

Popayán, 13 de febrero 2026

INFORME DE RIESGOS POR PROCESOS – VIGENCIA AÑO 2025

En cumplimiento de la Política Institucional de Gestión del Riesgo y en concordancia con los lineamientos establecidos en el Manual de Gestión del Riesgo del Hospital Universitario San José de Popayán, la oficina de Planeación como segunda línea de defensa, el día 10 de febrero de 2026, envió al correo de la Oficina de Control Interno, el informe de Gestión del Riesgo vigencia 2025.

En el informe describen:

- 1- Se incluye un resumen de la entrega de la matriz de riesgos, junto con las acciones implementadas para mitigar los riesgos asociados a cada uno de estos procesos.*
- 2- Durante el primer semestre del año 2025 se llevó a cabo un proceso integral de actualización de la Matriz de Riesgos Institucional y de los riesgos, en el cual se incorporaron de forma estructurada los riesgos clínicos, poblacionales e individuales, alineados con los procesos asistenciales de la institución.*
- 3- Se desarrolló y adoptó el Procedimiento de Identificación, Evaluación y Tratamiento de Riesgos Clínicos, poblacionales e individuales.*
- 4- Se actualizó el procedimiento de riesgos y el manual, el cual permite fortalecer el enfoque preventivo y de mejora continua en los servicios de salud, garantizando la trazabilidad, el control y el seguimiento permanente de estos riesgos.*
- 5- En segundo semestre, la gestión se enfocó al seguimiento de los controles para su ajuste en caso necesario según directrices del DAFP.*

Nota:

Con respecto a los numerales del 1 al 5: no se presentaron evidencias que soporten el contenido.

Durante el año 2025, desde la oficina Asesora de Planeación, no se remitió a la Oficina de control Interno, la información correspondiente al seguimiento de cada uno de los controles aplicados para mitigar cada riesgo encontrado en los procesos asistenciales y administrativos.

Dirección: Carrera 6 # 10N – 142 Popayán – Cauca

Email: planeacion@hospitalsanjose.gov.co

Líneas de atención: 6028234508 EXT. 158 - 283

Oficina de atención al usuario: 6028200972-6028234508 ext. 202

www.hospitalsanjose.gov.co

6- se realizó la evaluación integral de los 68 procesos institucionales, administrativos y asistenciales, conforme a la metodología definida por la Oficina Asesora de Planeación en articulación con los líderes de proceso y bajo los criterios de la Guía de Administración del Riesgo de la Función Pública y los estándares del Sistema Único de Acreditación.

En el proceso se revisaron y analizaron las evidencias documentales, operativas y de gestión asociadas a los riesgos reportados, verificados y gestionados durante la vigencia 2025.

Los tipos de riesgo analizados fueron:

6.1. Riesgos en Salud:

- *Clinicos: Se priorizaron eventos adversos, fallas en la atención, infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), errores de medicación, entre otros.*
-
- *Poblacionales: Riesgos asociados a condiciones sociales, ambientales y culturales que afectan los resultados en salud de grupos poblacionales específicos.*

Nota: no se presentaron evidencias que demuestren, como se realizó el análisis, la implementación y la gestión de este riesgo.

- *Individuales: Riesgos inherentes al estado de salud y características particulares de los pacientes, como comorbilidades, edad extrema, entre otros.*

6.2. Riesgos Operacionales: *Asociados a fallas en procedimientos, tecnología, talento humano, infraestructura, y continuidad del servicio.*

6.3. Riesgo de Crédito: *Evaluación del comportamiento de cartera, cumplimiento de pagos de las EPS y terceros, y la afectación en la liquidez institucional.*

6.4. Lavado de activos financiación y terrorismo LA/FT

6.5. Riesgos de Corrupción SICOF

6.6. Riesgo de Liquidez

6.7. Riesgo Actuarial

Nota: con respecto a los riesgos enumerados del 6.2 al numeral 6.7, no se presentaron evidencias.

A través de la identificación, evaluación y control de los riesgos, se logró no solo garantizar la seguridad de los pacientes, el personal y la infraestructura hospitalaria, sino también mejorar la calidad de los servicios de salud que prestamos, asegurando el cumplimiento de la normativa vigente y los estándares de calidad establecidos.

Nota: no se presentaron evidencias de la evaluación y control de los riesgos, como tampoco, hay concordancia con las quejas interpuestas por los usuarios, sobre la inadecuada prestación del servicio de salud, en los diferentes servicios hospitalarios y administrativos (Consulta Externa, urgencias adultos, imágenes y facturación, etc.), hechos que se pueden verificar en el informe de seguimiento que se hace desde la oficina de Control interno, mediante el análisis de las PQRS, registradas en la plataforma nexura durante cuarto trimestre 2025.

RESULTADOS DE LA ACTUALIZACION

7- Se realiza la revisión y ajuste de los mapas de riesgos por procesos, según metodología del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, basados en la "Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas" versión 6 de noviembre de 2022.

Esta matriz se revisa de manera específica por cada uno de los procesos tanto asistenciales como administrativos y se consulta con los coordinadores y sus respectivos líderes de cada proceso, quienes participan activamente en la revisión y definición de los riesgos para la vigencia 2025.

Para la evaluación de los riesgos, se utilizó una matriz de riesgos que permitió clasificar y priorizar los riesgos según su probabilidad de ocurrencia y su impacto potencial. Este enfoque sistemático y estructurado asegura que todos los riesgos sean identificados y gestionados adecuadamente.

Tabla de control de las actividades programadas y ejecutadas por cada uno de los procesos y el cumplimiento de sus actividades.

IDENTIFICACION DE LOS RIESGOS

PROCESOS VIGENCIA 2025	PROGRAMADOS	EVALUADOS	%
Administrativos	37	37	100
Asistenciales	31	31	100
Total	68	68	100

PROCESOS ADMINISTRATIVOS:

- **Cantidad Programada:** Se habían programado **68 procesos** para seguimiento en gestión del riesgo. (los procesos administrativos son 37).
- **Cantidad Evaluada:** Se evaluaron **68**. (los procesos administrativos son 37), lo que significa un 100% de lo programado. Durante el periodo de seguimiento, se evidenció un cumplimiento general del **100%** en la entrega de matrices de riesgos por parte de los procesos institucionales.

PROCESOS ASISTENCIALES:

- **Cantidad Programada:** Se planificaron 31 procesos asistenciales.
- **Cantidad Ejecutada:** Se evaluaron 31, lo que significa 100% de procesos evaluados.
- Este resultado demuestra un alto grado de compromiso, responsabilidad y apropiación del enfoque preventivo por parte de las áreas asistenciales, garantizando la identificación, análisis y control de los riesgos. Asimismo, permite contar con insumos oportunos y completos para la toma de decisiones orientadas a la mejora continua y la seguridad del paciente.

Resultados de acuerdo a la Clase de riesgos: De los 68 mapas de procesos institucionales, se definieron riesgos distribuidos en las clases de riesgos propuestos por la Supersalud como lo muestra la siguiente tabla:

TIPOS DE RIESGOS S/G SUPERSALUD	VIGENCIA 2025			
	Administrativos	Asistenciales	Total	%
Operacionales	78	235	313	99
De crédito	1	0	1	0,3
LAFT	1	0	1	0,3
REPUTACIONAL	1	0	1	0,3
Total	81	235	316	100

A diciembre de 2025 los 316 riesgos fueron objeto de evaluación, con cada evidencia aportada de cada proceso y la aplicación de los controles lo que equivale al 100% de su seguimiento en revisión de cada proceso.

Nota: no hay evidencias de la evaluación, aplicación y seguimiento de los controles en cada proceso del área asistencial y administrativa.

En el informe de riesgos del primer semestre de 2025, se dejó como recomendación, realizar seguimiento periódico a los controles establecidos para mitigar cada riesgo en los diferentes procesos, en razón a que, en el informe en mención, tampoco se presentaron evidencias al respecto.

VALORACION DE LOS RIESGOS

Cada riesgo identificado fue objeto de un proceso de valoración sistemática, lo que permitió establecer su priorización con base en los criterios de probabilidad y de impacto, otorgando especial atención a aquellos eventos clasificados en niveles altos o críticos. La metodología aplicada contempló la medición en dos momentos:

- **Riesgo inherente:** *es el nivel de riesgo al que está expuesto un proceso, actividad o institución antes de aplicar cualquier medida de control. Es decir, el riesgo en estado "puro".*
- **Riesgo residual:** *es el nivel de riesgo que permanece después de implementar controles, medidas de mitigación o tratamientos.*
- *El análisis comparativo entre ambas valoraciones evidenció el efecto real de los controles implementados, permitiendo identificar qué riesgos lograron ser reducidos y cuáles mantienen una significancia que exige seguimiento y mejora continua.*
- *Como resultado, los 316 riesgos institucionales fueron consolidados en el mapa de calor, quedando representados en las diferentes zonas de riesgo, de acuerdo con su nivel residual, tal como se observa en las tablas que se anexan. Este ejercicio constituye una herramienta fundamental para la toma de decisiones gerenciales, la asignación de recursos y el fortalecimiento de la cultura de gestión del riesgo en la organización.*

ZONA DE RIESGO RESIDUAL

ZONA DE RIESGO RESIDUAL 2025	R. ADMINISTRATIVOS	R. ASISTENCIALES	TOTAL
EXTREMO	0	0	0
ALTO	0	0	0
MODERADO	30	59	89
BAJO	56	152	208
TOTAL	86	211	297

ZONAS DE RIESGO INHERENTE

ZONA DE RIESGO INHERENTE 2025	R. ADMINISTRATIVOS	R. ASISTENCIALES	TOTAL
EXTREMO	0	2	2
ALTO	31	15	46
MODERADO	43	120	163
BAJO	16	61	77
TOTAL	90	198	288

La Gestión del Riesgo con base en la metodología definida en el manual institucional, realizó la identificación, valoración y priorización de riesgos en los procesos administrativos y asistenciales aplicando los controles definidos para determinar el nivel de riesgo 2025.

RESULTADOS OBTENIDOS

Riesgo Inherente (antes de controles)

- Total: 288 riesgos identificados.
- Altos y extremos: 48 riesgos (17%), lo que evidencia vulnerabilidades importantes en procesos tanto asistenciales como administrativos.
- Moderados: 163 riesgos (56%), constituyendo el principal grupo de atención.
- Bajos: 77 riesgos (27%).

Riesgo Residual (después de controles)

- Total: 297 riesgos valorados.
- Extremos y altos: 0 riesgos -Eliminación completa de estas categorías críticas.

Dirección: Carrera 6 # 10N – 142 Popayán – Cauca

Email: planeacion@hospitalsanjose.gov.co

Líneas de atención: 6028234508 EXT. 158 - 283

Oficina de atención al usuario: 6028200972-6028234508 ext. 202

www.hospitalsanjose.gov.co

- *Moderados: 89 riesgos (30%).*
- *Bajos: 208 riesgos (70%).*

Efectividad de los controles

- *Se logró reducir el 100% de los riesgos extremos y altos. Esto demuestra que las medidas de mitigación implementadas son eficaces y pertinentes, tanto en procesos asistenciales como en procesos administrativos.*
- *Se logra la Disminución de riesgos moderados, pasando de 163 a 89 (reducción del 45%).*
- *Este avance refleja que los mecanismos de control no solo neutralizaron riesgos críticos, sino que también disminuyeron significativamente los riesgos intermedios.*
- **Nota: No se presentan evidencias que demuestren, como se logró reducir los dos (02) riesgos clasificados como extremos y los cuarenta y seis (46) riesgos clasificados como altos, como tampoco se describe en que consistían estos riesgos.**

Consolidación de riesgos bajos:

- *Se observa un incremento del 170% en los riesgos ubicados en nivel bajo (de 77 a 208).*
- *Esto significa que los procesos del hospital alcanzaron un nivel de seguridad aceptable y están en condiciones de control estable.*

Diferencia por naturaleza del riesgo:

- ***Los riesgos Administrativos:*** *presentan una mejora notoria, con el 65% de sus riesgos en nivel bajo.*
- ***Los riesgos Asistenciales:*** *aunque mejoraron (72% en nivel bajo), aún mantienen 59 riesgos moderados que deben ser monitoreados de forma prioritaria por su posible impacto en la seguridad del paciente.*

IMPLICACIONES PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA

- *El Hospital Universitario San José de Popayán evidencia una madurez significativa en la gestión del riesgo, lo que respalda el cumplimiento de estándares de acreditación en calidad.*

- Los resultados confirman que la institución ha fortalecido su capacidad de control y mitigación, disminuyendo la exposición a eventos adversos que podrían afectar la continuidad del servicio o la seguridad de los pacientes.
- El reto estratégico es mantener la tendencia de mejora, especialmente en los riesgos moderados asistenciales, que requieren planes diferenciales de seguimiento y fortalecimiento.

RECOMENDACIONES

1. **Monitoreo permanente:** Consolidar un sistema de seguimiento trimestral para los riesgos moderados, verificando la efectividad de los controles aplicados con responsables definidos y acciones de mejora específica.
2. **Fortalecimiento en lo asistencial:** Reforzar acciones en protocolos de seguridad del paciente, adherencia a guías clínicas y gestión de incidentes.
3. **Cultura institucional del riesgo:** Continuar sensibilizando al personal administrativo y asistencial sobre la importancia del control preventivo y la toma de decisiones basadas en riesgos.
4. **Integración en el ciclo PHVA:** Garantizar que los resultados alimenten los planes de mejoramiento institucional, manteniendo la trazabilidad entre riesgo identificado, control aplicado y resultado obtenido.

Este análisis preliminar sugiere que el hospital San José debe seguir enfocando sus esfuerzos principalmente en las áreas de riesgo alto y moderado para asegurar la seguridad y el buen funcionamiento de los servicios.

ANALISIS DE LOS CONTROLES: Se revisaron y ajustaron los controles existentes adoptando la metodología del DAFP, definiendo 166 controles para los 68 mapas de riesgo como lo muestra la siguiente gráfica:

PROCESOS INSTITUCIONALES	No DE CONTROLE	%
ASISTENCIALES	207	66
ADMINISTRATIVOS	106	34
TOTAL	313	100



(Gráfico de barras: Asistenciales 190, Administrativos 110)

ANALISIS:

PROCESOS ASISTENCIALES (66%):

- Representan más de la mitad de los controles aplicados, lo que refleja la prioridad institucional en la seguridad del paciente y la calidad de la atención clínica.
- La alta proporción se alinea con los estándares de acreditación, dado que el mayor volumen de riesgos identificados y gestionados se concentra en el componente asistencial.
- Los controles incluyen acciones preventivas, correctivas y de monitoreo en ámbitos como:
 - Protocolos clínicos y guías de práctica.
 - Seguridad del paciente (prevención de eventos adversos, infecciones asociadas a la atención, errores en medicación).
 - Continuidad y oportunidad de la atención.
 - Vigilancia epidemiológica y respuesta a emergencias.

Esto evidencia que el hospital ha fortalecido sus barreras de seguridad clínicas, disminuyendo riesgos que inicialmente estaban en niveles extremo y alto.

PROCESOS ADMINISTRATIVOS (34%):

- Aunque en menor proporción, los 106 controles administrativos garantizan la sostenibilidad institucional, el control interno y la transparencia en la gestión. Están orientados a reducir riesgos relacionados con:
 - Contratación y adquisiciones.
 - Manejo de recursos financieros.
 - Gestión documental y de la información.
 - Talento humano y cumplimiento normativo.

La implementación de estos controles contribuyó a que los riesgos administrativos se concentren mayoritariamente en nivel bajo (65%), según el análisis de riesgo residual 2025.

CONCLUSIONES DE LOS CONTROLES:

1. Dado que los riesgos asistenciales son más numerosos (198 inherentes vs 90 administrativos), la mayor proporción de controles en esta área es coherente con la necesidad de mitigar riesgos clínicos.
2. La aplicación de estos 313 controles permitió la eliminación del 100% de los riesgos extremos y altos, lo que demuestra su efectividad.
3. Existe una distribución equilibrada, donde los controles administrativos refuerzan la gobernanza, y los asistenciales aseguran la calidad y seguridad del paciente.
4. La evidencia de un sistema de control sólido respalda la gestión integral del riesgo y la cultura de seguridad institucional.
5. La mayor inversión de controles en el ámbito asistencial refuerza el cumplimiento de los estándares de seguridad del paciente, eje central del sistema de acreditación.
6. La implementación efectiva de 313 controles refleja la madurez organizacional, asegurando que las decisiones se fundamenten en riesgos gestionados y en un enfoque preventivo.

Nota: No se presentaron evidencias de los controles que fueron aplicados, para disminuir los riesgos en cada uno de los procesos hospitalarios.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer el monitoreo: Continuar evaluando periódicamente la efectividad de los 313 controles, ajustándolos según los cambios en el contexto y externo.
2. Profundizar en controles asistenciales: Revisar especialmente los 59 riesgos moderados asistenciales aún presentes, para identificar oportunidades de mejora en protocolos y adherencia clínica.

3. Consolidar la trazabilidad: Garantizar que cada control tenga responsable, evidencia de aplicación y registro en los comités de gestión del riesgo.

4. Innovación en controles administrativos: Incorporar herramientas tecnológicas que fortalezcan aún más la transparencia y eficiencia.

MONITOREO Y SEGUIMIENTO

Se establecieron mecanismos de monitoreo continuo para evaluar la efectividad de las estrategias de mitigación implementadas, incluyendo:

- *Revisiones periódicas de la matriz de riesgos con cada uno de los coordinadores.*
- *Evaluación continua de los procesos y actualización de las estrategias según sea necesario.*

Para cada riesgo identificado y priorizado, se desarrollaron e implementaron estrategias de mitigación específicas, incluyendo:

- *Capacitación y educación continua para el personal en áreas críticas.*
- *Mantenimiento preventivo y actualización de equipos médicos y de soporte.*
- *Mejora de protocolos y procedimientos operativos.*
- *Revisión y actualización de política de gestión de riesgos.*
- *Auditorías internas y externas: para asegurar el cumplimiento de normas y estándares.*
- *Planes de contingencia y emergencia para responder a eventos adversos.*

ANÁLISIS DE RIESGOS CLÍNICOS

A continuación, se presenta el seguimiento del consolidado de gestión de eventos clínicos por servicio de la vigencia 2025, mostrando fortalezas en la respuesta de la mayoría de áreas. Bajo la política institucional de seguridad del paciente y articulados con la oficina asesora de planeación, se consolidó la información de los eventos clínicos (eventos adversos, incidentes y fallas) reportados en los diferentes servicios del Hospital Universitario San José de Popayán, correspondientes a la vigencia 2025.

El análisis se realizó con el fin de identificar el comportamiento de los eventos, la eficacia en su gestión y las oportunidades de mejora, garantizando la implementación de medidas de prevención, mitigación y control, en coherencia con los estándares de acreditación en salud.

CONSOLIDADO DE GESTIÓN DE EVENTOS CLÍNICOS: eventos adversos, incidentes y fallas- 01-01-2025 a 22-12-202

Consolidado de Gestión de Eventos Clínicos (Eventos Adversos - Incidentes - Fallas)		01/01/2025 A 22/12/2025							
SERVICIO	RESPONSABLES	EVENTOS	INCIDENTE	FALLA	SIN CLASIFICAR	VENCIDO	TOTAL, EVENTOS CLÍNICOS POR SERVICIO (EVENTOS ADVERSOS - INCIDENTES Y FALLAS) SIN CLASIFICAR, VENCIDOS	Gestionados	TOTAL, PORCENTAJE GESTIONADOS POR SERVICIO
Urgencias adultas	Facio Andrés Azos C	2	35	1	39	172	249	38	15%
	Lourdes Trochez L	173	1579	44	84	380	2260	1796	79%
Urgencias pediatría	Fernando Vallejos Rojas	0	3	3	0	0	6	6	100%
	Lisette Losada Bambaque L	15	6	5	0	1	27	26	96%
UCIP 1 y 2 /Unidad de quemados	Yessica Bravo C	2	0	8	0	0	10	10	100%
	Dayany Oroñoñez L	16	9	7	0	0	32	32	100%
Salas pediatría	Fernando Vallejos Rojas	1	3	1	0	0	5	5	100%
	Dayany Oroñoñez L	34	18	9	0	0	61	61	100%
Neonatología	Ana María Velasco C	14	11	11	1	0	37	36	97%
	Lisette Losada Bambaque L	43	28	12	0	2	85	83	98%
Unidad mental	Jenny Chamorro C	2	3	5	0	0	10	10	100%
	Alejandra Mage	9	16	2	0	0	27	27	100%

Dirección: Carrera 6 # 10N – 142 Popayán – Cauca

Email: planeacion@hospitalsanjose.gov.co

Líneas de atención: 6028234508 EXT. 158 - 283

Oficina de atención al usuario: 6028200972-6028234508 ext. 202

www.hospitalsanjose.gov.co

Consolidado de Gestión de Eventos Clínicos (Eventos Adversos - Incidentes - Fallas)		01/01/2025 A 22/12/2025							
SERVICIO	RESPONSABLES	EVENTOS	INCIDENTE	FALLA	SIN CLASIFICAR	VENCIDO	TOTAL, EVENTOS CLÍNICOS POR SERVICIO (EVENTOS ADVERSOS - INCIDENTES Y FALLAS) SIN CLASIFICAR, VENCIDOS	Gestionados	TOTAL, PORCENTAJE GESTIONADOS POR SERVICIO
Urgencias adultas	Fabio Andrés Acos C	2	35	1	39	172	249	38	15%
	Lourdes Trochez L	173	1579	44	84	380	2260	1796	79%
Urgencias pediatría	Fernando Vallejos Rojas	0	3	3	0	0	6	6	100%
	Lisette Losada Bambaque L	15	6	5	0	1	27	26	96%
UCIP 1 y 2 /Unidad de quemados	Yessica Bravo C	2	0	8	0	0	10	10	100%
	Dayany Ordoñez L	16	9	7	0	0	32	32	100%
Salas pediatría	Fernando Vallejos Rojas	1	3	1	0	0	5	5	100%
	Dayany Ordoñez L	34	18	9	0	0	61	61	100%
Neonatología	Ana María Velasco C	14	11	11	1	0	37	36	97%
	Lisette Losada Bambaque L	43	28	12	0	2	85	83	98%
Unidad mental	Jenny Chamorro C	2	3	5	0	0	10	10	100%
	Alejandra Mage	9	16	2	0	0	27	27	100%

Dirección: Carrera 6 # 10N – 142 Popayán – Cauca

Email: planeacion@hospitalsan jose.gov.co

Líneas de atención: 6028234508 EXT. 158 - 283

Oficina de atención al usuario: 6028200972-6028234508 ext. 202

www.hospitalsan jose.gov.co

Comité de Infecciones	Jesus Queal C / Jesus Bonilla L	2	1	2	0	0	5	5	100%
Consulta externa	Yicela Urbano C /	0	0	0	1	0	1	0	0%
	Martha Tafur L	0	1	9	0	0	10	10	100%
Nefrología	Sandra Narváez C	4	2	0	0	0	6	6	100%
	Diana María Rosero L	0	0	0	0	0	0	0	-
Cirugía y Endoscopia	Ofir Méndez C	120	50	39	25	5	239	209	87%
	Marcela Joaquín L	33	93	90	6	3	225	216	96%
Esterilización	Isabel Cristina Preciado C	0	0	1	0	0	1	1	100%
	Marcela Joaquín L	9	28	32	1	1	71	69	97%
Anestesiología (Asesoria)	Diego Andrés Rojas C	1	0	8	0	0	9	9	100%
UCI I, II y III	Pablo Londoño C	70	23	39	1	0	133	132	99%
	Yisael Ospino L	286	641	23	75	26	1051	950	90%
UCINT I y II	Federico Andrés Benítez Paz C	23	16	46	6	0	91	85	93%
	Diana María Rosero L	26	56	0	13	0	95	82	86%
Traumatología - Médico Quirúrgicos 1 y 2 - Quirúrgicos 1 y 2 - Medicina Interna 1 y 2 - Médico Quirúrgicos 3 y 4	Diana Sofía López C	60	68	64	1	0	193	192	99%
Traumatología - Médico Quirúrgicos 1 y 2 - Quirúrgicos 3 y 4	Martha Natalia So-	136	311	17	0	1	560	579	100%

Medicina Interna 1 y 2 - Médico Quirúrgicos 3 y 4	Alejandra Mage L	50	195	50	4	7	306	295	96%
Farmacología	Farmacología	715	204	41	6	0	966	960	99%
Estadística	Kelly Doranny Solís	1	3	7	0	2	13	11	85%
Rehabilitación	Ligia Patricia Chitto López C	0	1	44	0	0	45	45	100%
Imágenes	Marco Sánchez C	0	11	0	2	4	17	11	65%
	Maribel Gómez Barahona L	1	4	1	0	1	7	6	86%
Banco de sangre	Daniela Suárez C	0	0	0	0	0	0	0	-
	Clara Isabel Rengifo L	1	10	4	7	0	22	15	68%
Laboratorio clínico	Claudia Lorena Días Rivera	1	14	69	0	0	84	84	100%
Referencia y contrareferencia	Darby Fernanda Omen Bedoya C	1	1	3	1	0	6	5	83%
Ginecología	Pedro Ardila	0	2	12	5	44	63	14	22%
	Yazmin Díaz L	17	58	21	1	4	101	96	95%
Tecnovigilancia	María del Mar Tobar	2	20	14	1	0	37	36	97%
Cardiología - Angiografía	Ledy Katherine Mesa Luna	7	17	1	4	0	29	25	86%
Facturación	Yesica Paola Troches	0	1	0	0	0	1	1	100%
ASTRASALUD	ASTRASALUD	0	4	0	0	0	4	4	100%
SINTRAEMPUMH	SINTRAEMPUMH SAN JOSE	245	174	11	0	279	709	430	61%

Dirección: Carrera 6 # 10N – 142 Popayán – Cauca

Email: planeacion@hospitalsan jose.gov.co

Líneas de atención: 6028234508 EXT. 158 - 283

Oficina de atención al usuario: 6028200972-6028234508 ext. 202

www.hospitalsan jose.gov.co

ECONOMATO	Fernando Vallejo Castillo	0	46	1	0	7	54	47	87%
Cirugía Pediatría SMP	Claudia Elena Cruz Benavidez	0	0	1	0	0	1	1	100%
SISTEMAS	Juan David Uribe C	0	133	23	7	0	163	156	96%
ASOTERAPEUTAS	Luisa Fernanda Montenegro	9	17	0	0	0	26	26	100%
SIT SALUD	Yesika Paola López Nieto	21	8	19	0	0	48	48	100%
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	Diana Patricia Gómez Quifonez	7	3	0	0	0	10	10	100%
CIVACNE	Jorge Felipe Tobar	0	0	2	2	0	4	2	50%
ASOCIRGE	Laura Marcela Ortiz	1	0	0	0	0	1	1	100%
CONVENIO DOCENCIA	Aida Valentina Cabrera Agredo	0	0	0	1	0	1	0	0%
VIGILANCIA	Seguridad VASE Ltda	0	5	0	1	0	6	5	83%
SERVICIOS DE APOYO	Maribel Gómez Barralona	14	29	7	8	1	59	50	85%
LAPAROSCOPIA	Juan Pablo López Campo	0	1	0	0	0	1	1	100%
ASTRASALUD (UROLOGIA)	Mario Roberto Amado	2	0	0	0	0	2	2	100%
NEUROLOGICA SANTA CLARA	Paulo Hurtado Gómez	1	1	2	0	0	4	4	100%
CIRUGIA PLASTICA	Yamly Esperanza Beltrán Villareal	0	0	3	0	0	3	3	100%
LAVANDERIA	David Santiago Rosero	0	4	0	0	0	4	4	100%
ALMACEN	Valeria Hoyos	0	2	0	0	0	2	2	100%
TRABAJO SOCIAL	Mónica Colina Hernando	4	0	0	1	0	5	4	80%
ONCOLOGIA	Erika Melissa Ruiz Urbano	0	0	3	0	0	3	3	100%
NUTRICION	Angela Nathalia Martínez Guerrero	0	15	13	2	0	30	28	93%

Dirección: Carrera 6 # 10N – 142 Popayán – Cauca

Email: planeacion@hospitalsan jose.gov.co

Líneas de atención: 6028234508 EXT. 158 - 283

Oficina de atención al usuario: 6028200972-6028234508 ext. 202

www.hospitalsan jose.gov.co

RESULTADOS GENERALES:

- *Total, eventos clínicos registrados: 8.356*
- *Eventos gestionados: 7.110*
- *Porcentaje global de gestión: 85,1%*

Este resultado refleja un avance significativo en la capacidad institucional de respuesta frente a los riesgos clínicos, sin embargo, aún persisten brechas en algunos servicios que requieren fortalecimiento. Si bien el indicador es positivo, se recomienda estandarizar los procesos para alcanzar el 100% de gestión, fortaleciendo la documentación de planes de acción y seguimiento.

El Hospital Universitario San José de Popayán presenta un desempeño sólido en la gestión de eventos clínicos, pero debe fortalecer la oportunidad y homogeneidad en el cierre de eventos, especialmente los clasificados como vencidos o pendientes. Alcanzar un nivel de gestión superior al 90% permitirá evidenciar ante ICONTEC una institución comprometida con la seguridad del paciente, la calidad asistencial y la mejora continua.

A continuación, se presentan los resultados consolidados de los indicadores del proceso Seguridad del paciente de la vigencia

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN		MATRIZ DE SEGUIMIENTO A INDICADORES INSTITUCIONALES PROCESOS ASISTENCIAL						
PROCESO: SEGURIDAD DEL PACIENTE		RESPONSABLE:					FECHA DE REPORTE	1/01/2026
No.	Nombre del indicador	Unidad de medida	Meta ≥ ó ≤	Resultado I Trimestre	Resultado II Trimestre	Resultado III Trimestre	Resultado IV Trimestre	Resultado final vigencia actual
1	Proporción de vigilancia de eventos adversos	%	>90%	93,37%	91,73%	88,11%	81,42%	89,41%
2	Tasa de caídas de pacientes en el servicio de urgencias	Tasa	<3	1,33	0,40	0,62	0,55	0,73
3	Tasa de caídas de pacientes en el servicio de Hospitalización	Tasa	<1	0,95	0,63	0,33	0,18	0,49
4	Tasa de caídas de pacientes en el servicio de Consulta Externa	Tasa	<1	0,00	0,02	0,00	0,00	0,01
5	Tasa de caídas de pacientes en el servicio de Servicios de Apoyo	Tasa	<1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6	Proporción de Eventos Adversos relacionados con la Administración de medicamentos en Urgencias	%	<3%	0,23%	0,00	0,00	0,47%	0,36%
7	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	%	<5%	0,24%	0,01	0,01	0,94%	0,78%
8	Tasa de Ulceras por presión	Tasa	<5	2,98	2,68	1,40	0,63	1,81
9	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen hospitalario y variación interanual	Cantidad	1	0,00	0,00	0,00	0,00	
10	Proporción de eventos adversos presentados en la institución	Proporción	<10	0,04	0,03	0,03	0,02	0,03
11	Relación de reporte de Incidentes	Proporción	<3	1,87	1,42	1,23	1,82	1,57
12	Tasa de flebitis en sitio de venopunción	Tasa	<5	11,09	7,66	6,91	3,73	7,04
CUMPLIMIENTO GENERAL DE INDICADORES: 10/12								83,3%
OBSERVACIONES (Situaciones internas o externas al proceso o a la entidad que pueden afectar el resultado de los indicadores) Los resultados favorables observados en los indicadores de seguridad del paciente son el reflejo del avance progresivo en la estandarización del concepto de seguridad dentro de la institución, así como del creciente compromiso del talento humano con una atención segura. Adicionalmente se resalta el trabajo articulado con el programa de terapia vascular en cuanto a procesos de capacitación a los colaboradores logrando disminuir los eventos relacionados con el manejo y cuidados de accesos vasculares. Se evidencia mejoría en el reporte de eventos relacionados con administración de medicamentos, se observa aumento en la cantidad de reportes relacionados con este tema. Es de mencionar que estadística proporciona parte de la información para realización de los presentes indicadores y se evidencia una variación notoria con respecto a ciertas cifras, adicionalmente, se resalta el trabajo realizado por el equipo referente de seguridad del paciente, las vigías de seguridad quienes han logrado abarcar todos los servicios asistenciales del hospital para garantizar la adherencia a buenas prácticas de seguridad del paciente. Con relación al indicador correspondiente a gestión de eventos se debe tener en cuenta que la revisión de la base de diciembre se realizó en los primeros días de enero por lo que la gestión aun no alcanza la meta esperada, ya que institucionalmente se tiene definido un tiempo de un mes para la gestión de incidentes, eventos adversos leves o moderados.								

CONCLUSIONES (inicialmente se debe comenzar con el porcentaje de cumplimiento de indicadores)

Durante el último trimestre del año 2025, se evidenció un cumplimiento global en los indicadores de seguridad del paciente, resultado que refleja un alto nivel de adherencia institucional a las prácticas seguras y a los estándares establecidos para la atención en salud. No obstante, se identifican algunos indicadores que aunque estén dentro de las metas indicadas necesitan acciones las cuales requieren un fortalecimiento sistemático de las barreras de seguridad. Esta situación resalta la importancia de intensificar las acciones preventivas, reforzar la vigilancia activa y garantizar la aplicación constante de los protocolos de seguridad en todos los niveles asistenciales. El logro sostenido de los objetivos propuestos exige un mayor compromiso por parte de los líderes, coordinadores de servicios, apoyo administrativo y compromiso de todos los colaboradores, actores clave en la consolidación de una cultura de seguridad proactiva, justa y no punitiva. La articulación intersectorial y la corresponsabilidad en la gestión del riesgo son esenciales para minimizar la ocurrencia de eventos adversos y continuar avanzando hacia una atención centrada en el paciente, segura y de calidad.

OBSERVACIONES: Los resultados favorables observados en los indicadores de seguridad del paciente son el reflejo del avance progresivo en la estandarización del concepto de seguridad dentro de la institución. Se evidencia mejoría en el reporte de eventos relacionados con administración de medicamentos...

CONCLUSIONES:

Durante el último trimestre del año 2025, se evidenció un cumplimiento global en los indicadores de seguridad del paciente, resultado que refleja un alto nivel de adherencia institucional a las prácticas seguras. No obstante, se identifican algunos indicadores que, aunque estén dentro de las metas indicadas necesitan acciones las cuales requieren un fortalecimiento sistemático de las barreras de seguridad.

- El Hospital Universitario San José de Popayán ha consolidado un sistema maduro y estructurado de gestión del riesgo, logrando la cobertura del 100% de los 316 riesgos institucionales identificados y valorados, con evidencia verificable de su seguimiento.
- La aplicación de la metodología de la Guía DAFP v.6 permitió una actualización estandarizada y homogénea de los mapas de riesgo, garantizando trazabilidad, participación activa de líderes de procesos y alineación con los estándares del Sistema Único de Acreditación.
- Los procesos asistenciales concentran la mayor proporción de riesgos (198 inherentes) y, en consecuencia, la mayor inversión de controles (66%), lo que refleja la prioridad institucional en la seguridad del paciente, la reducción de eventos adversos y la adherencia a estándares clínicos.
- Los resultados reflejan una tendencia positiva hacia la consolidación de riesgos en niveles bajos (70% en residual), lo que garantiza un escenario de control aceptable y evidencia la efectividad de las medidas aplicadas tanto en la dimensión clínica como en la administrativa.
- La incorporación estructurada de los riesgos clínicos, poblacionales e individuales dentro de la matriz fortalece el enfoque preventivo, incrementa la capacidad de

respuesta ante amenazas y asegura la integralidad del sistema de gestión del riesgo hospitalario.

- *El Hospital Universitario San José de Popayán demuestra un avance importante en la cultura de seguridad del paciente, con un índice global favorable de gestión del 85,1% coherente con el cumplimiento general de indicadores del proceso de seguridad del paciente que arrojó un resultado de cumplimiento del 83,3%*

RECOMENDACIONES

- *Monitoreo de riesgos moderados asistenciales: Implementar un plan de seguimiento trimestral con responsables definidos y acciones diferenciales para los 59 riesgos moderados clínicos, priorizando aquellos que impactan directamente la seguridad del paciente.*
- *Optimización de controles existentes: Mantener la revisión periódica de los 313 controles aplicados, ajustándolos a cambios del entorno institucional, normativo o epidemiológico, garantizando su pertinencia y efectividad.*

CONCLUSIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

1- El informe de gestión del riesgo año 2025, fue enviado por la Oficina Asesora de Planeación en forma extemporánea.

2- En el informe de gestión del riesgo año 2025, enviado por la Oficina de Planeación, no se aportaron evidencias de todo lo descrito, únicamente aparecen dos (02) cuadros del proceso de Seguridad del paciente: -El consolidado de gestión de eventos clínicos: eventos adversos, incidentes y fallas de la vigencia 2025 y la matriz de seguimiento a indicadores institucionales del proceso asistencial.

3- De la gestión del riesgo de los procesos administrativos año 2025, es muy poco lo que se describe y no se presentó ninguna evidencia al respecto.

4- En el informe se menciona: “*El Hospital Universitario San José de Popayán ha consolidado un sistema maduro y estructurado de gestión del riesgo, logrando la cobertura del 100% de los 316 riesgos institucionales identificados y valorados, con evidencia verificable de su seguimiento*”,

Sin embargo, en el cuadro del riesgo residual, persisten 208 riesgos bajos y 89 riesgos moderados, un número importante, al cual se le debe prestar atención y hacer un seguimiento exhaustivo a los controles, para lograr su disminución.

5- Desde la Oficina Asesora de Planeación, No enviaron a la Oficina de Control Interno, las evidencias del seguimiento, evaluación y control de los riesgos de cada uno de los procesos, como tampoco se enviaron al DRIVE, compromiso que se había acordado en reunión llevada a cabo en la Oficina Asesora de Planeación.

6- Continúan presentándose quejas interpuestas por los usuarios, sobre la inadecuada prestación del servicio de salud, en algunos servicios hospitalarios y administrativos (consulta externa, urgencias adultos, imágenes y facturación, etc.), hechos que se pueden verificar en el informe de seguimiento que se hace desde la oficina de control interno, mediante el análisis de las PQRS, registradas en la plataforma nexura durante cuarto trimestre 2025. Lo anterior demuestra, que no hay coherencia con lo mencionado en algunos apartes del informe.

7- Respecto a la efectividad de los controles “Se logró reducir el 100% de los riesgos extremos y altos”.

No se presentaron evidencias que demostraran, en que consistían los riesgos extremos y los riesgos altos y cuáles fueron los controles instaurados o los mecanismos utilizados para lograr reducir el 100% de estos riesgos, ya que se describe que:

- **En los procesos Administrativos se redujeron: 31 riesgos altos y**
- **En los procesos Asistenciales se redujeron: 15 riesgos altos.**

8- Si se tiene en cuenta la comparación de los datos de la tabla de la zona de Riesgo inherente y la tabla del riesgo residual, se evidencia que el total de los riesgos inherentes (228) a los cuales supuestamente aún no se le ha dado ningún tratamiento, es más bajo que el número de los riesgos residuales (297) a los cuales ya se les ha aplicado los controles. Lo anterior demuestra, que presuntamente los controles aplicados y su seguimiento, no han sido tan efectivos.

RECOMENDACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

1- Los informes de gestión del riesgo año 2026, deben ser entregados a la Oficina de control Interno oportunamente, tal como lo establece la norma.

2- En el informe, se deben anexar todas las evidencias correspondientes y que corroboren todo lo que se describe a través del informe, tanto de los procesos asistenciales, como de los procesos administrativos.

3- Para la revisión y seguimiento de los controles de cada riesgo, debe establecerse una programación por cada proceso y asignar una persona responsable de esta gestión. La programación establecida debe ser frecuente, por lo menos cada dos (02) meses y ser llevada a cabo, idealmente por el coordinador o líder del proceso.

4- A pesar de que se menciona, que, durante el último trimestre del año 2025, se evidenció un cumplimiento global en los indicadores de seguridad del paciente, resultado que refleja un alto nivel de adherencia institucional a las prácticas seguras y a los estándares establecidos para la atención en salud, también evidencian, que existen servicios con brechas significativas (<80%):

-Urgencias adultos, Banco de sangre, Ginecología y Trabajo social.

-Docencia servicio, SINTRAOEMPUH San José y SIVACNE

los cuales necesitan vigilancia continua, que se lleven a cabo acciones oportunas y que se apliquen constantemente los protocolos de seguridad, con el objetivo de mejorar la atención en salud y lograr el cierre de estas brechas, para brindar a los usuarios y sus familias, una atención en salud segura y humanizada, acorde con las políticas institucionales.

5- Con respecto a lo mencionado sobre la incorporación estructurada de los riesgos clínicos, poblacionales e individuales dentro de la matriz fortalece el enfoque preventivo, incrementa la capacidad de respuesta ante amenazas y asegura la integralidad del sistema de gestión del riesgo hospitalario.

Con respecto a lo anterior, sería muy importante que se presentaran evidencias de como se ha efectuado la incorporación de estos riesgos en los servicios asistenciales y los mecanismos utilizados para lograrlo, ya que su incorporación es meticulosa y requiere de la dedicación de un tiempo considerable.

6- Desde la Oficina de Planeación, como segunda línea de defensa, se debe hacer una programación de seguimiento, revisión y ajustes de forma exhaustiva, a los controles existentes y aplicados a cada uno de los procesos asistenciales y administrativos, ajustándolos de acuerdo al avance obtenido.

7- Continuar capacitando al personal que labora en los servicios asistenciales y administrativos, sobre la importancia del control preventivo y la mitigación de los

riesgos, así, estos estén clasificados como bajos, para brindar una atención segura y humanizada, dando cumplimiento a la misión de la institución.

8- De acuerdo a los riesgos priorizados en los procesos asistenciales, realizar capacitación y actualización por parte de líder y/o coordinador del proceso, sobre los temas en los cuales se hayan identificado riesgos (protocolos, guías clínicas, prevención de eventos adversos, de incidentes y de IAAS).

9- En los próximos informes, dar inicio a la implementación de la guía número 7 emitida por el DAFP en agosto de 2025.

Proyecto: María Ariela Amparo Muñoz – Enfermera Especialista Gr. 1 – Apoyo a las Auditorías Administrativas.