E.S.E. Hospital San Juan De Dios
Titiribí - Antioquia

E.S.E Hospital San Juan de Dios, Titiribí
Carrera Bolivar # 18-55
Teléfonos: 8482626 – 8482740
Fax: 8483012
Página Web: www.esetitiribi.gov.co

RESOLUCIÓN No. 282

(31 de agosto de 2017)

"Por medio de la cual se actualiza la Política de Administración del Riesgo y el Manual de Riesgos Institucionales de la E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS del Municipio de Titiribí - Antioquia".

El Gerente de la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS del Municipio de Titiribí - Antioquia en uso de sus facultades legales y estatutarias, y en especial el Articulo 195 de la Ley No. 100 de 1993

CONSIDERANDO:

1. Que la Constitución Nacional, en su Artículo No. 209 establece que la Administración Pública, en todos sus órdenes y niveles, tendrá un Control Interno que se ejercerá en los términos que señale la Ley.

2. Que el Artículo 269 de la misma Carta Política, estipula que en las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de Control Interno, de conformidad con lo que disponga la Ley.

3. Que la Ley No 87 de 1993, sobre Control Interno, en su Artículo No 6, dispuso que el establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del Control Interno, también será responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos.

4. Que el Literal f del Artículo No. 2 de la Ley No. 87 de 1993, establece como uno de los objetivos del Sistema de Control Interno definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos.

5. Que el Decreto No. 1537 de 2001 en su Artículo No. 4, define la Administración del Riesgo como parte integral del fortalecimiento de los Sistemas de Control Interno en las entidades públicas, para lo cual se establecerán y aplicarán Políticas de Administración del Riesgo.

6. Que el Decreto No. 1599 de 2005 estableció el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 para las Entidades Públicas, modificado por el Decreto 943 del 2014 y en él se establece como componente prioritario el Sistema de Administración del Riesgo.

7. Que el Decreto No. 1011 del 2006 por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGCS) para la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, invoca la protección de los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados en la prestación de los servicios de salud.

8. Que la Resolución No. 2003 de 2014 que establece el Sistema Único de Habilitación, invoca los riesgos asociados en la prestación del servicio de salud, dentro del Estándar de Procesos Prioritarios.

9. Que la Ley No. 1474 de 2011 estableció el Estatuto Anticorrupción, a su vez, el Decreto No. 124 del 2016, mediante el cual se introducen cambios en la estructura del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, determinando que éste debe contar con los siguientes componentes, según la guía que para tal fin dispuso el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, así:

COMPONENTE 1. Gestión del riesgo – Mapa de riesgos de corrupción.

COMPONENTE 2. Racionalización de trámites.

COMPONENTE 3. Rendición de cuentas

COMPONENTE 4. Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.

COMPONENTE 5. Mecanismos para la transparencia y accesos a la información.

COMPONENTE 6. Iniciativas adicionales

9. Que en virtud de lo anterior, se hace necesario adoptar la Política de Administración de Riesgo y actualizar el Manual del Riesgo Institucional, conteniendo dentro de estos, los Riesgos de Corrupción en la gestión pública.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: ALCANCE. La Administración del Riesgo en la E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, del Municipio de Titiribí – Antioquia, tendrá un carácter prioritario y estratégico, y estará fundamentada en el modelo de Gestión por Procesos. En virtud de lo anterior, la identificación, análisis y valoración de los riesgos se circunscribirá a los objetivos estratégicos de cada proceso.

ARTÍCULO SEGUNDO: RESPONSABLE. El responsable de la definición de la Política de Administración del Riesgo, es el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno y Calidad de la E.S.E.

ARTÍCULO TERCERO: POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO: Adoptar la siguiente Política de Administración del Riesgo para la E.S.E.

"La E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS del Municipio de Titiribí- Antioquia, tiene como propósito orientar las acciones necesarias que conduzcan a disminuir la vulnerabilidad frente a situaciones que puedan interferir en el cumplimiento de sus funciones y el logro de los objetivos institucionales, generando las estrategias necesarias para una adecuada administración del riesgo, tanto los asociados a los procesos de prestación de servicios de salud (misionales), como a los procesos administrativos (estratégicos y de apoyo) entre los que se consideran los riesgos de corrupción, buscando de esta forma proteger a las personas, las instalaciones, los bienes y los equipos de la institución, para tal efecto realizará la identificación, análisis, valoración e intervención de los riesgos inherentes al quehacer institucional"

ARTÍCULO CUARTO: GESTIÓN DE RIESGOS. La Gestión de Riesgos incluye las Guías de Acción para que todos los servidores de la E.S.E. Coordinen y administren los eventos que pueden impedir el logro de los objetivos de la entidad, orientándolas y habilitándolas para ello.

En la Política de Administración del Riesgo, se identifican las opciones para tratar y manejar los riesgos, con base en su valoración, y permiten tomar decisiones adecuadas para evitar, reducir, compartir, transferir, y asumir el riesgo, según las siguientes definiciones:

Evitar el Riesgo: Medidas encaminadas a prevenir su materialización, generando cambios sustanciales al interior de los procesos por mejoramiento, rediseño o eliminación, resultado de unos adecuados controles y acciones emprendidas.

Reducir el Riesgo: Medidas encaminadas a disminuir tanto la probabilidad como el impacto del riesgo, adoptando actividades de prevención y de protección al interior del Hospital, optimizando los procedimientos y la implementación de los controles.

Compartir o Transferir el Riesgo: Medidas encaminadas a reducir los efectos de los riesgos a través del traspaso de estos a otras áreas o a otras entidades.

Asumir el Riesgo: Los riesgos residuales se aceptan como pérdida y se elaboran planes de contingencia para su manejo.

ARTÍCULO QUINTO: MAPA DE RIESGOS. La herramienta conceptual y metodológica para la valoración de los riesgos en la E.S.E. Es el Mapa de Riesgos.

PARÁGRAFO: La responsabilidad de la elaboración del Mapa de Riesgos estará a cargo de los responsables de cada uno de los procesos. Los responsables de los procesos serán los encargados de implementar los controles, verificar su efectividad, proponer cambios, velar por su adecuada documentación y por su socialización y aplicación al interior de su proceso.

El Comité Coordinador del Sistema de Control Interno y Calidad es el encargado de aprobar y adoptar las modificaciones al Mapa de Riesgos. La medición de los avances de las acciones de respuesta estará a cargo del Grupo de Trabajo de Control Interno y Calidad.

ARTÍCULO SEXTO: MONITOREO AL MAPA DE RIESGOS. De acuerdo a la Política de Administración del Riesgo, establecidas por la entidad, se debe monitorear el Mapa de Riesgos, con el fin de actualizarlo permanentemente, con base en los objetivos, riesgos y controles existentes.

ARTÍCULO SÉPTIMO: DIVULGACIÓN. La Política de Administración del Riesgo y el Mapa de Riesgos de la E.S.E. son parte constitutiva de la presente resolución y se divulgarán a todos los funcionarios a través de los medios de comunicación, reuniones, comités, charlas informativas, así como de la socialización al interior de cada uno de los procesos.

E.S.E. Hospital
San Juan De Dios
Titiribí - Antioquia

E.S.E Hospital San Juan de Dios, Titiribí
Carrera Bolivar # 18-55
Teléfonos: 8482626 – 8482740
Fax: 8483012
Página Web: www.esetitiribi.gov.co

ARTÍCULO OCTAVO: VIGENCIA. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

Dada en el Municipio de Titiribí – Antioquia, a los 31 del mes de Agosto de 2017

ESE "HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS" TITIRIBÍ GERENTE

JHON JAIME CORREA SEPULVEDA
Gerente
E.S.E. Hospital San Juan de Dios
Titiribí

E.S.E. Hospital San Juan De Dios
Titiribí - Antioquia

E.S.E Hospital San Juan de Dios, Titiribí

Nit 890.980.346-6
Carrera Bolívar # 18-55
Teléfonos: 8482626 – 8482740
Fax: 8483012
Página Web: www.esetitiribi.gov.co E-mail: info@esetitiribi.gov.co

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

MUNICIPIO DE TITIRIBI – ANTIOQUIA.

MANUAL DE GESTION DEL RIESGO

Año 2017

E.S.E. Hospital San Juan De Dios	**MANUAL DE GESTION DEL RIESGO**	**Código:** MA **Versión:** 02 **Página:** 1- 28

TABLA DE CONTENIDO

ITEMS	CONCEPTO	PAGINA
1	Presentación	4
2	Introducción	5
3	Alcance	6
4	Objetivos de la Administración del Riesgo	6
5	Referente Normativo	8
6	Conceptos Básicos	10
7	Clases de Riesgo	11
8	Que significa gestionar el Riesgo?	12
9	Metodología	13
10	Que es el Contexto Estratégico?	14
11	Como se Identifica el Riesgo?	15
12	Como se Analiza el Riesgo?	15
13	Escala de Medición de la Probabilidad	17
14	Escala de Medición del Impacto	17
15	Evaluación del Riesgo	18
16	Mapa de Riesgo	18
17	Política de Administración del Riesgo	19

18	Atributos de Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Prestación del Servicio de Salud	21
19	Algunos Estándares de Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios de Salud	22
20	Procesos de Siguimiento a Riesgos en el Area Asistencial	26
21	Bibliografia	27
22	Mapa de Riesgos y Plan de Manejo	29
23	Tabal de Valores	51
24	Mapa de Riesgos	52

PRESENTACION

En el continuo quehacer misional del hombre y sus diversas interacciones con otras personas, con el medio ambiente, con procesos, equipos, insumos y otros, se ve abocado de manera permanente a la presencia constante de amenazas y peligros que ponen en riesgo su vida, su integridad y el éxito de las actividades y gestiones adelantadas, por ello, se debe generar la conciencia y cultura personal, profesional y social, de la adecuada gestión de los riesgos presentes en la vida cotidiana del ser humano, que posibilite la correcta identificación, análisis, valoración y gestión de las políticas de administración del riesgo, cuya finalidad no es otra que proteger la vida, honra y bienes de quienes se ven involucrados en situaciones potenciales donde estén presentes riesgos y sus nefastas consecuencias.

Por ello, todos deben asumir con responsabilidad los roles sociales, laborales y personales, que permitan de manera adecuada involucrarse con la toma de decisiones para abordar de manera exitosa la política de administración del riesgo que elimine o minimice los efectos negativos que se puedan presentar.

INTRODUCCION

En la Empresa Social del Estado, Hospital San Juan de Dios, del Municipio de Titiribí – Antioquia, se está generando una nueva conciencia organizacional, y grupal que apunta a desarrollar procesos misionales seguros, que encaminan los esfuerzos de todos los servidores públicos de la organización, hacia la adecuada gestión de los riesgos, en términos de la correcta identificación, análisis, valoración, priorización y políticas de manejo de los mismos, como prerrequisito para la prestación de servicios de salud en condiciones óptimas de seguridad y calidad, que beneficie a todos los pacientes/usuarios y población del área de influencia, lo que finalmente posibilita el aumento en el nivel de vida de todas las personas que hacen uso de los servicios que presta el hospital.

Los órganos directivos del hospital, están comprometidos con la implementación de esta política de gestión, a la cual se le ha prestado todo el interés y se le asignan de manera constante y suficiente, los recursos humanos, técnicos, logísticos y de infraestructura, para desarrollar de manera adecuada la estrategia gerencial de manejo de Gestión del Riesgo Organizacional.

ALCANCE

Las disposiciones del presente manual aplican a todos los servidores públicos del hospital (personal técnico y/o auxiliar y profesionales de la salud) que realice labores educativo-preventivas, procedimientos quirúrgicos, despacho de fórmulas médicas y aplicación de medicamentos. Este manual está en concordancia con los protocolos y procedimientos del servicio, con las guías de atención y con las normas vigentes en la actualidad, que le apliquen a la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del Municipio de Titiribí – Antioquia. En especial con la Guía Metodológica del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP)

OBJETIVOS DE LA ADMINISTRACION DEL RIESGO

OBJETIVO GENERAL:

Generar cultura organizacional en el hospital, que permita adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para la adecuada gestión de los riesgos presentes en la prestación del servicio de salud, para implementar de manera correcta y constate la Política de Administración del Riesgo asociado con el quehacer misional del hospital.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ✓ Identificar y gestionar los potenciales riesgos que puedan afectar al paciente durante el proceso de atención en salud.
- ✓ Generar procesos de capacitación para los empleados del hospital, en lo relacionado con la Política de Administración del Riesgo.
- ✓ Generar procesos misionales seguros

- ✓ Asignar responsabilidades en la implementación de la Política de Administración del Riesgo
- ✓ Proteger la vida, honra y bienes de las partes interesadas.
- ✓ Introducir el manejo de los riesgos dentro de los procesos asistenciales y administrativos
- ✓ Involucrar a todos los servidores públicos del hospital en la cultura de gestión del riesgo
- ✓ Dar cumplimiento al marco jurídico actual, relacionado con el manejo adecuado de los riesgos en la prestación del servicio de salud.

REFERENTE NORMATIVO

La adecuada gestión del riesgo y las políticas de administración de los mismos, está fundamentado en las siguientes normas jurídicas:

Ley 87 de 1993

Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones. (Modificada parcialmente por la Ley 1474 de 2011). Artículo 2 Objetivos del control interno: literal a). Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan. Literal f). Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos.

Ley 489 de 1998

Estatuto Básico de Organización y Funcionamiento de la Administración Pública.
Capítulo VI. Sistema Nacional de Control Interno.

Decreto 2145 de 1999

Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones. (Modificado parcialmente por el Decreto 2593 del 2000 y por el Art. 8º. de la ley 1474 de 2011)

Directiva Presidencial 09 de 1999

Lineamientos para la implementación de la política de lucha contra la corrupción.

Decreto 2593 del 2000

Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2145 de noviembre 4 de 1999

Decreto 1537 de 2001

Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado. El parágrafo del Artículo 4° señala los objetivos del sistema de control interno (...) define y aplica medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones (...) y en su Artículo 3° establece el rol que deben desempeñar las oficinas de control interno (...) que se enmarca en cinco tópicos (...) valoración de riesgos. Así mismo establece en su Artículo 4° la administración de riesgos, como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas

Decreto 1599 de 2005

Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado colombiano y se presenta el anexo técnico del MECI 1000:2005. 1.3 Componentes de administración del riesgo.

Decreto 4485 de 2009

Por el cual se adopta la actualización de la NTCGP a su versión 2009. Numeral 4.1 Requisitos generales literal g) "establecer controles sobre los riesgos identificados y valorados que puedan afectar la satisfacción del cliente y el logro de los objetivos de la entidad; cuando un riesgo se materializa es necesario tomar acciones correctivas para evitar o disminuir la probabilidad de que vuelva a suceder". Este decreto aclara la importancia de la Administración del riesgo en el Sistema de Gestión de la Calidad en las entidades.

Decreto No. 1011 de 2006

Por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud – SOGCS, donde define que el riesgo está asociado a la prestación del servicio de salud, y que dentro del grupo de Estandares de Procesos Prioritarios se debe desarrollar un

proceso organizacional que permita realizar la Identificación, Valoración y Administración de los riesgos asociados a la prestación de servicio de salud, que evite o minimice los efectos en caso de presentarse un evento leve o grave, y la forma de analizarlo y darle tratamiento.

Ley 1474 de 2011

Estatuto Anticorrupción. Artículo 73. "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano" que deben elaborar anualmente todas las entidades, incluyendo el mapa de riesgos de corrupción, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias anti tramites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.

CONCEPTOS BASICOS

RIESGO: El concepto de Administración del Riesgo se introduce en las entidades públicas, teniendo en cuenta que todas las organizaciones independientemente de su naturaleza, tamaño y razón de ser, están permanentemente expuestas a diferentes riesgos o eventos que pueden poner en peligro su existencia. Desde la perspectiva del Control Interno, el modelo COSO (Committee on Sponsoring Organisations of the Treadway Commission's), adaptado para Colombia por el ICONTEC mediante la Norma Técnica NTC5254, actualizada y reemplazada en 2011 por la Norma Técnica NTC-ISO31000, interpreta que la eficiencia del control está en el manejo de los riesgos, es decir: el propósito principal del control es la reducción de los mismos, propendiendo porque el proceso y sus controles garanticen de manera razonable que los riesgos están minimizados o se están reduciendo y, por lo tanto, que los objetivos de la entidad van a ser alcanzados, y establece que la administración del riesgo es: "Un proceso efectuado por la Alta Dirección de la entidad y por todo el personal para proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos. El enfoque de riesgos no se determina solamente con el uso de la metodología, sino logrando que la evaluación de los riesgos se convierta en una parte natural del proceso de Planeación" Riesgo es la posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre los objetivos institucionales o del proceso. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.

CLASES DE RIESGOS

El riesgo está vinculado con todo el quehacer; se podría afirmar que no hay actividad de la vida, negocio o cualquier asunto que deje de incluirlos como una posibilidad. Las entidades, durante el proceso de identificación del riesgo, pueden hacer una clasificación de los mismos, con el fin de formular políticas de operación para darles el tratamiento indicado; así mismo este análisis servirá de base para el impacto o consecuencias durante el proceso de análisis del riesgo contemplado dentro de la metodología.

Se debe tener en cuenta que los riesgos no sólo son de carácter económico o están únicamente relacionados con entidades financieras o con lo que se ha denominado riesgos profesionales; estos hacen parte de cualquier gestión que se realice.

Entre las clases de riesgos que pueden presentarse están los siguientes:

Riesgo Estratégico: Se asocia con la forma en que se administra la Entidad. El manejo del riesgo estratégico se enfoca a asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la clara definición de políticas, diseño y conceptualización de la entidad por parte de la alta gerencia.

Riesgos de Imagen: Están relacionados con la percepción y la confianza por parte de la ciudadanía hacia la institución.

Riesgos Operativos: Comprenden riesgos provenientes del funcionamiento y operatividad de los sistemas de información institucional, de la definición de los procesos, de la estructura de la entidad, de la articulación entre dependencias

Riesgos Financieros: Se relacionan con el manejo de los recursos de la entidad que incluyen: la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y el manejo sobre los bienes.

Riesgos de Cumplimiento: Se asocian con la capacidad de la entidad para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la comunidad.

Riesgos de Tecnología: Están relacionados con la capacidad tecnológica de la Entidad para satisfacer sus necesidades actuales y futuras y el cumplimiento de la misión.

QUÉ SIGNIFICA GESTIONAR EL RIESGO

En términos generales la gestión del riesgo se refiere a los principios y metodología para la gestión eficaz del riesgo, mientras que gestionar el riesgo se refiere a la aplicación de estos principios y metodología a riesgos particulares.

La administración del Riesgo comprende el conjunto de Elementos de Control y sus interrelaciones, para que la institución evalúe e intervenga aquellos eventos, tanto internos como externos, que puedan afectar de manera positiva o negativa el logro de sus objetivos institucionales. La administración del riesgo contribuye a que la entidad consolide su Sistema de Control Interno y a que se genere una cultura de Autocontrol y autoevaluación al interior de la misma.

LAS ETAPAS SUGERIDAS PARA UNA ADECUADA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO SON LAS SIGUIENTES:

COMPROMISO DE LA ALTA Y MEDIA DIRECCIÓN: como encargadas de estimular la cultura de la identificación y prevención del riesgo y de definir las políticas para la gestión de los riesgos identificados y valorados entre las que se encuentran la definición de canales directos de comunicación y el apoyo a todas las acciones emprendidas en este sentido, propiciando los espacios y asignando los recursos necesarios. Así mismo, debe designar a un directivo de primer nivel (debe ser el mismo que tiene a cargo el desarrollo o sostenimiento del MECI y el Sistema de Gestión de la Calidad) que asesore y apoye todo el proceso de diseño e implementación del Componente.

CONFORMACIÓN DE UN EQUIPO MECI O DE UN GRUPO INTERDISCIPLINARIO: Es importante conformar un equipo que se encargue de liderar el proceso dentro de la entidad y cuente con un canal directo de comunicación con los designados de la dirección y de las diferentes dependencias. Dicho equipo lo deben integrar personas de diferentes dependencias que conozcan muy bien la entidad y el funcionamiento de los diferentes procesos para que se facilite la aplicación de la metodología y la construcción de los mapas de riesgos por proceso e institucionales.

CAPACITACIÓN EN LA METODOLOGÍA: Definido el Equipo MECI o el grupo interdisciplinario, debe capacitarse a sus integrantes en la metodología sobre administración del Riesgo y su relación con los demás Subsistemas y Elementos del Modelo Estándar de Control Interno- MECI, de modo que se conviertan en multiplicadores de esta información al interior de cada uno los procesos donde sea que participen. Ellos se convertirán en capacitadores de otros servidores o bien podrán acompañar el levantamiento de los mapas al interior de sus procesos.

METODOLOGIA

Las entidades de la administración pública deben darle cumplimiento a su misión constitucional y legal, a través de sus objetivos institucionales, los cuales se desarrollan a partir del diseño y ejecución de los diferentes planes, programas y proyectos. El cumplimiento de dichos objetivos puede verse afectado por factores tanto internos como externos que crean riesgos frente a todas sus actividades, razón por la cual se hace necesario contar con acciones tendientes a administrarlos.
El adecuado manejo de los riesgos favorece el desarrollo y crecimiento de la entidad, con el fin de asegurar dicho manejo es importante que se establezca el entorno y ambiente organizacional de la entidad, la identificación, análisis, valoración y definición de las alternativas de acciones de mitigación de los riesgos, esto en desarrollo de los siguientes elementos:

- ✓ Contexto estratégico
- ✓ Identificación de riesgos
- ✓ Análisis de riesgos
- ✓ Valoración de riesgos
- ✓ Políticas de administración de riesgos

Al ser un componente del Subsistema de Control Estratégico, para una adecuada administración del riesgo se debe tener en cuenta:

• La planeación estratégica (misión, visión, establecimiento de objetivos, metas, factores críticos de éxito).

• El campo de aplicación (procesos, proyectos, unidades de negocio, sistemas de información).

• El Componente Ambiente de Control y todos sus elementos (Acuerdos, compromisos y protocolos éticos, las políticas de desarrollo del Talento Humano y el estilo de Dirección).

• La identificación de eventos (internos y externos) y de los resultados generados por el componente Direccionamiento Estratégico y sus elementos de control (Planes y Programas, Modelo de Operación y Estructura Organizacional).

• El elemento "Controles" del Subsistema de Control de Gestión al momento de realizar la valoración de los riesgos (identificación, medición y priorización) y la formulación de la política (para evitar, aceptar, reducir y transferir el riesgo).

¿QUÉ ES EL CONTEXTO ESTRATÉGICO?

Son las condiciones internas y del entorno, que pueden generar eventos que originan oportunidades o afectan negativamente el cumplimiento de la misión y objetivos de una institución. Las situaciones del entorno o externas pueden ser de carácter social, cultural, económico, tecnológico, político y legal, bien sean internacionales, nacionales o regionales, según sea el caso de análisis. Las situaciones internas están relacionadas con la estructura, cultura organizacional, el modelo de operación, el cumplimiento de los

planes y programas, los sistemas de información, los procesos y procedimientos y los recursos humanos y económicos con los que cuenta una entidad.

¿CÓMO SE IDENTIFICA EL RIESGO?

La identificación del riesgo se realiza determinando las causas, con base en los factores internos y/o externos analizados para la entidad, y que pueden afectar el logro de los objetivos. Una manera para que todos los servidores de la entidad conozcan y visualicen los riesgos es a través de la utilización del formato de identificación de riesgos el cual permite hacer un inventario de los mismos, definiendo en primera instancia las causas con base en los factores de riesgo internos y externos (contexto estratégico), presentando una descripción de cada uno de estos y finalmente definiendo los posibles efectos (consecuencias).

Es importante centrarse en los riesgos más significativos para la entidad relacionados con los objetivos de los procesos y los objetivos institucionales. Es allí donde, al igual que todos los servidores, la gerencia pública adopta un papel proactivo en el sentido de visualizar en sus contextos estratégicos y misionales los factores o causas que pueden afectar el curso institucional, dada la especialidad temática que manejan en cada sector o contexto socioeconómico.

¿CÓMO SE ANALIZA EL RIESGO?

El análisis del riesgo busca establecer la probabilidad de ocurrencia del mismo y sus consecuencias, este último aspecto puede orientar la clasificación del riesgo, con el fin de obtener información para establecer el nivel de riesgo y las acciones que se van a implementar. El análisis del riesgo depende de la información obtenida en la fase de identificación de riesgos.

Pasos claves en el análisis de riesgos:

- ✓ Determinar probabilidad
- ✓ Determinar consecuencias
- ✓ Clasificación del riesgo
- ✓ Estimar el nivel del riesgo

Se han establecido dos aspectos a tener en cuenta en el análisis de los riesgos identificados:

Probabilidad e Impacto.

Por probabilidad se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo; esta puede ser medida con criterios de frecuencia, si se ha materializado (por ejemplo: número de veces en un tiempo determinado), o de Factibilidad teniendo en cuenta la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, aunque este no se haya materializado.

Por Impacto se entienden las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo. Para adelantar el análisis del riesgo se deben considerar los siguientes aspectos:

Calificación del riesgo y evaluación del riesgo.

• Calificación del riesgo: se logra a través de la estimación de la probabilidad de su ocurrencia y el impacto que puede causar la materialización del riesgo.

• Bajo el criterio de Probabilidad: el riesgo se debe medir a partir de las siguientes especificaciones:

ESCALA DE MEDICION DE PROBABILIDAD

NIVEL	DESCRIPTOR	DESCRIPCION	FRECUENCIA
1	Raro	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales	No se ha presentado en los últimos 5 años
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento	Al menos de una vez en los últimos 5 años
3	Posible	El evento podría ocurrir en algún momento	Al menos de una vez en los últimos 2 años
4	Probable	El evento ocurrirá probablemente en la mayoría de las circunstancias	Al menos de una vez en el último año
5	Casi Seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias.	Más de una vez al año

ESCALA DE MEDICION DEL IMPACTO

NIVEL	DESCRIPTOR	DESCRIPCION
1	Insignificante	Si el hecho llegares a presentarse, tendría consecuencias o efectos mínimos sobre la entidad
2	Menor	Si el hecho llegares a presentarse, tendría bajo impacto o efecto sobre la entidad
3	Moderado	Si el hecho llegares a presentarse, tendría medianas consecuencias o efectos sobre la entidad
4	Mayor	Si el hecho llegares a presentarse, tendría altas consecuencias o efectos sobre la entidad
5	Catastrófico	Si el hecho llegares a presentarse, tendría desastrosas consecuencias o efectos sobre la entidad

EVALUACIÓN DEL RIESGO

Permite comparar los resultados de la calificación del riesgo, con los criterios definidos para establecer el grado de exposición de la entidad; de esta forma es posible distinguir entre los riesgos aceptables, tolerables, moderados, importantes o inaceptables y fijar las prioridades de las acciones requeridas para su tratamiento. Para facilitar la calificación y evaluación a los riesgos, a continuación se presenta una matriz que contempla un análisis cualitativo, para presentar la magnitud de las consecuencias potenciales (impacto) y la posibilidad de ocurrencia (probabilidad).
Las categorías relacionadas con el impacto son: insignificante, menor, moderado, mayor y catastrófico. Las categorías relacionadas con la probabilidad son: raro, improbable, posible, probable y casi seguro.

ELABORACION DEL MAPA DE RIESGOS

El mapa de riesgos es una herramienta metodológica que permite hacer un inventario de los riesgos del hospital, de manera ordenada, sistemática y articulada, para generar los procesos de manejo y el seguimiento al cumplimiento de las acciones programadas y debe contener una estructura básica según el siguiente modelo:

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - TITIRIBÍ - ANTIOQUIA.											Código: FO
	IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS, VALORACIÓN Y POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO											Versión: 01 / Página 1 de 1
DEPENDENCIA:	ATENCIÓN AL USUARIO											
OBJETIVO	Dar trámite oportuno a las solicitudes provenientes de las diferentes partes interesadas, permitiendo atender las necesidades y expectativas de los usuarios, todo dentro de una cultura de servicio y atendiendo las disposiciones legales vigentes.											
PROCESO	RIESGO	CAUSAS	EFECTOS	VALORACIÓN		CALIFICACIÓN DEL RIESGO	POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO					
				PROBABILIDAD	IMPACTO		MEDIDAS DE RESPUESTA	ACCIONES / HERRAMIENTA DE CONTROL	RESPONSABLE	INDICADOR	ACCIONES EJECUTADAS 2017 (CAMBIO DE VALORACIÓN)	

POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

Para la consolidación de las Políticas de Administración de Riesgos se deben tener en cuenta todas las etapas anteriormente desarrolladas. Las políticas identifican las opciones para tratar y manejar los riesgos basadas en la valoración de los mismos, permiten tomar decisiones adecuadas y fijar los lineamientos, que van a transmitir la posición de la dirección y establecen las guías de acción necesarias a todos los servidores de la entidad.

FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO.

Está a cargo del Representante Legal de la entidad y el Comité de Coordinación de Control Interno y se basa en el mapa de riesgos construido durante el proceso; la política señala qué debe hacerse para efectuar el control y su seguimiento, basándose en los planes estratégicos y los objetivos institucionales o por procesos. Debe contener los siguientes aspectos:

- ✓ Los objetivos que se esperan lograr.
- ✓ Las estrategias para establecer cómo se van a desarrollar la política, a largo, mediano y corto plazo.
- ✓ Los riesgos que se van a controlar.
- ✓ Las acciones a desarrollar contemplando el tiempo, los recursos, los responsables y el talento humano requerido.
- ✓ El seguimiento y evaluación a la implementación y efectividad de las políticas.

COMUNICACIÓN Y CONSULTA

La comunicación y consulta con las partes involucradas tanto internas como externas debería realizarse durante todas las etapas (pasos dentro de la metodología) del proceso para la gestión del riesgo. Esta comunicación es importante para garantizar que aquellos responsables de la implementación de las acciones dentro de cada uno de los procesos entiendan las bases sobre las cuales se toman las decisiones y las razones por las cuales se requieren dichas acciones. Un enfoque de equipos de trabajo puede ser:

- ✓ Ayudar a establecer correctamente el contexto estratégico.
- ✓ Garantizar que se toman en consideración las necesidades de las partes involucradas.
- ✓ Ayudar a garantizar que los riesgos estén correctamente identificados.
- ✓ Reunir diferentes áreas de experticia para el análisis de los riesgos.
- ✓ Garantizar que los diferentes puntos de vista se toman en consideración adecuada durante todo el proceso.
- ✓ Fomentar la administración del riesgo como una actividad inherente al proceso de la planeación estratégica.

MONITOREO Y REVISION

Una vez diseñado y validado el plan para administrar los riesgos, en el mapa de riesgos, es necesario monitorearlo teniendo en cuenta que estos nunca dejan de representar una amenaza para la organización. El monitoreo es esencial para asegurar que las acciones se están llevando a cabo y evaluar la eficiencia en su implementación adelantando revisiones sobre la marcha para evidenciar todas aquellas situaciones o factores que pueden estar influyendo en la aplicación de las acciones preventivas. El monitoreo debe estar a cargo de:

- ✓ Los responsables de los procesos y
- ✓ La Oficina de Control Interno.

Su finalidad principal será la de aplicar y sugerir los correctivos y ajustes necesarios para asegurar un efectivo manejo del riesgo. La Oficina de Control Interno dentro de su función asesora comunicará y presentará luego del seguimiento y evaluación sus resultados y propuestas de mejoramiento y tratamiento a las situaciones detectadas.

ATRIBUTOS DE CALIDAD DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD

Los atributos de calidad del SOGCS se definen como la condición básica que se debe dar en la prestación del servicio de salud, dentro de los cuales se encuentra la Seguridad, para garantizar el manejo adecuado de los riesgos y su posterior beneficio para el paciente y su familia, son ellos:

- ✓ **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud.

- ✓ **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Ésta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

- ✓ **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

- ✓ **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

- ✓ **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico

ALGUNOS ESTÁNDARES DE SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

• **Infecciones Quirúrgicas:** Es el análisis que realiza una institución para la caracterización de las infecciones de los pacientes en servicios quirúrgicos. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis para cada servicio, por germen, por tipos de procedimiento, por tiempos de estancia, entre otros. Para habilitación, serán válidos cualquiera de los análisis anteriores u otros que la institución defina relacionados con el tema.

• **Complicaciones Quirúrgicas Inmediatas:** Es el análisis que realiza una institución para la caracterización de las complicaciones de los pacientes que han sido sometidos a procedimientos quirúrgicos. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis de los perfiles por causa, por tipo de complicaciones, por severidad, por tiempo (intraoperatorio, postoperatorio inmediato, mediato). Para habilitación, serán válidos cualquiera de los análisis anteriores u otros que la institución defina relacionados con el tema.

• **Complicaciones Anestésicas:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las complicaciones anestésicas de los pacientes en servicios quirúrgicos. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis por causa, por tipo de complicación, por turnos, por tipo de procedimiento, por tiempo de anestesia, por severidad, entre otros. Para habilitación, serán válidos cualquiera de los análisis anteriores u otros que la institución defina relacionados con el tema.

• **Complicaciones Terapéuticas:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las complicaciones terapéuticas de los pacientes en servicios ambulatorios y hospitalarios. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis de las complicaciones por tipo de procedimiento, por servicio, por severidad, por tipo de complicación, entre otros. Para habilitación, serán válidos cualquiera de los análisis anteriores u otros que la institución defina relacionados con el tema.

• **Complicaciones Medicamentosas:** Es el análisis que realiza una institución para la caracterización de las complicaciones por administración de medicamentos a los pacientes en los servicios. Por ejemplo análisis de farmacología, errores en medicación, tipos de medicamento, entre otros. Para habilitación, serán válidos cualquiera de los análisis anteriores u otros que la institución defina relacionados con el tema.

TERMINOS Y DEFINICIONES RELACIONADAS CON LA ESTRATEGIA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SOGCS (SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD)

- ✓ **Aceptar el riesgo:** Decisión informada de aceptar las consecuencias y probabilidad de un riesgo en particular.

- ✓ **Control correctivo:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.

- ✓ **Control preventivo:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.

- ✓ **Administración de Riesgos:** Conjunto de elementos de control que al interrelacionarse, permiten a la entidad pública evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función. Se constituye en el componente de control que al interactuar sus diferentes elementos le permite a la entidad pública auto controlar aquellos eventos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos.

- ✓ **Análisis de riesgo:** Elemento de control que permite establecer la probabilidad de ocurrencia de los eventos positivos y/o negativos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos a fin de determinar la capacidad de la entidad pública para su aceptación y manejo. Se debe llevar a cabo un uso

sistemático de la información disponible para determinar qué tan frecuentemente pueden ocurrir eventos especificados y la magnitud de sus consecuencias.

- ✓ **Autoevaluación del control:** Elemento de control que, basado en un conjunto de mecanismos de verificación y evaluación, determina la calidad y efectividad de los controles internos a nivel de los procesos y de cada área organizacional responsable, permitiendo emprender las acciones de mejoramiento del control requeridas. Se basa en una revisión periódica y sistemática de los procesos de la entidad para asegurar que los controles establecidos son aún eficaces y apropiados.

- ✓ **Compartir el riesgo:** Se asocia con la forma de protección para disminuir las pérdidas que ocurran luego de la materialización de un riesgo, es posible realizarlo mediante contratos, seguros, cláusulas contractuales u otros medios que puedan aplicarse

- ✓ **Consecuencia:** Es el resultado de un evento expresado cualitativa o cuantitativamente, sea este una pérdida, perjuicio, desventaja o ganancia, frente a la consecución de los objetivos de la entidad o el proceso.

- ✓ **Evaluación del riesgo:** Proceso utilizado para determinar las prioridades de la Administración del Riesgo comparando el nivel de un determinado riesgo con respecto a un estándar determinado.

- ✓ **Evento:** Incidente o situación que ocurre en un lugar determinado durante un periodo de tiempo determinado. Este puede ser cierto o incierto y su ocurrencia puede ser única o ser parte de una serie.

- ✓ **Frecuencia:** Medida del coeficiente de ocurrencia de un evento expresado como la cantidad de veces que ha ocurrido un evento en un tiempo dado.

- ✓ **Identificación del riesgo:** elemento de control, que posibilita conocer los eventos potenciales, estén o no bajo el control de la entidad pública, que ponen en riesgo el logro de su misión, estableciendo los agentes generadores, las causas y los efectos de su ocurrencia. se puede entender como el proceso que permite determinar qué podría suceder, por qué sucedería y de qué manera se llevaría a cabo.

- ✓ **Monitorear:** Comprobar, Supervisar, observar, o registrar la forma en que se lleva a cabo una actividad con el fin de identificar sus posibles cambios.

- ✓ **Pérdida:** Consecuencia negativa que trae consigo un evento.

- ✓ **Probabilidad:** grado en el cual es probable que ocurra de un evento, este se debe medir a través de la relación entre los hechos ocurridos realmente y la cantidad de eventos que pudieron ocurrir.

- ✓ **Proceso de administración de riesgo:** aplicación sistemática de políticas, procedimientos y prácticas de administración a las diferentes etapas de la administración del riesgo

- ✓ **Reducción del riesgo:** aplicación de controles para reducir las probabilidades de ocurrencia de un evento y/o su ocurrencia.

- ✓ **Riesgo:** posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre los objetivos institucionales o del proceso. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.

- ✓ **Riesgo inherente:** es aquel al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones de la dirección para modificar su probabilidad o impacto.

- ✓ **Riesgo residual:** nivel de riesgo que permanece luego de tomar medidas de tratamiento de riesgo.

- ✓ **Sistema de Administración de Riesgo:** conjunto de elementos del direccionamiento estratégico de una entidad concerniente a la Administración del Riesgo.

- ✓ **Evento Adverso:** Daño no intencional causado al paciente como un resultado clínico no esperado durante el cuidado asistencial y puede o no estar asociado a error.

740

nfo@esetitiribi.gov.co

e aparición e inherente a las
d.

alcanza a causar un evento

ante del equipo de salud que
rrencia de un evento adverso;
bien sea por acción y/o por

ciado a la atención en salud,
línico no deseable.

ífica o administrativa en el
o exitoso, que minimiza la

es, procesos, instrumentos y
probadas que propenden por
proceso de atención de salud

L AREA ASISTENCIAL

ón, se deben analizar los más
o de los cuales tenemos:

- ✓ Mortalidad Materna Y Perinatal
- ✓ Complicaciones Del Parto
- ✓ Complicaciones Del Postparto
- ✓ Complicaciones Del Puerperio
- ✓ Seguimiento A Riesgos Consulta Externa Medica
- ✓ Seguimiento A Riesgos De Hospitalización
- ✓ Seguimiento A Riesgos De Consulta Externa Enfermeria, Transcripción De Fórmulas
- ✓ Seguimiento A Riesgos Demanda Inducida Protección Especifica
- ✓ Búsqueda De Pacientes Susceptibles
- ✓ Inasistencia A Los Controles
- ✓ Seguimiento A Riesgo Fechas Vencimiento En Biologicos.
- ✓ Seguimiento A Riesgo Alteracion De Cadena De Frio

BIBLIOGRAFIA

1. Guía para la Administración del Riesgo, Departamento Administrativo de la Función Pública, Versión 2, Año 2011
2. Decreto No. 1011 de 2006 Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud - SOGCS

E.S.E. Hospital San Juan De Dios
Titiribí - Antioquia

E.S.E Hospital San Juan de Dios, Titiribí

Nit 890.980.346-6
Carrera Bolívar # 18-55
Teléfonos: 8482626 – 8482740
Fax: 8483012
Página Web: www.esetitiribi.gov.co E-mail: info@esetitiribi.gov.co

MAPA DE RIESGOS Y PLAN DE MANEJO

A partir de este momento se inicia la inclusión de cada uno de los estudios de riesgos realizados por áreas, en lo relacionado con Identificación, Análisis, Valoración y Mapa de Riesgos identificados, dentro de los formatos asignados para tal fin, como se evidencia a continuación:

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - TITIRIBÍ - ANTIOQUIA.										Código: FO
											Versión: 01
	IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS, VALORACIÓN Y POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO										Página 1 de 1
DEPENDENCIA:	ATENCIÓN AL USUARIO										
OBJETIVO	Dar trámite oportuno a las solicitudes provenientes de las diferentes partes interesadas, permitiendo atender las necesidades y expectativas de los usuarios, todo dentro de una cultura de servicio y atendiendo las disposiciones legales vigentes.										
PROCESO	RIESGO	CAUSAS	EFECTOS	VALORACIÓN		CALIFICACIÓN DEL RIESGO	POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO				
				PROBABILIDAD	IMPACTO		MEDIDAS DE RESPUESTA	ACIONES HERRAMIENTA DE CONTROL	RESPONSABLE	INDICADOR	
1. Información al usuario	* Información incorrecta, imprecisa, inoportuna	* Desconocimiento de normas o actualización de las mismas	* Inconformidad del usuario. *Retraso en la solución de necesidad	2	3	Zona de riesgo MODERADA	Evitar el riesgo	*Revisión de los procesos inherentes a la oficina SIAU periódicamente y ajustarlos a la nueva normatividad. * Actualización y conocimiento de normas que le aplican a la oficina.	Auxiliar Administrativo SIAU	# de quejas de usuarios por mala orientación por parte de la oficina SIAU	
2. Quejas y reclamos	*No darle oportuno y eficaz trámite a las solicitudes, quejas y reclamos presentados por los usuarios.	*Por no darle prioridad a la ejecución de esta acción	*Usuarios insatisfechos. * Quejas en otras instancias gubernamentales. * Pérdida de confianza en la ESE.	2	3	Zona de riesgo MODERADA	Asumir el riesgo	El tramite de las PQR debe ser una acción prioritaria en la oficina SIAU y el reporte del consolidado de estas debe hacerse mensual así como su publicación.	Auxiliar Administrativo SIAU	# de meses en el año que no se publica los consolidados de las PQR	
3. Satisfacción del usuario	* Resultado de encuestas incorrectas	* Falta de capacitación de los funcionarios para aplicar las encuestas.	* Información de la evaluación no eficiente. Desconocimiento de la tendencia.	2	2	Zona de riesgo BAJA	Reducir el riesgo	Adecuada capacitación al funcionario en el manejo y reporte de resultado de encuestas de satisfacción.	Auxiliar Administrativo SIAU	# de casos detectados en desvío de calificación por errores de información.	

E.S.E. Hospital San Juan De Dios
Titiribí - Antioquia

E.S.E Hospital San Juan de Dios, Titiribí

Nit 890.980.346-6
Carrera Bolívar # 18-55
Teléfonos: 8482626 – 8482740
Fax: 8483012
Página Web: www.esetitiribi.gov.co E-mail: info@esetitiribi.gov.co

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - TITIRIBÍ - ANTIOQUIA.	Código: FO
		Versión: 01
	IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS, VALORACIÓN Y POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	Página 1 de 1

DEPENDENCIA:	ADMISIONES
OBJETIVO	Se realiza la planificación de horas disponibles de médico general para la elaboración de agendas y la correspondiente asignación de citas, así también se lleva a cabo la consolidación de venta de servicios.

PROCESO	RIESGO	CAUSAS	EFECTOS	VALORACIÓN		CALIFICACIÓN DEL RIESGO	POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO			
				PROBABILIDAD	IMPACTO		MEDIDAS DE RESPUESTA	ACCIONES / HERRAMIENTA DE CONTROL	RESPONSABLE	INDICADOR
1. Asignación de citas	*La no asignación de citas de forma oportuna al usuario.	* Insuficiencia de agendas.	* Complicaciones médicas del usuario. * Insatisfacion del Usuario. * Mala imagen corporativa.	2	3	Zona de riesgo MODERADA	Reducir el riesgo	* Llevar registro de demanda insatisfecha y establecimiento de acciones de mejoramiento.	Auxiliar Administrativo Admisiones	* Registro mensual de demanda insatisfecha.
2. Generación informes de fin de mes.	* No entregar informes a tiempo	*Problemas del software * Tiempo insuficiente del lider del proceso.	* Procesos sancionatorios *Mala imagen corporativa.	1	2	Zona de riesgo BAJA	Asumir el riesgo	* Monitorear el buen funcionamiento del software los dias previos al envio de la información. Tener comunicación fluida con el técnico de sistemas	Auxiliar Administrativo Admisiones	* Oportunidad en el envio de información de acuerdo a la norma
3. Archivo clínico	* Perdida de historias clinicas	* No aplicación de las normas de archivo de historias clinicas	* Interrupción de tratamientos. *Complicaciones del estado de salud del usuario. Atraso en diagnóstico.	4	3	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riesgo	Aplicación estricta de las normas de archivo de historia clínica	Auxiliar Administrativo Admisiones	Registro mensual de pérdida de historias clínicas
4. Caja (recaudo de ventas propias: fichos, copagos, particulares y urgencias)	Atraco, ubicación insegura de la caja.	Ubicación a campo abierto de la caja.	* Pago por parte del funcionario del dinero faltante	2	4	Zona de riesgo ALTA	Reducir el riesgo	Mejorar las condiciones de seguridad del sitio donde esta ubicada la caja.	Auxiliar Administrativo Admisiones	No. de acciones realizadas en tal sentido.
5. Cuadre de caja	* Diferencia entre el efectivo con el registro de caja	* Mala digitación en los recibos de caja. *Error en el cobro o devuelta al usuario.	*Sobrantes o faltantes de dinero en el cuadre de caja. * Pago por parte del funcionario del dinero faltante	3	2	Zona de riesgo MODERADA	Asumir el riesgo	* Definición de procesos de facturación y recaudos. *Mayor atención y concentración mientras se está atendiendo al usuario	Auxiliar Administrativo Admisiones	Estadisticas de diferencias entre el recaudo y consolidado de caja

E.S.E. Hospital San Juan De Dios
Titiribí - Antioquia

E.S.E Hospital San Juan de Dios, Titiribí

Nit 890.980.346-6
Carrera Bolívar # 18-55
Teléfonos: 8482626 – 8482740
Fax: 8483012
Página Web: www.esetitiribi.gov.co E-mail: info@esetitiribi.gov.co

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - TITIRIBÍ - ANTIOQUIA.	Código: FO
		Versión: 01
	IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS, VALORACIÓN Y POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	Página 1 de 1

DEPENDENCIA	LABORATORIO
OBJETIVO	Toma y procesamiento de pruebas de laboratorio, buscando obtener resultados oportunos y de calidad que sirvan para determinar un diagnóstico y tratamiento en búsqueda de recuperación de la salud de nuestros usuarios.

PROCESO	RIESGO	CAUSAS	EFECTOS	VALORACIÓN		CALIFICACIÓN DEL RIESGO	POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO		
				PROBABILIDAD	IMPACTO		MEDIDAS DE RESPUESTA	ACCIONES / HERRAMIENTA DE CONTROL	RESPONSABLE
1. Atención al usuario	* Error en la identificación del paciente	* El funcionario no hace verificación con documento de identidad antes de iniciar el proceso. *La orden médica no es legible.	* Deterioro en estado de salud del usuario esperando resultado de exámenes. * Mayores costos repetición de examenes.	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riego	Reinducción sobre los procesos asociados al área de laboratorio, asegurando una debida identificación de los pacientes.	Personal área laboratorio
	* Error al no realizar una buena anamnesis al usuario	* No indicar a los usuarios sobre las condiciones básicas para la toma de muestras	del servicio a los usuarios, por no cumplir las condiciones básicas para la toma de muestras. * Deterioro estado de salud por atraso en realizar examen.	3	3	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riego	Elaborar boletín informativo para los usuario con detalle de condiciones para los diferentes tipos de exámenes de laboratorio.	Personal área laboratorio
	* Error en la marcación de las muestras	*No cumplimiento por parte del funcionario de los procesos y procedimientos del área de laboratorio.	*Entrega al usuario el resultado de otro usuario. *Diagnóstico de enfermedad errado. * Deterioro en estado de salud del usuario.	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riego	Reinducción sobre los procesos asociados al área de laboratorio	Personal área laboratorio
	* Evento adverso después de toma de muestra al usuario	* No cumplir con las normas de bioseguridad. * No darle cumplimiento al protocolo de toma de muestras a los	- Hematomas, Inflamaciones. * Quejas e inconformidades del usuario.	1	4	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riego	Reinducción sobre los protocolos asociados al área de laboratorio	Personal área laboratorio
2. Facturación	* Error en la facturación	Desconocimiento existencia de contrato * No verificación de derechos de usuarios. * Error en tarifas negociadas. *Entrega de facturación inoportunamente. * Errores de digitación	- Glosas * Mal facturación y cobro del servicio * Reducción en ventas de la ESE. *Mala imagen institucional ante aseguradoras *	3	3	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riego	Llevar a cabo puntos de control para evitar errores de facturación	Personal área laboratorio
3. Mantenimiento equipos biomédicos	*No mantenimiento preventivo y correctivo equipo biomédico de laboratorio.	*Falta de presupuesto * Falta de programación de mantenimiento preventivo y correctivo de equipo de laboratorio	* Reducción de vida útil de equipos biomédicos. * Mal funcionamiento de los equipos. * Descalibración de equipos * Resultados poco confiables	2	4	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riego	* Asignación de presupuesto anual para mantenimiento de equipos	Subgerencia Administrativa
4. Controles de calidad	* Error en los controles de calidad	* No llevar los registros de controles de calidad tanto internos como externos * Repetición de pruebas	* Fallas en la calidad de resultados obtenidos.	2	4	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riego	Cronograma de controles de calidad a llevarse en la vigencia	Bacterióloga
5- Remisión de muestras al laboratorio de referencia	* Error al indicar el valor de los exámenes particulares	* Pérdida económica en el laboratorio por indicación incorrecta en el costo de los exámenes	* Pérdidas económicas y de credibilidad en el laboratorio	2	1	Zona de riesgo BAJA	Evitar el riego	Verificación de manual tarifario antes de envío de muestra a procesamiento	Auxiliar de bacteriología
6 - Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios	El no reporte, medición y análisis de eventos adversos.	* La falta de cultura de reporte y su proceso. * No disponer de comité de seguimiento a riesgos.	* Desconocimiento de las causas del evento adverso y sus consecuencias. * Deterioro en la salud de usuarios. * Quejas y demandas	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Reducir el riesgo	* Acciones para fomento de cultura del reporte. * Creación y operativización del comité de riesgos.	Vacunador

E.S.E. Hospital San Juan De Dios
Titiribí - Antioquia

E.S.E Hospital San Juan de Dios, Titiribí

Nit 890.980.346-6
Carrera Bolívar # 18-55
Teléfonos: 8482626 – 8482740
Fax: 8483012
Página Web: www.esetitiribi.gov.co E-mail: info@esetitiribi.gov.co

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - TITIRIBÍ - ANTIOQUIA.	Código: FO
		Versión: 01
	IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS, VALORACIÓN Y POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	Página 1 de 1

DEPENDENCIA:	ODONTOLOGÍA
OBJETIVO	Brindar servicios odontológicos de forma oportuna con seguridad y continuidad con el propósito de mejorar la salud dental de nuestra población.

PROCESO	RIESGO	CAUSAS	EFECTOS	VALORACIÓN		CALIFICACIÓN DEL RIESGO	POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO			
				PROBABILIDAD	IMPACTO		MEDIDAS DE RESPUESTA	ACCIONES / HERRAMIENTA DE CONTROL	RESPONSABLE	INDICADOR
1. Atención al usuario	* Inoportuna atención a los usuarios	* Falta de agenda de trabajo. * Falta de disponibilidad de horas de odontólogo o higienista	* Mala imagen institucional. *Quejas y reclamos de usuarios. *Deterioro en salud oral de los usuarios.	3	3	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riesgo	Existencia de agendas de trabajo y el cumplimiento de ellas	Coordinadora de odontología	Indicador de oportunidad de atención odontológica
	Aumento en las enfermedades de salud oral de la población	No programar acciones de promoción y prevención.	* Aumentaría la enfermedad oral en la comunidad. * Aumento en los costos de recuperación de salud oral de usuarios.	2	4	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riesgo	Existencia de agendas de programación de atenciones de PYP	Coordinadora de odontología	Cumplimiento del cronograma de acciones de pyp de acciones odontológicas
	Exceso de radiaciones por mala práctica de toma de RX	* Falta entrenamiento manejo equipo RX. * Fallas en el funcionamiento del equipo RX * Lectura inadecuada de placas radiográficas.	* Exposición innecesaria a rx a los usuarios. * Inconformidad de los usuarios. * Complicaciones para el paciente en especial las embarazadas.	1	2	Zona de riesgo BAJA	Asumir el riesgo	* Adecuado entrenamiento para el manejo del equipo RX * Cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos	Coordinadora de odontología	*Registro de instrucción de manejo de equipos al personal que requiere de este procedimiento. *Evidencia de mantenimiento de equipo biomédico.
2. Mantenimiento equipos biomédicos	*No mantenimiento preventivo y correctivo equipo biomédico de odontología.	*Falta de presupuesto * Falta de programación de mantenimiento preventivo y correctivo de equipo de odontología.	* Reducción de vida útil de equipos biomédicos. * Mal funcionamiento de los equipos. * Descalibración de equipos * Resultados poco confiables	2	4	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riesgo	* Asignación de presupuesto anual para mantenimiento de equipos	Subgerencia Administrativa	Contratos de mantenimiento equipos biomédicos por vigencia
3. Asepsia, desinfección y esterilización	Contaminación o eventos adversos	*Falta de cronograma de desinfección y esterilización de equipos. * No sujeción a manuales y protocolos de desinfección y esterilización.	* Posible adquisición de enfermedades (VIH - Hepatitis - Sífilis).	2	5	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riesgo	Darle cumplimiento estricto a manuales de desinfección, protocolos de asepsia y manuales de residuos hospitalarios	Coordinadora de odontología	Registro de eventos adversos
	Accidentes laborales por mal manejo de residuos y objetos cortopunzantes	* Mal manejo en el desecho de objetos contaminantes y cortopunzantes	* Complicaciones en la salud de los funcionarios. * Incapacidades de funcionarios	3	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riesgo	Darle cumplimiento al manual de manejo de residuos hospitalarios	Coordinadora de odontología	Registro de accidentes laborales por mal manejo de residuos hospitalarios.
4- Insumos y suministros.	* Presencia de insumos y materiales vencidos, y en mal estado en el consultorio odontológico.	* No diligenciamiento adecuado y oportuno de fichas técnicas al momento de recibirlos.	* Tratamientos defectuosos y con mala calidad para los usuarios. * Reprocesos en tratamientos. * Inconformidad usuarios	3	3	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riesgo	* Adecuada recepción de insumos solicitados a través de chequeo de todos los ítems requeridos.	Coordinadora de odontología	Devoluciones a almacén por mal estado de insumos.
5- Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios	El no reporte, medición y análisis de eventos adversos.	* La falta de cultura de reporte y su proceso. * No disponer de comité de seguimiento a riesgos.	* Desconocimiento de las causas del evento adverso y sus consecuencias. * Deterioro en la salud de usuarios. * Quejas y demandas	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Reducir el riesgo	* Acciones para fomento de cultura del reporte. * Creación y operativización del comité de riesgos.	Vacunador	Informes mensuales de reporte de eventos adversos.

E.S.E. Hospital San Juan De Dios
Titiribí - Antioquia

E.S.E Hospital San Juan de Dios, Titiribí

Nit 890.980.346-6
Carrera Bolívar # 18-55
Teléfonos: 8482626 – 8482740
Fax: 8483012
Página Web: www.esetitiribi.gov.co E-mail: info@esetitiribi.gov.co

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - TITIRIBÍ - ANTIOQUIA.	Código: FO
		Versión: 01
	IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS, VALORACIÓN Y POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	Página 1 de 1

DEPENDENCIA:	VACUNACIÓN
OBJETIVO	El Programada Ampliado de Inmunizacion PAI, tiene a cargo la eliminacion, erradicacion y control de las enfermedades inmunoprevenibles en Colombia, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por estas enfermedades.

PROCESO	RIESGO	CAUSAS	EFECTOS	VALORACIÓN		CALIRCACIÓN DEL RIESGO	POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO			
				PROBABILIDAD	IMPACTO		MEDIDAS DE RESPUESTA	ACCIONES / HERRAMIENTA DE CONTROL	RESPONSABLE	INDICADOR
1- Atención al usuario	Padres insatisfechos con la atencion, aumentos de ESAVI por la falta de informacion	Baja calidad en la atencion	Desplazamiento de los padres a otra IPS para vacunar a los niños, angustia de los padres.	2	2	Zona de riesgo BAJA	Asumir el Riesgo	Realizar procesos de calidad en la atencion en salud	Vacunador	PQRSF recibidas del servicio de vacunacion
	* Efectos adversos en la aplicación del biológico	* No cumplimiento con los 5 correctos: persona, biológico, dosis, sitio y cantidad correcta.	* Reacciones adversas posteriores a la aplicación de vacunas, complicaciones. *Abscesos	3	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riego	Cumplimiento estricto de los 5 correctos.(persona, biológico, dosis, sitio y cantidad correcta)	Vacunador	Registro de casos de eventos adversos por vacunas.
	Aumento de enfermedades por falta de adherencia de los pobladores a la vacunación.	* Poca información acerca del beneficio de las vacunas. * Mala técnica de aplicación.	* Renuencia en la aplicación de la vacuna por parte de los padres. * Angustia en los padres. * Incremento de enfermedades de se controlan con vacunas. Sobrecostos en la atención médica	3	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riego	*Campañas de concientización de la población acerca de los beneficios de la vacunación. *Volante o folleto orientador de beneficios de vacunación.	Vacunador	Coberturas de vacunación
2- Existencia y almacenamiento de las vacunas	Desabastecimiento de dosis de vacunas	* Falta de coordinación con la SSSA. * Problemas con los laboratorios que suministran estas vacunas. * Solicitudes insuficientes	* Desprotección de la población ante enfermedades. * incremento en el costo de atención de la población. * Epidemias	1	5	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riego	* Estar en contacto permanente con la SSSA para el adecuado suministro de dosis de las diferentes vacunas.	Vacunador	*Reportes de falta de dosis de vacunas por causas externas a la ESE. * Cronograma de necesidades de dosis de vacuna
	* Vencimiento vacunas	* No llevarle control a los lotes y fechas de vencimiento	* Eventos adversos a los usuarios que se les coloque dosis de vacuna vencida. * No protección contra enfermedades por desactivación de las vacunas. * Aumento de enfermedades en la población.	1	5	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riego	* Llevar control estricto de los protocolos de transporte y conservación de las vacunas	Vacunador	* Reporte de vacunas vencidas. * Reporte de eventos adversos por vencimiento de vacunas.
3- Elaboración de informes mensuales y demás registros.	* Pérdida de la información.	* No realización de copia de seguridad. *No realizar registros diarios. * Mal manejo de PAISOFT.	* Falta de credibilidad en ARS - EPS - DLS - SSSA por mala información. * Disminución de coberturas por mala base de datos ante la búsqueda de susceptibles.	3	3	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riego	Darle cabal cumplimiento a los procesos de registro de información y conservación establecidos por la norma y la ESE.	Vacunador	* Reportes de pérdida de información o falta de consistencia.
4- Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios	El no reporte, medición y análisis de eventos adversos.	* La falta de cultura de reporte y su proceso. * No disponer de comité de seguimiento a riesgos.	* Desconocimiento de las causas del evento adverso y sus consecuencias. * Deterioro en la salud de usuarios. * Quejas y demandas.	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Reducir el riesgo	* Acciones para fomento de cultura del reporte. * Creación y operativización del comité de riesgos.	Vacunador	Informes mensuales de reporte de eventos adversos.

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - TITIRIBÍ - ANTIOQUIA.	Código: FO
		Versión: 01
	IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS, VALORACIÓN Y POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	Página 1 de 1

DEPENDENCIA:	Traslado Asistencial Basico - TAB (Ambulancias.)
OBJETIVO	Brindar a los usuarios de la E.S.E una atención en salud, con la disponibilidad de Transporte de Pacientes a los diferentes centros de remision, para contribuir con oportunidad y seguridad para el mejoramiento de la calidad de vida.

PROCESO	RIESGO	CAUSAS	EFECTOS	VALORACIÓN		CALIFICACIÓN DEL RIESGO	POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO			
				PROBABILIDAD	IMPACTO		MEDIDAS DE RESPUESTA	ACCIONES / HERRAMIENTA DE CONTROL	RESPONSABLE	INDICADOR
Traslado Asistencial Basico de Pacientes a diferentes centros de remision.	Vehiculos en mal estado de funcionamiento.	Falta de recursos economicos para realizar esta gestion Ausencia de programacion de labores de mantenimiento preventivo y correctivo de los vehiculos	Remisiones inoportunas Insatisfacion de los pacientes y familiares Afectacion a la salud y la vida de las personas Demandas hacia la ESE Mala imagen de la ESE	1	4	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riesgo	Realizar cronograma de labores de mantenimiento preventivo y correctivo de las ambulancias.	Subdireccion Administrativa.	No. de vehiculos / No. de vehiculos con procesos de mantenimiento.
	Vias en mal estado	Falta de labores de mantenimiento de las vias principales y secundarias del area de influencia.	Retrasos en las remisiones realizadas Aumento en los tiempos de recorrido en las remisiones Complicaciones, muerte de los pacientes Insatisfacion de los usuarios Demandas en contra de la ESE	2	4	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riesgo	Estar bien informados del estado de las vias del area de influencia. Tener vias alternas hacia los centros de remision	Lideres de los Procesos.	No. de eventos identificados / No. de eventos superados.
	Deficientes medios de comunicación de doble via.	Falta de realizar programacion para tener medios de comunicación de doble via de manera constante en los vehiculos	Incomunicacion constante con los puntos de apoyo. Deterioro de la salud Muerte del paciente Demandas hacia la ESE Mala imagen Insatisfacion de la sociedad.	1	4	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riesgo	Realizar programacion financiera para dotar las ambulancias con equipos de comunicación de doble via de manera exclusiva para cada vehiculo.	Subdireccion Administrativa.	No. de equipos de comunicación requeridos / No. de equipos de comunicación adquiridos.
	Faltantes en Dotacion de medicamentos y Equipos Biomedicos en las ambulancias.	Falta de recursos economicos para mantener un inventario adecuado Ausencia de procesos de verificacion constante de los insumos al interior de los vehiculos Poca comunicación entre el personal asistencial que rota en las ambulancias.	Deterioro en la salud de los pacientes Muerte del paciente Demandas Mala imagen Insatisfacion de los usuarios	1	5	Zona de riesgo ALTA	Reducir el riesgo	Realizar procesos constantes de inventario de Medicamentos y Dispositivos Medicos, para hacer la reposicion de los faltantes encontrados.	Lideres de los Procesos.	No. de faltantes encontrados / No. de faltantes corregidos.
	Personal de la ESE (asistencial y administrativo) sin las competencias profesionales, personales y academicas para realizar su trabajo de manera adecuada.	Inadecuados Procesos de selección de personal Presiones politicas para el ingreso de personal a la ESE Ausencia de procesos de capacitacion e induccion Falta de procesos de auditorias a las competencias laborales del personal de este servicio.	Prestacion del servicio de manera inadecuada Deterioro en la salud de los pacientes Muerte del paciente Demandas Mala imagen Insatisfacion de los usuarios	1	4	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riesgo	Realizar buen proceso de selección de personal Hacer procesos constantes de capacitacion, induccion y reinduccion Hacer auditorias de seguimiento al desempeño del personal de este proceso.	Lideres de los Procesos.	No. de personas vinculadas / No. de personas capacitadas.

E.S.E. Hospital San Juan De Dios
Titiribí - Antioquia

E.S.E Hospital San Juan de Dios, Titiribí

Nit 890.980.346-6
Carrera Bolívar # 18-55
Teléfonos: 8482626 – 8482740
Fax: 8483012
Página Web: www.esetitiribi.gov.co E-mail: info@esetitiribi.gov.co

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - TITIRIBÍ - ANTIOQUIA.	Código: FO
		Versión: 01
	IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS, VALORACIÓN Y POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	Página 1 de 1

DEPENDENCIA:	HOSPITALIZACIÓN
OBJETIVO	Brindar una atención hospitalaria integral al usuario y su familia garantizando la seguridad, continuidad y pertinencia en el servicio de salud, por medio de un equipo interdisciplinario competente y tecnología apropiada, con el fin de recuperar su estado de salud.

PROCESO	RIESGO	CAUSAS	EFECTOS	VALORACIÓN		CALIFICACIÓN DEL RIESGO	POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO			
				PROBABILIDAD	IMPACTO		MEDIDAS DE RESPUESTA	ACCIONES / HERRAMIENTA DE CONTROL	RESPONSABLE	INDICADOR
1- Procesos de atención en hospitalización.	* Demoras en el ingreso a Hospitalización de los pacientes.	* Inadecuada coordinación del trabajo entre áreas asistenciales. * Múltiples funciones. * Talento Humano insuficiente.	* Atraso en iniciación de atención al usuario. * Deterioro en el estado de salud del paciente. * Quejas de los usuarios. * Demandas * Insatisfacción del	3	3	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riesgo	* Cumplimiento de los procesos y procedimientos asociados a la hospitalización de un paciente. * Coordinación entre las áreas asistenciales	Jefe enfermería	*Quejas usuarios por demora en el proceso de ingreso a hospitalización.
	* Usuario sin Seguridad Social.	del proceso de aporte documental por parte del usuario. * Usuario en tránsito en el municipio. * Usuario que no aparece en el fosiga. * Inadecuada socialización del proceso de atención.	* Dificultad para la atención, complicación en caso de remisión, no aceptación del mismo.	3	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riesgo	* Atención sin importar si tiene aseguradora o no. * Reporte a la secretaría de salud del municipio para definir su situación.	Personal asistencial involucrado.	# de usuarios sin seguridad social retirados o suspendidos de la EPS
	* Demora en la administración del tratamiento.	* Múltiples funciones, humano, historia clínica incompleta, negligencia, órdenes médicas verbales o incomprensibles, talento humano insatisfecho.	* Deterioro en el estado de salud del paciente. * Quejas de los usuarios. * Demandas. * Incremento en días estancia. *Incrementos costos de atención.	3	3	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riesgo	* Cumplimiento de los procesos y procedimientos asociados a la hospitalización de un paciente.	Jefe enfermería	* Informes de auditoría con hallazgos de inoportunidad en la atención de paciente hospitalizado.
	* La inadecuada socialización del reglamento al paciente y a sus acompañantes (Derechos y Deberes).	* Múltiples funciones, negligencia. *Talento humano insuficiente.	* Ingreso de alimentos, robos. * Inadecuado manejo de visitas y personal acompañante. * Inconformidades de usuarios.	4	1	Zona de riesgo MODERADO	Reducir el riesgo	* Falta conocimiento del usuario y su familia del reglamento a seguir en la estancia del usuario en la institución.	Jefe enfermería	* Existencia del reglamento para el usuario y su entrega
	* Inadecuado cumplimiento de órdenes médicas por parte del personal de enfermería	* Múltiples funciones. * Negligencia. * Falta de órdenes escritas por médico. * Ilegibilidad de las órdenes médicas	* Complicación del estado de salud del paciente. * Incremento días estancia. * Incremento en costos de atención. * Demandas. * Insatisfacción del	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riesgo	* Cumplimiento de los procesos y procedimientos asociados a la hospitalización de un paciente. * Operativización de comité de historias clínicas	Jefe enfermería	* Hallazgos del comité de historia clínica en cumplimiento de normas de diligenciamiento de historia clínica
	*Inadecuada realización de aseos terminales.	*Falta de programación por parte del área. * Múltiples funciones. * Talento humano insuficiente.	* Complicaciones-infecciones de pacientes o funcionarios. * Insatisfacción de usuarios y familias.	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riesgo	Programación y ejecución de aseos terminales por áreas	Jefe enfermería	*Evidencia de ejecución de aseos terminales. * Indicador de infecciones asociadas a la atención.
2- Procesos de aseos y mantenimiento	Inadecuado o insuficiente mantenimiento de equipos biomédicos	* Falta de contrato. * Falta de presupuesto.	* Deterioro en los equipos biomédicos. * Valoraciones erradas. * deterioro en la salud de usuarios. * Altos costos reperación de equipo por falta de mantenimiento. * Reducción de vida útil de equipo.	1	2	Zona de riesgo BAJA	Evitar el riesgo	Contrato de mantenimiento de equipo biomédico.	Jefe enfermería. Subdirectora administrativa	Evidencia de ejecución de mantenimiento de equipo biomédico con la frecuencia adecuada.

3- Proceso de traslado de pacientes	* Demora en la remisión.	* No sujeción al procesos de remisión de pacientes. * Demora en el diligenciamiento de la documentación. * No aceptación en otro nivel del paciente. * No disponibilidad de ambulancia. * Demora en la facturación. * Las EPS no regulan al paciente. * Valoración médica	* Complicaciones, muerte de los pacientes. * Quejas, demandas. * Insatisfacción del usuario y su familia.	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riesgo	* Reinducción procesos de remisión de pacientes. * Efectivos canales de comunicación con las IPS y Las EPS para asegurar oportunamente las remisiones.	Jefe enfermería.	* Indicador de complicaciones por inoportunidad en remisión.
4- Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios	Inadecuado o subregistro de reporte, medición y análisis de eventos adversos.	* La inadecuada de cultura de reporte y su proceso. * Temor a sanciones * No disponer de comité de seguimiento a riesgos y seguridad del paciente.	* Desconocimiento de las causas del evento adverso y sus consecuencias. * Deterioro en la salud de usuarios. * Quejas y demandas * Insatisfacción del usuario y su	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Reducir el riesgo	* Acciones para fomento de cultura del reporte. * Creación y operativización del comité de riesgos y seguridad del paciente.	Jefe enfermería.	Informes mensuales de reporte de eventos adversos detectados y analizados.
	Inadecuada detección y prevención de los riesgos de infecciones asociadas al cuidado del paciente.	* No existencia de protocolo de limpieza y desinfección. * Desconocimiento de programa de seguridad del paciente.	* Deterioro de la salud de los pacientes. * Altos costos de atención. * Quejas, reclamos y demandas. * Insatisfacción del usuario y su	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Reducir el riesgo	* Retroalimentación del programa de seguridad del paciente. * Seguimiento a indicador de infecciones asociadas al cuidado del paciente.	Jefe enfermería.	Seguimiento a indicador de infecciones asociadas al cuidado del paciente.
	Inadecuada identificación de pacientes durante su estancia.	* Falta de adherencia al proceso de identificación de los paciente. * Errores humanos. * Talento humano insuficiente.	* Deterioro de la salud de los pacientes. * Altos costos de atención. * Quejas, reclamos y demandas.	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Reducir el riesgo	* Revisión, ajustes y socialización del procesos de identificación de usuarios en los diferentes servicios.	Jefe enfermería.	* Evidencia de existencia y socialización de proceso de identificación de pacientes. * Auditorías a la identificación de pacientes.
	Caídas de usuarios durante la atención	* Inadecuado mantenimiento a la dotación hospitalaria (Camillas, camas, barandas, sillas). * Pisos lisos (Falta de señalización). * Falta de información sobre medidas de seguridad	* Deterioro de la salud de los pacientes. * Altos costos de atención. * Quejas, reclamos y demandas. * Insatisfacción del usuario y su familia.	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Reducir el riesgo	* Mantenimiento permanente de dotación hospitalaria. * Uso de señalización en el tiempo de aseo. * Manuales de orientación a los usuarios para evitar caídas.	Jefe enfermería.	Indicador de caídas durante la prestación de servicios.
	Ulceras por presión	* Falta de rotación de pacientes en hospitalizaciones prolongadas y en estados de salud graves. * Inadecuados cuidados. * Poco compromiso familiar (Rede de apoyo insuficiente)	* Deterioro de la salud de los pacientes. * Altos costos de atención. * Quejas, reclamos y demandas. * Insatisfacción del usuario y su familia.	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Reducir el riesgo	* Utilización de rotación de posiciones para pacientes que lo requieran. * Ayudarse con la familia para evitar posiciones prolongadas. * Aplicación de escala de valoración del riesgo (BRADEN)	Jefe enfermería.	Indicador de úlceras.
	Robo de bebé nacido en la institución.	* Inexistencia de controles para ingreso y salida de personas en la institución. * Inexistencia de controles para el egreso del binomio madre e hijo.	Demandas	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Reducir el riesgo	* Sistemas de control de ingreso y salida de personas. * Sistema de control para el egreso binomio madre e hijo.	Jefe enfermería.	Reporte de pérdida o robo de bebes en la ESE.
5- Facturación	* Inadecuada facturación.	* Multiplicidad de funciones, talento humano insuficiente o asignado a otras funciones, fallas en el sistema.	* Aumento de glosas, pérdidas financieras. * Insatisfacción del usuario y su familia.	3	3	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riesgo	* Asignación de funcionario exclusivo con responsabilidad de facturación en el servicio de urgencias. * Auditorías aleatorias a facturación urgencias	Personal asistencial involucrado.	Hallazgos de auditorías aleatorias a facturación urgencias
6- Insumos y Suministros	* Stock incompleto o inadecuado.	* Inadecuada solicitud de insumos y suministros.	* Deterioro de la salud del paciente por falta de insumos o medicamentos. * Insatisfacción del usuario y su familia.	3	3	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riesgo	* Solicitud de pedido y entrega del estock necesario.	Personal asistencial involucrado.	Reporte de atraso de inicio tratamiento por falta de stock
7- Requisitos Mínimos de Habilitación	* Incumplimiento de los requisitos mínimos del sistema único de habilitación.	* Falta de recursos económicos. * falta de gestión frente al cumplimiento de la norma de requisitos mínimos de la prestación de servicio. * Inadecuada o insuficiente dotación.	*Accidentes, demandas, sanciones, cierre de servicio	4	4	zona de riesgo EXTREMA		Asignación de responsable para verificación periódica de cumplimiento de estándares de habilitación, aplicando la guía semestralmente.	Personal asistencial involucrado.	Evidencia semestral de la aplicación de la guía de verificación de cumplimiento de requisitos de habilitación.

E.S.E. Hospital San Juan De Dios Titiribí - Antioquia

E.S.E Hospital San Juan de Dios, Titiribí

Nit 890.980.346-6
Carrera Bolívar # 18-55
Teléfonos: 8482626 – 8482740
Fax: 8483012
Página Web: www.esetitiribi.gov.co E-mail: info@esetitiribi.gov.co

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - TITIRIBÍ - ANTIOQUIA.	Código: FO
		Versión: 01
	IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS, VALORACIÓN Y POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	Página 1 de 1

DEPENDENCIA:	URGENCIAS
OBJETIVO	Resolver las necesidades de atención Urgentes en salud del usuario, brindando un servicio con calidad, oportunidad y seguridad con el fin de estabilizar su estado de salud.

PROCESO	RIESGO	CAUSAS	EFECTOS	VALORACIÓN		CALIFICACIÓN DEL RIESGO	POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO			
				PROBABILIDAD	IMPACTO		MEDIDAS DE RESPUESTA	ACCIONES / HERRAMIENTA DE CONTROL	RESPONSABLE	INDICADOR
1- Atención al usuario en urgencias.	* Atención inoportuna al usuario.	* Talento humano insuficiente. * Inadecuada valoración del paciente en triage. * Alta demanda del servicio	* Complicación del paciente o muerte. * pérdida de confiabilidad en la E.S.E. * Demandas	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riesgo	* Valoración adecuada del paciente en trige. * Aplicación de los procesos y procedimientos definidos para esta área.	Personal asistencial involucrado.	Reporte de quejas por causa de demoras en la atención en el servicio de urgencias.
	* Usuario sin Seguridad Social.	del proceso de aporte documental por parte del usuario. * Usuario en tránsito en el municipio. * Usuario que no aparece en el fosiga. * Inadecuada socialización del proceso de atención.	* Dificultad para la atención, complicación en caso de remisión, no aceptación del mismo.	3	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riesgo	* Atención sin importar si tiene aseguradora o no. * Reporte a la secretaría de salud del municipio para definir su situación.	Personal asistencial involucrado.	# de usuarios sin seguridad social retirados o suspendidos de la EPS
	* Efectos adversos al tratamiento.	* Administración inadecuada de dosis de medicamentos. * Alergias a los medicamentos.	* Deterioro del estado de salud o muerte del paciente por reacciones a medicamentos. * Sobrecostos en la atención. * Demandas	3	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riesgo	* Darle cumplimiento estricto a los protocolos de atención. * Establecer el tablero de alertas de alergias.	Personal asistencial involucrado.	* Eventos adversos medicamentosos.
	* Demora en la administración del tratamiento.	* Múltiples funciones, humano, historia clínica incompleta, negligencia. * Talento humano insuficiente.	* Deterioro en el estado de salud del paciente. * Quejas de los usuarios. * Demandas. * Incremento horas estancia. *Incrementos costos de atención	3	3	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riego	* Cumplimiento de los procesos y procedimientos asociados a la observación de un paciente.	Personal asistencial involucrado.	*Informes de auditoria con hallazgos de inoportunidad en la atención de paciente en observación.
	* Inadecuada socialización del reglamento al paciente y a sus acompañantes (Derechos y Deberes).	* Múltiples funciones, talento humano insuficiente, negligencia.	* Manejo inadecuado de ingreso de alimentos, robos. * Manejo inadecuado de visitas y personal acompañante. * Inconformidades	4	1	Zona de riesgo MODERADO	Reducir el riesgo	Sin falta el usuario y su familia debe conocer el manual o reglamento a seguir en durante la estancia en la institución.	Personal asistencial involucrado.	Evidencia de socialización de normas para el usuario y su familia durante estadía del paciente en el servicio.
	* Inadecuado cumplimiento de órdenes médicas por parte del personal de enfermería.	* Múltiples funciones. * Negligencia. * Falta de órdenes escritas por médico. * Ilegibilidad de las órdenes médicas	* Complicación del estado de salud del paciente. * Incremento horas estancia. * Incremento en costos de atención. * Demandas. * Insatisfacción del usuario y su familia.	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riego	* Cumplimiento de los procesos y procedimientos asociados al servicio de urgencias. * Operativización de comité de historias clínicas	Personal asistencial involucrado.	Hallazgos del comité de historia clínica en cumplimiento de normas de diligenciamiento de historia clínica
2- Procesos de aseos y mantenimiento	* Inadecuada realización de aseos terminales.	* Inadecuada programación de aseos terminales por parte del área. * Múltiples funciones. * Falta de recurso humano * Negligencia.	* Complicaciones-infecciones de pacientes o funcionarios. * Insatisfacción del usuario y su familia.	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riego	Programación y ejecución de aseos terminales por áreas	Personal asistencial involucrado.	*Evidencia de ejecución de aseos terminales. * Indicador de infecciones asociadas a la atención.
	* Inadecuado o insuficientes mantenimientos de equipos biomédicos.	* Falta de contrato. * Falta de presupuesto.	* Deterioro en los equipos médicos. * Valoraciones erradas. * deterioro en la salud de usuarios. * Altos costos reparación de equipo por falta de mantenimiento. * Reducción de vida útil de equipo.	1	2	Zona de riesgo BAJA	Evitar el riesgo	Contrato de mantenimiento de equipo biomédico.	Personal asistencial involucrado.	Evidencia de ejecución de mantenimiento de equipo biomédicos con la frecuencia indicada.

3- Proceso de traslado de pacientes	* Demora en la remisión.	* Valoración médica inadecuada del paciente. * No sujeción al procesos de remisión de pacientes. * Demora en el diligenciamiento de la papelería . * Las EPS no regulan al paciente. * No disponibilidad de ambulancia.	* Complicaciones, muerto de los pacientes. * Quejas, demandas. * Insatisfacción del usuario y su familia.	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riesgo	* Reinducción procesos de remisión de pacientes. * Efectivos canales de comunicación con las IPS y Las EPS para asegurar oportunamente las remisiones.	Personal asistencial involucrado.	* Indicador de complicaciones por inoportunidad en remisión.
4- Historia clínica	* Inadecuado diligenciamiento de la historia clínica en cumplimiento de las normas.	* Desconocimiento de la norma. * Extravío de historia clínica. * Alta demanda de atención de parte de los usuarios. * Negligencia del personal responsable.	* Diagnósticos errados. * No continuidad en tratamientos. * Reprocesos en exámenes diagnósticos. * Incremento en costos de atención. * Demandas	3	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riesgo	* Cumplimiento a las normas de archivo clínico. * Cumplimiento por parte del personal de obligación de diligenciamiento de historia clínica.	Personal asistencial involucrado.	Hallazgos del comité de historia clínica en cumplimiento de normas de diligenciamiento de historia clínica
5- Insumos y Suministros	* Stock incompleto o inadecuado.	* Inadecuada solicitud de insumos y suministros.	* Deterioro de la salud del paciente por falta de insumos o medicamentos. * Insatisfacción del usuario y su familia.	3	3	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riesgo	* Solicitud de pedido y entrega del estock necesario.	Personal asistencial involucrado.	Reporte de atraso de inicio tratamiento por falta de stock
6- Facturación	* Inadecuada facturación.	* Multiplicidad de funciones, talento humano insuficiente o asignado a otras funciones, fallas en el sistema.	* Aumento de glosas, pérdidas financieras. * Insatisfacción del usuario y su familia.	3	3	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riesgo	* Asignación de funcionario exclusivo con responsabilidad de facturación en el servicio de urgencias. * Auditorias aleatorias a facturación urgencias	Personal asistencial involucrado.	Hallazgos de auditorias aleatorias a facturación urgencias
7- Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios	* Inadecuado reporte o subregistro de eventos adversos.	* Temor a la sanción * La falta de cultura de reporte y su proceso. * No disponer de comité de seguimiento a riesgos y seguridad del paciente.	* Desconocimiento de las causas del evento adverso y sus consecuencias. * Deterioro en la salud de usuarios. * Quejas y demandas. * Insatisfacción del usuario y su familia.	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Reducir el riesgo	* Acciones para fomento de cultura del reporte. * Creación y operativización del comité de riesgos y seguridad del paciente.	Personal asistencial involucrado.	Informes mensuales de reporte de eventos adversos detectados y analizados.
	* Inadecuado detección y prevención de los riesgos de infecciones asociadas al cuidado del paciente.	* No existencia de protocolo de limpieza y desinfección de áreas. * Desconocimiento del programa de seguridad del paciente.	* Deterioro de la salud de los pacientes. * Altos costos de atención. * Quejas, reclamos y demandas. * Insatisfacción del usuario y su familia.	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Reducir el riesgo	*Reactivación del programa de seguridad del paciente. * Seguimiento a indicador de infecciones asociados al cuidado.	Personal asistencial involucrado.	Seguimiento a indicador de infecciones asociados al cuidado.
	Inadecuada identificación de pacientes durante su estancia.	* Inadecuada adherencia al proceso de identificación de los paciente. * Errores humanos. * Talento humano insuficiente.	* Deterioro de la salud de los paciente por el inadecuado tratamiento. * Incidentes y eventos adversos y errores en la administración de alimentación.	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Reducir el riesgo	* Revisión, ajustes y socialización del procesos de identificación de usuarios en los diferentes servicios.	Personal asistencial involucrado.	* Evidencia de existencia y socialización de proceso de identificación de pacientes. * Auditoria en la identificación de los usuarios.
	Caídas de usuarios durante la atención	* Inadecuado mantenimiento a la dotación hospitalaria (Camillas, camas, barandas, sillas). * Pisos lisos (Falta de señalización). * Falta de educación a los usuarios y su familia.	* Deterioro de la salud de los pacientes. * Altos costos de atención. * Quejas, reclamos y demandas. * Insatisfacción del usuario y su familia.	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Reducir el riesgo	* Mantenimiento permanente de dotación hospitalaria. * Uso de señalización en el tiempo de aseo. * Manuales de orientación a los usuarios para evitar caídas.	Personal asistencial involucrado.	Indicador de caídas durante la prestación de servicios.
8- Transporte Asistencial Básico (TAB)	* Incumplimiento de los requisitos mínimos del sistema único de habilitación.	* Falta de recursos económicos. * falta de gestión frente al cumplimiento de la norma de requisitos mínimos de la prestación de servicio. * Inadecuada o insuficiente dotación	*Accidentes, demandas, sanciones, cierre de servicio	4	4	zona de riesgo EXTREMA		Asignación de responsable para verificación periódica de cumplimiento de estándares de habilitación, aplicando la guía semestralmente.	Personal asistencial involucrado.	Evidencia semestral de la aplicación de la guía de verificación de cumplimiento de requisitos de habilitación.

E.S.E. Hospital
San Juan De Dios
Titiribí - Antioquia

E.S.E Hospital San Juan de Dios, Titiribí

Nit 890.980.346-6
Carrera Bolívar # 18-55
Teléfonos: 8482626 – 8482740
Fax: 8483012
Página Web: www.esetitiribi.gov.co E-mail: info@esetitiribi.gov.co

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - TITIRIBÍ - ANTIOQUIA.	Código: FO
		Versión: 01
	IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS, VALORACIÓN Y POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	Página 1 de 1

DEPENDENCIA:	CONSULTA EXTERNA MEDICA.
OBJETIVO	Brindar atención de consulta médica general a nuestros usuarios imprimiendole los atributos de calidad de tal forma que el servicio sea prestado de forma oportuna, que sea de fácil acceso, que la atención tenga el tratamiento pertinente, propendiendo por satisfacer las necesidades y espectativas de nuestros usuarios.

PROCESO	RIESGO	CAUSAS	EFECTOS	VALORACIÓN		CALIFICACIÓN DEL RIESGO	POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO			
				PROBABILIDAD	IMPACTO		MEDIDAS DE RESPUESTA	ACCIONES / HERRAMIENTA DE CONTROL	RESPONSABLE	INDICADOR
1- Proceso de atención servicio de consulta externa	* Inoportuna atención a los usuarios	* Falta de agenda de citas. * Falta de disponibilidad de horas médico. * Inadecuada proceso de asignación de citas.	* Deterioro de la imagen institucional. *Quejas y reclamos de usuarios. *Deterioro en salud de los usuarios. * Insatisfacción de usuarios y su familia.	3	3	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riego	* Existencia de agendas de trabajo y el cumplimiento de ellas. * Disponibilidad de médicos	Enfermera jefe	Indicador de oportunidad de consulta externa
	* Usuario sin Seguridad Social.	* Desconocimiento del proceso de aporte documental por parte del usuario. * Usuario en tránsito en el municipio. * Usuario que no aparece en el fosiga. * Inadecuada socialización del proceso de atención.	* Dificultad para la atención, complicación en caso de remisión, no aceptación del mismo.	3	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riesgo	* Atención sin importar si tiene aseguradora o no. * Reporte a la secretaria de salud del municipio para definir su situación.	Personal asistencial involucrado.	# de usuarios sin seguridad social retirados o suspendidos de la EPS
	Caídas de usuarios durante la atención	* Inadecuado mantenimiento a la dotación hospitalaria (Camillas, camas, barandas, sillas). * Pisos lisos (Falta de señalización). * Falta de educación a los usuarios y su familia.	* Deterioro de la salud de los pacientes. * Altos costos de atención. * Quejas, reclamos y demandas. * Insatisfacción del usuario y su familia.	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Reducir el riesgo	* Mantenimiento permanente de dotación hospitalaria. * Uso de señalización en el tiempo de aseo. * Manuales de orientación a los usuarios para evitar caídas.	Personal asistencial involucrado.	Indicador de caídas durante la prestación de servicios.
2- Elaboración de historia clínica.	- Diligenciamiento incompleto o ilegible de historia clínica.	* Inadecuado cumplimiento del proceso de diligenciamiento de historia clínica de acuerdo a la norma.	* Confusión en el diagnóstico. * Atrasos en los tratamientos * Altos costos por reprocesos de exámenes de diagnóstico. *Insatisfacción de usuarios y su familia.	3	3	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riego	* Cumplimiento estricto de diligenciamiento de historia clínica.	Enfermera jefe	Hallazgos de auditoría de historia clínica

3- Procesos de aseos y mantenimiento	*Inadecuada realización de aseos terminales.	* Inadecuada programación por parte del área. - Múltiples funciones. * Recurso humano insuficiente. * Negligencia.	* Complicaciones-Infecciones de pacientes o funcionarios. *Insatisfacción de usuarios y su familia.	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riesgo	Programación y ejecución de aseos terminales por áreas	Enfermera jefe	*Evidencia de ejecución de aseos terminales.
	Inadecuado o deficiente mantenimiento de equipos biomédicos	* Falta de contrato. - Falta de presupuesto. -	* Deterioro en los equipos médicos. - Valoraciones erradas. * deterioro en la salud de usuarios. * Altos costos reparación de equipo por falta de mantenimiento. * Reducción de vida útil de equipo.	1	2	Zona de riesgo BAJA	Evitar el riesgo	Contrato de mantenimiento de equipo biomédico.	Enfermera jefe	Evidencia de ejecución de mantenimiento de equipo biomédico con la frecuencia adecuada.
4- Proceso de remisión de pacientes	* Demora en la remisión.	inadecuada. *No sujeción al proceso de remisión de pacientes. * Demora en diligenciar documentación. * La EPS no regula al paciente. * Recurso humano insuficiente.	* Complicaciones de la salud o muerte de los pacientes. * Quejas, demandas *Insatisfacción de usuarios y su familia.	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riesgo	* Reinducción procesos de remisión de pacientes. * Efectivos canales de comunicación con las EPS para asegurar oportunamente las remisiones.	Enfermera jefe	* Indicador de complicaciones por inoportunidad en remisión.
5- Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios	Inadecuado reporte o subregistro de eventos adversos.	* Falta de cultura de reporte y su proceso. * No disponer de comité de seguimiento a riesgos. * Temor a la sanción	* Desconocimiento de las causas del evento adverso y sus consecuencias. * Deterioro en la salud de usuarios. * Quejas y demandas *Insatisfacción de usuarios y su familia.	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Reducir el riesgo	* Acciones para fomento de cultura del reporte. * Creación y operativización del comité de riesgos y seguridad del paciente.	Enfermera jefe	Informes mensuales de reporte de eventos adversos detectados y analizados.
6- Facturación	* Inadecuada facturación.	* Multiplicidad de funciones, talento humano insuficiente o asignado a otras funciones, fallas en el sistema.	* Aumento de glosas, pérdidas financieras. * Insatisfacción del usuario y su familia.	3	3	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riesgo	* Asignación de funcionario exclusivo con responsabilidad de facturación en el servicio de urgencias. * Auditorías aleatorias a facturación urgencias	Personal asistencial involucrado.	Hallazgos de auditorías aleatorias a facturación urgencias
7- Insumos y Suministros	* Stock incompleto o inadecuado.	* Inadecuada solicitud de insumos y suministros.	* Deterioro de la salud del paciente por falta de insumos o medicamentos. * Insatisfacción del usuario y su familia.	3	3	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riesgo	* Solicitud de pedido y entrega del estock necesario.	Personal asistencial involucrado.	Reporte de atraso de inicio tratamiento por falta de stock
8- Requisitos Mínimos de Habilitación	- Incumplimiento de los requisitos mínimos del sistema único de habilitación.	* Falta de recursos económicos. * falta de gestión frente al cumplimiento de la norma de requisitos mínimos de la prestación de servicio. * Inadecuada o insuficiente dotación.	*Accidentes, demandas, sanciones, cierre de servicio	4	4	zona de riesgo EXTREMA		Asignación de responsable para verificación periódica de cumplimiento de estándares de habilitación, aplicando la guía semestralmente.	Personal asistencial involucrado.	Evidencia semestral de la aplicación de la guía de verificación de cumplimiento de requisitos de habilitación.

E.S.E. Hospital
San Juan De Dios
Titiribí - Antioquia

E.S.E Hospital San Juan de Dios, Titiribí

Nit 890.980.346-6
Carrera Bolívar # 18-55
Teléfonos: 8482626 – 8482740
Fax: 8483012
Página Web: www.esetitiribi.gov.co E-mail: info@esetitiribi.gov.co

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - TITIRIBÍ - ANTIOQUIA.	Código: FO
		Versión: 01
	IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS, VALORACIÓN Y POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	Página 1 de 1

DEPENDENCIA:	Imágenes Diagnosticas - RX.
OBJETIVO	Realización de toma de placas de RX de forma oportuna y confiable que reflejen la condición clínica del paciente y ayuden a tomar una conducta médica adecuada.

PROCESO	RIESGO	CAUSAS	EFECTOS	VALORACIÓN		CALIFICACIÓN DEL RIESGO	POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO			
				PROBABILIDAD	IMPACTO		MEDIDAS DE RESPUESTA	ACIONES HERRAMIENTA DE CONTROL	RESPONSABLE	INDICADOR
1.- Atención al usuarios en servicio de RX.-	* Atención inoportuna al usuario	* Falta de técnico de RX. * Congestión en el servicio. * Falta de insumos.	* Complicación del paciente o muerte. * pérdida de confiabilidad en la ese. * Demandas	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riesgo	* Contrato permanente de técnico de RX. * Disponer de plan de contingencia en ausencia de técnico de RX. * Abastecimiento de insumos para toma de RX.	Técnico RX	* Existencia de contrato a técnico de RX. * Cero reportes de faltantes de insumos para RX.
	* Falta de proteccion radiológica o insuficiente tanto al paciente como del funcionario, para llevar a cabo el proceso de toma de RX.	* Falta de implementos de proteccion. * Negligencia del funcionario al uso. * El usuario se niega al uso de elementos de protección.	* Potenciales apariciones de enfermedades como cancer, malformaciones del feto, leusemia y otras. * Quejas y demandas de usuarios. * Procesos disciplinarios.	2	5	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riesgo	* Dar estricto cumplimiento al proceso de toma de RX * Disposición permanente de elementos de protección. * volante o instructivo de orientación al usuario del uso de elementos de protección.	Técnico RX	* Evidencia de instructivo de orientación al usuario en uso de elementos de protección.
	* Toma de placas en sitio equivocado.	* Orden médica ilegible. * Error de lectura del técnico de RX. * Congestión del servicio.	* Emision de un diagnóstico errado, reprocesos en la atencion del paciente. Poner en riesgo la salud y vida del paciente.	3	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riesgo	* Ordenes de diagnóstico legibles. * Verificación de la órden médica con entrevista al usuario.	Técnico RX	# de repeticiones de RX por error en el sitio solicitado.
2 - Calidad de los estudios de RX	* Mala calidad de del RX	* No seguimiento de la técnica de toma de RX. * Falta de mantenimiento de los equipos de radiologia. * Insumos de mala calidad.	* Repeticion del estudio de RX. * Mayor exposicion a la radiacion. * Diagnóstico errado.	3	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riesgo	* Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos de RX. * Cumplimiento del proceso de RX	Técnico RX	# de repetición de placas a causa de deficiencia de equipos de RX.

E.S.E. Hospital
San Juan De Dios
Titiribí - Antioquia

E.S.E Hospital San Juan de Dios, Titiribí

Nit 890.980.346-6
Carrera Bolívar # 18-55
Teléfonos: 8482626 – 8482740
Fax: 8483012
Página Web: www.esetitiribi.gov.co E-mail: info@esetitiribi.gov.co

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - TITIRIBÍ - ANTIOQUIA.	Código: FO
		Versión: 01
	IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS, VALORACIÓN Y POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	Página 1 de 1

DEPENDENCIA:	PROMOCION Y PREVENCION.
OBJETIVO	Disminuir los índices de Morbi-mortalidad de la población objeto de la contratación con las diferentes entidades a través de las acciones de promoción y prevención según la legislación vigente

PROCESO	RIESGO	CAUSAS	EFECTOS	VALORACIÓN		CALIFICACIÓN DEL RIESGO	POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO			
				PROBABILIDAD	IMPACTO		MEDIDAS DE RESPUESTA	ACCIONES / HERRAMIENTA DE CONTROL	RESPONSABLE	INDICADOR
1- Atención al usuario programas de PYP	Aumento de enfermedades prevenibles con programas de PYP	* Falta de contrato de programas de PYP con las aseguradoras. * Falta de recurso humano asignado para esta función. * No disponer de cronograma de acciones para responder a las necesidades .	* Población enferma con patologías prevenibles. * Incremento en el costo de atenciones médicas. * Congestiones en los diferentes servicios.	3	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riesgo	* Existencia de contratos de PYP con las diferentes aseguradoras. * Cronogramas de atención para cubrir las metas.	Jefe enfermería	* Contratos PYP con aseguradoras. * Evidencia de cumplimiento de metas de PYP
	No cumplimiento de las metas de PYP establecidas con las aseguradoras	* Falta de recurso humano asignado para esta función. * No disponer de cronograma de acciones para responder a las necesidades .	* Población enferma con patologías prevenibles. * Incremento en el costo de atenciones médicas. * Congestiones en los diferentes servicios.	3	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riesgo	* Existencia de contratos de PYP con las diferentes aseguradoras. * Cronogramas de atención para cubrir las metas.	Jefe enfermería	* Evidencia de cumplimiento de metas de PYP
2- Elaboración de Historia clínica en la consulta.	* No diligenciamiento de la historia clínica en cumplimiento de las normas.	* Extravío de historia clínica. * Congestión en el servicio. * Negligencia del personal responsable.	* No continuidad en tratamientos. * Reprocesos en exámenes diagnósticos. * Incremento en costos de atención. * Demandas	3	4	Zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riesgo	* Cumplimiento a las normas de archivo clínico. * Cumplimiento por parte del personal de obligación de diligenciamiento de historia clínica.	Jefe enfermería	Hallazgos del comité de historia clínica en cumplimiento de normas de diligenciamiento de historia clínica
3- Mantenimiento	Falta de mantenimiento de equipos biomédicos	* Falta de contrato. * Falta de presupuesto.	* Deterioro en los equipos médicos. * Diagnósticos errados. * deterioro en la salud de usuarios. * Altos costos reparación de equipo por falta de mantenimiento. * Reducción de vida útil de equipo.	1	2	Zona de riesgo BAJA	Evitar el riesgo	Contrato de mantenimiento de equipo biomédico.	Subdirector Científico	Evidencia de ejecución de mantenimiento de equipo biomédico.
4- Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios	El no reporte, medición y análisis de eventos adversos.	* La falta de cultura de reporte y su proceso. * No disponer de comité de seguimiento a riesgos.	* Desconocimiento de las causas del evento adverso y sus consecuencias. * Deterioro en la salud de usuarios. * Quejas y demandas	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Reducir el riesgo	* Acciones para fomento de cultura del reporte. * Creación y operativización del comité de riesgos.	Jefe enfermería	Informes mensuales de reporte de eventos adversos.

E.S.E. Hospital San Juan De Dios
Titiribí - Antioquia

E.S.E Hospital San Juan de Dios, Titiribí

Nit 890.980.346-6
Carrera Bolívar # 18-55
Teléfonos: 8482626 – 8482740
Fax: 8483012
Página Web: www.esetitiribi.gov.co E-mail: info@esetitiribi.gov.co

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - TITIRIBÍ - ANTIOQUIA.	Código: FO
		Versión: 01
	IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS, VALORACIÓN Y POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	Página 1 de 1

DEPENDENCIA:	FARMACIA.
OBJETIVO	Brindar a los usuarios de la E.S.E una atención en salud basada en la promoción, prevención, suministro y atención farmacéutica para contribuir con oportunidad y seguridad para el mejoramiento de la calidad de vida.

PROCESO	RIESGO	CAUSAS	EFECTOS	VALORACIÓN		CALIFICACIÓN DEL RIESGO	POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO			
				PROBABILIDAD	IMPACTO		MEDIDAS DE RESPUESTA	ACCIONES / HERRAMIENTA DE CONTROL	RESPONSABLE	INDICADOR
1- Adquisición, almacenamiento y despacho de insumos y medicamentos.	- Desabastecimiento en las áreas de medicamentos.	* Retraso en la generación de necesidades de medicamentos e insumos para abastecer todos los servicios. * No cumplimiento de programación de comités de compras	* Faltantes de medicamentos e insumos en los diferentes servicios. * Atrasos en inicios de tratamientos. * Atenciones deficientes. * Insatisfacción de usuarios.	3	3	Zona de riesgo MODERADO	Evitar el riesgo	[illegible] sobre solicitud de abastecimiento de insumos y medicamentos para las áreas. * Cumplimiento de cronograma de comités de compras [illegible]	Regente de farmacia	* Cumplimiento de ejecución de comités de compras
	* Incumplimiento a tratamientos farmacológicos.	* Inexistencia de medicamentos esenciales y necesarios para cubrir el perfil epidemiológico de la comunidad. * No adherencia al listado de farmacia por parte de los médicos. * Mala programación de compras. * Falta de presupuesto para abastecimiento	- Atraso en inicio tratamiento a pacientes hospitalizados o de consulta externa. * Quejas usuarios. * Demandas	3	4	Zona de riesgo EXTREMA	Reducir el riesgo	* Asignación presupuestal suficiente para compras de insumos y medicamentos. * Coordinación entre farmacia y médicos para formulación de medicamento existente en inventario.	Regente de farmacia	Quejas del personal de áreas por faltantes de medicamentos e insumos.
	*Faltantes o sobrantes de medicamentos o insumos en el área de farmacia.	* Inadecuada técnica de recepción de medicamentos e insumos cuando el proveedor los entrega (cantidades recibidas menor a las compradas). * Error en despachos a usuarios o a los servicios.	* Desajustes en el inventario.	3	1	Zona de riesgo BAJA	Reducir el riesgo	* Darle cumplimiento al proceso de recepción. * El funcionario que hace despachos a servicios o entrega a usuario debe establecer puntos de control para detectar diferencias.	Regente de farmacia	Hallazgos de sobrantes o faltantes en auditorías aleatorias.
	* Vencimiento o deterioro de medicamentos	* Recepción de medicamentos con corta fecha de vencimiento. * Baja rotación de medicamentos * No recepción de devolución de medicamentos próximos a vencerse por parte del proveedor.	* Posibles ocurrencias de eventos adversos en usuarios. * Pérdidas económicas por vencimiento medicamento	3	3	Zona de riesgo ALTA	Reducir el riesgo	Darle cumplimiento al manual de tecnovigilancia	Regente de farmacia	Pérdidas por vencimiento de insumos o medicamentos
2 - Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios	El no reporte, medición y análisis de eventos adversos a causa del suministro de medicamentos.	* La falta de cultura de reporte de eventos adversos medicamentosos. * No disponer de comité de farmacia o de seguimiento a riesgos.	* Desconocimiento de las causas del evento adverso y sus consecuencias. * Deterioro en la salud de usuarios. * Quejas y demandas	4	4	Zona de riesgo EXTREMA	Reducir el riesgo	* Acciones para fomento de cultura del reporte. * Creación y operativización del comité de farmacia.	Regente de farmacia	Informes mensuales de reporte de eventos adversos medicamentosos.

E.S.E. Hospital San Juan De Dios
Titiribí - Antioquia

E.S.E Hospital San Juan de Dios, Titiribí

Nit 890.980.346-6
Carrera Bolívar # 18-55
Teléfonos: 8482626 – 8482740
Fax: 8483012
Página Web: www.esetitiribi.gov.co E-mail: info@esetitiribi.gov.co

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - TITIRIBÍ - ANTIOQUIA.	Código: FO
		Versión: 01
	IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS, VALORACIÓN Y POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	Página 1 de 1

DEPENDENCIA:	FACTURACION Y CARTERA
OBJETIVO	Llevar a cabo la facturación por los servicios prestados en las diferentes áreas institucionales, generar los consolidados y entrega a las diferentes aseguradoras, así como también hacer gestión de cobro.

PROCESO	RIESGO	CAUSAS	EFECTOS	VALORACIÓN		CALIFICACIÓN DEL RIESGO	POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO			
				PROBABILIDAD	IMPACTO		MEDIDAS DE RESPUESTA	ACCIONES / HERRAMIENTA DE CONTROL	RESPONSABLE	INDICADOR
1- Cartera y Facturación.	* Incumplimiento de pago de la cartera por parte de las Aseguradoras	* Políticas internas de las Aseguradoras. * Falta de gestión de cobro. * Respuesta a glosas de manera inoportuna o no presentar respuesta. Liquidacion de Aseguradoras.	* Desfinanciamiento de la ESE. * Reducción de recursos para atender gastos de funcionamiento. * Mala calificación crediticia para la ESE.	3	4	Zona de riesgo EXTREMA	Reducir el riesgo	* Gestión de cobro de cartera permanente. * Adecuado proceso de respuestas a glosas.	Auxiliar administrativa de facturación	Indicador de cartera
	* Aumento de glosas en la facturación	* Errores en la facturación (tarifas no acordadas, entrega facturación extemporánea, faltantes en documentación soporte) Falta de verificacion oportuna de bases de datos de los usuarios.	* Glosas a la facturación. * Reprocesos para responder glosas. * Iliquidez en la tesorería. * Atraso en pago de facturación. * Atraso en cumplimiento de nómina y proveedores.	2	4	Zona de riesgo EXTREMA	Reducir el riesgo	* Dar cumplimiento al proceso de facturación con la calidad y oportunidad requerida.	Auxiliar administrativa de cartera	Indicador de glosas
	* No facturación de servicios prestados	* Desconocimiento de proceso de facturación por parte de funcionarios responsables. * Negligencia de funcionarios.	* Estados financieros desequilibrados. * Iliquidez en la tesorería. * Atraso en cumplimiento de nómina y proveedores.	1	3	Zona de riesgo MODERADA	Evitar el riesgo	* Dar cumplimiento al proceso de facturación con la calidad y oportunidad requerida. * Llevar a cabo procesos de reinducción al personal sobre facturación.	Auxiliar administrativa de facturación	Hallazgos en auditorias a facturación.
2.- Riesgo Tecnologico	Inadecuado proceso de respaldo en copia de seguridad de la Informacion procesada.	No se tiene establecido el proceso.	Perdida de informacion Reprocesos en la facturacion Deterioro de la Imagen corporativa.	1	4	Zona de riesgo ALTA	Evitar el riesgo	Establecer un proceso de realizacion de copia de seguridad de la informacion de manera periodica.	Lider del Proceso	Auditoria de cumplimiento
3- Procesos presupuestal y contable	No ingreso al presupuesto y a contabilidad toda la facturación y glosa presentadas	* Desorden documental. * Negligencia del funcionario	* Estados financieros y presupuestales no confiables. * Desequilibrio financiero. * Inexistencia de soportes legales para cobro ante las aseguradoras	1	3	Zona de riesgo MODERADA	Evitar el riesgo	Establecer puntos de "control para cotejar la facturación generada y presentada a las aseguradoras frente a la registrada en presupuesto y contabilidad.	Auxiliar administrativa de facturación	Evidencia de conciliación entre facturación y acreencias en contabilidad y presupuesto.

S.E Hospital San Juan de Dios, Titiribí

Nit 890.980.346-6
Carrera Bolívar # 18-55
Teléfonos: 8482626 – 8482740
Fax: 8483012
Página Web: www.esetitiribi.gov.co E-mail: info@esetitiribi.gov.co

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - TITIRIBÍ - ANTIOQUIA.	Código: FO
	Versión: 01
CACIÓN, ANÁLISIS, VALORACIÓN Y POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	Página 1 de 1

ADMINISTRACION

o de los recursos fisicos, financieros, técnicos e informáticos de la ESE, así como el direccionamiento y desarrollo del

SAS	EFECTOS	VALORACIÓN		CALIFICACIÓN DEL RIESGO	POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO			
		PROBABILIDAD	IMPACTO		MEDIDAS DE RESPUESTA	ACCIONES / HERRAMIENTA DE CONTROL	RESPONSABLE	INDICADOR
a, iento	* Procesos disciplinarios, sanciones, desvinculación * Mala imagen de la entidad ante la comunidad. * Demandas.	3	3	zona de riesgo MODERADA	Disminuir el riesgo	* Entrega a todos los funcionarios el manual de funciones que le corresponde	Subdirección Administrativa	* Evidencia de entrega del manual de funciones y competencias
mplimiento requisitos el manual ones y as	* Ejecución de funciones sin cumplimiento requisitos, mala evaluación de desempeño, insatisfacción en el servicio, deterioro de clima laboral.	3	4	zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riesgo	Verificación por parte del funcionario responsable el cumplimiento de requisitos del cargo	Subdirección Administrativa	Hallazgos de auditorias en incumplimiento del manual de funciones y competencias laborales en vinculación del personal.
urgencia del servicio. limiento y lista de requisitos	* Sanciones ante los entes de control. * Reprocesos Administrativos.	4	4	zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riesgo	Disponer de lista de chequeo de requisitos para firma de contrato de prestación de servicios.	Subdirección Administrativa	Evidencia de aplicación de lista de chequeo de requisitos para contrato.
o normal recursos stión	* Deficiente, inseguridad y atenta contra la calidad de la prestación de los servicios. * Ocasiona accidentes al personal de la entidad y al usuario. * Sobrecostos de mantenimiento * Mala imagen institucional	4	3	zona de riesgo ALTA	Evitar el riesgo	Plan de mantenimiento anual Infraestructura hospitalaria. *pólizas de seguros. *Inspecciones		Evidencia de ejecución de plan de mantenimiento programado para la vigencia
ta de nto correctivo. libracion de etrologia.	Deterioro de equipos y funcionamiento deficiente. Diagnosticos equivocados	4	3	zona de riesgo ALTA	Disminuir el riesgo	Contratos firmas especializadas de mantenimiento equipos biomédicos y contrato de metrologia	Subdirección Administrativa	* Existencia de contratos de mantenimiento de equipos biomédicos. * Evidencia de ejecución de contratos.
guramiento s de ta o por s. ponibilidad al. stión.	* Detrimento Patrimonial. * Sanciones legales. * Demandas.	3	5	zona de riesgo EXTREMA	evitar el riesgo, compartir o transferir.	Contratos de seguros con empresas reconocidas	Subdirección Administrativa	Existencia de contratos de seguros contra todos los riesgos.

4- Servicios Generales	Infecciones intrahospitalarias	"No programación y ejecución de aseos terminales en los servicios asistenciales. "El no seguimiento a protocolos de desinfección. "El desconocimiento por parte del personal de las técnicas de asepsia - La no implementación de normas de bioseguridad. * el no seguimiento al plan de manejo de residuos hospitalarios. "El no cumplimiento del protocolo de aislamiento	* Enfermedades infectocontagiosas. "Cierre de áreas de atención. "Demandas "Sanciones y procesos disciplinarios. "Aumento en la estancia hospitalaria. "Aumento del costo de atención.	3	4	zona de riesgo EXTREMA	Disminuir el riesgo	"Manual de bioseguridad. * Plan de manejo de residuos hospitalarios.	Subdirección Administrativa	Evidencia de ejecución del cronograma de aseos terminales.
4 - Accidentes laborales	Accidente ocupacional por manejo inadecuado de residuos hospitalarios	" La no disposición de plan de manejo de residuos hospitalarios y su socialización ." La no implementación de normas de bioseguridad. " El no acatamiento de las capacitaciones e inducciones de bioseguridad y asepsia. " El no uso, o uso incorrecto de los elementos de protección.	* Accidentes laborales. * Ausentismo laboral * adquisición de enfermedades. * Infecciones intrahospitalarias. * Sanciones y procesos disciplinarios.	4	4	zona de riesgo EXTREMA	Disminuir el riesgo	* Existencia y socialización de Manual de bioseguridad. * Plan de manejo de residuos hospitalarios.	Subdirección Administrativa	N° accidentes laborales trimestrales por causas de no observancia del plan de residuos hospitalarios sobre el total de accidentes laborales trimestralmente.
5- Vigilancia (celador)	Hurto o ataques a funcionarios o instalaciones de la institución	* No contar con medidas de seguridad para ingreso y salida de personas a la institución. * Falta de cámaras en lugares estratégicos, controles estrictos de visitas a pacientes.	* Pérdida de equipos y bienes de la institución y/o empleados, daños a infraestructura y/o dotación de la ESE, lesiones personales a funcionarios.	1	3	zona de riesgo MODERADA	Disminuir el riesgo	* Disposición de cámaras. * Vigilancia 24 horas. * Entrega de manual de comportamiento a usuarios y su familia. * Controles manejo de visitas	Subdirección Administrativa	Reportes de robos o ataques al personal de la institución durante la prestación de servicios.
6.- SGSST	Incumplir con la implementacion del SGSST	Desconocimiento de la norma. Falta de suficientes recursos economicos. Poco interes en los directivos para la implementacion del SGSST.	Sanciones legales. Demandas legales. Deterioro en la imagen reputacional. Falta de proteccion para todos los trabajadores de la ESE. Aumento en el ausentismos laboral derivado de los accidentes y enfermedades laborales.	3	5	zona de riesgo EXTREMA	Evitar el riesgo	Implementar el SGSST acorde a el marco juridico actual (Resolucion No. 1111 de 2017)	Dra. Monica Natalia Velasquez, Subdirectora Adminsitrativa	% de cumplimiento de la implementacion del SGSST

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - TITIRIBÍ - ANTIOQUIA.	Código: FO
		Versión: 01
	IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS, VALORACIÓN Y POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	Página 1 de 1

DEPENDENCIA:	GERENCIA.
OBJETIVO	Elabora la planificación institucional, ejecuta, evalúa y ajusta, a fin de darle cumplimiento al plan de gestión propuesto con el objetivo de alcanzar niveles de constante crecimiento institucional y satisfacción de los usuarios.

PROCESO	RIESGO	CAUSAS	EFECTOS	VALORACIÓN		CALIFICACIÓN DEL RIESGO	POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO			
				PROBABILIDAD	IMPACTO		MEDIDAS DE RESPUESTA	ACCIONES / HERRAMIENTA DE CONTROL	RESPONSABLE	INDICADOR
1- Direccionamiento estratégico	* No disponer de planes proyectos o programas que direccionen la gestión institucional.	* La no planeación. * No disponer de equipo directivo empoderado y visionario. No cumplir con la normatividad al respecto	* Resultados de gestión inciertos. * No medición de resultados. * Ausencia de evaluaciones y planes de mejora. Sanciones de los organos de control (fiscales, penales y disciplinarias)	1	5	Zona de riesgo ALTA	Reducir el riesgo	* Llevar a cabo el proceso de planeación, que de cuenta de la proyección, sostenibilidad y crecimiento institucional.	Gerente	Aprobación y seguimiento a ejecución plan de desarrollo
	* No disponer de Plan de Gestión aprobado por Junta Directiva.	* El no cumplimiento de la resolución 710 del 2012 y la 743 del 2013 que demanda de los gerentes la presentación de Plan de Gestión para el periodo de nombramiento.	* Una gestión que no responde a unas metas propuestos que aseguren unos resultados. * Atraso en el desarrollo institucional. * Sanciones de entes de control.	1	4	Zona de riesgo ALTA	Reducir el riesgo	* Disponer del plan de gestión, aprobado por junta directiva.	Gerente	Aprobación y seguimiento a ejecución de plan de gestión.
	* No llevar a cabo procesos de rendición de cuentas a la comunidad	* Desconocimiento de las normas concernientes a la rendición de cuentas. * Por negligencia Sanciones por parte de los organos de control	* Incumplimiento de las obligaciones inherentes al cargo. * Desconocimiento por parte de la comunidad sobre la gestión de la institución.	1	4	Zona de riesgo ALTA	Reducir el riesgo	* Llevar a cabo la rendición de gestión dándole cumplimiento al contenido y fechas en que se debe llevar a cabo según la norma.	Gerente	Evidencia de rendición de cuentas de gestión a la comunidad y grupos interesados.

E.S.E. Hospital San Juan De Dios
Titiribí - Antioquia

E.S.E Hospital San Juan de Dios, Titiribí

Nit 890.980.346-6
Carrera Bolívar # 18-55
Teléfonos: 8482626 – 8482740
Fax: 8483012
Página Web: www.esetitiribi.gov.co E-mail: info@esetitiribi.gov.co

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - TITIRIBÍ - ANTIOQUIA.	Código: FO
		Versión: 01
	IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS, VALORACIÓN Y POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	Página 1 de 1

Anexo 1. RIESGOS DE CORRUPCION.

OBJETIVO	Aportar a la transformación de condiciones estructurales y funcionales que han propiciado el crecimiento del flagelo de la corrupción, habilitando un escenario institucional adecuado para la adopción de estrategias concretas en materia de lucha contra la corrupción que orienten la gestión hacia la eficiencia y la transparencia (Ley 1474 art.73).

PROCESO	RIESGO	CAUSAS	EFECTOS	VALORACIÓN		CALIFICACIÓN DEL RIESGO	POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO			
				PROBABILIDAD	IMPACTO		MEDIDAS DE RESPUESTA	ACCIONES: HERRAMIENTA DE CONTROL	RESPONSABLE	INDICADOR
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Manejo indebido de La Nomina	* Pagar servicios no prestados o pagar cuantia superior a la legal para favorecer a un funcionario o servidor público y sacar provecho de esta diferencia. No aplicación de procesos y procedimientos definidos para liquidar la nomina.	* Desfinanciación de la ESE. * Procesos disciplinarios y fiscales. * Mala imagen institucional	1	4	Zona de riesgo MODERADO	Evitar el riesgo	*Llevar a cabo los procesos de autocontrol donde se evidencie el cumplimiento de requisitos para proceder a los pagos correspondientes.	Auxiliar administrativo de contabilidad y presupuesto	Hallazgos en auditoria de corrupción por pagos de servicios no prestados
	Favorecimiento a terceros	*Adjudicación de contratos a proveedores que no cumplen con los requisitos minimos legales, pliegos de condiciones adaptados para favorecer a un proveedor especifico obteniendo lucrarse de esta práctica.	* Incumplimiento a las politicas definidas para la adquisición de bienes y servicios. * Procesos disciplinarios y fiscales. * Mala imagen institucional	1	4	Zona de riesgo MODERADO	Evitar el riesgo	* Cumplimiento de las politicas de adquisición de bienes y servicios. * Fortalecimiento del Comité de Compras. Aplicación del estatuto de contratacion.	Subdirección Administrativa	Hallazgos en auditoria de corrupción por adquisición de bienes y servicios para la ESE.
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS	Traslado de Recursos a rubros diferentes a los autorizados	* Asignacion de los recursos en rubros diferentes a los autorizados en el gasto institucional con el fin de obtener beneficio económico de éste.	* Desfinanciación de los rubros * Incumplimiento de metas por falta de recursos.	1	3	Zona de riesgo MODERADO	Evitar el riesgo	Estricto cumplimiento al estatuto presupuestal	Auxiliar activa presupuesto	*Hallazgos en auditoria de traslado de recursos de forma indebida, incumpliendo con la norma.
	Manejo indebido del dinero recaudado en cajas	* Apropiación del dinero de la entidad por parte del funcionario responsable del proceso de recaudo, adulteración de registros y cuentas de cobro	* Desfinanciación de la ESE. * Procesos disciplinarios y fiscales. * Mala imagen institucional	2	4	Zona de riesgo ALTA	Reducir - Evitar el riesgo	Llevar a cabo arqueos de caja Dar cumplimiento al manual de procesos y procedimientos de tesoreria.	Tesorera o quien haga sus veces	Conciliaciones ajustadas
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Pérdida, manipulación o adulteración de La información	* Manipulación o adulteración de los registros de los sistemas de información de la entidad (inventarios, bases de datos) encubriendo o adaptando esta para lucro propio o favorecimiento a terceros	* No confiabilidad de estados financieros. * Demandas. * Procesos disciplinarios Reprocesos administrativos. Perdida de información Problemas legales.	3	5	Zona de riesgo EXTREMA	Reducir - Evitar el riesgo	Restricción de accesos a los sistemas de información de la entidad con asignación de códigos de ingreso solo a personal autorizado. Montar politica de seguridad informatica.	Técnico sistemas de información	cero reporte de alteración de información
	Pérdida de confidencialidad en la información de historia clínica.	Utilizar inescrupulosamente la información confidencial (historias clinicas, bases de datos) de la entidad revelándole esta a terceros o utilizándola para prácticas diferentes a las institucionales	* Mala imagen institucional. * Quejas y demandas de usuarios insatisfacion de los usuarios.	3	5	Zona de riesgo EXTREMA	Reducir - Evitar el riesgo	* Definir proceso de confidencialización de la información (y Historia Clínica) Montar politica de seguridad informatica.	Comité de ética y de Historia Clinica.	Cero quejas por mal uso de información de historias clinicas

E.S.E. Hospital San Juan De Dios
Titiribí - Antioquia

E.S.E Hospital San Juan de Dios, Titiribí

Nit 890.980.346-6
Carrera Bolívar # 18-55
Teléfonos: 8482626 – 8482740
Fax: 8483012
Página Web: www.esetitiribi.gov.co E-mail: info@esetitiribi.gov.co

TABLA DE PROBABILIDAD

NIVEL	DESCRIPTOR	DESCRIPCION	FRECUENCIA
1	Raro	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales.	No se ha presentado en los últimos 5 años.
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento	Al menos de una vez en los últimos 5 años.
3	Posible	El evento podría ocurrir en algún momento	Al menos de una vez en los últimos 2 años.
4	Probable	El evento probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias	Al menos de una vez en el último año.
5	Casi Seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Más de una vez al año.

TABLA DE IMPACTO

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

PROBABILIDAD	IMPACTO				
	Insignificante (1)	Menor (2)	Moderado (3)	Mayor (4)	Catastrofico (5)
Raro (1)	B	B	M	A	A
Improbable (2)	B	B	M	A	E
Posible (3)	B	M	A	E	E
Probable (4)	M	A	A	E	E
Casi Seguro (5)	A	A	E	E	E

B: Zona de riesgo baja: Asumir el riesgo
M: Zona de riesgo moderada: Asumir el riesgo, reducir el riesgo
A: Zona de riesgo alta: Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir
E: Zona de riesgo extrema: Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir

E.S.E. Hospital San Juan De Dios Titiribí - Antioquia

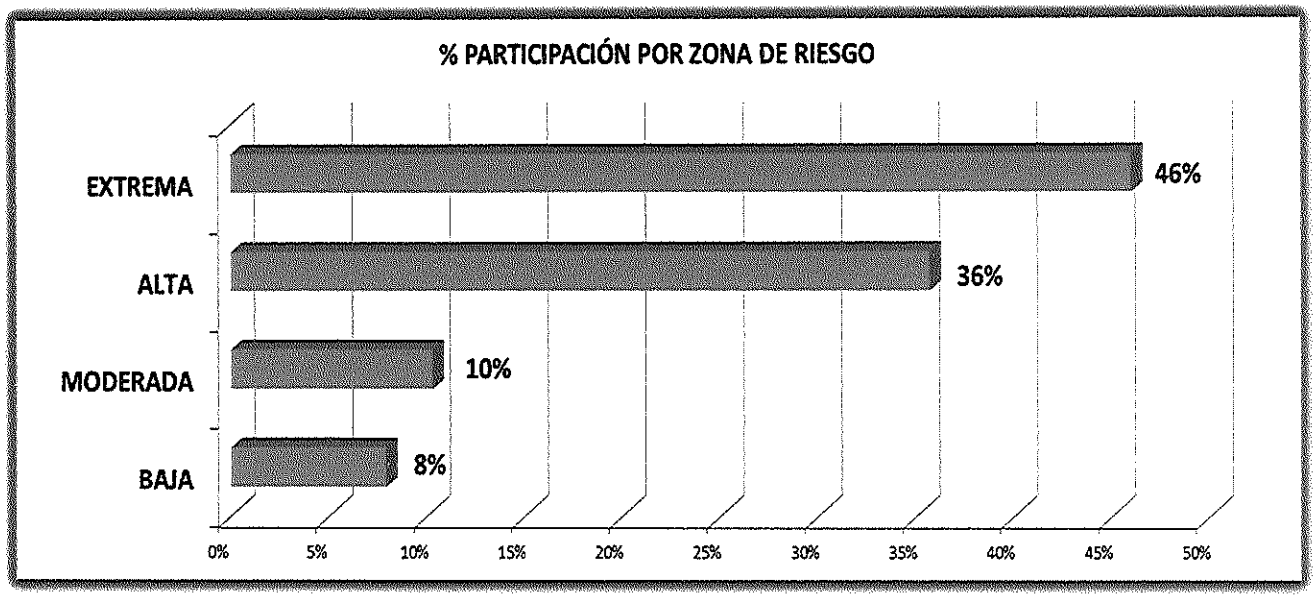
E.S.E Hospital San Juan de Dios, Titiribí

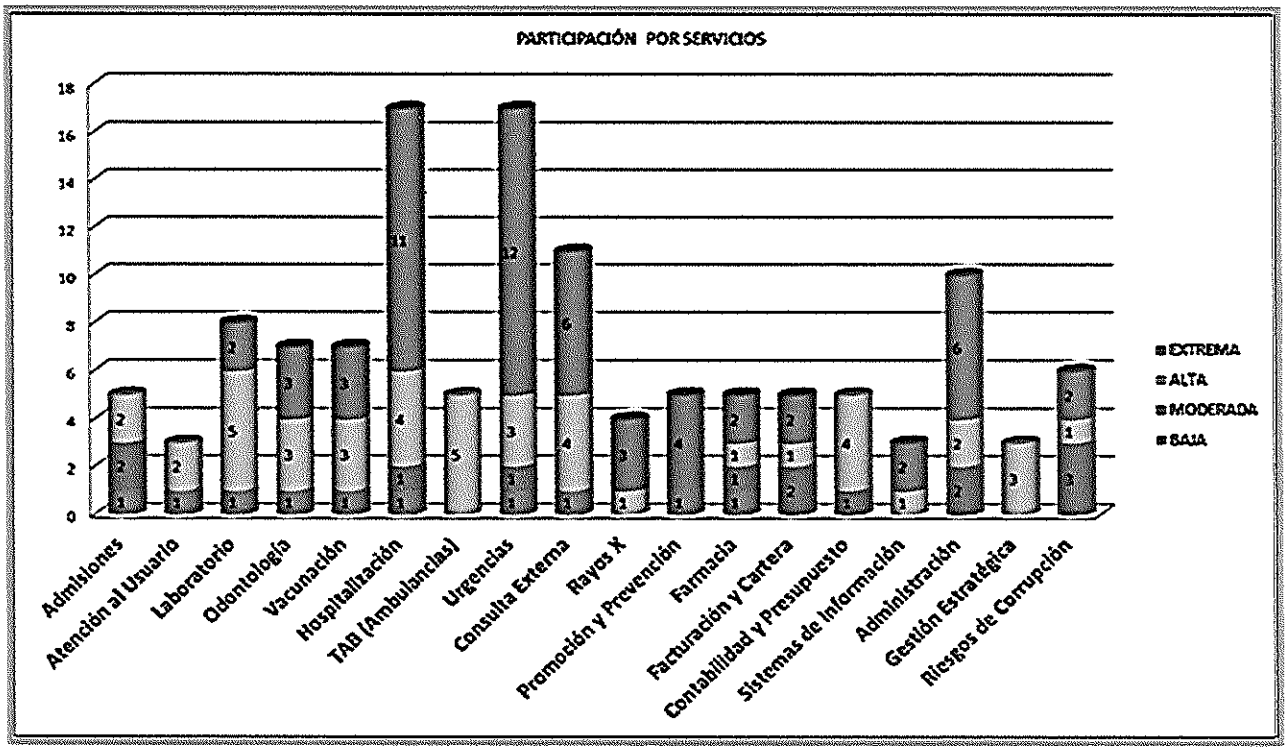
Nit 890.980.346-6
Carrera Bolívar # 18-55
Teléfonos: 8482626 – 8482740
Fax: 8483012
Página Web: www.esetitiribi.gov.co E-mail: info@esetitiribi.gov.co

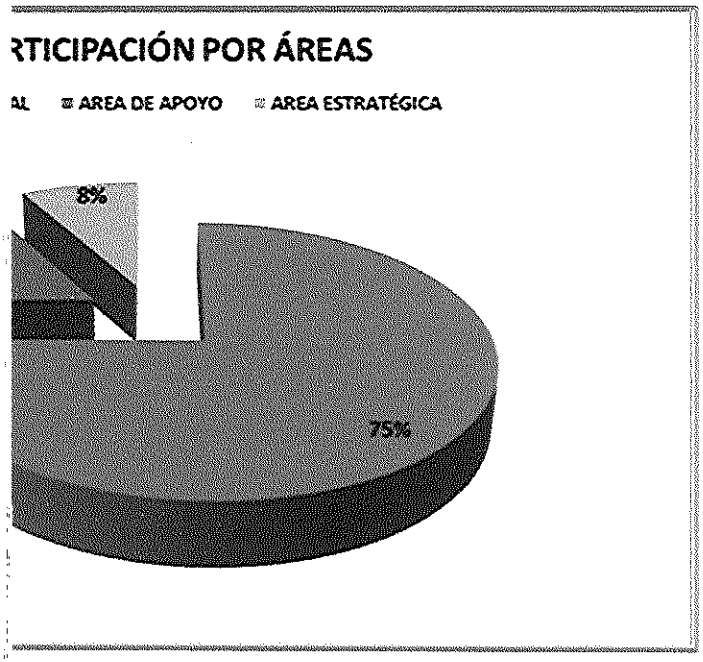
ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - TITIRIBÍ

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

AREA FUNCIONAL	SERVICIO	AREA DE RIESGO				TOTAL RIESGOS	% PARTICIPACIÓN RIESGOS POR ÁREAS
		BAJA	MODERADA	ALTA	EXTREMA		
AREA MISIONAL	Admisiones	1	2	2		5	75%
	Atención al Usuario	1		2		3	
	Laboratorio	1		5	2	8	
	Odontología	1		3	3	7	
	Vacunación	1		3	3	7	
	Hospitalización	1	1	4	11	17	
	TAB (Ambulancias)			5		5	
	Urgencias	1	1	3	12	17	
	Consulta Externa	1		4	6	11	
	Rayos X			1	3	4	
	Promoción y Prevención	1			4	5	
	Farmacia	1	1	1	2	5	
AREA DE APOYO	Facturación y Cartera		2	1	2	5	18%
	Contabilidad y Presupuesto		1	4		5	
	Sistemas de Información			1	2	3	
	Administración		2	2	6	10	
AREA ESTRATÉGICA	Gestión Estratégica			3		3	7%
	Riesgos de Corrupción		3	1	2	6	
TOTAL RIESGOS POR ZONA		10	13	45	58	126	100%
% PARTICIPACIÓN POR ZONA DE RIESGO		8%	10%	36%	46%		


% PARTICIPACIÓN POR ZONA DE RIESGO
EXTREMA
ALTA
MODERADA
BAJA
46%
36%
10%
8%
0%
5%
10%
15%
20%
25%
30%
35%
40%
45%
50%


PARTICIPACIÓN POR SERVICIOS
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
EXTREMA
ALTA
MODERADA
BAJA
Admisiones
Atención al Usuario
Laboratorio
Odontología
Vacunación
Hospitalización
TAB (Ambulancias)
Urgencias
Consulta Externa
Rayos X
Promoción y Prevención
Farmacia
Facturación y Cartera
Contabilidad y Presupuesto
Sistemas de Información
Administración
Gestión Estratégica
Riesgos de Corrupción

ıl San Juan de Dios, Titiribí

Nit 890.980.346-6
Carrera Bolívar # 18-55
Teléfonos: 8482626 – 8482740
Fax: 8483012
www.esetitiribi.gov.co E-mail: info@esetitiribi.gov.co