protocolo de lavado de manos quirúrgico, clínico. Desinfección de área operatoria Adherencia a profilaxis prequirúrgica Seguimiento telefónico a los 7, a los 30, 60 y 90 a pacientes posquirúrgicos y con material de osteosíntesis Seguimiento en paralelo del servicio en las estrategias enfocadas en la prevención de infecciones en sitio operatorio 	BAJO-TRIVIAL 3
31		Posibilidad de Incumplimiento de la normatividad en Infraestructura para unidades de aislamiento	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> Reporte de las auditorías externas. Autoevaluación de 3100 al proceso Formulación proyecto Nuevo Hospital con la infraestructura adecuada Verificación de la resolución 4445 de 1996 en la cual hace énfasis en la capacidad instalada Cruce con el REPS con la resolución 	ALTA-IMPORTANTE 10
32		Posibilidad de Inoportunidad en la prestación de los servicios de salud de alta complejidad requeridos por la comunidad	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> Proyecto de ampliación de servicios de alta complejidad Requerimientos a la Secretaría de Salud Dptal Apertura de Nuevos servicios de acuerdo a las necesidades de la comunidad Solicitudes a la plataforma en el REPS 	BAJO-TRIVIAL 3
33	Institucional	Posibilidad de tener competencia en servicios de salud en la región	ALTA-IMPORTANTE 10	<p>Análisis de la competencia</p> <p>Seguimiento a los estándares de calidad en la prestación de servicios</p> <p>Sistema de gestión de calidad en la entidad</p>	BAJO-TRIVIAL 3
34		Posibilidad de presentarse barreras de acceso a los servicios de salud ofertados a la comunidad	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> Análisis del entorno externo y poblacional de la red de influencia directa e indirecta Actualización de la capacidad instalada Ampliación del portafolio de servicios Análisis de la satisfacción del usuario Oferta institucional por varios medios de comunicación Plan de acción al PD Plan indicativo al PD 	MODERADO 6
35	Inventarios	Posibilidad de presentarse Obsolescencia de algunos equipos de la Institución	ALTA-IMPORTANTE 10	<p>Inventario actualizado</p> <p>Hojas de vida de los equipos biomédicos</p> <p>Reporte de equipos obsoletos de parte de las áreas Tecnovigilancia</p>	BAJO-TRIVIAL 3
36		Posibilidad de traslado de activos entre las áreas sin notificación al proceso de inventarios	ALTA-IMPORTANTE 10	<p>Formato de traslados de equipos - 028</p> <p>Actualización del inventario</p> <p>Protocolo sancionatorio por traslado de activos fijos sin el permiso adecuado</p>	ALTA-IMPORTANTE 5
37	Laboratorio Clínico	Posibilidad de Inoportunidad en la entrega de resultados	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<p>Hacer seguimiento y control al cronograma del mantenimiento preventivo de los equipos de laboratorio.</p> <p>Seguimiento a adherencia de protocolos de procesamiento de muestras.</p>	ALTA-IMPORTANTE 8
38		Posibilidad de presentarse falencias en la toma de la fase preanalítica al paciente en los servicios	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> Capacitaciones Inducciones Lista de Chequeo Informar el evento a seguridad del paciente 	ALTA-IMPORTANTE 5
39		Posibilidad de presentarse inoportunidad en la entrega de reportes de patología	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> Personal adecuado en Patología Equipos biomédicos suficientes a la demanda Disponibilidad de personal 	ALTA-IMPORTANTE 5

RIESGOS MATERIALIZADOS HDTUU - DICIEMBRE 2023					
#	PROCESO	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	RIESGO RESIDUAL
40	Mantenimiento	Posibilidad de contar con una Infraestructura inadecuada a las normas vigentes en los servicios	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 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 idoneo 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
41		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 ejecución 2. Mantenimiento o Cambio de las redes electricas. 3. Solicitud de repuestos para el adecuado funcionamiento 	BAJO-TRIVIAL 3
42	Poblacional	Posibilidad de contraer enfermedades transmitidas por vectores - Dengue, Malaria, Sika, Chicungunya	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educación en prevención 2. Cuidados no farmacologicos 3. Notificación de Pcte a la EAPB, Secretaria de Salud, IPS Primaria. 4. Notificación a SIVIGILA del paciente 	ALTA-IMPORTANTE 10
43		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 Cardiometaabolico 5. Remisión a control por especialista 	ALTA-IMPORTANTE 10
44		Posibilidad de presentar enfermedades cronicas no transmisibles 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 psisocial institucional 	ALTA-IMPORTANTE 10
45		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
46		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 psicosial 3. Intervención por nutrición en la estancia hospitalaria 4. Notificación de Pcte a la EAPB, Secretaria de Salud, IPS Primaria. 5. Notificación SIVIGILA del paciente 	ALTA-IMPORTANTE 10
47		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
48		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
49		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
50	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
51	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 reinducción 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

RIESGOS MATERIALIZADOS HDTUU - DICIEMBRE 2023					
#	PROCESO	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	RIESGO RESIDUAL
52	Referencia y contrareferencia	Posibilidad de estancias prolongadas 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 clínica 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, defensoría del paciente, secretaria de salud municipal, superintendencia de salud) 	ALTA-IMPORTANTE 10
53		Posibilidad de falla de comunicación asertivas entre las diferentes procesos asistenciales y referencia	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitación 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
54		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
55	Terapia y Rehabilitación	Posibilidad de Presentarse fallas en los registros clínicos en la evolución de rehabilitación del Paciente	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoría en la Historia Clínica mensual 2. Inducción al personal nuevo y reinducción 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
56		Posibilidad de Falta de continuidad en el tratamiento Terapeutico del usuario	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<p>Promocion 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.</p> <p>Mejora en la oportunidad en la agenda</p>	BAJO-TRIVIAL 3
57		Posibilidad de presentarse Riesgo biológico en pacientes y colaboradores asistenciales.	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> 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 	BAJO-TRIVIAL 3
58		Posibilidad de presentarse Retiro no programado o accidental de la vía aérea artificial (TOT o TQT)	ALTA-IMPORTANTE 10	<ol style="list-style-type: none"> 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
59	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	<ol style="list-style-type: none"> 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
60		Posibilidad de Fuga de pacientes en los servicios de la ESE	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contar con la Infraestructura adecuada y segura. 2. Supervisión constante del personal asistencial y de seguridad. 3. Protocolo actualizado. 	ALTA-IMPORTANTE 10
61	Seguridad del Paciente	Posibilidad de una gestión inoportuna de eventos adversos en los diferentes servicios prestados a los pacientes	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 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. Pildoras educativas del sistema de reporte 6. Capacitación analisis y gestion del reporte de eventos adversos 	ALTA-IMPORTANTE 10
62	Servicios Generales	Posibilidad de afectación de Bioseguridad de los colaboradores en los servicios misionales	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<p>EPPs</p> <p>Inducción y reinducción</p> <p>Sistema de Seguridad y salud en el trabajo</p> <p>Control y seguimiento al uso adecuado de los EPP</p> <p>Reporte del evento de inadecuado manejo de los MMQ de los procesos misionales</p>	EXTREMA-INACEPTABLE 15
63		Posibilidad de tener condiciones inadecuadas en infraestructura en el proceso de lavandería	ALTA-IMPORTANTE 10	<p>Informe sobre las condiciones de infraestructura del proceso de lavandería</p> <p>Instalar avisos de precaución</p>	ALTA-IMPORTANTE 5
64		Posibilidad de presentarse contaminación cruzada en el proceso de lavandería	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<p>Demarcación de las zonas (Limpia y contaminada)</p> <p>Separación de las áreas (limpias y contaminadas)</p> <p>Proyecto de adecuación de lavandería</p>	EXTREMA-INACEPTABLE 15
65	SG-SST	Posibilidad de presentarse accidentes y enfermedades laborales en colaboradores del Hospital	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<p>Formulación del SG-SST</p> <p>Matriz de identificación de peligros de acuerdo las actividades realizadas</p> <p>Señalización y demarcación de areas de trabajo</p> <p>Capacitación permanente en temas de prevención de riesgos y autocuidado y autocuidado en el ciclo PHVA</p>	MODERADO 6

RIESGOS MATERIALIZADOS HDTUU - DICIEMBRE 2023					
#	PROCESO	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	RIESGO RESIDUAL
66	Suministros	Posibilidad 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
67		Posibilidad de manejo de Stock de insumos deficiente	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Seguimiento al plan de compras (informar oportunamente las necesidades requeridas en insumos). 2. Negociar con grupos más amplio de proveedores en áreas críticas como medicamentos y suministros médicos (acceder a descuentos por pronto pago). 3. Analizar el consumo de los insumos y con base en esta información proyectar la demanda por ítem y proveedor para realizar el respectivo pedido a Gerencia para su autorización y con este documento aprobado realizar la solicitud.	EXTREMA-INACEPTABLE 15
68	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	ALTA-IMPORTANTE 10
69		Posibilidad de presentarse fuga de conocimiento en los diferentes procesos del Hospital	EXTREMA-INACEPTABLE 15	1. Procedimiento de fuga de conocimiento 2. Acta de entrega de puesto para generar el paz y salvo 3. Videos de procedimientos institucionales 4. Caracterización de los procesos	ALTA-IMPORTANTE 10
70	Tecnovigilancia	Posibilidad 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	EXTREMA-INACEPTABLE 15
71		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	ALTA-IMPORTANTE 10
72	Tesorería	Posibilidad de Incumplimiento en las obligaciones contraídas con los proveedores y acreedores	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Acciones legales para las aseguradoras que no esten cumpliendo con los pagos oportunos. 2. Realizar gestión de cartera eficiente.	ALTA-IMPORTANTE 10
73	Trabajo Social	Casi Seguro	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	ALTA-IMPORTANTE 5
74		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 cadaver 4. Autorización de la funeraria, el cual se encarga del cadaver	ALTA-IMPORTANTE 5
75		Casi Seguro	EXTREMA-INACEPTABLE 20	1. Auditoria adherencia calidad del diligenciamiento 2. intervenciones antes desviaciones 3. capacitaciones educación continua	MODERADO 6
76		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
77	UCI Pediátrica	Posibilidad de contraer Infecciones en la prestación de los servicios de salud por parte de los colaboradores	EXTREMA-INACEPTABLE 15	Uso adecuado de los EPP Capacitaciones sobre el riesgo de infección Evitar aglomeraciones Buenas practicas - Reglas de Oro	ALTA-IMPORTANTE 5

RIESGOS MATERIALIZADOS HDTUU - DICIEMBRE 2023					
#	PROCESO	RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTOLES	RIESGO RESIDUAL
78	UCI	Possibilidad 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 mas prolongada de familiares de pacientes inquietos 	ALTA-IMPORTANTE 5
79		Possibilidad 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 trasversales como: higiene de manos, aislamientos y manejo de dispositivos invasivos. 2. educación continua al personal en estrategias de prevención 3. Descalamiento antibiotico en la medida permitida por la identificación del germen para evitar selección bacteriana. 4. Retiro temprano de dispositivos 	ALTA-IMPORTANTE 5
80		Possibilidad de mantener un giro cama inadecuadamente bajo	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluacion de indicadores (días estancia. Giro cama, demanda insatisfecha) 2. Auditor Concurrente de UCI 3. Búsqueda activa de pacientes 4. Gestion en conjunto con auditoria concurrente para disminuir la inadecuación de cama 	ALTA-IMPORTANTE 10
81		Possibilidad de registros clínicos inadecuados.	EXTREMA-INACEPTABLE 15	<ol style="list-style-type: none"> 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 UCI 	ALTA-IMPORTANTE 5
82		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
83		Possibilidad de presentarse trastornos en el aporte calorico energetico 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. Formulacion de nutrición enteral a los pacientes de riesgo 3. Solicitud de paraclínicos por parte del medico antes y durante de iniciar nutricional parenteral 4. Identificación adecuada del paciente 5. Solicitud de inclusion de sondas nasoyeyonales para nutrición enteral adecuada 	ALTA-IMPORTANTE 10
84		Possibilidad de ocurrencia de caídas del paciente en las unidades de cuidados intensivos	EXTREMA-INACEPTABLE 20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación de los pacientes con riesgo de caída 2. Barandas 3. Educación al paciente 	MODERADO 6
85		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 diagnostico, como de remisiones a las diferentes EAPS, para generar gestion de dicho riesgo. Homecare Institucional.</p> <p>Programacion de las camas hospitalarias desde Central de referencia.</p>
86	Possibilidad de presentar reingreso de pacientes al servicio de urgencias		EXTREMA-INACEPTABLE 15	<p>Auditoria concurrente por parte de auditora institucional y coordinacion medica, quien realiza ronda medica de forma diaria para pertinencia y tener control de pacientes.</p> <p>Revisión de HC semanal en Hosvital, analizando el motivo de ingreso del paciente</p>	ALTA-IMPORTANTE 5
87	Possibilidad 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 	BAJO-TRIVIAL 3

En el segundo semestre de la vigencia 2023, se evidencia una materialización de 87 de los 400 riesgos identificados en los diferentes procesos institucionales, los cuales son equivalentes al 21,8%, no logrando la meta propuesta la cual es estar 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 la materialización de los riesgos en 4,9% entre la vigencia 2022 y el segundo semestre de 2023, pasando de 109 a 87 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 29,8%) 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

El Hospital ha trabajado duro frente a los posibles riesgos de corrupción, opacidad y/o fraude, donde la Política de Cero Tolerancia a la Corrupción, el Plan Anticorrupción y de atención al Ciudadano, la socialización del SICOF, el subsistema SARLAFT/PADM y la Gestión del Riesgo han dado alcance a la no materialización de esa clase de riesgos durante la vigencia 2023, a continuación se hace la relación de los riesgos identificados en los diferentes procesos, los cuales cuentan con los controles adecuados para el tratamiento de estos:

RIESGOS DE CORRUPCIÓN - ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA - VIGENCIA 2023									
PROCESO	RIESGO DE CORRUPCIÓN	CAUSAS	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	RIESGO RESIDUAL
Cartera	Posibilidad de presentarse soborno para dilatar procesos de cobro coactivo	Procesos de cobro coactivo con las entidades responsables de pago	Soborno al colaborador para favorecimiento en los procesos de cobro coactivo del Hospital	Investigación disciplinaria Reprocesos Pérdida de fallos a favor del Hospital Dilatación de procesos	Rara Vez	Catastrofico	Moderado 20 Puntos	1. Buena remuneración a los colaboradores 2. Inculcar valores 3. Comités de cobro coactivos 4. Creación de la Cuenta Judicial 5. Plan de Anticorrupción 6. Sarlaft	Baja 5 puntos
Consulta Externa	Posibilidad de favorecimiento a los pacientes en su diagnóstico	Usuarios buscando incapacidad médica Recibir procedimientos en salud	Los pacientes buscan continuamente ser favorecidos en el diagnóstico de su enfermedad a conveniencia propia	1. Proceso disciplinario 2. Glosa en la factura 3. Daño en la imagen y reputación	Improbable	Mayor	Moderado 20 Puntos	1. Auditoría en las historias clínicas 2. Socialización del manual de Ética y Moral 3. Subistema de Corrupción, opacidad y/o fraude institucional	Baja 5 puntos
Facturación	Posibilidad de Pérdida de recursos en la facturación de servicios	1. No reporte del pago de cuota moderadora y copagos	En el momento del pago por parte del usuario, se pueden perder los recursos, no se visualiza controles (arqueos)	Pérdida de recursos Económicos Pérdida de imagen y reputación Despido Demanda	Improbable	Mayor	MODERADA 20 Puntos	1. Formato de capacidad de no pago a los pacientes que no cuenten con los recursos para el pago del copago 2. Firma de pagaré o anticipo a pacientes sin seguridad social 3. Generación de recibo de caja de manera inmediata al momento de recibir los recaudos	Baja 5 puntos
Contratación	Posibilidad de realizar suscripción de contratación favoreciendo a terceros	1. Favorecimiento de contratación 2. Falta de experiencia del contratista para el cumplimiento del objeto contractual	Subscribir contratos con entidades sin la experiencia solicitada y sin el lleno de los requisitos precontractuales	1. Investigaciones por entes fiscalizadores y de control 2. Sanciones	Rara Vez	Catastrofico	MODERADA 20 Puntos	1. Listas de chequeo con los requisitos precontractuales necesarios 2. Estudio de las diferentes propuestas 3. Cuadro comparativo de precios y bienes 4. Capacitaciones sobre los documentos requeridos contractualmente	Baja 5 puntos
SARLAFT / PADM	Posibles relaciones comerciales con clientes, contratistas y proveedores reportados en las listas vinculantes	1. Fallos en la validación de las listas de chequeo en el proceso de vinculación de proveedores, contratistas, clientes, asociados. 2. Fallos en la validación de listas vinculantes y no vinculantes. 3. Fallos relacionados con las competencias del personal para identificar señales de alerta. 4. Fallos relacionados con la disponibilidad de tecnología para consultar las listas vinculantes. 5. Fallos relacionados con la revisión periódica de las listas vinculantes	Requerimiento de consultas en las diferentes listas de riesgos de todos los clientes, contratistas y proveedores del Hospital, obligando la terminación de las relaciones comerciales a los que aparezcan en las listas investigadas.	1. Materialización del riesgo asociados a LA/FT/PADM como reputacional, legal, operativo y de contagio. 2. Sanciones bajo Ley penal que de su incumplimiento se deriven.	Rara Vez	Catastrofico	MODERADA 20 Puntos	1. Adquirir listas de vinculantes 2. Verificación en las listas de cada cliente, contratista y/o proveedor 3. En caso de salir listas de vinculantes se toman las acciones legales a lugar	Baja 5 puntos
Servicios Farmacéuticos	Probabilidad de pérdida de medicamentos y dispositivos médicos	Fallas en el proceso de inventario Problema de almacenamiento y custodia adecuadas en las áreas	La pérdida o robo de medicamentos se puede presentar por colaboradores malintencionados, generando un beneficio particular	1. Pérdida del empleo 2. Investigación disciplinaria 3. detrimento patrimonial	Posible	Catastrofico	Extremo 60 Puntos	1. Control de inventarios 2. Almacenamiento seguro 3. Custodia (areas restringidas) 4. Medidas de seguridad (camaras, chequeo en la salida de la institución)	BAJA 10 puntos
Sistemas de Información	Posibilidad de presentarse modificaciones en las Historias clínicas por base de datos	Beneficiar a medicos y/o pacientes	Sobrecosto en los servicios del medico tratante y/o reducción en el pago de los servicios prestados al paciente	Sanciones Investigaciones disciplinarias Pérdida de recursos	Rara Vez	Catastrofico	MODERADA 20 Puntos	1. Acceso a base de datos restringido 2. Auditoría de historias clínicas 3. Auditoría concurrente	BAJA 5 puntos

RIESGOS DE CORRUPCIÓN - ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA - VIGENCIA 2023									
PROCESO	RIESGO DE CORRUPCIÓN	CAUSAS	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	RIESGO RESIDUAL
Suministros	Posibilidad de Favorecimiento a proveedores	1. Otorgamiento de compras a algunos proveedores 2. Recibir dadasivas 3. Aceptación de insumos de baja calidad	Favorecer a proveedores en las compras realizadas por el hospital, aceptando precios mas altos, bajas calidades	1. Investigaciones disciplinarias 2. Adquisición de insumos de baja calidad y alto costo 3. Afectación en la prestación del servicios de salud del Hospital	Rara Vez	Catastrofico	MODERADA 20 Puntos	1. Selección de proveedores 2. Evaluación de los proveedores 3. Comité de compras	Baja 5 Puntos
SIAU	Posibilidad de presentarse limitación en el registro de la PQRSF en el servicio del SIAU (Subregistro), vulnerando los derechos de los pacientes	1. Inhaderencia al codigo de integridad institucional 2. Inhaderencia al procedimiento de los PQRSF	Falta de los controles controles que afiancen la gestión en los servicios de la Institución por parte del proceso del SIAU	1. Vulneración de los derechos 2. Investigación Disciplinaria 3. Pérdida de imagen y reputación de la ESE	Rara Vez	Catastrofico	MODERADA 20 Puntos	1. Plan anticorrupción y de atención al ciudadano institucional actualizado 2. Codigo de integridad institucional 3. Registro de las PQRSF en la Plataforma Daruma 4. Apertura de los buzones con el acompañamiento de Asociación de usuarios, pacientes y sus familiares y Delegado de la Secretaria Municipal de Salud 5. Seguimiento a la gestión del Riesgo	Baja 5 Puntos
Tesorería	Posibilidad de presentarse Hurto o perdida del dinero recaudado en las cajas	1. Falta de control del efectivo en las cajas. 2. Falta de seguridad del recaudo.	Hurto o perdida del dinero recaudado en las cajas	1) Detrimiento patrimonial. 2) Afectación de flujo de caja. 3) Sanciones.	Rara Vez	Mayor	Baja 10 Puntos	1. Póliza de manejo actualizada. 2. Cajas fuerte de seguridad en los puntos de recaudo (Urgencias y Consulta Externa). 3. Socialización del procedimiento de recaudo.	Baja 5 Puntos
Talento Humano	Posibilidad de presentarse conflictos de interes entre los colaboradores de cada proceso	1. Falta de transparencia en la selección de personal de la ESE 2. Intereses particulares entre amigos, familiares y conocidos 3. Falta de valores institucionales	Los conflictos de intereses ponen en riesgo la obligación de garantizar el interés general del servicio público y afectan la confianza ciudadana en la administración pública	1. Pérdida de imagen y reputación de la ESE 2. Toma de decisiones administrativas erradas 3. Afectación del clima laboral	Rara Vez	Mayor	Baja 10 Puntos	1. Recepcion de hojas de vida y estudios de perfiles de cargo 2. Contar con oficina de control interno disciplinario que realiza las investigaciones a lugar 3. Estudios del Clima laboral por medio de encuestas 4. Comité de convivencia laboral	Baja 5 Puntos
Talento Humano	Posibilidad de vincular personal al hospital incumpliendo los requisitos documentales para el perfil de cargo	1. No cuenta con la documentación completa 2. Falta de idoneidad	Falla en la totalidad de la documentación requerida para el ingreso al hospital y que no cumpla con el perfil deseado para el puesto	1. Investigaciones disciplinarias 2. Reprocesos 3. Demandas	Rara Vez	Catastrofico	MODERADA 20 Puntos	1. Verificación cada uno de los certificados 2. Verificación del rethus 3. Verificación con entes educativos 4. Listas de chequeo con los requisitos	Baja 5 puntos

La adecuada identificación de los riesgos COF en los diferentes procesos ha permitido plantear controles adecuados para su tratamiento, los cuales cuentan con el seguimiento minucioso de la oficina de Control interno y la Junta Directiva de la ESE, donde analizan el comportamiento de estos.

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.
5. Modificar la calificación de los riesgos asistenciales, teniendo en cuenta los atributos de la calidad: Accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación del servicio de salud al paciente.