

107

POPAYAN 13 DE AGOSTO DE 2024

**DOCTOR
JUAN CARLOS ARTEAGA CIFUENTES
GERENTE
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ ESE POPAYÁN**

Cordial saludo

Asunto: INFORME DE RIESGOS POR PROCESOS PRIMER 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 primer semestre 2024, con base en el análisis 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

La oficina de planeación priorizo en todos los niveles los riesgos, causas y consecuencias, así como en la correcta elaboración de controles utilizando para ella la metodología propuesta por el DAFP.

Durante el segundo trimestre se 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 "Gula para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Publica" versión 5 de diciembre de 2020.

A la fecha los procesos que entregaron matriz de riesgos fueron 72 procesos de los cuales fueron: 36 Administrativos y 36 asistenciales. Quedando pendientes los procesos de: Pediatría, aseo, contabilidad. Igualmente Se aclara que el número de mapas de procesos tanto administrativo como asistencial 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.
- 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.

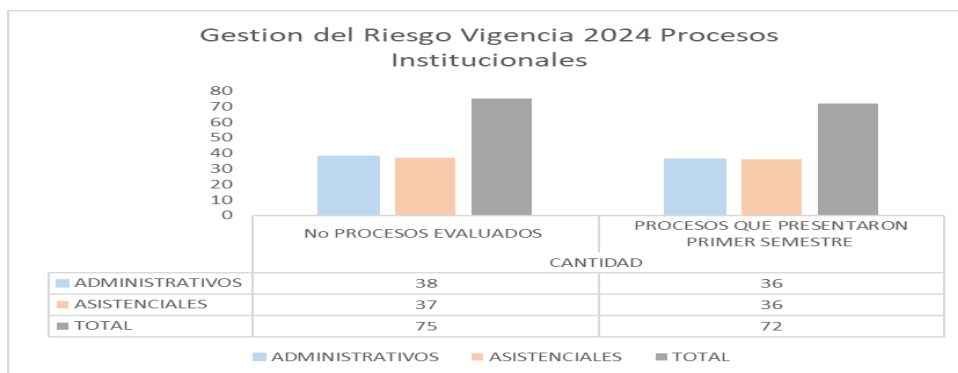
Para la evaluación de los riesgos, utilizaron una matriz que permitió clasificar y priorizar los riesgos según su probabilidad de ocurrencia y su impacto potencial.

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 36 administrativos y 36 asistenciales, para un total de 72 riesgos para un avance de cumplimiento del 96% para el primer semestre de la vigencia 2024 Segundo semestre.

MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS INSTITUCIONALES	CANTIDAD		
	No PROCESOS EVALUADOS	PROCESOS QUE PRESENTARON PRIMER SEMESTRE	%
ADMINISTRATIVOS	38	36	95
ASISTENCIALES	37	36	97
TOTAL	75	72	96



Para el semestre de enero a junio 2024, se evaluaron 75 mapas de riesgo el cual se presentaron 72 mapas objeto de evaluación, lo que equivale al **96%** de su seguimiento para el primer semestre.

ANÁLISIS DETALLADO BASADO EN LOS DATOS PROPORCIONADOS:

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.

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

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

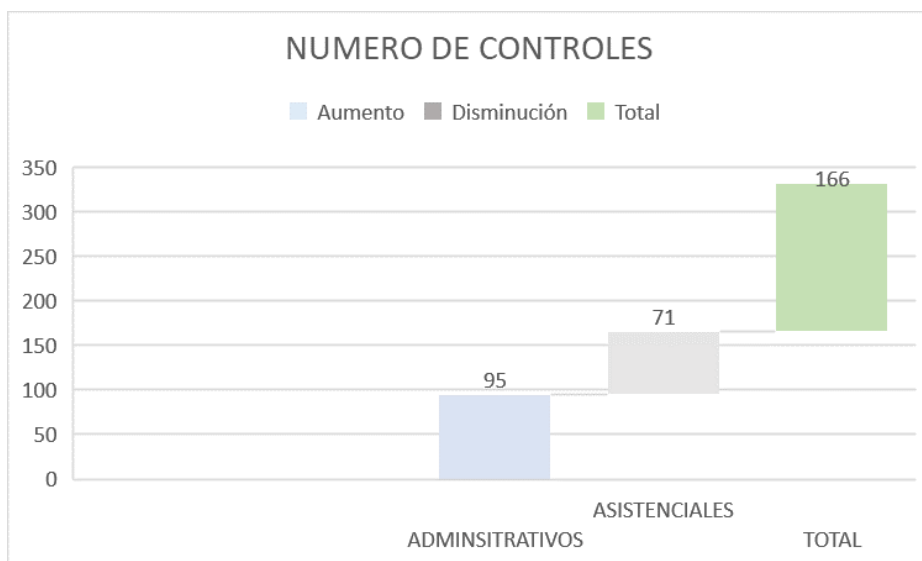
ZONA DE RIESGO RESIDUAL	R. ADTIVOS.	R.ASISTENCIALES	TOTAL
Extremo	0	0	0
Alto	0	0	0
Moderado	27	21	48
Bajo	40	33	73
TOTAL	67	54	121

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 es la frecuencia de los riesgos en los procesos institucionales en el primer semestre 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

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

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

- ✓ El Hospital Universitario San José ha demostrado un compromiso sólido con la gestión del riesgo, logrando la evaluación y mitigación efectiva de los riesgos asociados a 72 procesos. Continuaremos mejorando nuestras prácticas y estrategias para asegurar un entorno seguro y eficiente para todos.
- ✓ En los 72 mapas de los procesos institucionales, se definieron 121 riesgos.
- ✓ Los riesgos operativos y de salud ocupan el 96% de los casos, apenas lógico porque obedecen a las actuaciones propias de la misión institucional.

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

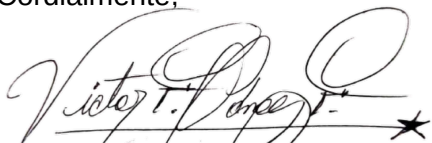
www.hospitalsanjose.gov.co

- ✓ Se revisaron y ajustaron los controles existentes adoptando la metodología del DAFP, definiendo 166 controles para los 72 mapas de riesgo.
- ✓ Los riesgos residuales se ubican el 48% en zona moderada y el 73% en zona de riesgo bajo.
- ✓ Los riesgos inherentes se ubican el 30% en zona alta el 70% en moderado y el 21% en zona de riesgo bajo.
- ✓ Es la “posibilidad que se presenten eventos clínicos” el riesgo con mayor frecuencia con un 27% muy propio de las instituciones de salud, seguido del incumplimiento normativo con un 15.5% y en tercer lugar la “pérdida de información” con un 5.5

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.

Cordialmente,



VICTOR FABIO GÓMEZ FRANCO
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ ESE POPAYÁN