

GERENTE

JUAN CARLOS ARTEAGA CIFUENTES

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN ESE

CORDIAL SALUDO.

ASUNTO: INFORME DE RIESGOS POR PROCESOS SEGUNDO SEMESTRE 2024.

INFORME DE RIESGOS POR PROCESOS SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2024.

En cumplimiento de la **Política de Administración de Riesgos**, la oficina de Planeación como **segunda línea de defensa**, presentó los resultados de la gestión del riesgo del segundo semestre 2024, con base en el análisis exhaustivo de la matriz de riesgos de los procesos asistenciales y administrativos, diseñada para la recopilación y consolidación de información y las acciones implementadas por los coordinadores y líderes de cada proceso para mitigar los riesgos asociados a cada uno de estos, este seguimiento permite identificar el estado actual de los controles y su efectividad, a través de la identificación, evaluación y control de los riesgos inherentes y residuales, para garantizar la seguridad de los pacientes, de los colaboradores y de la infraestructura hospitalaria y propender por el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que presta la institución, asegurando el cumplimiento de la normatividad vigente y los estándares de calidad establecidos que contribuyen al logro de sus objetivos misionales.

RESULTADOS DE LA ACTUALIZACION

Durante el segundo semestre, la oficina de Planeación realizó 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 5 de diciembre de 2020.

Según Planeación, los procesos que entregaron la matriz de riesgos fueron sesenta y ocho (68) procesos 33 Administrativos y 34 asistenciales, **quedando pendientes los procesos de: Pediatría, Aseo, patología, laboratorio clínico, lavandería, urgencias pediatría, hemodinamia**. Igualmente aclaran, que el número de mapas de procesos tanto administrativos como asistenciales es cambiante, toda vez que por la dinámica organizacional del hospital se suprimen algunos procesos de acuerdo a las directrices de la oficina de Planeación y la alta gerencia.

OBJETIVOS PLANTEADOS POR LA OFICINA DE PLANEACIÓN

- Identificar y evaluar los riesgos asociados a cada proceso.

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

- Desarrollar e implementar estrategias para mitigar los riesgos identificados.
- Asegurar el cumplimiento de las normativas y estándares de seguridad.
- Fomentar una cultura de gestión del riesgo en todas las áreas del hospital.

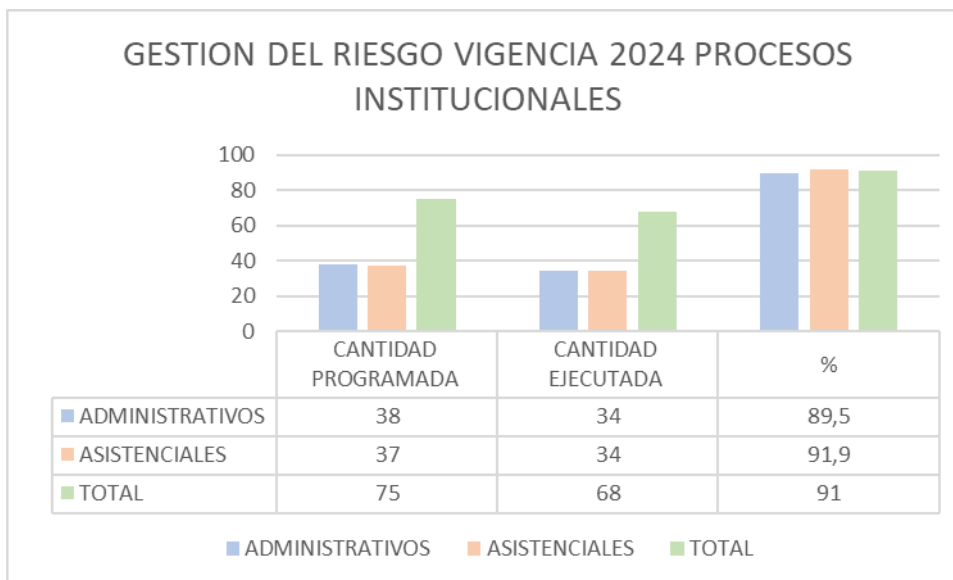
Para la evaluación de los riesgos, utilizaron una matriz que permitió clasificar y priorizar los riesgos según su probabilidad de ocurrencia y su impacto potencial.

Anexan tabla de las evidencias presentadas por cada uno de los procesos y el cumplimiento de sus actividades con su respectivo porcentaje.

IDENTIFICACION DE LOS RIESGOS

En esta tabla: se observan 75 riesgos de gestión, correspondientes a 38 riesgos administrativos y 37 riesgos asistenciales, se establecieron y entregaron 34 administrativos y 34 asistenciales, para un total de 68 riesgos para un avance de cumplimiento del 91% para la vigencia 2024 Segundo semestre.

MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS INSTITUCIONALES	CANTIDAD		
	CANTIDAD PROGRAMADA	CANTIDAD EJECUTADA	%
ADMINISTRATIVOS	38	34	89,5
ASISTENCIALES	37	34	91,9
TOTAL	75	68	91



Esta tabla refleja la "Gestión del Riesgo" para la vigencia de 2024, diferenciando entre procesos administrativos y asistenciales.

ANÁLISIS DETALLADO BASADO EN LOS DATOS PROPORCIONADOS:

1. PROCESOS ADMINISTRATIVOS:

- **Cantidad Programada:** 38 actividades relacionadas con la gestión de riesgo en estos procesos.
- **Cantidad Ejecutada:** 34, de las 38 actividades programadas, lo que significa que el 89.5% de lo programado fue ejecutado.

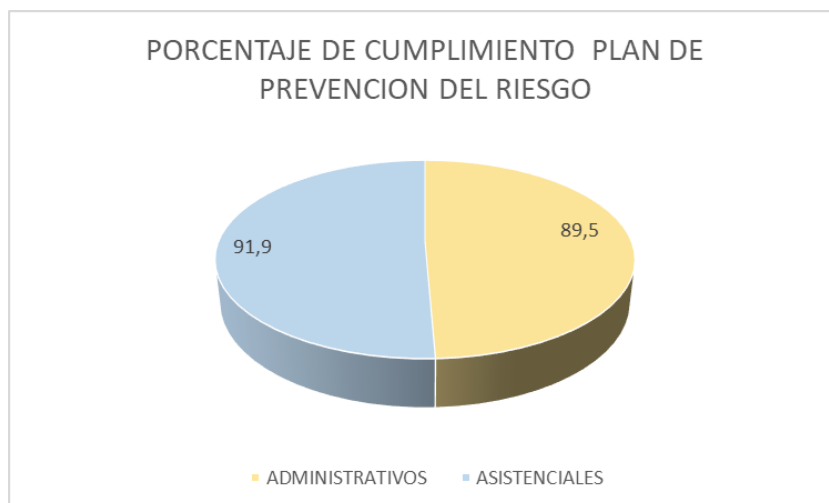
Aunque el porcentaje de ejecución es alto (89.5%), queda una brecha del 10.5% que indica que 4 actividades no fueron realizadas. Es importante analizar las causas que impidieron completar la totalidad de lo programado, ya que puede haber factores estructurales, de personal o financieros que estén afectando la ejecución.

PROCESOS ASISTENCIALES:

- **Cantidad Programada:** 37 actividades.
- **Cantidad Ejecutada:** 34 actividades.
- **Porcentaje de Ejecución:** La ejecución fue ligeramente superior, **alcanzando un 91.9% de cumplimiento.**

En los procesos asistenciales, el nivel de ejecución fue mayor y la brecha fue de 8.1%, sin embargo, debe investigarse qué factores o barreras influyeron en que tres (3) actividades no fueran ejecutadas.

Es de



entregaron)

gran

importancia conocer los factores por los cuales, los siete (07) procesos mencionados, no entregaron la información correspondiente al mapa de riesgos, para de esta manera realizar la planificación y ejecución de las actividades tendientes a corregir los problemas presentados y realizar la gestión de los mapas de riesgos.

Clase de riesgos: En los 75 mapas de los procesos institucionales, se definieron 121 riesgos distribuidos en las clases de riesgos propuestos por la Supersalud como lo muestra la siguiente tabla:

TIPO DE RIESGOS SUPERSALUD	PROCESOS 2024 PRIMER SEMESTRE		TOTAL	%
	ADMINISTRATIVOS	ASISTENCIALES		
OPERACIONAL	62	16	78	64
EN SALUD	1	38	39	32
ACTUARIAL	1	0	1	0,8
DE CREDITO	1	0	1	0,8
LAFT	1	0	1	0,8
REPUTACIONAL	1	0	1	0,8
TOTAL	67	54	121	100%

A 31 de diciembre de 2024 los 121 riesgos fueron objeto de evaluación con las evidencias aportadas o bien de la aplicación de los controles, o de las actividades de mejora cuando aplicaron, lo que equivale al 100% de su seguimiento.

VALORACION DE LOS RIESGOS

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

Cada riesgo identificado fue evaluado permitiéndonos la priorización de los riesgos, con un enfoque en aquellos con alta probabilidad y alto impacto.

La valoración de los riesgos antes de aplicación de los controles (riesgo inherente), y después de la aplicación de los mismos (riesgo residual), arrojó como resultado que los 121 riesgos quedaran distribuidos en el mapa de calor, en las zonas de riesgo que muestra la siguiente gráfica:

ZONAS DE RIESGO INHERENTE

- **Extremo (Rojo):** Representa el riesgo más alto. Cualquier actividad o proceso que se encuentre en esta categoría requiere atención inmediata, ya que podría tener consecuencias catastróficas para el hospital, tanto a nivel operativo como de seguridad del paciente.
- **Alto (Naranja):** Aunque no es tan crítico como el riesgo extremo, sigue siendo una categoría que demanda acción inmediata para mitigar posibles impactos adversos.
- **Moderado (Amarillo):** Los riesgos en esta categoría requieren una gestión activa, pero no necesariamente acciones inmediatas. Sin embargo, es importante monitorizar estos riesgos para evitar que escalen a una categoría superior.
- **Bajo (Verde):** Este nivel indica un riesgo aceptable que probablemente ya está controlado adecuadamente. Sin embargo, es importante mantener medidas preventivas.

ZONA DE RIESGO INHERENTE	R. ADTIVOS.	R.ASISTENCIALES	TOTAL
Extremo	0	0	0
Alto	15	15	30
Moderado	38	32	70
Bajo	14	7	21
TOTAL	67	54	121

ZONA DE RIESGO RESIDUAL	R. ADTIVOS.	R.ASISTENCIALES	TOTAL
Extremo	0	0	0
Alto	0	0	0
Moderado	27	21	48
Bajo	40	33	73
TOTAL	67	54	121

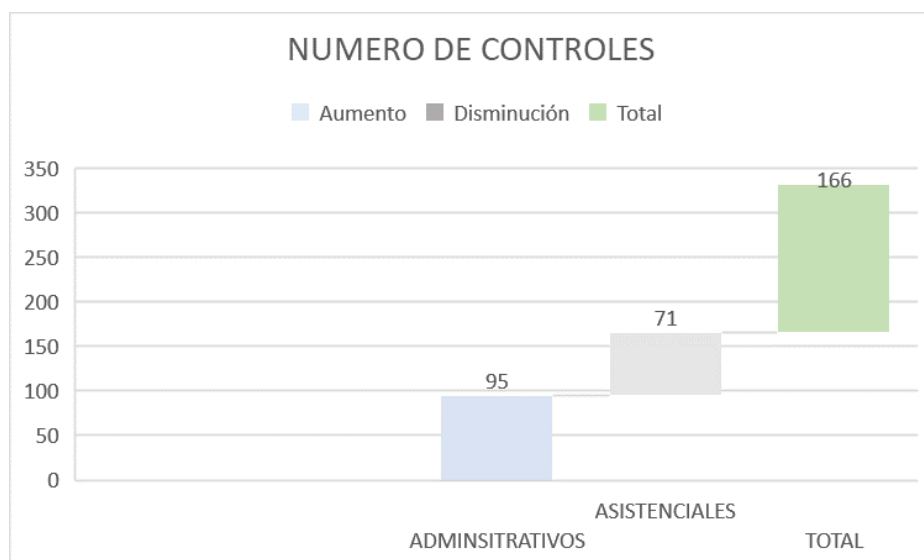
El 30 % y 70% de los riesgos inherentes estaban ubicados en zonas de riesgo alto y moderado respectivamente, pero se espera que, con la solidez de gestión del riesgo basada en un buen diseño y aplicación de controles, se logre al final de la vigencia lo que la matriz

proyecta, desapareciendo los riesgos de zona alta, reubicándose. Para los riesgos residuales el 48% y el 73 % están ubicados en zonas de riesgo moderado y bajo.

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

CONTROLES: Se revisaron y ajustaron los controles existentes adoptando la metodología del DAFP, definiendo 166 controles para los 75 mapas de riesgo como lo muestra la siguiente gráfica:

PROCESOS INSTITUCIONALES	No DE CONTROLES 2024	%
ADMINSITRATIVOS	95	57
ASISTENCIALES	71	43
TOTAL	166	100



Frecuencia de riesgos: La siguiente tabla muestra como fue la frecuencia de los riesgos, en los procesos institucionales en el primer semestre de 2024

FRECUENCIA DE RIESGOS	CANTIDAD	%
Eventos clínicos	31	27,3
Incumplimiento normativo	18	15,5
Perdida de información	6	5,5
Desabastecimiento, vencimiento o daño de insumos	3	2,7
Contaminación (personas, alimentos, agua)	3	2,7
HC incompleta	2	1,8
Falta de equipos	2	1,8
Cierre o suspensión de servicios	1	0,9
Accidentes laborales	1	0,9
Barreras físicas	0	0
Otros	47	40,9
TOTAL	114	100

Causas de los riesgos más frecuentes: Se presenta a continuación la frecuencia de las tres primeras causas de los principales riesgos institucionales:

CAUSAS DE EVENTOS CLINICOS	CANTIDAD	%
Falta adherencia a guías, protocolos y procedimientos institucionales	16	51,6
No apropiación del código de integridad.	8	25,8
Falta de controles en la custodia de los elementos e insumos	2	6,5
Otras	5	16,1
TOTAL	31	100

CAUSAS DE INCUMPLIMIENTO NORMATIVO	CANTIDAD	%
Falta de adherencia a proceso de elaboración de informes	5	27,8
No apropiación del código de integridad.	4	22,2
Falta de oportunidad en generación y entrega de la información	3	16,7
Otras	6	33,3
TOTAL	18	100

La causa más frecuente por la cual se pueden materializar los riesgos, es la falta de

CAUSAS DE PERDIDA DE INFORMACION	CANTIDAD	%
Falta de adherencia a procesos administrativos	3	50
Daño u obsolescencia de hardware, software y redes	3	50
Otras	0	0
TOTAL	6	100

adherencia a guías, protocolos, procesos y procedimientos según aplique, tanto en el área administrativa como en el área asistencial. La segunda causa más común, es la “No apropiación del código de integridad”.

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.

ACCIONES DE MITIGACIÓN

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.

CONCLUSIONES

- De los 75 riesgos identificados (38 administrativos y 37 asistenciales), 68 fueron abordados, lo que representa un cumplimiento general del 91%. Esto es un avance significativo, pero aún existe una brecha del 9% (**7 procesos no completados**), que deberá ser gestionada en los siguientes periodos para asegurar la cobertura completa.
- Se debe realizar un plan de mejora a algunos procesos críticos, como pediatría, aseo si no presentaron su matriz de riesgos, lo que podría representar un riesgo elevado si no se gestionan adecuadamente estos riesgos en este año.
- Los riesgos fueron identificados y clasificados según su probabilidad e impacto, aplicando una metodología estandarizada del DAFP. El hecho de que todos los riesgos hayan sido objeto de evaluación (100% seguimiento) demuestra un fuerte compromiso con la administración del riesgo.
- La evaluación de los riesgos inherentes situó el 30% en zonas de riesgo alto y el 70% en riesgo moderado. Es relevante que, tras aplicar los controles, el 48% de los riesgos residuales se ubicaron en la zona moderada y el 73% en la zona baja. Esto demuestra que los controles han sido efectivos, pero aún se debe priorizar la mitigación de aquellos en la zona alta.

- **Falta de Adherencia a Protocolos:** La causa más común de los riesgos en los procesos es la falta de adherencia a guías, protocolos y procedimientos. Esto señala una debilidad en la implementación de buenas prácticas y en la cultura organizacional del cumplimiento.

RECOMENDACIONES

- Mantener actualizado guías, protocolos, procesos y procedimientos tanto administrativos como asistenciales.
- Aplicar sistemáticamente las herramientas definidas para evaluar la adherencia a guías, protocolos y procedimientos a todo el talento humano institucional independiente de su modo de vinculación y de sus actividades administrativas y/o asistenciales.
- Socializar los mapas de riesgo por lo menos dos veces al año en cada proceso a cargo de sus respectivos coordinadores para la prevención y mitigación de los riesgos.
- Continuar con la educación y capacitación del personal en gestión del riesgo.
- Fortalecer la cultura organizacional enfocada en Mantener una revisión constante de los procesos y la matriz de riesgos para adaptarse a cambios y nuevos desafíos.
- Realizar planes de mejora para los procesos que no presentaron riesgos
- **Nota:** la oficina de planeación y el área de gestión del riesgo resaltan, que según las oportunidades establecidas en la auditoría realizada por ICONTEC y dentro de la estructura metodológica del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo (Matriz o mapa de Riesgos), han dado respuesta a la oportunidad de mejora, realizando capacitación con cada coordinador asistencial, se realizó la matriz de riesgos clínicos, que se implementó en los 36 servicios asistenciales para el levantamiento, seguimiento de los riesgos clínicos, en el segundo semestre 2024.

Cordialmente,



VÍCTOR FABIO GÓMEZ FRANCO
ASESOR OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ ESE POPAYÁN

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