

Diseño, Documentación E Implementación Del Sistema De Gestión Del Riesgo NTC ISO
31000:2011 En Los Procesos Misionales De La ESE Hospital Integrado San Antonio De Puente
Nacional

Saúl Arley Téllez Marín

Trabajo De Grado Para Optar Al Título De Ingeniero Industrial

Director

Juan Camilo Lesmez Peralta

MBA - Ingeniero Industrial

Universidad Industrial De Santander

Escuela De Estudios Industriales Y Empresariales

Ingeniería Industrial

Bucaramanga

2017

Dedicatoria

A Dios

Él es mi escudo y mi fortaleza, en Él está mi confianza.

“Pon en manos del Señor todas tus obras,
y tus proyectos se cumplirán”. Prov. 16.3

A mi esposa y mi hijo

Ustedes son la motivación de mi vida,

el motor de mis sueños.

A mis padres

El orgullo de los hijos son sus padres,

Gracias a su apoyo y esfuerzo nos sacaron adelante,

son ejemplo de lucha, sacrificio y esfuerzo.

Este triunfo les pertenece.

Agradecimientos

A las directivas de la ESE Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional por abrirme las puertas de la institución y por la confianza en creer en los resultados que se alcanzarían con la implementación de esta norma. Agradecer en general a todo el personal de la ESE Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional por su dedicación y entrega para cada día ser mejores y ofrecer un mejor servicio a todos los usuarios, y sobre todo, porque sin su apoyo no se podría gestionar eficazmente el riesgo.

A la gerente Divey Yardany Ovalle Castañeda porque gracias a su dirección y consejos pude aprender más acerca de las estrategias que adelantan las entidades de salud para brindar una salud de calidad a todos sus usuarios y gracias a su gestión hoy encontramos una institución de bajo nivel complejidad competitiva, adelantando un Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero el cual busca lograr un nivel de riesgo menor al categorizado desde hace más de cuatro años por el estado colombiano.

Al profesor Juan Camilo Lesmez Peralta porque gracias a su dirección, corrección y sabios consejos permitieron un crecimiento personal y profesional, y la culminación de este proyecto.

Tabla de Contenido

Introducción	16
1. Definición Del Proyecto	19
2. Justificación	23
3. Objetivos	24
4. Marco Teórico	25
5. Metodología	39
5.1. Diagnóstico	39
5.2. Planificación	40
5.3. Documentación	47
5.4. Implementación	47
5.5. Evaluación	48
5.6. Revisión, Sensibilización y Capacitación	48
6. Marco De Referencia Para La Gestión Del Riesgo	49
6.1. Contexto Organizacional	49
6.1.1. Contexto externo	49
6.1.2. Contexto interno.	64
6.2. Política Para La Gestión Del Riesgo	68
6.3. Rendición De Cuentas Y Recursos	72
6.4. Comunicación Interna y Externa	72
6.5. Plan y Manual Para La Gestión Del Riesgo	73
7. Proceso Para La Gestión El Riesgo	74

GESTIÓN DEL RIESGO NTC ISO 31000:2011. PROCESOS MISIONALES ESE HISA		7
7.1.	Comunicación y Consulta	74
7.2.	Establecimiento del Contexto	74
7.3.	Valoración del Riesgo	83
7.3.1.	Identificación del riesgo	83
7.3.2.	Análisis de riesgo	84
7.3.3.	Evaluación del riesgo	84
7.4.	Tratamiento Del Riesgo	84
7.5.	Monitoreo y Revisión	101
8.	Auditoría	102
8.1.	Primera Auditoría	102
8.2.	Segunda Auditoría	104
8.3.	Verificación del Nivel de Cumplimiento	106
9.	Conclusiones	108
10.	Recomendaciones	112
	Referencias Bibliográficas	114

Lista de Tablas

Tabla 1. Cumplimiento de los objetivos específicos del proyecto	17
Tabla 2. Costo Talento Humano Procesos Misionales ESE HISA 2016.	20
Tabla 3. Criterios de calificación NTC ISO 31000:2011	21
Tabla 4. Checklist lineamientos NTC ISO 31000:2011	21
Tabla 5. Probabilidad de Ocurrencia	42
Tabla 6. Severidad de la Consecuencia	42
Tabla 7. Leyes	52
Tabla 8. Decretos	54
Tabla 9. Resoluciones.	56
Tabla 10. Normas y Acuerdos	59
Tabla 11. Indicadores Monitoria del Sistema SIC	63
Tabla 12. Perfil de Oportunidades y Amenazas del Medio	75
Tabla 13. Perfil de Capacidades Internas	78
Tabla 14. Matriz DOFA	80
Tabla 15. Identificación Del Riesgo	85
Tabla 16. Análisis del Riesgo	88
Tabla 17. Primera Auditoria	102
Tabla 18. Segunda Auditoria	105
Tabla 19. Nivel de Cumplimiento Final	106

Lista de Figuras

Figura 1. Relaciones entre los principios, el marco de referencia y los procesos para la gestión del riesgo.	26
Figura 2. Marco de referencia para la gestión del riesgo.	27
Figura 3. Contexto Estratégico	41
Figura 4. Identificación del Riesgo.	41
Figura 5. Matriz de Calificación y Evaluación de Riesgos	43
Figura 6. Opciones De Tratamiento De Riesgos	43
Figura 7. Tratamiento de Riesgos	43
Figura 8. Formato Acciones Correctivas y Preventivas	46
Figura 9. Enfoques Conceptuales. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.	50
Figura 10. Determinantes Sociales de la Salud. PDSP 2012 – 2021.	51
Figura 11. Líneas Operativas. PDSP 2012 – 2021.	52
Figura 12. Actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud	62
Figura 13. Mapa de Procesos ESE HISA.	66
Figura 14. Objetivos Prestación de Servicios de Salud	68
Figura 15. Evaluación del Riesgo	96
Figura 16. Tratamiento del riesgo	99

Lista de Apéndices

(Ver Apéndices adjuntos en el CD)

- Apéndice A. Caracterización Procesos Misionales ESE HISA
- Apéndice B. Manual Gestión del Riesgo
- Apéndice C. Procedimiento Acciones Correctivas y Preventivas
- Apéndice D. Indicadores Sistema de gestión del Riesgo
- Apéndice E. Sistema Único de Habilitación
- Apéndice F. Lista de Chequeo Seguridad del Paciente
- Apéndice G. Análisis de Riesgos por Procesos
- Apéndice H. Matriz y Mapa de Riesgos ESE HISA

Glosario

Actitud hacia el riesgo: enfoque de la Organización para evaluar y eventualmente buscar, retener, tomar o alejarse del riesgo.

Análisis del riesgo: proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar el nivel de riesgo.

Consecuencia: resultado de un evento que afecta los objetivos.

Comunicación y consulta: Procesos continuos y reiterativos que una Organización lleva a cabo para suministrar, compartir u obtener información e involucrarse en un dialogo con las partes involucradas con respecto a la gestión del riesgo.

Contexto externo: ambiente externo en el cual una Organización busca alcanzar sus objetivos

Contexto interno: ambiente interno en el cual una Organización busca alcanzar sus objetivos

Control: medida que modifica el riesgo

Criterios del riesgo: términos de referencia frente a los cuales se evalúa la importancia de un riesgo

Establecimiento del contexto: definición de los parámetros internos y externos que se han de tomar en consideración cuando se gestiona el riesgo, y establecimiento del alcance y los criterios del riesgo para la política de la gestión del riesgo.

Evaluación del riesgo: proceso de comparación de los resultados del análisis del riesgo con los criterios del riesgo para determinar si el riesgo, su magnitud o ambos son aceptables o tolerables

Evento: Presencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias

Fuente de riesgo: elemento que solo o en combinación tiene el potencial intrínseco de originar un riesgo

Gestión del riesgo: Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto al riesgo.

Identificación del riesgo: Proceso para encontrar, reconocer y describir el riesgo

Marco de referencia para la gestión del riesgo: Conjunto de componentes que brindan las bases y las disposiciones de la Organización para diseñar, implementar, monitorear, revisar y mejorar continuamente la gestión del riesgo a través de toda la Organización.

Monitoreo: verificación, supervisión, observación crítica o determinación continua del estado con el fin de identificar cambios con respecto al nivel de desempeño exigido o esperado.

Nivel de riesgo: magnitud de un riesgo o de una combinación de riesgos expresada en términos de la combinación de las cons y su probabilidad.

Parte involucrada: persona u Organización que puede afectar, verse afectada o percibirse a sí misma como afectada por una decisión o una actividad

Perfil del riesgo: descripción de cualquier conjunto de riesgos.

Plan para la gestión del riesgo: esquema dentro del marco de referencia para la gestión del riesgo que especifica el enfoque, los componentes y los recursos de la gestión que se van a aplicar a la gestión del riesgo

Política para la gestión del riesgo: declaración de la dirección y las intenciones generales de una Organización con respecto a la gestión del riesgo.

Probabilidad: Oportunidad de que algo suceda

Propietario del riesgo: persona o entidad con la responsabilidad de rendir cuentas y la autoridad para gestionar un riesgo

Proceso para la gestión del riesgo: Aplicación sistemática de las políticas, los procedimientos y las prácticas de gestión a las actividades de comunicación, consulta, establecimiento del contexto, y de identificación, análisis, evaluación, tratamiento, monitoreo y revisión del riesgo.

Revisión: acción que se emprenda para determinar la idoneidad, conveniencia y eficacia de la materia en cuestión para lograr los objetivos establecidos.

Riesgo: efecto de la incertidumbre sobre los objetivos

Riesgo residual: riesgo remanente después del tratamiento del riesgo

Tratamiento del riesgo: Proceso para modificar el riesgo

Valoración del riesgo: proceso global de identificación, análisis del riesgo y evaluación del riesgo

Resumen

Título: Diseño, Documentación E Implementación Del Sistema De Gestión Del Riesgo Según La NTC ISO 31000:2011 En Los Procesos Misionales De La ESE Hospital Integrado San Antonio De Puente Nacional *

Autor: Saúl Arley Téllez Marín**

Palabras Clave: Gestión del Riesgo, ISO 31000:2011, Mejora Continua, Valoración del Riesgo.

Descripción: El estado colombiano ha establecido a través de su normatividad legal, políticas que direccionan a la Empresas Sociales del Estado para administrar los riesgos institucionales que puedan afectar el logro de sus objetivos y así lograr un mejor desempeño de su quehacer institucional. La ESE Hospital integrado San Antonio de Puente Nacional no ha sido ajena a estos lineamientos, razón por la cual cuentan con un Sistema de Administración del Riesgo basado en la Guía para la Administración del Riesgo el Departamento Administrativo de la Función Pública, donde se establece el contexto estratégico que permita valorar y tratar eficazmente los riesgos a los que se encuentra expuesta la organización

El presente trabajo de grado permite conocer y definir el proceso que se llevó a cabo para la formulación efectiva del Sistema de Gestión de Riesgos de la ESE Hospital Integrado San Antonio el cual contempla las actividades de: diseño del marco de referencia que permite analizar el contexto estratégico de los riesgos potenciales de la institución, proceso de gestión del riesgo que incluye la identificación, análisis, valoración y tratamiento del riesgos los cuales conforman la matriz o mapa de riesgos, que incluye su monitoreo y revisión de todos los líderes y responsables de rendir cuentas con respecto al riesgo en cada proceso misional y de la oficina de control interno o MECI.

* Trabajo de grado

** Facultad de Ingenierías Físico-Mecánicas. Escuela de Ingeniería Industrial. Director: Juan Camilo Lesmez Peralta, Ingeniero Industrial

Abstract

Title: Design, Documentation And Implementation Of Risk Management System NTC ISO 31000:2011 In The Process Misional For ESE Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional. *

Author: Saul Arley Téllez Marin

Keywords: Risk Management, ISO 31000:2011, Continuous Improvement, Risk Assessment

Description: The colombian state has established, through its legal regulations, the policies that direct the ESE to manage the institutional risks that can affect the achievement of its objectives and thus achieve a better performance of its institutional work. The ESE Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional has not been outside these guidelines, which is why they have a Risk Management System based on the Guide to Risk Management, the Departamento Administrativo de la Funcion Publica, which establishes the a strategic context that makes it possible to assess and effectively address the risks to which the organization is exposed

The present work of degree allows to know and to define the process that was carried out for the effective formulation of the Risk Management System of the ESE Hospital Integrado San Antonio, that contemplates the activities of: design of the frame of reference that allows to analyze the context which includes the identification, analysis, assessment and treatment of the risks that make up the risk matrix or map, which includes monitoring and reviewing all the leaders and accountable ones with respect to risk in each mission and mission process of internal control or MECI.

* Bachelor Thesis

** Facultad de Ingenierías Físico-Mecánicas. Escuela de Ingeniería Industrial. Director: Juan Camilo Lesmez Peralta, Ingeniero Industrial

Introducción

Colombia cuenta con un Sistema de Salud obsoleto regido por la Ley 100 de 1993, el cual afronta una grave crisis hospitalaria, donde muchas Empresas Promotoras de Salud quienes son las encargadas de administrar los recursos destinados a la salud y asegurar la prestación del servicio de salud, están siendo intervenidas y muchas de ellas hasta liquidadas por fallas y hasta corrupción en sus operaciones. Pero no solo las EPS enfrentan estos inconvenientes, también las Instituciones Prestadoras de Salud y las Empresas Sociales del Estado, registran demandas por fallas en la prestación de su servicio recayendo todo el peso de un sistema inoperante en el usuario, donde a diario vemos largas filas para la prestación de algún servicio, no menos grave que aquellos pacientes que se mueren en la puerta del centro médico o los ya conocidos “paseos de la muerte” donde nadie se responsabiliza por el bienestar de este paciente.

Con el ánimo de alcanzar eficientemente los objetivos de la institución, se desea implementar la Norma Técnica Colombiana NTC 31000:2011 Gestión del Riesgo, siendo conscientes de la necesidad de identificar y tratar los riesgos inherentes a los procesos misionales de la Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Antonio, de esta forma, establecer una base confiable para la toma de decisiones y mejorar los controles que la Organización ha adoptado en el tratamiento del riesgo.

Cumplimiento de Objetivos

Tabla 1.

Cumplimiento de los objetivos específicos del proyecto

N°	Objetivos Específicos	Evidencia del Cumplimiento
1	Realizar un diagnóstico inicial de los procesos misionales en cumplimiento con los requisitos de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 31000:2009	✓ Numeral 5.1.
2	Caracterizar los procesos misionales de la ESE Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional	✓ Numeral 5.3. Apéndice A
3	Establecer el contexto interno y externo mediante un análisis DOFA para formular las políticas y los objetivos del Sistema de Gestión de Riesgo	✓ Numerales 6.1.1. y 6.2.2. y 7.2.
4	Realizar la identificación, análisis y evaluación de los riesgos por proceso de la E.S.E. Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional	✓ Numeral 7.3. Apéndice G
5	Formular medidas de intervención para los riesgos identificados en los procesos misionales de ESE Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional	✓ Numeral 7.4. Apéndice H
6	Socializar la política, procedimientos, normas y demás campañas del Sistema de Gestión de Riesgo en ESE Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional	✓ Numeral 7.4. y 5.4

Tabla 1.

Continuación

N°	Objetivos Específicos	Evidencia del Cumplimiento
7	Realizar dos auditorías internas para valorar el estado del Sistema de Gestión del Riesgo e identificar oportunidades de mejora en sus procesos	✓ Numeral 8
8	Diseñar e implementar los planes de mejora resultado de las auditorías realizadas, con el ánimo de dar respuesta a las evidencias encontradas en éstas	✓ Numeral 8.1. y 8.2.

1. Definición Del Proyecto

1.1. Título Del Proyecto

Diseño, Documentación E Implementación Del Sistema De Gestión Del Riesgo Según La NTC ISO 31000:2011 En Los Procesos Misionales De La ESE Hospital Integrado San Antonio De Puente Nacional

1.2. Planteamiento Del Problema

Desde el año 2012 según la resolución 2509 del mismo año, la Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional es categorizada en Riesgo Alto. Esta categorización se realiza según el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011 teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera, a partir de sus indicadores financieros sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud (...). Las ESE, atendiendo su situación financiera se clasificarán de acuerdo a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social". Que igualmente dispuso el artículo 81 de la citada norma, que las ESE del nivel territorial, categorizadas en riesgo medio o alto por este Ministerio, deben someterse a un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

La ESE HISA posee un pasivo prestacional cercano a los tres mil millones de pesos y cada día sigue en aumento, evidenciándose que las medidas de control propuestas en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero no han sido eficaces, lo que desencadenaría posiblemente en

consecuencias nefastas para la ESE como por ejemplo la liquidación del mismo. Cabe resaltar que el costo total anual del talento humano que presta sus servicios en la ESE HISA de Puente Nacional durante 2016 ascendió aproximadamente a los mil millones de pesos, siendo el mayor costo el representado por el talento humano que desempeña el quehacer misional de la ESE.

Tabla 2.

Costo Talento Humano Procesos Misionales ESE HISA 2016.

Servicios de Salud	Costo Anual
Urgencias	\$ 172.920.000
Consulta Externa	\$ 154.892.000
Enfermería	\$ 144.830.000
PIC	\$ 58.947.800
Laboratorio	\$ 22.500.000
Rayos X	\$ 21.600.000
Odontología	\$ 20.316.675
Traslado Asistencial	\$ 13.616.670
Farmacia	\$ 9.763.334
SIAU	\$ 7.593.324
Procesos Misionales	\$ 626.979.803

Nota: Adaptado de: Informe Gerencial

De acuerdo a su naturaleza y a los datos presentados, es evidente que la ESE Hospital Integrado San Antonio cuenta con una enorme responsabilidad social y en aras de ofrecer

servicios de salud de calidad de acuerdo a lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, se realiza una revisión sistemática de sus procesos misionales en compañía de los líderes de cada proceso misional y bajo la supervisión de Control Interno, para conocer el estado actual del marco de referencia y del proceso para la gestión del riesgo según los lineamientos de la NTC ISO 31000:2011

Tabla 3.

Criterios de calificación NTC ISO 31000:2011.

Criterios de calificación. Checklist nivel de cumplimiento de los lineamientos según la NTC ISO 31000 de gestión del riesgo en los procesos misionales de la ESE HISA	
Criterio	Puntuación
No cumple con el requisito de la NTC ISO 31000	0
Cumple parcialmente con el requisito de la NTC ISO 31000	0,5
Cumple satisfactoriamente con el requisito de la NTC ISO 31000	1

Nota: Adaptado de: NTC ISO 31000:2011

Tabla 4.

Checklist lineamientos NTC ISO 31000:2011.

Núm.	Título	Nivel De Cumplimiento
1	Marco De Referencia	16%
1.1.	Generalidades	0
1.2.	Dirección Y Compromiso	0,5
1.3.	Diseño Del Marco De Referencia	0

Tabla 4.

Continuación.

Núm.	Título	Nivel De Cumplimiento
1.4.	Implementación De La Gestión Del Riesgo	0,5
1.5.	Monitoreo Y Revisión Del Marco	0
1.6.	Mejora Continua Del Marco	0
2	Proceso	36%
2.1.	Generalidades	0
2.2.	Comunicación Y Consulta	0,5
2.3.	Establecimiento Del Contexto	0,5
2.4.	Valoración Del Riesgo	0,5
2.5.	Tratamiento Del Riesgo	0,5
2.6.	Monitoreo Y Revisión	0,5
2.7.	Registro Del Proceso	0

De acuerdo al análisis estadístico efectuado sobre el nivel de cumplimiento de los criterios de la NTC ISO 31000 en los procesos misionales de la ESE, se evidencia que el proceso de la gestión del riesgo posee un 36% de cumplimiento; mediante resolución administrativa N° 133 del 2014, la ESE ha adoptado políticas y estrategias que permitan controlar los riesgos a los cuales se encuentran expuestos, siendo la Gestión del Riesgo, una actividad fundamental e inherente de los procesos estratégicos de la institución. Por otro lado, la ESE no cuenta con un marco de referencia eficaz que brinde las bases y disposiciones que se introducirán a los niveles de la ESE, obteniendo un cumplimiento del 16%; el éxito de la gestión del riesgo dependerá de

su eficacia. Es imperativo garantizar que la información acerca del riesgo se utilice para la toma de decisiones y la rendición de cuentas en todos los niveles de la ESE, formulando planes y programas que aborden explícitamente el efecto de la incertidumbre en el logro de los objetivos.

2. Justificación

La Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional, de acuerdo a su categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, está sometida a control de tipo especial por parte del Estado colombiano, quien se encarga de direccionar las acciones y emitir las normas legales para que estas instituciones sean competitivas con estándares internacionales de calidad y poder operar dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se cuenta en la actualidad con diferentes lineamientos que obligan a la ESE a adoptar políticas de administración de riesgos reconociendo el valor fundamental dentro de la planeación estratégica de la entidad. Aun así, no han sido eficaces las medidas de control del riesgo que ha adelantado la ESE, motivo por el cual se evidencia un estancamiento en la clasificación del nivel del riesgo en alto, durante cinco años consecutivos y sin resultados de mejora para la próxima clasificación. Es necesario y urgente, replantear un sistema de gestión del riesgo que permita abordar explícitamente la incertidumbre, definiendo claramente cuáles son los objetivos que busca alcanzar la ESE y así lograr constituirse en una empresa competitiva de acuerdo a los estándares de la NTC ISO 31000 y solvente financieramente, enfocado en los conceptos de atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud, para brindar seguridad y trato humanizado al paciente, quien es la razón de ser de la organización.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Diseñar, Documentar E Implementar El Sistema De Gestión Del Riesgo Según La NTC ISO 31000:2011 En Los Procesos Misionales De La ESE Hospital Integrado San Antonio De Puente Nacional

3.2. Objetivos Específicos

- Realizar un diagnóstico inicial de los procesos misionales con relación a los requisitos de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 31000:2009
- Caracterizar los procesos misionales de la ESE Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional
- Establecer el contexto interno y externo mediante un análisis DOFA para formular las políticas y los objetivos del Sistema de Gestión de Riesgo
- Realizar la identificación, análisis y evaluación de los riesgos por proceso de la E.S.E. Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional
- Formular medidas de intervención para los riesgos identificados en los procesos misionales de ESE Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional
- Socializar la política, procedimientos, normas y demás campañas del Sistema de Gestión de Riesgo en ESE Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional

- Realizar dos auditorías internas para valorar el estado del Sistema de Gestión del Riesgo e identificar oportunidades de mejora en sus procesos
- Diseñar e implementar los planes de mejora resultado de las auditorías realizadas, con el ánimo de dar respuesta a las evidencias encontradas en éstas

4. Marco Teórico

4.1. Principios Gestión Del Riesgo

Para que la gestión del riesgo sea eficaz, la organización debería cumplir con los siguientes principios:

- La gestión del riesgo crea y protege el valor:
- La gestión del riesgo es una parte integral de todos los procesos de la Organización
- La gestión del riesgo es parte de la toma de decisiones
- La gestión del riesgo aborda explícitamente la incertidumbre
- La gestión del riesgo es sistemática, estructurada y oportuna
- La gestión del riesgo se basa en la mejor información disponible
- La gestión del riesgo está adaptada
- La gestión del riesgo toma en consideración los factores humanos y culturales
- La gestión del riesgo es transparente e inclusiva
- La gestión del riesgo es dinámica, reiterativa y receptiva al cambio
- La gestión del riesgo facilita la mejora continua de la organización.

4.2. Marco De Referencia

El éxito de la gestión del riesgo dependerá de la eficacia del marco de referencia para la gestión (ver figura 2), el cual brinda las bases y las disposiciones que se introducirán en todos los niveles de la Organización. El marco garantiza que la información acerca del riesgo se utilice para la toma de decisiones y la rendición de cuentas en todos los niveles de la Organización. Este marco facilita a la organización la integración de la gestión del riesgo en su sistema de gestión global y se debe adaptar el marco a sus necesidades específicas. A continuación se muestra la relación entre los principios, el marco de referencia y el proceso de la gestión del riesgo. Ver Figura 1.

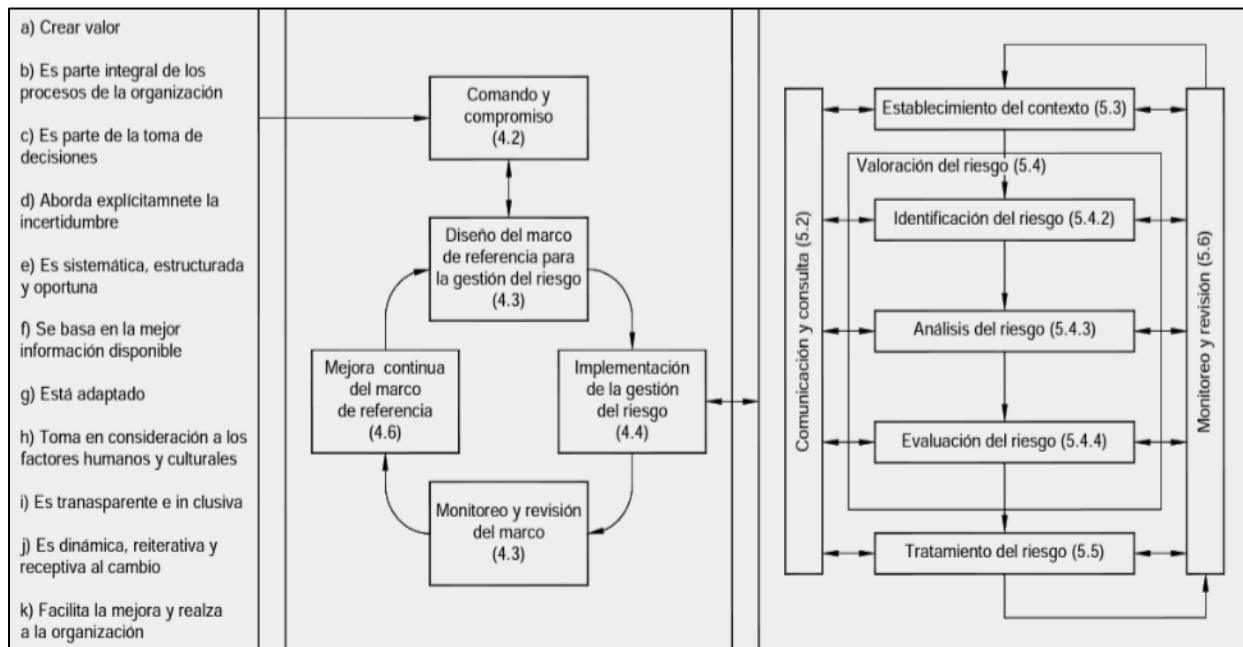


Figura 1. Relaciones entre los principios, el marco de referencia y los procesos para la gestión del riesgo. Adaptado de: NTC ISO 31000:2011

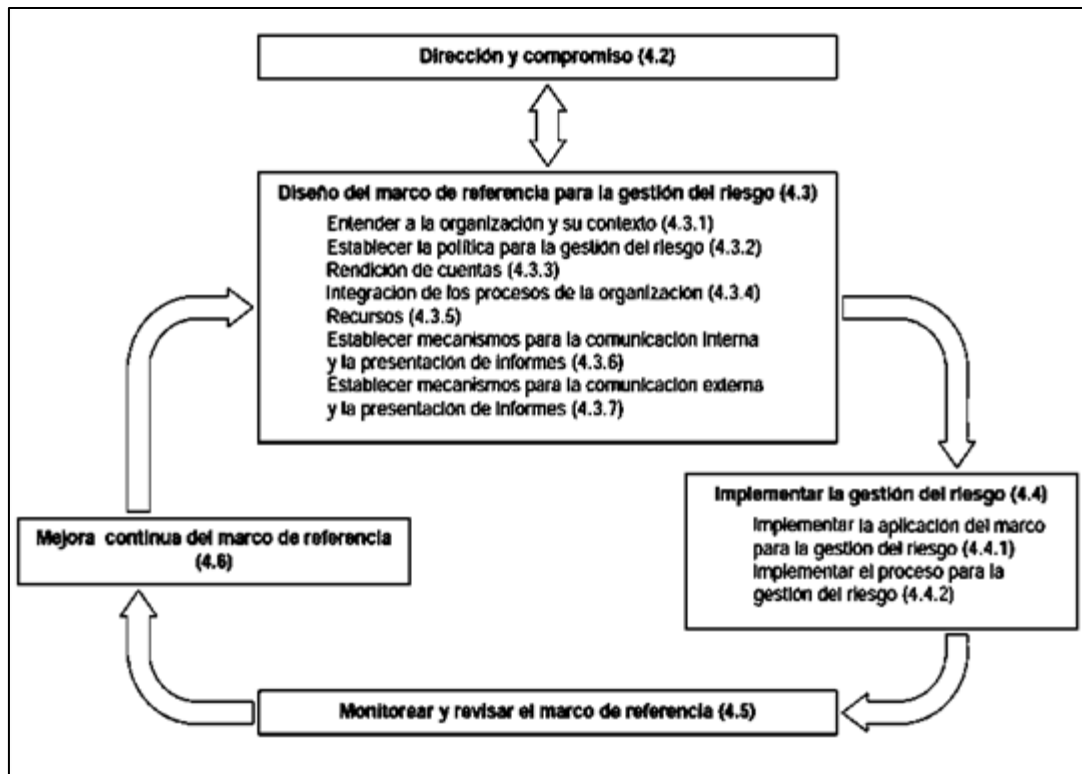


Figura 2. Marco de referencia para la gestión del riesgo. Adaptado de: NTC ISO 31000:2011

4.2.1. Dirección y compromiso. Se requiere de un compromiso fuerte y sostenido de parte de la dirección para introducir la gestión del riesgo y garantizar su eficacia, incluyendo una planificación estratégica y rigurosa para lograr el compromiso a todo nivel. La dirección debe cumplir entre otros, con los siguientes criterios: definir y aprobar la política para la gestión del riesgo, determinar indicadores del desempeño de la gestión para el riesgo, alinear los objetivos de la gestión del riesgo con los objetivos y las estrategias de la Organización, garantizar que se asignan los recursos necesarios para gestionar el riesgo, comunicar los beneficios de la gestión del riesgo a todas las partes involucradas y garantizar que el marco de referencia para gestionar el riesgo sigue siendo el adecuado.

4.2.2. Diseño del marco de referencia de la gestión del riesgo.

4.2.2.1. *Evaluar y entender el contexto externo e interno de la organización.* Incluye entre otros: el ambiente social y cultural, político, legal y reglamentario, financiero, tecnológico, económico, natural y competitivo bien sea internacional, regional o local; gobierno, estructura organizacional, políticas, objetivos y estrategias, procesos de toma de decisiones, la cultura de la organización, etc.

4.2.2.2. *Establecer la política para la gestión del riesgo.* La política se debería comunicar de manera adecuada donde estén establecidos claramente los objetivos de la organización para la gestión del riesgo y su compromiso con ella, abordando entre otros, los siguientes aspectos: justificación para gestionar el riesgo, obligaciones y responsabilidades, recursos y rendición de cuentas, como se va a medir y a reportar el desempeño de la gestión del riesgo y la revisión periódica de la eficacia del marco para la gestión del riesgo.

4.2.2.3. *Rendición de cuentas.* La organización debería garantizar que existe responsabilidad, autoridad y competencia adecuada para gestionar el riesgo, incluyendo la implementación y mantenimiento del proceso para la gestión del riesgo, garantizando la idoneidad, eficacia y eficiencia de todos los controles.

4.2.2.4. *Integración en los procesos de la organización.* La gestión del riesgo debería estar incluida en todas las prácticas y los procesos de la organización de una manera que sea pertinente, eficaz y eficiente, incluyéndose en el desarrollo de la política, la planificación estratégica y del negocio, la revisión y en los procesos de gestión del cambio, a través de un plan para la gestión del riesgo que garantice la implementación de su política y la inclusión en todas las prácticas y procesos de la organización

4.2.2.5. Recursos. Entre los aspectos a tener en cuenta para asignar los recursos adecuados para la gestión del riesgo se consideran las personas, habilidades, su experiencia y competencia, los procesos, métodos y herramientas de la organización utilizadas y recursos necesarios para cada paso del proceso de gestión del riesgo, procesos y procedimientos documentados y programas de capacitación y entrenamiento

4.2.2.6. Mecanismos para la comunicación interna, externa y la presentación de informes. La organización debería establecer mecanismos que garanticen que los componentes clave del marco para la gestión del riesgo se comunican de manera correcta, informando su eficacia y resultados con el fin de ayudar y fomentar la rendición de cuentas y la pertenencia del riesgo. La organización debería establecer un plan sobre la forma como se comunicara con las partes involucradas externas que incluya: reporte externo para cumplir con los requisitos legales, reglamentarios y de gobierno, retroalimentación e informes sobre la comunicación y consultas en el cual se incluyan apropiadamente la partes interesadas y se garantice un intercambio efectivo de la información.

4.2.3. Implementar la gestión del riesgo.

4.2.3.1. Implementar el marco de referencia para gestionar el riesgo. Al implementar este marco la Organización deberá: definir el tiempo y la estrategia adecuados para la implementación del marco de referencia, aplicar el proceso y la política para la gestión del riesgo a los procesos de la Organización, cumplir con los requisitos legales y reglamentarias, garantizar que la toma de decisiones, incluyendo el desarrollo y establecimiento de objetivos, está en línea con los resultados de los procesos para la gestión del riesgo, llevar a cabo sesiones de

información y entrenamiento, comunicarse y consultar a las partes involucradas para garantizar que el marco para la gestión del riesgo sigue siendo adecuado.

4.2.3.2. Implementar el proceso para la gestión del riesgo. La gestión del riesgo debería implementar garantizando que el proceso para la gestión del riesgo se aplica a través de un plan para la gestión del riesgo en todos los niveles y las funciones pertinentes como parte de sus prácticas y funciones

4.2.4. Monitorear y revisar el marco de referencia. Con el fin de garantizar que la gestión del riesgo es eficaz y continúa sustentando el desempeño de la Organización. La organización debería: medir el desempeño de la gestión del riesgo frente a los indicadores, los cuales se revisan periódicamente para determinar su idoneidad, medir periódicamente el progreso frente al plan para la gestión del riesgo y las desviaciones con respecto a este, revisar periódicamente si el marco de referencia, la política y el plan para la gestión del riesgo siguen siendo adecuados, según el contexto externo e interno de la Organización y presentar informes sobre el riesgo, el progreso con el plan para la gestión del riesgo y sobre que tanto se cumple la política para la gestión del riesgo.

4.2.5. Mejora continua del marco de referencia. Con base en los resultados de monitoreo y las revisiones, se deberían tomar decisiones sobre la forma en que se podrían mejorar el marco de referencia, la política y el plan para la gestión del riesgo. Estas decisiones originaran mejoras en la gestión del riesgo de la Organización y en su cultura de la gestión del riesgo.

4.3. Proceso

El proceso para la gestión del riesgo debería: ser parte integral de la gestión, estar incluido en la cultura y las prácticas y estar adaptado a los procesos de negocio de la Organización. Ver figura 3.

4.3.1. Comunicación y consulta. La comunicación y consulta con las partes involucradas externas e internas deben tener lugar durante todas las etapas del proceso para la gestión del riesgo. Desarrollar tempranamente los planes para la comunicación y consulta. Los planes deben abordar aspectos relacionados con el propio riesgo, sus causas y consecuencias (si se conocen) y qué medidas se toman para tratarlo. La comunicación y la consulta interna y externa deben ser eficaces para garantizar que aquellos encargados de la implementación del proceso para la gestión del riesgo y las partes involucradas entiendan las bases sobre las cuales se toman decisiones y las razones por las cuales se requieren acciones particulares.

4.3.2. Establecimiento del contexto. Al establecer el contexto la Organización articula sus objetivos, define los parámetros internos y externos que se van a considerar al gestionar el riesgo y establece el alcance y los criterios del riesgo para el resto del proceso. Al establecer el contexto del proceso para la gestión del riesgo, es necesario que los parámetros establecidos en el diseño del marco de referencia se consideren en mayor detalle y en la manera como se relacionan con el alcance del proceso para la gestión del riesgo.

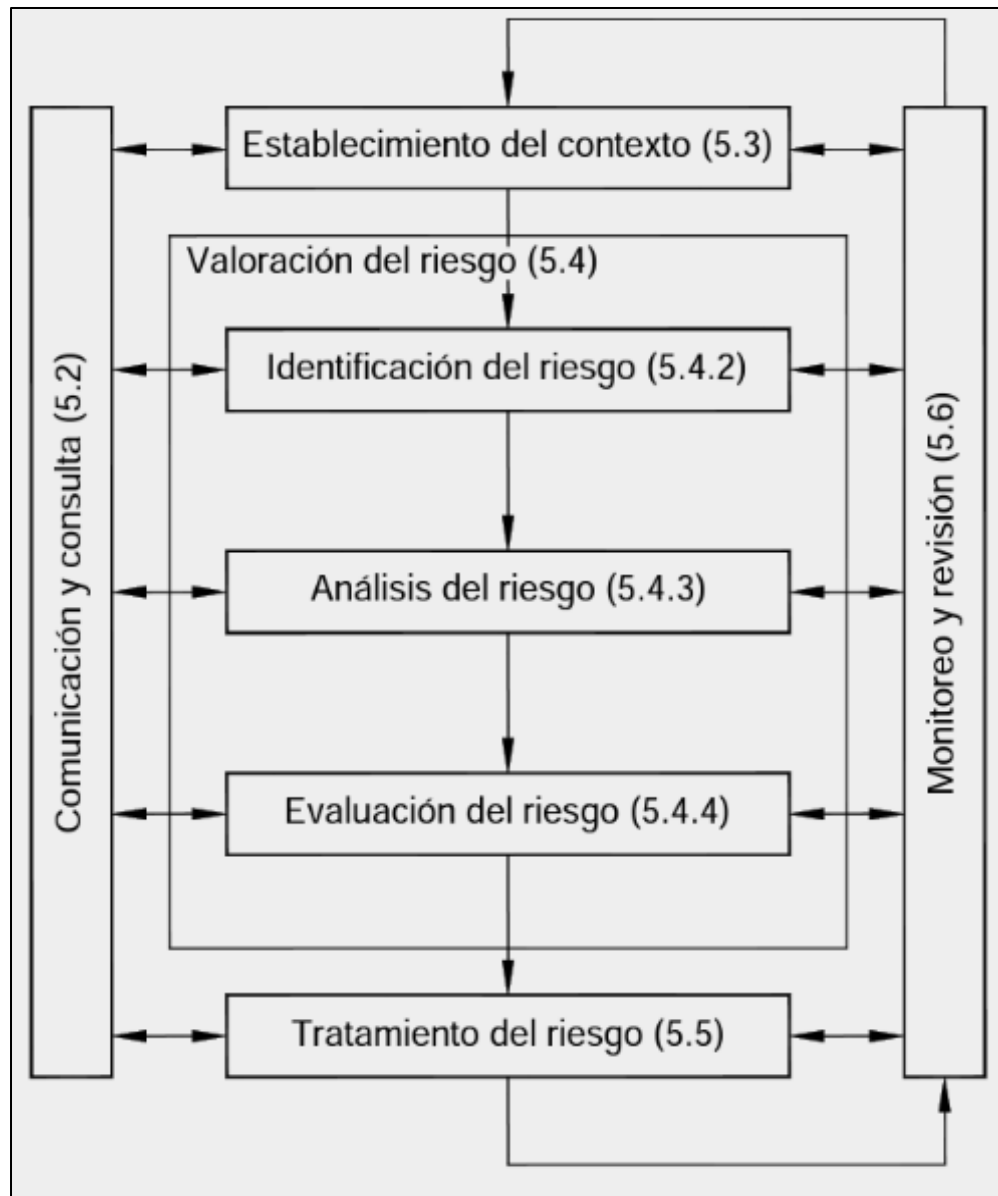


Figura 1. Proceso para la Gestión del Riesgo. Adaptado de: NTC ISO 31000:2011

4.3.2.1. Establecer el contexto externo. El contexto externo es el ambiente externo en el cual la Organización busca alcanzar sus objetivos. Entender el contexto externo es importante con el fin de garantizar que los objetivos y las preocupaciones de las partes involucradas externas se toman en consideración al desarrollar los criterios del riesgo.

4.3.2.2. Establecer el contexto interno. El contexto interno es el ambiente interno en el cual la Organización busca alcanzar sus objetivos. El proceso de la gestión del riesgo debe estar alineados con la cultura, los procesos, la estructura y la estrategia de la organización. El contexto interno es todo aquello dentro de la organización que pueda tener influencia en la forma en la que la organización gestionara el riesgo.

El contexto se debe establecer porque: la gestión del riesgo tiene lugar en el contexto de los objetivos de la organización, los objetivos y los criterios de un proyecto, proceso o actividad en particular de debe considerar a la luz de la organización como un todo ya que algunas organizaciones fracasan en reconocer las oportunidades para alcanzar sus objetivos estratégicos, del proyecto o el negocio, y esto afecta la continuidad del compromiso, la credibilidad, la confianza y el valor de la Organización.

4.3.2.3. Establecer el contexto del proceso para la gestión del riesgo. Se recomienda establecer los objetivos, las estrategias, el alcance y los parámetros de las actividades de la organización, o de aquellas partes de la organización donde se aplica el proceso para la gestión del riesgo. La gestión del riesgo se debe emprender con total consideración de la necesidad de justificar los recursos utilizados para llevar a cabo dicha gestión. Especificar los recursos necesarios, las responsabilidades y autoridades, y los registros que se deben conservar.

Este contexto puede involucrar: definición de las metas y los objetivos de las actividades de gestión del riesgo, definición de las responsabilidades del proceso para la gestión del riesgo y dentro de este, definición del alcance así como de la profundidad y extensión de las actividades

de gestión del riesgo que se van a llevar a cabo, incluyendo las inclusiones y exclusiones específicas, definir actividad, proceso, función, proyecto, producto, servicio o activo en términos de tiempo y ubicación, definición de las metodologías para la valoración del riesgo, definición de la forma de evaluar el desempeño y la eficacia en la gestión del riesgo e identificación y especificación de las decisiones que se deben tomar.

La atención a estos y otros factores importantes ayuda a garantizar que el enfoque para la gestión del riesgo que se ha adoptado es el adecuado para las circunstancias, la organización y los riesgos que afectan el logro de sus objetivos

4.3.2.4. Definir los criterios del riesgo. Al definir los criterios del riesgo, los factores que se van a considerar deberán incluir los siguientes: la naturaleza y los tipos de causas y consecuencias que se pueden presentar y la forma de en qué se van a medir, como se va a definir la probabilidad, como se va a determinar el nivel de riesgo, los puntos de vista de las partes involucradas y el nivel en el cual el riesgo se torna aceptable o tolerable.

Los criterios se utilizan para evaluar la importancia del riesgo, los criterios reflejan los valores, objetivos y recursos de la organización y los criterios del riesgo son consistentes con la política para la gestión del riesgo de la organización, estar definidos al comienzo de todo proceso para la gestión del riesgo y ser revisados continuamente.

4.3.3. Valoración del riesgo. La valoración del riesgo es el proceso total de identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo.

4.3.3.1. Identificación del riesgo. En esta fase se genera una lista de riesgos con base en aquellos eventos que podrían, aumentar, prevenir, acelerar o retrasar el logro de los objetivos. Es importante identificar los riesgos asociados a la no búsqueda de una oportunidad. La identificación exhaustiva es crítica porque un riesgo que no se identifique no será incluido en un análisis posterior. La identificación debería incluir los riesgos independientemente de si su origen está o no bajo control de la Organización, aun cuando el origen del riesgo o su causa pueden no ser evidentes. También se debe considerar un rango amplio de consecuencias incluso si el origen del riesgo o su causa pueden no ser evidentes. Al igual que la identificación de lo que podría suceder, es necesario considerar las causas y los escenarios posibles que muestran que las consecuencias se podrían presentar. Se recomienda considerar todas las causas y consecuencias significativas. La organización debería aplicar herramientas y técnicas para la identificación del riesgo que sean adecuadas a sus objetivos y capacidades y a los riesgos que se enfrentan. Involucrar a las personas con el conocimiento apropiado.

4.3.3.2. Análisis del riesgo. El análisis del riesgo implica el desarrollo y la comprensión del riesgo. Este análisis brinda una entrada para la evaluación del riesgo y para las decisiones sobre si es necesario o no tratar los riesgos y sobre las estrategias y métodos más adecuados para su tratamiento. El análisis del riesgo también brinda una entrada para la toma de decisiones, en la cual se deben hacer elecciones y las opciones implican diversos tipos y niveles de riesgo. El análisis del riesgo involucra la consideración de las causas y las fuentes de riesgo, sus consecuencias positivas y negativas y la probabilidad de que tales consecuencias puedan ocurrir.

Se deben identificar los factores que afecten a las consecuencias y a la probabilidad y otros atributos del riesgo. Considerar los controles existentes y su eficacia y eficiencia. La forma en la

cual las consecuencias y la probabilidad se expresan y la forma en la cual ellas se combinan para determinar un nivel de riesgo debería reflejar el tipo de riesgo, la información disponible y el propósito para el cual se va a usar la salida de la valoración del riesgo. Todo esto debe ser consistente con los criterios del riesgo.

4.3.3.3. Evaluación del riesgo. El propósito de la evaluación del riesgo es facilitar la toma de decisiones, a cerca de cuales riesgos necesitan tratamiento y la prioridad para implementar el tratamiento. Las decisiones se deberían tomar de acuerdo con los requisitos legales y reglamentarios. La evaluación del riesgo también puede tener como resultado la decisión de no tratar el riesgo de ninguna manera diferente del mantenimiento de los controles existentes Este componente utiliza metodologías de carácter científico para evaluar los riesgos y generar información útil para la toma de las decisiones, desarrollando las siguientes etapas:

- a. Identificación de peligros. Es la etapa en la cual se establece el agente, situación o la amenaza que altere o pueda alterar la seguridad en salud;
- b. Caracterización de peligros. En esta etapa se realiza la evaluación cualitativa y/o cuantitativa de la naturaleza de los efectos nocivos para la salud, relacionados con el agente, situación o amenaza;
- c. Evaluación de exposición. Corresponde a la evaluación cualitativa y/o cuantitativa de la probabilidad de que ocurra la utilización o el uso del bien o servicio que presente el peligro.
- d. Caracterización de riesgos. En esta etapa se realiza la estimación cualitativa y/o cuantitativa, incluida la incertidumbre concomitante de la probabilidad de que se produzca un efecto nocivo, conocido o potencial y de su gravedad para la salud de una determinada

población, basada en la identificación del peligro, su caracterización y la evaluación de la exposición.

4.3.4. Tratamiento del riesgo. El tratamiento del riesgo implica un proceso cíclico de valoración del tratamiento del riesgo, decisión sobre si los niveles de riesgo residual son tolerables, de no serlo, generación de un nuevo tratamiento para el riesgo y valoración de la eficacia de dicho tratamiento. Las opciones para el tratamiento del riesgo son: evitar el riesgo al decidir no iniciar o continuar la actividad que lo origina, tomar o incrementar el riesgo para perseguir una oportunidad, retirar la fuente de riesgo, cambiar la probabilidad, cambiar las consecuencias, compartir el riesgo con una o varias de las partes (incluye contratos y financiación del riesgo) y retener el riesgo mediante una decisión informada.

La selección de las opciones más adecuadas para el tratamiento del riesgo implica equilibrar los costos y los esfuerzos de la implementación frente a los beneficios derivados con respecto a los requisitos legales y reglamentarios. Al seleccionar las opciones para tratar el riesgo, la Organización debería considerar los valores y las percepciones de las partes involucradas y las vías más adecuadas para comunicarse con ellas.

El propósito del plan de tratamiento del riesgo es documentar la forma en que se van a implementar las opciones de tratamiento seleccionadas, que incluyan los beneficios que se espera obtener: aquellos que son responsables de aprobar el plan y los responsables de implementarlo; acciones propuestas, requisitos de recursos, incluyendo las contingencias; medidas y restricciones de desempeño, requisitos de monitoreo y reporte y tiempo y cronograma. Los

planes de tratamiento se deben integrar con los procesos de gestión de la organización y discutirlos con las partes involucradas pertinentes.

4.3.5. Monitoreo y revisión. El avance en la implementación de los planes para tratamiento del riesgo suministra una medida de desempeño. Los resultados se pueden incorporar en las actividades globales de gestión del desempeño, medición y reporte externo e interno de la organización. Los resultados del monitoreo y revisión se deben registrar y reportar interna y externamente según corresponda, y se debe utilizar como entrada para la revisión del marco de referencia para la gestión el riesgo. El objetivo de esta fase es:

- a. Garantizar que los controles son eficaces y eficientes tanto en el diseño como en la operación
- b. Obtener información adicional para mejorar la valoración del riesgo
- c. Analizar y aprender lecciones a partir de los eventos (incluye cuasi accidentes), los cambios, las tendencias, los éxitos y fracasos
- d. Detectar cambios en el contexto externo e interno, incluye los cambios en los criterios del riesgo y en el riesgo mismo que puedan exigir revisión de los tratamientos del riesgo y las prioridades
- e. Identificar los riesgos emergentes

4.3.6. Registro del proceso para la gestión del riesgo. Las actividades deben tener trazabilidad, los registros brindan la base para la mejora de los métodos y las herramientas, así como del proceso global. Tener en cuenta: las necesidades de la organización con respecto al aprendizaje continuo; los beneficios de reutilizar la información con propósitos de gestión; los

costos y esfuerzos involucrados en la creación y mantenimiento de los registros; las necesidades legales, reglamentarias y operativas para los registros; los métodos de acceso, la facilidad de recuperación y los medios de almacenamiento; el periodo de retención y la sensibilidad de la información.

5. Metodología

5.1. Diagnóstico

En esta etapa se levantó el diagnóstico inicial de la ESE Hospital Integrado San Antonio respecto a los lineamientos de la NTC ISO 31000:2011, además se realizó un análisis del contexto interno y externo de la ESE Hospital integrado San Antonio para conocer el estado inicial de los procesos misionales, para identificar factores que influyen en los objetivos de la organización y que fueron tenidos en cuenta como insumo para la elaboración de la matriz DOFA; entre las actividades que se realizaron cabe destacar:

- Caracterización de los procesos misionales a través de documentos y guías de Atención en salud con que cuenta la institución
- Análisis DOFA e identificación de procesos clave del Sistema de Gestión del Riesgo
- Revisión de informes de gestión gerencial presentados ante el Concejo Municipal
- Análisis histórico de la calificación del riesgo que el Estado colombiano realiza a todas sus Empresas Sociales del Estado

5.2. Planificación

Una vez que los procesos misionales fueron caracterizados, identificándose sus entradas y salidas, proveedores, clientes y los propietarios del riesgo se ejecutaron las siguientes actividades:

- Revisión de la misión, visión, objetivos y política de calidad y política de administración del riesgo de la ESE
- Conformación de los integrantes del grupo primario, sus responsabilidades como propietarios del riesgo, gestión de eventos adversos, etc.
- Definición del alcance del proyecto sobre los procesos misionales de la ESE
- Recursos disponibles para la gestión eficaz del riesgo
- Mecanismos de comunicación interna y externa que fomente la participación en la rendición de cuentas de los propietarios del riesgo
- Contexto Estratégico: para definir el contexto estratégico de la ESE Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional se realiza un análisis externo a través de la herramienta metodológica POAM (Perfil de Oportunidades y Amenazas del Medio), se realiza una lista de factores los cuales se identifican si es una oportunidad o una amenaza y se valora la misma en bajo, medio o alto y su impacto en el logro de los objetivos. Para elaborar el análisis interno se acude a la herramienta PCI (Perfil de Capacidades Internas), se realiza una lista de capacidades las cuales se valoran en bajo, medio o alto y su impacto en el logro de los objetivos. Se recopila información suficiente que será utilizada como insumo para la elaboración de una matriz DOFA que muestre la realidad de la administración del riesgo en la institución.

		E.S.E. Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional					Código		
		Análisis Interno y Externo del Contexto Estratégico					Versión: 1		
Proceso:									
Objetivo del Proceso:									
Fecha de elaboración:									
Perfil de Oportunidades y Amenazas del Medio (POAM)									
Factores	Oportunidad			Amenaza			Impacto		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
Económicos									
Políticos									
Sociales									
Tecnológicos									
Geográficos									
Competitivos									
Perfil de Capacidades Internas (PCI)									
Capacidades	Fortaleza			Debilidad			Impacto		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
Directiva									
Talento Humano									
Financiera									
Tecnológica									
Competitiva									
Establecimiento del Contexto									
Análisis Externo									
Oportunidades					Amenazas				
Análisis Interno									
Fortalezas					Debilidades				

Figura 3. Contexto estratégico

		E.S.E. Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional				Código
		Identificación del Riesgo				Versión: 1
Proceso:						
Objetivo del Proceso:						
Fecha de elaboración:						
RIESGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN	AGENTE GENERADOR	CAUSAS	CONSECUENCIAS	

Figura 4. Identificación del riesgo.

En el análisis y evaluación del riesgo para la ESE Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional se valora el riesgo teniendo en cuenta la probabilidad de ocurrencia un evento y la severidad de las consecuencias de dicho evento, teniendo en cuenta para su calificación las tablas 5 y 6, la matriz de calificación se encuentra en la figura 5, las opciones de tratamiento se pueden visualizar en las figura 6 y la metodología de tratamiento del riesgo en la figura 7

Tabla 5.

Probabilidad de Ocurrencia

Probabilidad De Ocurrencia (P)		
Criterio	Interpretación	Valor
Muy Alta	Es muy probable que se produzca inmediatamente	5
Alta	Es probable que se produzca en corto periodo de tiempo	4
Moderada	Es probable que se produzca a mediano plazo	3
Baja	Es posible que se produzca	2
Muy Baja	Es poco posible que se llegue a producir	1

Tabla 6.

Severidad de la Consecuencia

Severidad De La Consecuencia (C)		
Criterio	Interpretación	Valor
Muy Alta	Puede causar pérdidas o daños irremediables	5
Alta	Puede causar pérdidas o daños severos de muy alto costo de reparar	4
Moderada	Puede causar daños costosos	3
Baja	Puede causar pequeñas pérdidas con costo	2
Muy Baja	Puede causar pequeños daños de costo insignificante	1

Matriz de Calificación y Evaluación de Riesgos					
Grado de Peligrosidad: P x C	Severidad de la Consecuencia (C)				
	MUY BAJO (1)	BAJO (2)	MODERADO (3)	ALTO (4)	MUY ALTO (5)
Probabilidad de Ocurrencia (P)					
MUY BAJO (1)	1 Muy Bajo	2 Muy Bajo	3 Muy Bajo	4 Muy Bajo	5 Muy Bajo
BAJO (2)	2 Muy Bajo	4 Muy Bajo	6 Bajo	8 Bajo	10 Moderado
MODERADO (3)	3 Muy Bajo	6 Bajo	9 Bajo	12 Moderado	15 Alto
ALTO (4)	4 Muy Bajo	8 Bajo	12 Moderado	16 Alto	20 Muy Alto
MUY ALTO (5)	5 Muy Bajo	10 Moderado	15 Alto	20 Muy Alto	25 Muy Alto

Figura 5. Matriz de Calificación y Evaluación de Riesgos

GRADO DE PELIGROSIDAD = PROBABILIDAD (P)x CONSECUENCIAS (C)		
VALOR (Px C)	GP	OPCIÓN DE MANEJO
GP <= 5	MUY BAJO	Aceptar riesgo
5 < GP < 10	BAJO	Requiere intervención a mediano plazo
10 <= GP < 15	MODERADO	Tratamiento en corto plazo
15 <= GP < 20	ALTO	Tratamiento inmediato
GP => 20	MUY ALTO	Detener hasta mitigar riesgo

Figura 6. Opciones De Tratamiento De Riesgos

		E.S.E. Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional		Código:	
		Tratamiento del Riesgo		Versión: 1	
Proceso:					
Objetivo del Proceso:					
Fecha de elaboración:					
RIESGO	CONTROL EXISTENTE	NIVEL DE RIESGO	TRATAMIENTO DEL RIESGO	CONTROL IMPLEMENTADO	RESPONSABLE

Figura 7. Tratamiento de Riesgos

Para el monitoreo y la revisión del sistema de gestión de riesgo es establecido el plan de acción resultado de las actividades de monitoreo y revisión del plan de acción realizado bajo el principio de autocontrol, en el que cada líder del proceso misional gestionara acciones de reducción o mitigación propuestas en cada riesgo. Ver Figura 8 y el Formato de procedimiento de acciones correctivas y preventivas (Apéndice C)

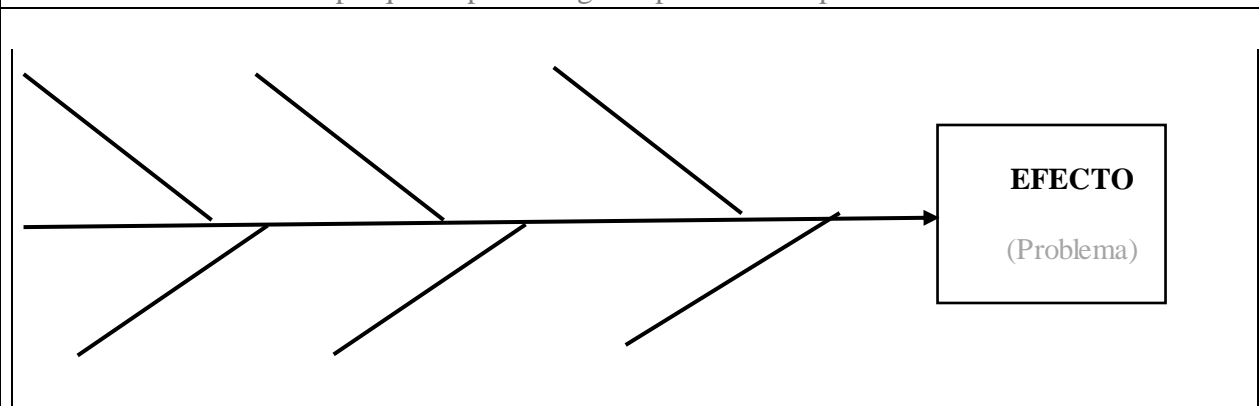
1. Codificación (Diligencia la oficina de MECI)				
Código de Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora Asignado por la oficina de MECI			Fecha de generación de la acción dd/mm/aaaa	
2. Identificación del problema/situación que se quiere prevenir/mejora propuesta (Diligencia la persona que identifica el problema/Incumplimiento/Situación a prevenir/Mejora Propuesta)				
Nombre del Proceso:				
¿Cómo o en dónde se identificó? (Marque con una X)	Auditoria externa	Internamente en el proceso	Producto No conforme	
	Auditoria interna	Gestión del Riesgo	Seguridad del Paciente	
	Incumplimiento a indicadores	Comité	Satisfacción del cliente, quejas y reclamos	
Descripción del problema presentado / Situación que se quiere prevenir / Mejora propuesta	Tipo de Acción	¿Cuál fue el problema?	¿Cómo o en dónde se puede evidenciar?	¿Qué ley, norma, procedimiento o requisito se está incumpliendo?
	Acción Correctiva Descripción del problema presentado			
	Acción Preventiva : Describir el posible problema o	¿Cuál es la situación actual?	¿Cuál es el problema o situación NO deseada	¿Cuál es el riesgo al que se está expuesto?

	incumplimiento que se puede presentar		que se quiere prevenir?			
Acción de Mejora: Describir la mejora propuesta	¿Cuál es la situación actual?		¿Cuál va a ser la mejora que se va a implementar?	Cuantificablemente, ¿Cuáles van a ser los beneficios esperados de la mejora?		
				Reducción de Costos		%
				Mejora del indicador		%
				Mejora de la productividad		%

3. Analisis de Causa - Raíz

(Diligencia la persona o el equipo responsable del plan de acción)

Describir cual es la causa principal y secundarias por las que se presentó el problema o incumplimiento, por las que existen actualmente los riesgos o por las que surgió la mejora o porque se puede llegar a presentar un problema



4. Plan de Acción

(Diligencia la persona o el equipo responsable del plan de acción)

El objetivo del plan debe ser medible, cuantificable y alcanzable. Redactar con un verbo en infinitivo. (Ejemplo: analizar, establecer, definir, evaluar, identificar, reducir, aumentar, etc.)

Objetivo a cumplir con la implementación del plan de acción:

--

Responsable del cumplimiento del plan de acción			
Nombre		Cargo	Correo electrónico
Actividades propuestas (Verbo en infinitivo)	Fecha programada (dd/mm/aaaa)	Fecha y responsable del cumplimiento (dd/mm/aaaa a. Nombre y cargo)	Evidencia de cumplimiento (Registro, acta de reunión, informe, indicador, listado de asistencia, documento etc.)
5. Seguimiento al Plan de Acción (Diligencia el Auditor Interno responsable)			
Fecha dd/mm/aaaa	Estado del Plan de Acción Implementado o No implementado	Observaciones Grado de cumplimiento de las actividades, compromisos o conclusiones derivadas del seguimiento	Responsable Nombre del Auditor Interno responsable
6. Verificación de la Eficacia (Diligencia el Auditor Interno responsable)			
Fecha Evaluación de la Eficacia dd/mm/aaaa	Resultado de la Evaluación de la Eficacia (Eficaz o No eficaz) ¿Se cumplió o no con el objetivo propuesto)	Observaciones Si el plan de acción no fue eficaz se da cierre, se solicita generar uno nuevo y se debe dejar constancia del nuevo código para facilitar el seguimiento	Responsable Nombre del Auditor Interno responsable

Figura 8. Formato Acciones Correctivas y Preventivas

5.3. Documentación

Con el fin de satisfacer las especificaciones de la norma NTC ISO 31000:2011 y los requisitos de la guía de administración de riesgos contemplados en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, según el Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP se realizó:

- Revisión de documentación disponible y diseño de los documentos necesarios que den alcancen el cumplimiento esperado.
- Caracterización de los procesos misionales, identificando las entradas y salidas, proveedores y clientes, responsables, actividades y recursos necesarios para brindar un servicio de calidad. (Ver Apéndice A. Caracterización de los procesos misionales)

5.4. Implementación

Se realizó la difusión de los documentos y registros que se diseñaron y todos aquellos necesarios en la administración eficiente del riesgo, con el ánimo que todos los propietarios del riesgo de los procesos misionales de la ESE Hospital Integrado San Antonio los incluyeran en el desarrollo diario de sus tareas, entre las actividades que se desarrollaron se destacan las siguientes:

- Socialización de la política de administración del riesgo de la ESE, incluida la misión, visión, objetivos y política de calidad
- Difusión de documentación necesaria en cada proceso misional
- Apoyo y seguimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Conformación, acompañamiento y seguimiento al COPASST

- Seguimiento y recolección de información de indicadores de gestión de la administración del riesgo e indicadores de calidad de la ESE
- Capacitación en la elaboración de medidas preventivas y correctivas y seguimiento de no conformidades
- Elaboración de documentos necesarios o correcciones en los documentos que así lo requerían

5.5. Evaluación

El objetivo de esta etapa fue la de verificar el nivel de cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO 31000:2011 y las actividades que se ejecutaron fueron:

- Revisión de la Alta Dirección del Sistema de Gestión del Riesgo
- Desarrollo de dos auditorías internas
- Planes de mejora resultado de las auditorías realizadas

5.6. Revisión, Sensibilización y Capacitación

La finalidad de la gestión del riesgo es ser parte integral y central de las decisiones estratégicas de la organización, razón por la cual se llevaron a lo largo del proyecto, jornadas de capacitación, sensibilización, charlas, reuniones y publicaciones de la política de administración del riesgo de la ESE, que a pesar de estar incluida en el quehacer institucional, ningún colaborador podía establecer un vínculo entre sus actividades y la política de administración del riesgo, desconociendo los beneficios que aportaba contar con una gestión del riesgo eficiente que

permitiera alcanzar el logro de los objetivos de la ESE. Se diseñaron indicadores que permitan monitorear la eficacia, efectividad y eficiencia de las acciones implementadas para gestionar el riesgo. (Ver apéndice D)

6. Marco De Referencia Para La Gestión Del Riesgo

El éxito de la gestión del riesgo dependerá de la eficacia del marco de referencia para la gestión, el cual brinda las bases y las disposiciones que se introducirán en todos los niveles de la Organización. El marco garantiza que la información acerca del riesgo se utilice para la toma de decisiones y la rendición de cuentas en todos los niveles de la Organización. Este marco facilita a la organización la integración de la gestión del riesgo en su sistema de gestión global y se debe adaptar el marco a sus necesidades específicas.

6.1. Contexto Organizacional

6.1.1. Contexto externo

6.1.1.1. Ambiente político. El Plan Decenal de Salud Pública (Resolución 1841, 2013), es por antonomasia la Política de Salud Pública esencial del Estado, es la ruta trazada por los ciudadanos, expertos y el gobierno para hacer converger el desarrollo humano, económico y social. El PDSP tiene 3 componentes: Enfoques Conceptuales (figura 9), Diseño Estratégico (figura 10) y Líneas Operativas (figura 11).

- **Diseño Estratégico: Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2010):**
Se entienden como Determinantes sociales aquellas situaciones, condiciones o circunstancias

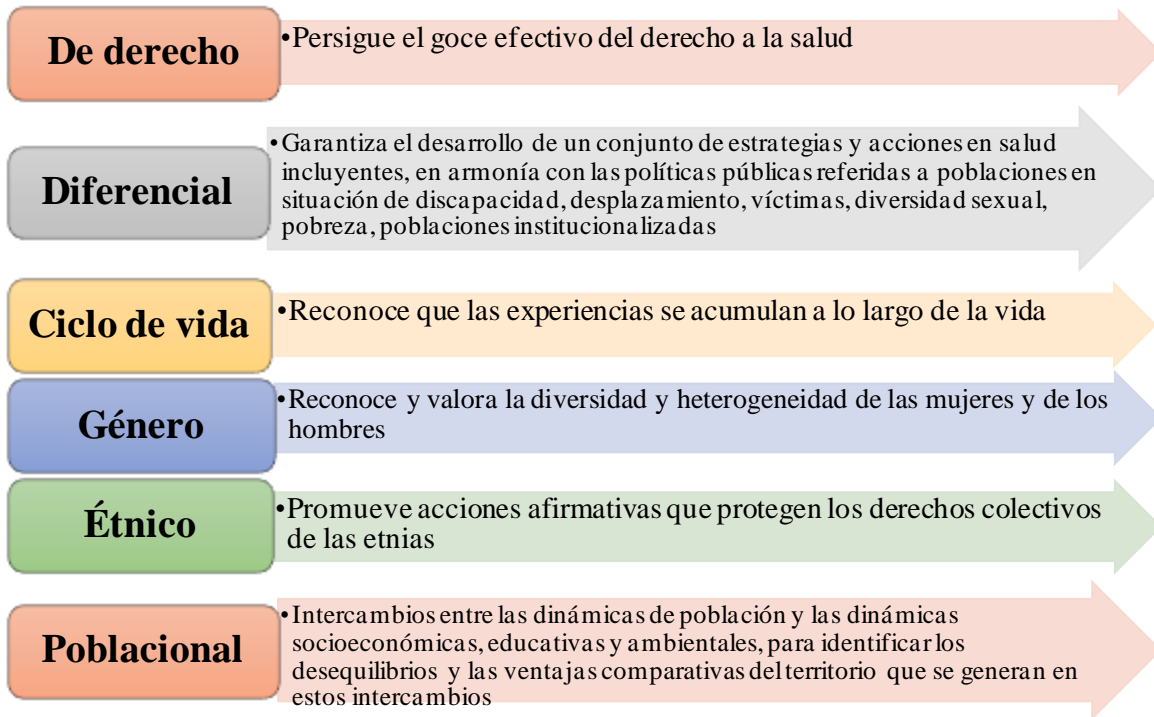


Figura 9. Enfoques Conceptuales. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Adaptado de: Resolución 1841 de 2013

sociales que hacen parte del bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas y que, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población. Los resultados en salud de las personas no dependen solo de la atención sanitaria sino de “las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”; La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2010). No es viable el goce del derecho a la salud, si no se establecen condiciones que les permitan a las personas tener mejores oportunidades para poder gozar de bienestar y de buena salud. Ver figura

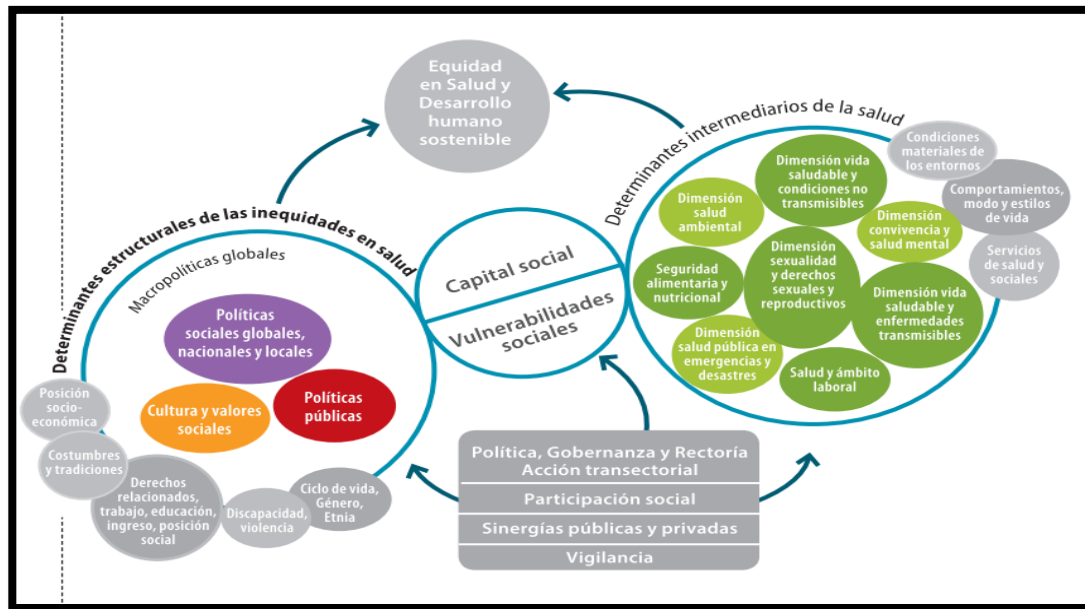


Figura 10. Determinantes Sociales de la Salud. PDSP 2012 – 2021. Adaptado de: Resolución 1841 de 2013

El modelo del PDSP se orienta a: La afectación positiva de los determinantes estructurales de la salud (equidad social), sentar las bases para un cambio en el enfoque de la gestión en salud (capital social y desarrollo humano) y mejorar las condiciones de vida y salud (determinantes intermediarios de la salud).

- Modelo Estratégico Plan Decenal de Salud Pública:** El modelo estratégico del PDSP persigue *tres grandes objetivos estratégicos*: 1. Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, 2. Mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes y 3. Mantener cero tolerancia con la mortalidad y la discapacidad evitables. A través de *tres grandes fines*: 1. Alcanzar la equidad, 2. Afectar positivamente los Determinantes Sociales de la Salud y 3. Mitigar los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida. Ver figura 11.

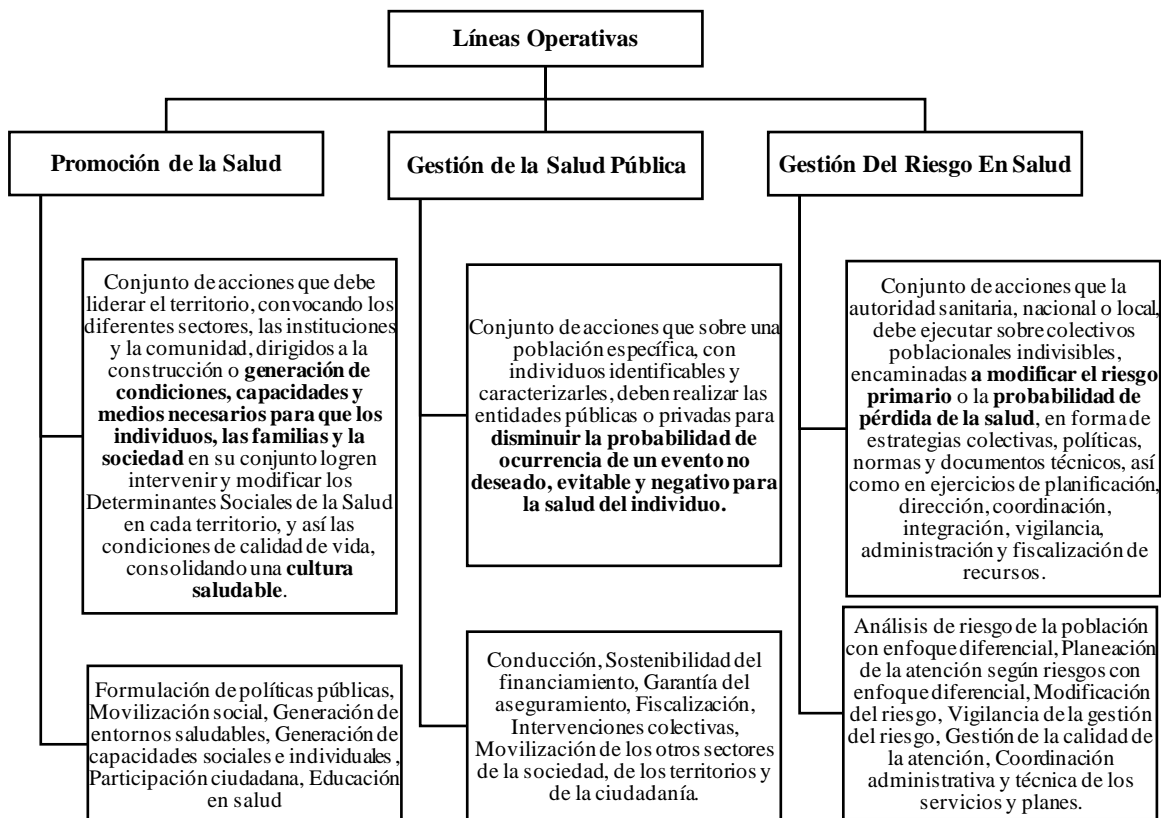


Figura 11. Líneas Operativas. PDSP 2012 – 2021. Adaptado de: Resolución 1841 de 2013

6.1.1.2. Ambiente legal y reglamentario.

Tabla 7.

Leyes.

Ley	Descripción
Ley 9 de 1979	Código Sanitario Nacional
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones

Tabla 7.

Continuación.

Ley	Descripción
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,
Ley 2666 de 1996	Reglamenta el ejercicio de la enfermería en Colombia
Ley 1298 de 1994	Por el cual se expide el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud
Ley 769 de 2002	"Por la cual se expide el Código Nacional de Tránsito Terrestre y se dictan otras disposiciones"
Ley 872 de 2003	Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Ley 1164 de 2007	Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Ley 1751 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Tabla 8.

Decretos.

Decreto	Descripción
Decreto 2759 de 1991	Por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia.
Decreto 1757 de 1994	Por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud
Decreto 806 de 1998	Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional
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.
Decreto 4110 de 2004	Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública
Decreto 2200 de 2005	Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1599 del 2005	Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.

Tabla 8.

Continuación.

Decreto	Descripción
Decreto 4725 de 2005	Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos.
Decreto 2323 de 2006	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 9ª de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones
Decreto 1011 de 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Decreto 1698 de 2007	Por el cual se modifica el Decreto 574 de 2007 que define las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas
Decreto 4747 de 2007	Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones
Decreto 1141 de 2013	Por el cual se determinan los parámetros generales de viabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero que deben adoptar las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial, categorizadas en riesgo medio o alto y se dictan otras disposiciones
Decreto 2702 de 2014	Por el cual se actualizan y unifican las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud y se dictan otras disposiciones

Tabla 9.

Resoluciones.

Resolución	Descripción
Resolución 13437 de 1991	Derechos de los Pacientes-comité de ética hospitalaria
Resolución 5261 de 1994	Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Resolución 320 de 1997	Por la cual se adopta el manual de normas técnicas, administrativas y científicas para el Laboratorio clínico.
Resolución 3374 de 2000	Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados
Resoluciones 412 de 2000	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública
Resolución 1043 de 2006	Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones

Tabla 9.

Continuación.

Resolución	Descripción
Resolución 1445 de 2006	Lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud
Resolución 1478 de 2006	Por la cual se expiden normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son Monopolio del Estado.
Resolución 2680 de 2007	por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones
Resolución 3047 de 2008	Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007
Resolución 2509 de 2012	Por medio de la cual se define la metodología para la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial y se efectúa la categorización del riesgo para la vigencia del 2012
Resolución 4505 de 2012	Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento

Tabla 9.

Continuación.

Resolución	Descripción
Resolución 1229 de 2013	Por la cual se establece el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano.
Resolución 1441 de 2013	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones
Resolución 1841 de 2013	Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021
Resolución 2003 de 2014	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud
Resolución 5592 de 2015	Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones
Resolución 256 de 2016	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud
Resolución 1755 de 2017	Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones

Tabla 10.

Normas y Acuerdos.

Norma	Descripción
NTC 3729	Tipología vehicular. Ambulancias de transporte terrestre
Documento CONPES 3204	Establece la política de prestación de servicios para el Sistema de Seguridad Social en Salud
Acuerdo 117 de 1998	Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

6.1.1.3. Ambiente financiero. El Sistema Único de Habilitación exige tres condiciones para habilitar los servicios de una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

- a. Condiciones Técnico-administrativas
- b. Suficiencia Patrimonial y Financiera
- c. Condiciones técnico-científicas

6.1.1.4. Ambiente tecnológico. La tecnología sanitaria (o tecnología de la salud) es una amplia gama de productos para el cuidado de la salud y que, en una u otra forma, se utilizan para diagnosticar, vigilar o tratar cada enfermedad o condición que afecta a los seres humanos.

Estas innovadoras tecnologías (aplicación de la ciencia y la tecnología) están mejorando la calidad de la atención sanitaria administrada y los resultados de los pacientes a través del diagnóstico precoz, opciones de tratamientos menos invasivos y la reducción de las estancias en

el hospital y los periodos de rehabilitación (ADVAMED). La tecnología de la salud (Health technology) es: Cualquier intervención que pueda ser utilizada para promover la salud, a fin de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o para la rehabilitación o la atención a largo plazo. Esto incluye los productos farmacéuticos, productos sanitarios, procedimientos y sistemas organizativos utilizados en la atención de la salud (INAHTA)

6.1.1.5. Ambiente económico. La economía de la salud es un campo de investigación cuyo objeto de estudio es el uso óptimo de los recursos para la atención de la enfermedad y la promoción de la salud. Su tarea consiste en estimar la eficiencia de organización de los servicios de salud y sugerir formas de mejorar esta organización (Mushkin, S, 1999). Entre otros asuntos incluye el significado y medida de los estados de salud; la producción de los servicios sanitarios; la demanda por salud y por servicios de salud; análisis de costo efectividad y de costo beneficio; salud territorial; seguros de salud; mercados de servicios de salud; financiamiento; costeo de enfermedades; evaluación de opciones en los servicios de salud; planeamiento de recursos humanos; la oferta de las industrias conexas; equidad y determinantes de inequidad en el uso de servicios de salud; gestión económica de hospitales; presupuestos; asignación territorial de recursos; métodos de remuneración al personal y análisis comparativo de sistemas (Culyer, A, 2005).

Desde una perspectiva moderna, la equidad puede definirse como la igualdad de los individuos frente a las oportunidades de acceso y utilización de servicios de salud, así como a la calidad del mismo. No obstante, no se trata de eliminar todas las posibles deferencias en salud, sino de reducir aquellas que son consideradas como innecesarias, evitables e injustas.

6.1.1.6. Natural y Competitivo. Baja complejidad: Son instituciones que en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y actividades en lo que se denomina primer nivel de atención. Los servicios son los siguientes: Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, Consulta Médica y Odontológica, Hospitalización, Atención de Urgencias, partos de baja complejidad, ayuda diagnóstica y farmacéutica básica.

Mediana complejidad: instituciones que habilitan especialidades básicas en lo que es el segundo nivel de atención como lo son: Pediatría, Cirugía General, Medicina Interna, Ortopedia, Ginecobstetricia, Internación y Valoración de Urgencias, Servicios de Consulta Externa por Especialista y laboratorios de mayor complejidad. Ver figura 12. **Alta complejidad:** Instituciones que cuentan con servicios de alta complejidad y atienden las especialidades de tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS tales como: Neurocirugía, Cirugía Vascular, Neumología, Nefrología, Dermatología, etc. Atención y Consulta por Especialista las 24 horas, Servicio de Urgencias, Radiología Intervencionista, Medicina Nuclear, Cuidados Intensivos y Unidad Renal.

6.1.1.7. Impulsores clave y tendencia que tiene impacto en los objetivos. Dentro del Sistema de Información de Calidad SIC, el cual hace parte del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para la Atención en Salud se establecen los indicadores de monitoria del Sistema, los cuales se evalúan bajo cuatro dominios que son: 1. Accesibilidad / Oportunidad, 2. Calidad Técnica, 3. Gerencia del Riesgo, 4. Satisfacción / Lealtad. Ver tabla 11

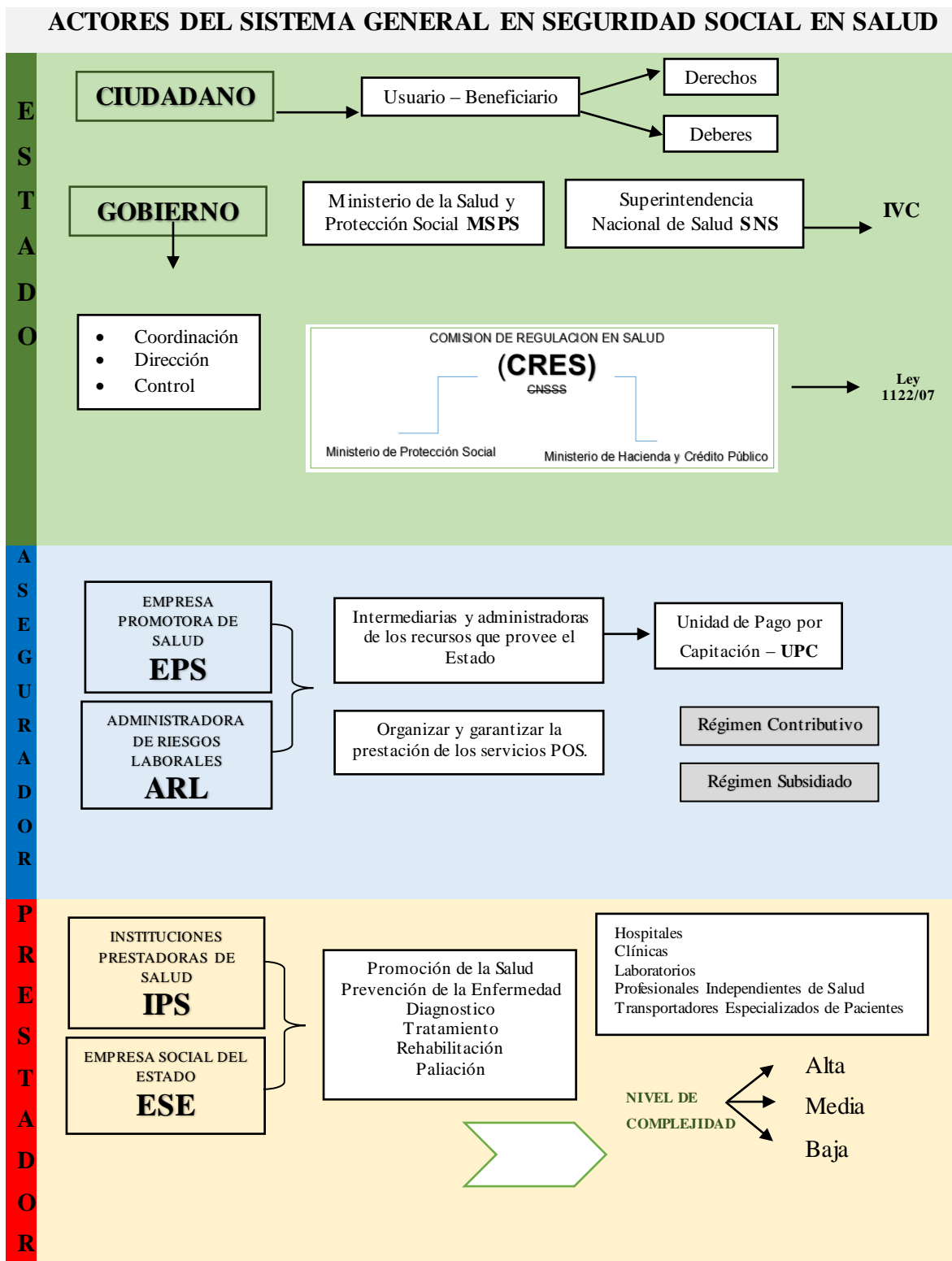


Figura 12. Actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud

El **Sistema General de Seguridad Social en Salud** también establece cinco indicadores a ser monitoreados:

- a. Prevalencia en incidencia en morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil
- b. Incidencia de enfermedades de interés de Salud Pública
- c. Incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo
- d. Incidencia de enfermedades prevalente transmisibles incluyendo las inmunoprevenibles
- e. Acceso efectivo a los servicios de Salud

Tabla 11.

Indicadores Monitoria del Sistema SIC

Dominio	IPS
1. Accesibilidad / Oportunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General • Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias • Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología • Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General
2. Calidad Técnica	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados • Proporción Hipertensión Arterial Controlada
3. Gerencia del Riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de mortalidad Intrahospitalaria después de 48 horas • Tasa de Infección intrahospitalaria • Proporción vigilancia de eventos adversos
4. Satisfacción / Lealtad	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de Satisfacción Global

Nota: Adaptado de Sistema de Información de Calidad SIC

6.1.2. Contexto interno. Ambiente interno en el cual la organización busca alcanzar sus objetivos.

- **Nombre de la Institución:** Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Antonio (HISA) de Puente Nacional.
- **Naturaleza Jurídica:** Entidad Pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.
- **Área de Cobertura:** Municipio de Puente Nacional y Jesús María.
- **Nivel De Atención:** Primer Nivel.
- **Departamento:** Santander
- **Municipio:** Puente Nacional.
- Jesús María
- **Dirección:** Carrera 6 # 8 – 61. Barrio Centro
- **Población de Cobertura:** Afiliados al régimen subsidiado y vinculados, población pobre no asegurada. 7585 usuarios
- **Reseña Histórica:** El Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional, Santander, fue fundado en el año 1939 gracias a la gestión del Dr. Eduardo Camacho Gamba. En el año 2000, mediante el acuerdo N° 002 del 10 de marzo y durante el mandato del alcalde municipal Dr. Joselin Pardo Parra, el hospital fue descentralizado. Desde su fundación, la ESE Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional ha sido la encargada de satisfacer las necesidades de salud de la población puentana en el primer nivel de atención y es responsable de operativizar la prestación de servicios de salud en el municipio de Jesús María, de acuerdo a los ajustes realizados en la red de prestación de servicios del departamento de Santander.

Misión

LA HISA es una Empresa Social del Estado dedicada a la prestación de los servicios de salud de bajo nivel de complejidad a la comunidad pontanalina, enfocada en la ampliación del modelo de atención primaria para brindar a nuestros usuarios un servicio seguro, oportuno y humanizado.

Visión

La ESE HISA será en el 2017 líder en la aplicación del modelo de Atención Primaria en Salud logrando el mejoramiento de la calidad de vida a la población y la satisfacción de nuestros usuarios

Política de Calidad

En la HISA estamos comprometidos en mejorar todos nuestros procesos con el fin de satisfacer las necesidades de nuestros usuarios, y así preservar la vida y fomentar la salud

Objetivos de Calidad

1. Garantizar la accesibilidad a los servicios de salud con la atención adecuada y de calidad
2. Elevar y mantener la satisfacción de nuestros usuarios.
3. Mejorar el desempeño de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo.

4. Promover condiciones de trabajo adecuados que genere el sentido de pertenencia y responsabilidad con la empresa.

Principales Servicios

- **Consulta Externa:** Enfermería, Medicina General, Odontología General, Programas de Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud.
- **Hospitalización:** Adulto, pediátrica y obstétrica
- **Urgencias**
- **Sala de Partos**
- **Apoyo Diagnostico y Terapéutico:** Laboratorio Clínico, Imágenes Diagnosticas y Farmacia
- **Servicios Conexos a la Salud:** Traslado Asistencial Básico. Apéndice A. Caracterización Procesos Misionales

Mapa de Procesos



Figura 13. Mapa de Procesos ESE HISA. Adaptado de Manual de Control Interno ESE HISA

6.1.2.1. Políticas. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud A través de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud el Gobierno Nacional reafirma su interés por fortalecer la prestación de los servicios de salud bajo la premisa de lograr una efectiva y digna atención en salud para la población, fin último y primordial del Estado y de todos los actores públicos y privados que hacen parte de esta red de servicios.

El propósito de la **Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud (2005)** es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a los colombianos. Los principios orientadores de la política reconocen la heterogeneidad del país, la descentralización, la posibilidad de diferentes modelos de prestación de servicios, la rendición de cuentas, la atención centrada en el usuario, la participación ciudadana y la salud como objetivo final del sistema. La Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud se desarrolla a partir de tres ejes, **accesibilidad, calidad y eficiencia**, en cada uno de los cuales se definen estrategias, líneas de acción y proyectos o programas a ejecutar. El ámbito de la política de prestación de servicios está dirigido tanto a los prestadores de servicios de salud públicos como a los privados y cubre a la población asegurada y no asegurada del país. Ver figura 14

6.1.2.2. Estrategia. Administración Primaria En Salud APS. La APS es una estrategia para la organización del Sistema de Salud. El objetivo principal del Sistema de Salud es mejorar la salud a través de las acciones de sus actores.

- Conjunto de valores rectores del desarrollo sanitario (Valores inalienables)
- ✓ Salud como derecho,

- ✓ Equidad,
- ✓ Solidaridad
- Principios para la organización de los servicios de salud
- Abordaje integral de las necesidades de salud prioritarias y los determinantes de la salud

Indicadores de Resultado.

ACCESIBILIDAD	• Mejorar el acceso a los servicios de salud.
CALIDAD	• Mejorar la calidad en la atención en salud.
EFICIENCIA	• Generar eficiencia en la prestación de servicios de salud y lograr sostenibilidad financiera.

Figura 14. Objetivos Prestación de Servicios de Salud.

El sistema de salud como un todo se centra no solo en la prestación de servicios de salud sino que abarca todas las funciones del sistema de salud y otros sectores sociales CON UN ENFOQUE DE DETERMINANTES DE LA SALUD. “...Un Sistema de Salud Basado en la APS es un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema”. (OPS, 2007)

6.2. Política Para La Gestión Del Riesgo

La Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional según RESOLUCIÓN N° 133 del 30 de Junio de 2014 adoptan las políticas y los lineamientos para la

Administración de Riesgos al interior de la Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional

➤ Marco de referencia legal identificado en la Política institucional de Administración de Riesgos adoptado en la ESE Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional:

a) Que el **artículo 209** de la Constitución Política de Colombia establece que la Administración Pública, en todos sus órdenes tendrá un Control Interno que se ejercerá en los términos que señale la Ley.

b) Que el **artículo 269** de la misma Carta Política estipula que 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

c) Que el **artículo 6 de la Ley 87 de 1993**, 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

d) Que el **literal f del artículo 2 de la Ley 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

e) Que el **artículo 4 del Decreto 1537 de 2001** define la Administración de Riesgos como

parte integral del fortalecimiento de los Sistemas de Control Interno en las entidades públicas, para lo cual se establecerán y aplicaran políticas de Administración del Riesgo

f) Que el **Decreto 1599 de 2005** estableció un Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 para las Entidades Públicas, y en él se establece como componente prioritario el Sistema de Administración de Riesgos

g) Que el **Decreto 943 de 2014** estableció la actualización de nuevo Modelo Estándar de Control Interno para las Entidades Públicas, y en él se establece como componente prioritario el Sistema de Administración de Riesgos

h) Que el **Decreto 1011 de 2006 en su artículo 6°** establece como uno de los objetivos principales del Sistema Único de Habilitación, del Sistema Obligatorio de la Calidad para la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la protección de los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud

Alcance: La Administración de Riesgos en la Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Antonio, 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.

Responsable: el responsable de la definición de las Políticas de Administración de Riesgos es el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno de la Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Antonio

Política de Administración de Riesgos

“La Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Antonio del municipio de Puente Nacional, es coherente con su política de calidad, con los componentes y elementos que define el MECI con los objetivos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para la atención en salud, busca proteger a sus usuarios de los potenciales riesgos asociados a la prestación del servicio, así mismo, se compromete a establecer los mecanismos necesarios para evitar, reducir, compartir y asumir los riesgos relacionados con el desarrollo de sus procesos y que pudieran afectar negativamente a las personas, las instalaciones, los bienes y los equipos; para tal efecto realizara la identificación, análisis, valoración e intervención de los riesgos inherentes al que hacer institucional, contribuyendo de esta forma al logro de los objetivos y a la Misión de la empresa”

Gestión de riesgos: La Gestión de Riesgos incluye las Guías de Acción para que todos los servidores de la Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Antonio coordinen y administren los eventos que pueden impedir el logro de los objetivos de la entidad, orientándolas y habilitándolas para ello. La política de riesgo identifica las opciones para tratar y manejar los riesgos con base en su valoración y permite tomar decisiones adecuadas para evitar, reducir, compartir, transferir y asumir el riesgo:

- **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 de la empresa, 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.

6.3. Rendición De Cuentas Y Recursos

La Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Antonio, dispone en su presupuesto anual, de los recursos necesarios para gestionar eficazmente el riesgo; igualmente en su política de administración del riesgo define al responsable de la definición de las Políticas de Administración de Riesgos que es el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno de la Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Antonio y los propietarios del riesgo de cada proceso misional serán quienes deban rendir cuentas de la gestión del riesgo que les corresponde.

6.4. Comunicación Interna y Externa

Se constituirán mecanismo de comunicación interna que permita el reporte efectivo de todos los propietarios del riesgo con el objetivo de apoyar la obligación de rendición de cuentas al interior de la organización, asimismo, se establecerán mecanismos de comunicación externa que facilite el rendimiento de informes a las partes interesadas externas.

6.5. Plan y Manual Para La Gestión Del Riesgo

La gestión del riesgo está incluida en todas las prácticas y procesos de la organización, permitiendo evaluar eventos negativos y positivos, tanto internos como externos, que pueden afectar o impedir el logro de los objetivos institucionales o que permitan identificar oportunidades para mejorar el cumplimiento de sus metas.

La ESE Hospital Integrado San Antonio basa la calificación de la severidad y la probabilidad de ocurrencia del riesgo según la guía de administración de riesgos establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública y la identificación, análisis, evaluación y tratamiento de los riesgos se realiza con el fin que la Alta Dirección pueda alcanzar los objetivos planteados y los lineamientos estratégicos propuestos por esta, mitigando las consecuencias cuando se presenta un riesgo y así plantear oportunamente las acciones preventivas y correctivas para mitigar, reducir o prevenir su ocurrencia.

Se diseñó un manual con el fin de implementar una metodología para la ESE Hospital Integrado San Antonio que permita establecer un marco de referencia que permita gestionar eficazmente el riesgo y lograr sus objetivos estratégicos, misionales y de apoyo, permitiendo un correcto enfoque de su contexto estratégico, que servirá de insumo para posteriormente identificar, analizar, evaluar, tratar y monitorear los riesgos inherentes al quehacer institucional, cumpliendo con la legislación vigente, favoreciendo el desarrollo y crecimiento de la entidad, orientados hacia el cumplimiento de las políticas y los planes institucionales. (Ver Apéndice B)

7. Proceso Para La Gestión El Riesgo

7.1. Comunicación y Consulta

La comunicación y consulta con las partes involucradas externas e internas deben ser eficaces para garantizar que aquellos encargados de la implementación del proceso para la gestión del riesgo y las partes involucradas entiendan las bases sobre las cuales se toman decisiones y tener lugar durante todas las etapas del proceso para la gestión del riesgo. Para cumplir con la etapa de comunicación y consulta se difundió en cada uno de los procesos misionales los siguientes temas:

- Definición del riesgo y gestión del riesgo
- Establecimiento del contexto interno de los procesos en la institución y del contexto externo
- Identificación correcta de los riesgo
- Metas e indicadores del Plan Decenal de Salud Publica

7.2. Establecimiento del Contexto

Definición de los parámetros internos y externos que se tendrán en consideración para gestionar el riesgo y establecimiento de metas, objetivos, estrategias, metodología para la valoración del riesgo, alcance y los criterios del para el proceso de gestión del riesgo. Especificar los recursos necesarios, las responsabilidades y autoridades, y los registros del proceso para la gestión del riesgo, la forma de evaluar el desempeño y la eficacia en la gestión del riesgo.El

contexto externo es el ambiente externo en el cual la organización busca alcanzar sus objetivos, bien sea en el ámbito social, político, tecnológico, económico, legal y reglamentario, financiero, natural y competitivo. Para realizar este análisis externo, se trabajó con los propietarios del riesgo utilizando la herramienta POAM (Perfil de Oportunidades y Amenazas) basado en el libro Planeación y Gestión Estratégica de Humberto Serna Gómez. Ver tabla 12.

Tabla 12.

Perfil de Oportunidades y Amenazas del Medio

Análisis POAM									
Factores	Oportunidad			Amenaza			Impacto		
	B	M	A	B	M	A	B	M	A
Económicos									
Uso óptimo de los recursos para la atención de la enfermedad y la promoción de la salud		X							X
Demanda de servicios de salud	X							X	
Oferta de servicios de salud					X				X
Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero						X			X
Políticos									
Leyes de gestión del riesgo			X						X
Leyes de protección ambiental y control de residuos peligrosos			X					X	
Leyes Prestación de servicios de salud			X						X
Política Seguridad del paciente		X							X

Tabla 12.

Continuación.

Análisis POAM									
Factores	Oportunidad			Amenaza			Impacto		
	B	M	A	B	M	A	B	M	A
Sociales									
Número de nacimientos					X			X	
Estilos de vida saludables		X						X	
Sistema Seguridad Social					X				X
Enfermedades de alta complejidad				X			X		
Imagen reputacional	X						X		
Tecnológicos									
Servicios tecnológicos			X					X	
Acceso a tecnología de calidad		X							X
Telecomunicaciones	X							X	
Resistencia al cambio tecnológico		X						X	
Globalización de la información				X			X		
Gestión de la innovación		X					X		
Geográficos									
Accesibilidad a los servicios de salud					X				X
Referencia y contrarreferencia de pacientes		X						X	
Condiciones de acceso a servicios de salud		X						X	

Tabla 12.

Continuación.

Análisis POAM									
Factores	Oportunidad			Amenaza			Impacto		
	B	M	A	B	M	A	B	M	A
Competitivos									
Instituciones Prestadoras de Salud		X					X		
Capacidad de negociación de los proveedores		X					X		
Capacidad de negociación de los clientes				X			X		
Competidores potenciales		X						X	
Sustitutos	X						X		

Por otro lado, el contexto interno se denomina al ambiente interno en el que la organización busca alcanzar sus objetivos, que incluye el gobierno, su estructura organizacional y funciones, así como los objetivos, políticas y estrategias que se han utilizado para lograr dichos objetivos; para realizar este análisis interno se realizó un Perfil de Capacidades Internas (PCI), basado en la metodología propuesta por Humberto Serna Gomez en su libro de Planeación y Gestión Estratégica. Ver tabla 13.

Tabla 13.

Perfil de Capacidades Internas

Análisis PCI									
Capacidad	Oportunidad			Amenaza			Impacto		
	B	M	A	B	M	A	B	M	A
Directiva									
Uso de análisis y planes estratégicos		X							X
Comunicación y control gerencial	X							X	
Experiencia y conocimiento de directivos		X						X	
Habilidad para atraer y retener gente altamente creativa				X				X	
Habilidad para responder a tecnologías cambiantes				X			X		
Capacidad para enfrentar la competencia		X						X	
Sistema de tomas de decisiones				X					X
Competitiva									
Fuerza de servicios, calidad y experiencia		X						X	
Lealtad y satisfacción del cliente					X				X
Portafolio de servicios				X				X	
Participación en el mercado de prestación de servicios	X						X		
Fortaleza de proveedores y disponibilidad de insumos					X			X	

Tabla 13.

Continuación.

Análisis PCI									
Capacidad	Oportunidad			Amenaza			Impacto		
	B	M	A	B	M	A	B	M	A
Financiera									
Rentabilidad y creación de valor	X								X
Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero						X			X
Habilidad para competir por precios	X						X		
Estructura de costos de servicios					X				X
Capacidad de endeudamiento				X				X	
Tecnológica									
Nivel de tecnología utilizada en los servicios		X						X	
Recursos físicos y capacidad tecnológica		X						X	
Sistemas de información		X					X		
Valor Agregado a la prestación del servicio				X				X	
Talento Humano									
Nivel académico del talento humano			X						X
Experiencia técnica		X							X
Nivel de remuneración				X				X	
Clima laboral y nivel de pertenencia					X			X	
Rotación de personal				X			X		
Nivel de accidentalidad y ausentismo		X					X		

Tabla 14.

Matriz DOFA

Análisis DOFA. Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Antonio	
Amenazas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> • El municipio de Puente Nacional cuenta con 3 Instituciones Prestadoras de Salud diferentes que ofrecen servicios de baja complejidad • También existe oferta de servicios de Terapias Físicas y Respiratorias • Existe un Laboratorio Clínico independiente • Existen también servicios de Odontología general • A medida que pasa el tiempo los factores de riesgo cambian, propiciando la aparición de nuevas enfermedades como el zika y/o chikunguña • Segmentación y fragmentación de los servicios de salud • Falta de compromiso político y social • La intermediación y gestión por parte de las EPS es motivo de críticas y denuncias permanentes, que las califican de costosas, ineficientes y de constituir en barrera de acceso entre el usuario y los médicos o los hospitales. 	<ul style="list-style-type: none"> • La telemedicina hace uso de las tecnologías de la información para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; La finalidad de la telemedicina es garantizar una mayor oportunidad en caso de que la atención presencial esté limitada por barreras de acceso geográfico o baja disponibilidad de oferta. • Habilitar nuevos servicios asistenciales de acuerdo a estándares de habilitación según la resolución 2003 de 2014 • Mediante la auditoria para el mejoramiento de la calidad, se debe lograr que los servicios habilitados cumplan con el SUH.

Tabla 14.

Continuación.

Análisis DOFA. Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Antonio	
Amenazas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> • Clima económico y fiscal • Escasez de talento humano • Algunas EPS han presentado insuficiencias e ineficiencias en la red de operaciones y servicio, entre las que se incluyen casos de corrupción y el rechazo de algunos pacientes por no cumplir requisitos financieros o administrativos básicos, obligándolos a acudir a otros centros de atención y a veces a sufrir sucesivos rechazos que pueden culminar con el fallecimiento de la persona sin recibir la atención necesaria, lo que se le llama popularmente en Colombia como el "paseo de la muerte". • En 2013 el sistema presentó el más grande colapso debido a la corrupción y debido a la negativa de las EPS a prestar servicios reglamentarios; citas médicas, medicamentos, etc., y negar también el pago a hospitales públicos y privados a pesar de las demandas y tutelas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Administración Primaria en Salud: • Reconocimiento del liderazgo del sector salud • Compromiso político hacia la Equidad y la Cobertura Universal • Enfoque amplio de Salud y determinantes Sociales de la Salud • Servicios de Salud centrados en las personas y la atención de sus necesidades • Amplia participación y construcción de consensos • Enfoques curativos y de servicios centrados en atención hospitalaria y especializada

Tabla 14.

Continuación.

Análisis DOFA. Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Antonio	
Debilidades	Fortalezas
<ul style="list-style-type: none"> • Según la resolución 1893 de 2015, la ESE se encuentra categorizada en riesgo alto; debe someterse a un Programa de saneamiento fiscal y financiero • Por incumplimiento de estándares de habilitación se ha presentado inhabilitado el servicio de Radiología e Imágenes diagnósticas • Se ha evidenciado ocurrencia de eventos adversos, lo cual indica que posiblemente el proceso de atención es inseguro, y algunos de estos casos no han sido notificados y su gestión ha sido baja • La oportunidad en la asignación de citas sigue siendo una falencia percibida por la comunidad, siendo ésta una queja predominante entre los usuarios • En algunos servicios hace falta la mínima dotación establecida en los estándares lo que conlleva a tener una prestación de servicio deficiente • Se han identificado que faltan algunos profesionales de la salud para la prestación del servicio 	<ul style="list-style-type: none"> • Posee talento humano calificado • Los servicios habilitados cuentan con el cumplimiento de los estándares que proporcionan seguridad al paciente • El servicio de urgencias cuenta con edificaciones nuevas y posee traslado asistencial básico, además de contar con una moderna sala ERA • Satisfacción de los usuarios de los servicios de salud

Tabla 14.

Continuación.

Análisis DOFA. Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Antonio	
Debilidades	Fortalezas
<ul style="list-style-type: none"> Se evidencian aun contratos por Orden de Prestación de Servicio OPS al talento humano que desarrolla funciones de procesos misionales y el Estado ha manifestado que estos deben ser incluidos en nómina de planta Su edificación carece de normas de sismo resistencia, haciendo vulnerable su estabilidad y la seguridad del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> Equidad en el acceso a la salud y los beneficios y resultados

7.3. Valoración del Riesgo

La valoración del riesgo es el proceso total de identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo

7.3.1. Identificación del riesgo. El objeto de esta fase es generar una lista exhaustiva de riesgos con base en aquellos eventos que podrían crear, aumentar, prevenir, degradar, acelerar o retrasar el logro de los objetivos. Es importante identificar los riesgos asociados a la no búsqueda de una oportunidad. Ver tabla 15

7.3.2. Análisis de riesgo. El análisis del riesgo involucra la consideración de las causas y las fuentes de riesgo, sus consecuencias positivas y negativas y la probabilidad de que tales consecuencias puedan ocurrir. Se deben identificar los factores que afecten a las consecuencias y a la probabilidad y otros atributos del riesgo. Se realiza un análisis de riesgos por procesos para identificar que riesgos se encuentran identificados bajo los parámetros del Sistema Único de Habitación. Ver apéndice E. Sistema Único de Habitación y apéndice G. Análisis de Riesgos por Procesos) Ver tabla 16

7.3.3. Evaluación del riesgo. El propósito de la evaluación del riesgo es facilitar la toma de decisiones, a cerca de cuales riesgos necesitan tratamiento y la prioridad para implementar el tratamiento. (Ver Apéndice H. Matriz y Mapa de Riesgos ESE HISA). Ver figura 15

7.4. Tratamiento Del Riesgo

El tratamiento del riesgo implica un proceso cíclico de valoración del tratamiento del riesgo, decisión sobre si los niveles de riesgo residual son tolerables, de no serlo, generación de un nuevo tratamiento para el riesgo y valoración de la eficacia de dicho tratamiento. Entre las opciones que se han de tener en cuenta para definir los controles del tratamiento del riesgo serán: evitar el riesgo al decidir no iniciar o continuar la actividad que lo origino, incrementar el riesgo para perseguir una oportunidad, retirar la fuente de riesgo, cambiar la probabilidad o las consecuencias, compartir el riesgo con una o varias de las partes y retener el riesgo mediante una decisión informada. Ver figura 16.

Tabla 15.

Identificación Del Riesgo.

Proceso	N	Riesgo	Descripción	Clasificación
Consulta Externa	1	Biológico	Contagio y transmisión de enfermedades	Operacional
Consulta Externa	2	Presupuesto para compra de equipos biomédicos	Prestación de servicios de salud con equipos biomédicos que ya cumplieron su vida útil	Financiero
Consulta Externa	3	Eventos Adversos	No hay seguimiento a estrategias de seguridad del paciente	Seguridad Del Paciente
Consulta Externa	4	Adherencia a protocolos y guías de atención	Falta de retroalimentación y autoevaluación en guías Técnicas de Atención y protocolos de manejo en consulta externa.	Seguridad Del Paciente
Urgencias	5	Capacidad resolutive de IPS de mayor nivel	Retraso en la referencia de usuarios, que requieren mayor nivel de atención.	Seguridad Del Paciente
Urgencias	6	Incumplimiento en el tiempo de espera del TRIAGE	Quejas e insatisfacción del usuario por tiempos de espera según la valoración del Triage.	Operacional
Urgencias	7	Represamiento de usuarios	Represamiento en la atención de consulta de urgencias, en los días pico.	Operacional

Tabla 15.

Continuación.

Proceso	N	Riesgo	Descripción	Clasificación
SIAU	8	Insatisfacción del usuario	Verificación de la calidad en la información	Reputacional
SIAU	9	Desinformación del usuario	NO existe la verificación de derechos	Operacional
SIAU	10	Demoras o negación de autorizaciones de EPS	Comunicación efectiva para gestionar las autorizaciones de prestación de servicios con las EPS	Seguridad Del Paciente
SIAU	11	Vulnerabilidad de derechos a los usuarios	No se realiza las reuniones bimensuales del comité de ética hospitalaria.	De Calidad
SIAU	12	Retraso en la asignación de citas	No se puede asignar la cita por tener poca oferta de profesionales de salud disponibles.	Operacional
Farmacia	13	Conservación de medicamentos	Mantenimiento correctivo y preventivo deficiente de medidores de temperatura y humedad relativa	Seguridad Del Paciente
Farmacia	14	Suministro de energía	No hay Planta Eléctrica	De Calidad

Tabla 15.

Continuación.

Proceso	N	Riesgo	Descripción	Clasificación
Farmacia	15	No se realiza farmacovigilancia	No evalúan el cumplimiento de la ESE con la Política Farmacéutica Nacional	De Calidad
Farmacia	16	Eventos adversos	Bajo reporte de eventos adversos relacionados con medicamentos	Seguridad Del Paciente
Rayos X	17	Baja Gestión del Talento Humano	No prestación del servicio por ausencia de Talento humano	Seguridad Del Paciente
Rayos X	18	Radiación	Prestación de servicios de salud con equipos biomédicos que ya cumplieron su vida útil	Laboral
Odontología	19	Infraestructura no adecuada	El consultorio no cuenta con lavamanos	Operacional
Protección				
Específica Y		Adherencia a		
Detección Temprana (PYP)	20	protocolos y guías de atención	No se realiza seguimiento a las Guías Técnicas de Atención	De Calidad
Traslado Asistencial	21	Baja capacidad resolutive de IPS de mayor nivel	Retraso en la referencia de usuarios, que requieren mayor nivel de atención.	Operacional

Tabla 15.

Continuación.

Proceso	N	Riesgo	Descripción	Clasificación
Misionales	22	Plan de Emergencias	Desconocimiento del Plan de Emergencias Hospitalario. SG-SST	Laboral

Tabla 16.

Análisis del Riesgo

Proceso	N	Descripción	Agente Generador	Causas	Consecuencia
Consulta Externa	1	Contagio y transmisión de enfermedades	Usuarios sintomáticos y asintomáticos	Naturaleza y condiciones de los servicios de salud	Enfermedades infecto - contagiosas
Consulta Externa	2	Prestación de servicios de salud con equipos biomédicos que ya cumplieron su vida útil	Dispositivos médicos	No existen recursos suficientes para la compra de equipos biomédicos	Afectación y baja prestación en el servicio y seguridad del paciente
Consulta Externa	3	No se realiza seguimiento a las estrategias de seguridad del paciente	Responsables del proceso	No hay cultura de reporte de eventos adversos; baja gestión de eventos adversos	Otorgar baja seguridad y eficacia a los usuarios.

Tabla 16.

Continuación.

Proceso	N	Descripción	Agente Generador	Causas	Consecuencia
Consulta Externa	4	Falta de retroalimentación y autoevaluación en guías Técnicas de Atención y protocolos de manejo en consulta externa.	Guías Técnicas de Atención en Salud	No existe la cultura de seguimiento a las buenas prácticas de atención en salud	Deterioro en la calidad de la prestación del servicio de salud
Consulta Externa	5	Retraso en la referencia de usuarios, que requieren mayor nivel de atención.	Niveles de Complejidad Atención en Salud	Demora en las autorizaciones por parte de la Entidades; atención no formal	"Paseo de la Muerte", complicación del estado de salud.
Urgencias	6	Quejas e insatisfacción del usuario por tiempos de espera según la valoración del Triage.	Poca oferta de profesionales de salud en la institución	Demoras innecesarias y evitables	Complicación del estado de salud, insatisfacción del usuario y familia

Tabla 16.

Continuación.

Proceso	N	Descripción	Agente Generador	Causas	Consecuencia
Urgencias	7	Represamiento en la atención de consulta de urgencias, en los días pico.	Alta demanda de usuarios	Días pico de la semana; Ausentismo injustificado del Talento Humano	Insatisfacción del usuario y la familia
SIAU	8	Verificación de la calidad en la información	Prestación del servicio ineficiente	Falta de respuestas concisas a los usuarios.	Mala imagen de la ESE
SIAU	9	NO existe la verificación de derechos	NO existe la cultura de la mejora continua	No se realiza la comprobación de derechos del paciente para emitir al servicio	Desconocimiento de sus derechos y deberes
SIAU	10	Comunicación efectiva para gestionar las autorizaciones de prestación de servicios con las EPS	Baja capacidad resolutiva de IPS de mayor complejidad	Efectividad del sistema de salud	Demora en el proceso de Referencia y Contrarreferencia de pacientes

Tabla 16.

Continuación.

Proceso	N	Descripción	Agente Generador	Causas	Consecuencia
SIAU	11	No se realiza las reuniones bimensuales del comité de ética hospitalaria.	NO Agendar a los integrantes del Comité de Ética.	Falta de compromiso por parte de los funcionarios	Vulnerabilidad de los derechos de los pacientes
SIAU	12	No se puede asignar la cita por alta demanda de usuarios	Poca oferta de médicos en la institución	Contratación de personal por Orden de Prestación de Servicios	Barreras de atención en el servicio
Farmacia	13	Mantenimiento correctivo y preventivo deficiente de medidores de temperatura y humedad relativa	Equipos medidores de condiciones ambientales	Equipos medidores de condiciones ambientales obsoletos	Inhabilitación del servicio
Farmacia	14	No hay Planta Eléctrica	No se cuenta con este sistema alternativo	No se realiza un análisis de riesgo prospectivo	Deterioro en los medicamentos

Tabla 16.

Continuación.

Proceso	N	Descripción	Agente Generador	Causas	Consecuencia
Farmacia	15	No evalúan el cumplimiento de la ESE con la Política Farmacéutica Nacional	Estrategias de Seguridad del Paciente	No se realiza el proceso de farmacovigilancia	Incumplimiento a las políticas del Estado
Farmacia	16	Bajo reporte de eventos adversos relacionados con medicamentos	Estrategias de Seguridad del Paciente	Desconocimiento del ambiente NO punitivo del error, aprendizaje a través de la experiencia	Bajo desarrollo organizacional y crecimiento personal
Rayos X	17	No prestación del servicio por ausencia de Talento humano	Solo se dispone de una persona contratada que presta el servicio	Disponibilidad Técnico o tecnólogo en radiología e imágenes diagnósticas	NO prestación del servicio, Insatisfacción del usuario

Tabla 16.

Continuación.

Proceso	N	Descripción	Agente Generador	Causas	Consecuencia
Rayos X	18	Prestación de servicios de salud con equipos biomédicos que ya cumplieron su vida útil	Radiaciones No Ionizantes	Registro de Niveles de radiación que afectan al ser humano, Elementos de Protección Personal	Enfermedad Profesional
Odontología	19	El consultorio no cuenta con lavamanos como lo indica la norma	Instalación Física	No se cuenta con un consultorio adecuado específicamente para esta labor	Insatisfacción del cliente interno (profesional de salud)
Protección Específica Y Detección Temprana (PYP)	20	No se realiza seguimiento a las Guías Técnicas de Atención	NO existe cultura de mejora a través de resultados	Evaluación del cumplimiento de las normas técnicas de Protección Específica, Detección Temprana y Enfermedades de Interés en Salud Publica	Metas confusas, no medibles

Tabla 16.

Continuación.

Proceso	N	Descripción	Agente Generador	Causas	Consecuencia
Traslado Asistencial	21	Retraso en la referencia de usuarios, que requieren mayor nivel de atención.	Baja capacidad de resolutive de las IPS de mayor nivel de complejidad	Poca oferta de IPS que oferten el servicio solicitado y poca disponibilidad de cupo para el usuario	Paseo de la Muerte
		Misionales	22	Desconocimiento del Plan de Emergencias Hospitalario. SG-SST	Implementación del SGSST

Proceso	N	Riesgo	Causas	Controles Existentes	Proba.	Conse.	Nivel Riesgo
Consulta Externa	1	Biológico	Naturaleza y condiciones de los servicios de salud	Uso de guantes y bata.	3	5	15
Consulta Externa	2	Presupuesto para compra de equipos biomédicos	No existen recursos suficientes para la compra de equipos biomédicos	Protocolo uso de dispositivos médicos	3	5	15
Consulta Externa	5	Capacidad resolutive de IPS	Demora en las autorizaciones por parte	Comunicación continua entre	3	5	15

Proceso	N	Riesgo	Causas	Controles Existentes	Proba.	Conse.	Nivel Riesgo
		de mayor nivel de complejidad	de la Entidades; atención no formal; complicación del estado de salud.	SIAU y EPS			
Consulta Externa	3	Adherencia a protocolos y guías de atención	No hay cultura de reporte de eventos adversos; baja gestión de eventos adversos	Ninguno	3	4	12
Consulta Externa	4	Eventos Adversos	No existe la cultura de seguimiento a las buenas prácticas de atención en salud	Ninguno	3	4	12
Urgencias	6	Incumplimiento en el tiempo de espera del TRIAGE	Oferta de médicos en la ESE; Demoras innecesarias y evitables	Médicos rurales	3	4	12
Urgencias	7	Represamiento de usuarios	Días pico de la semana; Ausentismo injustificado del Talento Humano	Planeación Agendamiento de citas medicas	3	3	9
SIAU	8	Insatisfacción del usuario	Falta de respuestas concisas a los usuarios.	Comunicación y pronta respuesta de los funcionarios al recibir una queja por parte de los usuarios.	2	3	6
SIAU	9	Desinformación del usuario	No se realiza la comprobación de derechos del paciente para emitir al servicio	Ninguno	3	2	6
SIAU	10	Demoras o negación de autorizaciones de EPS	Capacidad resolutive de las IPS de mayor nivel de complejidad	Gestión efectiva de la autorización del servicio	2	3	6
SIAU	11	Vulnerabilidad de derechos a los usuarios	Falta de compromiso por parte de los funcionarios, No se reúne el comité de ética hospitalaria	Ninguno	3	2	6
SIAU	12	Retraso en la asignación de citas	Oferta de profesionales de salud en la ESE	Médicos Rurales, Orden de Prestación de Servicios	3	3	9

Proceso	N	Riesgo	Causas	Controles Existentes	Proba.	Conse.	Nivel Riesgo
Farmacia	13	Conservación de medicamentos	Equipos medidores de condiciones ambientales obsoletos	Ninguno	4	3	12
Farmacia	14	Suministro de energía	No se realiza un análisis de riesgo preventivo/prospectivo	Planta de emergencia vacunación	3	3	9
Farmacia	15	No se realiza farmacovigilancia	NO existe la cultura de la mejora a través de la medición de los procesos	Ninguno	2	3	6
Farmacia	16	Eventos adversos	Desconocimiento del ambiente NO punitivo del error, aprendizaje a través de la experiencia	Gestión de eventos adversos, política de seguridad del paciente	2	2	4
Rayos X	17	Baja Gestión del Talento Humano	Disponibilidad Técnico o tecnólogo en radiología e imágenes diagnósticas	Ninguno	3	3	9
Rayos X	18	Radiación	Registro de Niveles de radiación que afectan al ser humano, Elementos de Protección Personal	Tecnovigilancia Pasiva	2	3	6
Odontología	19	Infraestructura no adecuada	No se cuenta con un consultorio adecuado específicamente para esta labor	Ninguno	2	3	6
Protección Específica Y Detección Temprana (PYP)	20	Adherencia a protocolos y guías de atención	Evaluación del cumplimiento de las normas técnicas de Protección Específica, Detección Temprana y Enfermedades de Interés en Salud Pública	Informe del profesional contratado.	2	2	4
Traslado Asistencial	21	Baja capacidad resolutive de IPS de mayor nivel de atención	Poca oferta de IPS que presten el servicio solicitado y poca disponibilidad de cupo para el usuario	Comunicación continua entre SIAU y EPS	3	3	9
Misionales	22	Plan de Emergencias	No cumplimiento con los requisitos legales que obliga a las empresas a ejecutar un SGSST	Ninguno	3	4	12

Figura 15. Evaluación del Riesgo

Proceso	N°	Riesgo	Nivel De Riesgo	¿Qué Hacer?	Control Implementado	Responsable	Riesgo Residual		
							Probabili	Consecue	Nivel De Riesgo
Consulta Externa	1	Biológico	15	Tratamiento Inmediato	Capacitación lavado de manos 5 momentos. Protocolo atención segura del paciente, uso obligatorio de EPP	Jefe Consulta Externa	2	4	8
Consulta Externa	2	Presupuesto para compra de equipos biomédicos	15	Tratamiento Inmediato	Tecno-vigilancia Activa	Jefe Consulta Externa	2	3	6
Consulta Externa	3	Capacidad resolutive de IPS de mayor nivel de complejidad	12	Tratamiento En Corto Plazo	Redes de prestación de servicio de salud alternas	Responsable del proceso	2	3	6
Consulta Externa	4	Adherencia a protocolos y guías de atención	12	Tratamiento En Corto Plazo	Realizar y evaluar la adherencia a las Guías Técnicas de Atención	Coordinador Médico	2	3	6
Consulta Externa	5	Eventos Adversos	15	Tratamiento Inmediato	Reporte y gestión de Eventos adversos	SIAU	2	4	8
Urgencias	6	Incumplimiento en el tiempo de espera del TRIAGE	12	Tratamiento En Corto Plazo	Agilizar y ofrecer calidad en la atención de los usuarios que acuden a esta Entidad.	Médicos y Enfermeros	2	2	4
Urgencias	7	Represamiento de usuarios	9	Requiere Intervención Mediano Plazo	Verificar de manera oportuna las fechas señaladas para la entrada de los Médicos Rurales.	Coordinador Médico	2	2	4
SIAU	8	Insatisfacción del usuario	6	Requiere Intervención	Capacitar a la funcionaria del	Calidad	1	2	2

Proceso	N°	Riesgo	Nivel De Riesgo	¿Qué Hacer?	Control Implementado	Responsable	Riesgo Residual		
							Probabili	Consecue	Nivel De Riesgo
				Mediano Plazo	SIAU en la prestación del servicio				
SIAU	9	Desinformación del usuario	6	Requiere Intervención Mediano Plazo	Encuesta Satisfacción del Usuario	Calidad	2	1	2
SIAU	10	Demoras o negación de autorizaciones de EPS	6	Requiere Intervención Mediano Plazo	Remisión de pacientes a redes alternas de prestación de servicios de salud	Calidad	1	3	3
SIAU	11	Vulnerabilidad de derechos a los usuarios	6	Requiere Intervención Mediano Plazo	Conformación y reunión de comité de ética hospitalaria	Integrantes del Comité	1	2	2
SIAU	12	Retraso en la asignación de citas	9	Requiere Intervención Mediano Plazo	Mejorar la oferta de médicos en la ESE	Líder del proceso	1	2	2
Farmacia	13	Conservación de medicamentos	12	Tratamiento En Corto Plazo	Asignar recursos para adquirir o reparar estos equipos	Gestión Financiera	2	2	4
Farmacia	14	Suministro de energía	9	Requiere Intervención Mediano Plazo	Asignar el presupuesto para la adquisición de un sistema alternativo de energía	Gestión Financiera	1	2	2
Farmacia	15	No se realiza fármaco-vigilancia	6	Requiere Intervención Mediano Plazo	Evaluar adherencia a la Política Farmacéutica Nacional. Fármaco-vigilancia Activa	Líder del proceso	1	2	2

Proceso	N°	Riesgo	Nivel De Riesgo	¿Qué Hacer?	Control Implementado	Responsable	Riesgo Residual		
							Probabili	Consecue	Nivel De Riesgo
Farmacia	16	Eventos adversos	4	Aceptar Riesgo	Reforzar Campaña Uso Racional de Medicamentos, Fármaco-vigilancia pasiva	Líder del proceso	1	2	2
Rayos X	17	Baja Gestión del Talento Humano	9	Requiere Intervención Mediano Plazo	Gestión eficaz de talento humano idóneo que cumpla los requisitos de habilitación del servicio	Talento Humano	2	2	4
Rayos X	18	Radiación	6	Requiere Intervención Mediano Plazo	Tecno-vigilancia Activa	Líder del proceso	1	2	2
Odontología	19	Infraestructura no adecuada	6	Requiere Intervención Mediano Plazo	Gestión de Infraestructura adecuada para la ESE	Gerente	1	2	2
Protección Específica Y Detección Temprana (PYP)	20	Adherencia a protocolos y guías de atención	4	Aceptar Riesgo	Seguimiento a Indicadores de Calidad del Sistema de Salud	Coordinador Medico	1	1	1
Traslado Asistencial	21	Baja capacidad resolutive de IPS de mayor nivel de atención	9	Requiere Intervención Mediano Plazo	Convenios más sólidos entre las aseguradoras y prestadores de salud en el país	Estado	1	2	2
Misionales	22	Plan de Emergencias	12	Tratamiento En Corto Plazo	Implementar un SGSST	Gerente	1	3	3

Figura 16. Tratamiento del riesgo

Una vez realizada la valoración de los riesgos se procede a darle el tratamiento de acuerdo a la política institucional de gestión de riesgos con el objetivo de mitigarlo, llevando a cabo actividades

que buscan disminuir la probabilidad a través de medidas de prevención. En la matriz de riesgos se enuncian los controles implementados que permitan atacar la causa raíz de cada uno de los riesgos identificados y se designa a un responsable de dar el cumplimiento y cierre de las acciones correctivas o preventivas. La información contenida en los planes de acción para el tratamiento de los riesgos se compone de:

- Actividades o acciones propuestas para ejecutar la opción de tratamiento seleccionada
- Responsable de ejecutar las acciones propuestas o los controles
- Probabilidad y consecuencia residual después de ejecutar las acciones o actividades propuestas

Los responsables de la ejecución de las actividades de control propuestas serán los líderes de cada uno de los procesos donde se evidenció el riesgo, quienes definen y establecen un cronograma de cumplimiento de las acciones propuestas, las cuales son monitoreadas desde la oficina de Control Interno a través de las auditorías o rondas de seguridad, soportando su ejecución por medio de actas de reuniones o asistencias a las capacitaciones, informes y reportes de gestión, planes o procedimientos documentados y cronograma de ejecución y cumplimiento.

Una de las actividades primordiales fueron campañas de comunicación de la política de administración de riesgos a todos los funcionarios de la institución, asimismo, que

comprendieran en que consiste el proceso de la gestión del riesgo y la valoración del riesgo donde se logró que los líderes responsables de cada proceso misional fueran conscientes que en el desarrollo de sus actividades de atención en salud se encontraba inmerso la gestión del riesgo y adoptarían la combinación de la probabilidad que ocurriera un evento adverso con la consecuencia que este desencadenaría, motivando así el reporte y gestión de eventos adversos, logrando cada vez más, una cultura de seguridad del paciente.

7.5. Monitoreo y Revisión

Posterior al establecimiento del plan de acción se realizó un acompañamiento con los líderes de cada proceso en el desarrollo de las actividades propuestas para el correcto seguimiento en el monitoreo de los riesgos identificados, bajo el principio de autocontrol establecido en la política de administración de riesgos de la ESE Hospital integrado San Antonio, en el que cada responsable del proceso debe gestionar las actividades de mitigación de riesgos propuestas en la matriz de riesgos de cada proceso misional según corresponda. (Ver apéndice C. Procedimiento Acciones Correctivas y Preventivas)

Para poder realizar este proceso de manera más efectiva se capacitó a los líderes en el diligenciamiento del formato de acciones correctivas en el cual, las secciones 5 y 6 están enfocadas a realizar el seguimiento y monitoreo de los riesgos identificados. Se realiza lista de chequeo de Seguridad del Paciente indagando a los trabajadores acerca de la cultura de reporte y eventos adversos que tiene la institución, su aporte y el conocimiento de trabajo en un ambiente no punitivo o culposo del error. (Ver apéndice F. Lista de Chequeo)

8. Auditoría

8.1. Primera Auditoría

La primera auditoría se llevó a cabo con una reunión de apertura con el auditor responsable de Control Interno, en compañía del practicante UIS como auxiliar auditor, donde se evaluaron los objetivos estratégicos de cada proceso misional con los responsables de rendir cuentas. El objetivo de la primera auditoría fue identificar el nivel de cumplimiento por parte de la organización de los requisitos del marco de referencia establecidos en la NTC ISO 31000:2011. Para esta auditoría se definió el alcance de la misma el cual abarcó los procesos misionales de la institución.

Tabla 17.

Primera Auditoría.

Hallazgo	Plan de Mejora	Responsable
No se encuentran caracterizados los procesos misionales de la institución	Con la guías de atención en salud homologadas por la ESE, analizar cada una de las actividades con el fin de establecer las entradas, salidas, responsables,	Control Interno. Practicante UIS
No existe capacitación en gestión del riesgo	Diseñar, fomentar e incluir en el plan de capacitación anual, el Sistema de Gestión del Riesgo, incluyendo su política, la valoración y tratamiento del riesgo	Practicante UIS

Tabla 17.

Continuación.

Hallazgo	Plan de Mejora	Responsable
No existen medición ni seguimiento a los indicadores de Gestión del Riesgo	Establecer los responsables en la generación y seguimiento de los indicadores	Control Interno
No se evidenciaron mecanismos de comunicación interna y externa con las partes involucradas	Realizar jornadas de difusión y comunicación con las partes involucradas internas y externas para tomar en cuenta sus percepciones y valores para evaluar el riesgo	Control Interno Practicante UIS
No se evidencia la implementación de un Sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Establecer los responsables del diseño, documentación e implementación de un SGSST bajo los lineamientos del Decreto 1072 de 2015	Control Interno Gerencia Practicante UIS
No se evidencia seguimiento de los planes de tratamiento del riesgo	Definir los responsables y las fechas de plazo para la culminación de los planes de tratamiento con su respectiva evidencia	Control Interno Practicante UIS
No existe gestión ni reporte de eventos adversos	Concientización y promoción acerca del reporte de eventos adversos y seguridad del paciente	Control Interno

Con esta auditoría se pudo evidenciar la falta de entendimiento y comprensión de parte de las partes involucradas internas con relación al proceso de gestión del riesgo y no hay capacitación de los responsables de rendir cuentas de cada uno de los procesos para la elaboración de acciones preventivas, correctivas o de mejora. A pesar que la institución cuenta con una política de administración del riesgo, aun se evidencia documentación incompleta y un bajo seguimiento a los indicadores de calidad de la ESE, donde no es utilizada la información para la toma de decisiones.

Existe una baja gestión de eventos adversos ya que existe temor a ser sancionado por el reporte de eventos adversos, desconociendo que la política de seguridad del paciente promueve un aprendizaje institucional bajo una cultura no punitiva o no culpable del error. Una vez realizada la auditoría, se elaboró un informe en el que se registraron cada uno de los hallazgos evidenciados con su plan de mejora que permita solucionar eficazmente la causa raíz del problema

8.2. Segunda Auditoría

Para la segunda auditoría se realiza una revisión del cumplimiento de los planes de mejora diseñados en la primera auditoría y el estado actual del proceso de gestión del riesgo para evidenciar el avance de los controles propuestos en el mapa de riesgos y la identificación de oportunidades de mejora para el sistema de gestión del riesgo.

Se evidenció que los hallazgos identificados en la primera auditoría fueron superados ya que se ejecutó completamente las acciones propuestas en el plan de mejora y los encargados de rendir cuentas con respecto al riesgo se sintieron más involucrados con el seguimiento al sistema de gestión del riesgo.

En la segunda auditoría se elabora el informe donde se registraron nuevos hallazgos con su respectivo plan de mejora, se evidencia que existe una cultura de gestión del riesgo en los responsables de rendir cuentas en los procesos misionales de la ESE, donde toda la organización conoce cuál es el proceso de gestión del riesgo y los principios establecidos en la política de administración de riesgos de la institución. Los planes de mejora propuestos en la segunda auditoría se encuentran en desarrollo al cierre de este proyecto ya que el cumplimiento de estas se estableció como plazo el 30 de septiembre de 2017

Tabla 18.

Segunda Auditoría.

Hallazgo	Plan de Mejora	Responsable
No se cuenta con un responsable del Sistema de gestión de Seguridad y Salud en el trabajo	Realizar manual de funciones del cargo y acompañamiento en la implementación	Practicante UIS

8.3. Verificación del Nivel de Cumplimiento

Una vez realizada la segunda auditoría, se revisó la lista de chequeo que se utilizó en el diagnóstico inicial y los resultados se presentan a continuación:

Tabla 19.

Nivel de Cumplimiento Final.

Núm.	Título	Nivel De Cumplimiento
1.	Marco De Referencia	82%
1.1.	Generalidades	1
1.2.	Dirección Y Compromiso	1
1.3.	Diseño Del Marco De Referencia	1
1.4.	Implementación De La Gestión Del Riesgo	1
1.5.	Monitoreo Y Revisión Del Marco	0,5
1.6.	Mejora Continua Del Marco	0,5
2.	Proceso	83%
2.1.	Generalidades	1
2.2.	Comunicación Y Consulta	1
2.3.	Establecimiento Del Contexto	1
2.4.	Valoración Del Riesgo	1
2.5.	Tratamiento Del Riesgo	0,5
2.6.	Monitoreo Y Revisión	0,5
2.7.	Registro Del Proceso	1

Comparando los resultados obtenidos en la lista de chequeo realizada en el diagnóstico inicial (Marco de Referencia 16%; Proceso 36%) frente a la lista de chequeo final (Marco de Referencia 82%; Proceso 83%) evidenciándose una mejora sustancial con respecto a los lineamientos del sistema de gestión del riesgo según la NTC ISO 31000:2011.

9. Conclusiones

- Se desarrolló el diagnóstico organizacional con respecto a los criterios de la NTC ISO 31000:2011 en la ESE Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional que permitió demostrar que existían oportunidades de mejora para el sistema de administración del riesgo adoptado por entidad desde el año 2014. Este diagnóstico inicial arrojó un nivel de cumplimiento del Marco de Referencia del 16% y del Proceso de Gestión del Riesgo de 36% el cual se utilizó como insumo para diseñar un plan de acción con el ánimo de alcanzar un alto nivel de cumplimiento en el desarrollo de distintas actividades, como resultado final se obtiene un cumplimiento en el Marco de Referencia del 82% y en el Proceso de Gestión del Riesgo del 83%.

- La ESE Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional contaba con las Guías de Atención en Salud según la resolución 412 de 2000, las cuales fueron el insumo para caracterizar los procesos misionales de la entidad, caracterización que al inicio del proyecto no se encontraba documentada y al concluir este proyecto el resultado fue la completa identificación de todas las actividades y caracterización de los procesos misionales de atención en salud que ofrece la ESE Hospital Integrado San Antonio.

- Al definir el contexto estratégico de la ESE Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional se definieron los objetivos internos y externos que fueron el insumo para el desarrollo del Perfil de Oportunidades y Amenazas del Medio y el Perfil de Capacidades Internas, los cuales permiten una mejor comprensión y análisis de las debilidades, oportunidades, fortalezas y

amenazas plasmado a través de una matriz DOFA que direcciona las estrategias a través de medidas de control eficaces que ayuden a prevenir o controlar los riesgos a los responsables de su gestión y la toma de decisiones informadas por parte de las partes involucradas.

- Mediante el análisis de riesgos por procesos realizado en la ESE Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional se identificaron los riesgos misionales, estratégicos y todos aquellos aplicables a las directrices establecidas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano; como resultado se evidenciaron 87 riesgos de los cuales el 57% corresponden a los procesos estratégicos de la entidad y el 43% corresponden a los procesos misionales. Del 100% de los riesgos identificados en los procesos misionales, el 42% están representados por riesgos de corrupción los cuales cuentan con medidas de control que previenen su materialización.

- Como resultado de la identificación de los riesgos de los procesos misionales de la ESE Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional se pudo concluir que en los procesos más críticos fueron Consulta Externa y SIAU donde cada uno aporta el 24% de la totalidad de los riesgos, es decir que los dos suman el 48%. El 57% de los riesgos misionales están valorados en riesgo “medio”, el 19% se valoraron en riesgo “alto” y el 14% en riesgo “muy alto”; a todos ellos se le formularon medidas de tratamiento del riesgo como evitar, asumir, compartir o reducir, acordes a la política de administración de riesgos de la entidad, en las cuales los líderes de cada proceso misional son los responsables de cumplir y hacer el seguimiento a las medidas de prevención.

- Al desarrollar el proceso de la gestión del riesgo, donde se identificaron, analizaron y evaluaron los riesgos de la ESE Hospital Integrado San Antonio se evidenció que no hay seguimiento ni eficacia en los controles establecidos en su tratamiento, teniendo como resultado una baja gestión del riesgo y poca información para la adecuada toma de decisiones

- A través del diseño del Manual para la Gestión del Riesgo se establece una base confiable para la creación de una cultura organizacional basada en el riesgo, comprendiéndose en todos los integrantes la política de administración de riesgos y una metodología clara para gestionarlos eficazmente y realizar un seguimiento y revisión acorde a las necesidades de la ESE Hospital Integrado San Antonio

- Con el establecimiento del mapa de riesgos de la ESE Hospital Integrado San Antonio se pudieron identificar los riesgos que afectan el logro de los objetivos en la entidad, empoderando a cada uno de los responsables de rendir cuentas en la organización y gestionar el riesgo desde sus prácticas diarias y procedimientos enmarcados en la política de seguridad del paciente.

- Con el diseño de los mecanismo de comunicación (calificaciones periódicas semestrales, reporte de acciones correctivas, preventivas y de mejora a la oficina de Control Interno) se contribuye a la mejora continua del Sistema de Gestión del Riesgo en su implementación, monitoreo y revisión de los planes de tratamiento evidenciándose en un mapa de riesgos que tiene en cuenta las percepciones de los propietarios del riesgo, incluyéndose sus criterios y la forma de tratarlos desencadenando en una mejora positiva y un logro eficaz e los objetivos estratégicos de cada proceso misional. A través del diseño de mecanismos comunicación con las

partes interesadas internas y externas, se divulgó la política de administración del riesgo de la ESE, la gestión de los riesgos y los responsables de rendir cuentas de cada uno de los procesos misionales y la inclusión en los planes de capacitación sobre los principios, marco de referencia y procesos para la gestión del riesgo.

- Al realizar las auditorias de seguimiento al Sistema de Gestión del Riesgo se logró identificar el estado del avance en el que se encontraba la ESE Hospital Integrado San Antonio con respecto al cumplimiento de los lineamientos de la NTC ISO 31000:2011, además se evidenciaron siete No conformidades en la primer auditoria a las cuales se les realizo su respectivo plan de acción y así superar las fallas encontradas; al culminar el proyecto, en la segunda auditoria se encontró una No conformidad, realizándose para ésta su plan de acción correspondiente demostrando como sus resultados son utilizados para la toma de decisiones. Se logró identificar un cambio en la cultura organizacional ya que al interior de cada uno de los procesos misionales se evidencia un enfoque y conocimientos específicos para la forma de tratar los riesgos y la aplicación de medidas preventivas para mitigar el riesgo al cual se exponen todos los usuarios cuando reciben atención médica, donde los beneficios superan los riesgos a los que están expuestos.

10. Recomendaciones

- Es necesario que los responsables de gestionar el riesgo en la ESE Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional se sometan a un riguroso plan de capacitación que incluya los lineamientos de la NTC ISO 31000:2011, quienes deben llevar el liderazgo del seguimiento y la revisión de las medidas de control que garanticen una identificación verídica y completa del mapa de riesgo institucional

- Incentivar y fortalecer el autocontrol en los procesos misionales de parte de los responsables donde se evidencia el compromiso y la importancia en la implementación y monitoreo del Sistema de Gestión del Riesgo.

- Realizar e incentivar el seguimiento a los indicadores de gestión establecidos que logren evidenciar una correcta medición de los planes de mejora que se adelantan para mitigar los riesgos en cada uno de los procesos

- Llevar a cabo el cumplimiento de los planes de mejora, resultados de los planes de auditoría de la prestación de servicios de salud ya que a través de ellos es que se podrá evidenciar un correcto estado de la ESE Hospital Integrado San Antonio en relación a los riesgos en la prestación de sus servicios de salud.

➤ Para medir la efectividad de los planes de mejora es importante entregar las evidencias y cumplir con el cronograma para cada una de las acciones propuestas que permitirán implementar un sistema de gestión del riesgo maduro y robusto en cada uno de los procesos misionales.

➤ Realizar seguimiento a las medidas de control que se han definido en la matriz de riesgos institucional para obtener información que permita tomar acciones particulares que logren una efectividad en el tratamiento de los riesgos identificados y mantener un riesgo residual tolerable y acorde a las necesidades y capacidades de la ESE Hospital Integrado San Antonio.

➤ De acuerdo al decreto 1072 del 2015 todas las empresas deberán implementar un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, por lo cual es necesario definir en el presupuesto anual de la entidad, los recursos y el responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Asimismo, se debe continuar con la implementación del plan de trabajo que promueva condiciones seguras de trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, creando así ambientes laborales seguros y la promoción de la salud al interior de la ESE Hospital Integrado San Antonio.

Referencias Bibliográficas

Ayala López, F.L. (2016). *Diseño, estructuración e implementación de un sistema para la gestión integral del riesgo fundamentada en la norma NTC ISO 31000 versión 2011 para la empresa La Muela S.A.S.* Trabajo de grado. Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Recuperado de: <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2016/165382.pdf>

Colombia. Congreso De La Republica. Ley 9. (24, enero, 1979) Por la cual se dictan Medidas Sanitarias. Bogotá, D.E., 1979

Colombia. Congreso De La Republica. Ley 100. (23, diciembre, 1993) Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Santafé de Bogotá, D.C., 1993

Colombia. Congreso De La Republica. Ley 266. (25, enero, 1996) Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Santafé de Bogotá, D.C., 1993. No. 41.120

Colombia, Presidencia De La Republica. Decreto 1537. (26, julio, 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. Diario Oficial. Santafé de Bogotá, D.C., 2001.

Colombia, Presidencia De La Republica. Decreto 4110. (9, diciembre, 2004) Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública. Diario Oficial. Santafé de Bogotá, D.C., 2004. No. 45.761

Colombia, Presidencia De La Republica. Decreto 1599. (20, mayo, 2005) Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano. Diario Oficial. Santafé de Bogotá, D.C., 2005. No. 45.920

Colombia. Presidencia De La Republica. Decreto 1011. (3, abril, 2006) Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 2006. No 46230

Colombia. Congreso De La Republica. Ley 1122. (9, enero, 2007) Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 2007. No 46506

Colombia. Congreso De La Republica. Ley 1438. (19, enero, 2011) por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 2011. No 47957

Colombia. Congreso De La Republica. Ley 1562 (11, julio, 2012). Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 2011. No. 48488

Colombia. Presidencia De La Republica. Decreto 2078 (8, octubre, 2012). Por el cual se establece la estructura del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima y se determinan las funciones de sus dependencias. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 2012.

Colombia. Ministerio De Salud Y Protección Social. Resolución 1229. (23, abril, 2013). Por la cual se establece el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 2013. No 48811

Colombia. Ministerio De Salud Y Protección Social. Resolución 1841. (28, mayo, 2013) Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 2014. No 48811

Colombia. Ministerio De Salud Y Protección Social. Resolución 2003. (28, mayo, 2014) Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud Bogotá, D.C., 2014

Colombia. Ministerio De Salud Y Protección Social. Decreto 2702. (23, diciembre, 2014) Por el cual se actualizan y unifican las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C., 2014

Colombia. Congreso De La Republica. Ley 1751. (16, febrero, 2015) por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 2015. No 49427

Culyer, A. (2005) Dictionary of health economics.

Gómez Rivadeneira, A. (2014) Marco conceptual y legal sobre la gestión del riesgo en Colombia: aportes para su implementación. *Monitor Estratégico*, 5. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/Articulo%201.pdf>.

Guerrero, I. (2010) Assessing the economic value of public health programs based on risk. *Value in health*, 13,(5).

Norma Técnica Colombiana ISO 31000:2011. Gestión del Riesgo

Organización Mundial De La Salud (2002) Informe sobre la salud del mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana. *Capítulo 7: Prevenir los riesgos y adoptar medidas*.

Organización Panamericana De La Salud (2007) Administración Primaria en Salud.

Pana Córdoba, H.L. & Galvis Cano, J.J. (2016). *Diseño, documentación e implementación del sistema de gestión del riesgo bajo los lineamientos de la guía para la administración del*

riesgo del DAFP para la ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo. Trabajo de grado. Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Recuperado de: <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2016/160922.pdf>

Rodríguez Torres, Y.Y. (2016). *Diseño y formulación de un sistema de gestión de riesgos basados en los lineamientos establecidos por la norma NTC ISO 31000 versión 2011 para la empresa SIMMA Ltda.* Trabajo de grado. Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Recuperado de: <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2016/163435.pdf>