FECHA:	12/07/2024
ACTIVIDAD:	Informe de Cierre Riesgos Institucionales 2023
PROCESO VINCULADO:	Macroproceso Evaluación, Control y Seguimiento -Seguimiento a Riesgos – Gestión y Administración de Riesgos
RESPONSABLE:	Control Interno - Planeación
OBJETIVO:	Implementación y el fortalecimiento del sistema de control de los riesgos documentada y aplicada como línea de defensa para la efectividad en los controles y planes de mejora.

CONTENIDO DEL INFORME:

Introducción:

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua, presenta seguimiento al cumplimiento de los controles a las actividades realizadas y ejecutadas por los lideres de las áreas quienes son la primera línea de defensa y que relacionan los diferentes riesgos mediante una matriz donde se relacionan cada uno de ellos tomando como referente el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG con la finalidad de identificar y evaluar los cambios que podrían tener un impacto significativo en la institución e implementar los planes de mejora.

Objetivo:

Verificar el reporte al seguimiento del Mapa de Riesgos de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua, evaluando la efectividad de los controles conforme a las recomendaciones y planes de mejora para optimizar la metodología utilizada.

Alcance:

Evaluar los resultados de la medición del riesgo, para determinar la calidad de los controles definidos y verificar las acciones de mejora, proponer ajustes, observaciones, y las recomendaciones necesarias.

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

Metodología:

Una vez identificados los riesgos de la matriz de riesgo institucional 2023 de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua, por cada uno de los procesos se solicita a los diferentes lideres de área el diligenciamiento de los mapas de riesgos por procesos de gestión administrativos y asistenciales cuyo nivel de riesgo este identificado de la siguiente manera: Riesgo, Causa del riesgo, Efecto del riesgo, Existen controles, Descripción del control, Severidad, Frecuencia, Detención, Nivel de Criticidad y Acciones preventivas o de mejora.

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL E.S.E HDSAP 2023

E.S.E.Hospital Departamental San Antonio de Padua LA PLATA	FORMATO MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONALES 2023	FECHA: 31/05/2023
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: CONTROL INTERNO	CÓDIGO: MECS-SR-AR-F-013 VERSIÓN: 02 PÁGINA No: 1 DE 1

PROCESO: _____ SUBPROCESO: _____

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN CONTROLES		DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEVERIDAD		FRECUENCIA		DETENCIÓN		NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA
				SI	NO									
CONTRATACIÓN														
1	Estudios Previos mal elaborados	La necesidad del servicios no es específica	Incumplimiento al Estatuto y Manual de Contratación	x		Revisión por parte del área que crea la necesidad	Menor	2	Posible	3	Mejorable	4	24	1. Fortalecer el flujo de información y comunicación. 2. Seguir los lineamientos establecidos en el Manual de Contratación
2	No identificación de la clase del proceso	no claridad en la descripción del objeto a contratar	contratación errónea	x		lineamiento establecidos en el manual de contratación	Menor	2	Posible	3	Mejorable	4	24	Seguir estrictamente los lineamientos de la contratación acorde al objeto a contratar según la necesidad del servicio

DOCUMENTO CONTROLADO

3	Documentación Incompleta	Demora del contratista para allegar la documentación requerida	Demora en la elaboración del Contrato y por ende en su ejecución	x		Establecer fechas para la entrega de la Documentación	Mayor	4	Probable	4	Mejorable	4	64	Cumplir con el cronograma establecido para la entrega de la documentación requerida
4	No firma del Contrato	Disposición del Contratista	No suplir la necesidad requerida	x		Fechas para firma	Menor	2	Improbable	2	Mejorable	4	16	Cumplir con los términos establecidos en el Contrato
5	No legalización del Contrato	Demora en la legalización, es decir, expedición de Pólizas y pago de Impuestos	Demora en el inicio de la ejecución	x		Términos de legalización	Moderado	3	Posible	3	Mejorable	4	36	Cumplir con los términos establecidos en el Contrato
6	No ejecución del contrato y no logro del objeto contractual	Incumplimiento por parte del Contratista	No suplir la necesidad del servicio y/o suministro contratado	x		1. Requerimiento por parte de la Supervisión 2. Liquidación Unilateral del Contrato 3. Hacer efectiva Pólizas con la Aseguradora	Menor	2	Improbable	2	Mejorable	4	16	Seguimiento en la Ejecución por parte de la Supervisión
7	Rompimiento del Equilibrio Económico	Incumplimiento por parte del Contratista en la ejecución	No suplir la necesidad del servicio y/o suministro contratado	x		Supervisión	Mayor	4	Raro	1	Correcta	5	20	Seguimiento en la Ejecución por parte de la Supervisión
8	No Liquidación del contrato	Incumplimiento por parte del Contratista en la ejecución	No suplir la necesidad del servicio y/o suministro contratado	x		Supervisión	Mayor	4	Raro	1	Correcta	5	20	Seguimiento en la Ejecución por parte de la Supervisión
JURIDICO														
1	Riesgo ambiental	1. Incumplimiento normativo 2. Desatención recomendaciones 3. Malas Practicas	Sanciones administrativas y de tipo económico	x		Asignación de personal a cargo de control y vigilancia	Moderado	3	Probable	3	Mejorable	4	36	1. Asignación de recursos para las actividades 2. Actualización PGIRASA y Política Ambiental
2	Riesgos Contractual	1. Incumplimiento normativo 2. Malas Prácticas 3. Falta de supervisión	Sanciones administrativas, fiscales, disciplinarias y penales	x		Asignación de personal a cargo de control y vigilancia	Menor	2	Improbable	2	Correcta	5	20	1. Modernización de Plataformas tecnológicas. 2. Capacitación permanente 3. Priorización de Necesidades

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

3	Riesgo de la Prestación del Servicio	1. Incumplimiento normativo 3. Malas Prácticas 3. Falta de supervisión	Sanciones de carácter económico y administrativo	x		Asignación de personal a cargo de control y vigilancia	Moderado	3	Posible	3	Correcta	5	45	1. Capacitación permanente 2. Mejora continua en la oportunidad e integralidad de los servicios.
4	Riesgo Administrativo	1. Incumplimiento normativo 2. Desatención recomendaciones 3. Malas Prácticas 4. Falta de autocontrol	Sanciones administrativas, fiscales, disciplinarias y penales	x		Asignación de personal a cargo de control y vigilancia	Mayor	4	Posible	3	Correcta	5	60	1.Mejora continua de procesos y procedimientos. 2. Cumplimiento recomendaciones entidades del sector y órganos de control. 3. Capacitación permanente
5	Riesgo Derivado Prevención del Daño Antijuridico	1. Desatención de recomendaciones 2. Incumplimiento de procedimiento administrativos y Judiciales	Sanciones Económico	x		Asignación de personal a cargo de control y vigilancia	Moderado	3	Posible	3	Correcta	5	45	1. Mejora continua en el proceso de defensa y representación administrativa y judicial de la entidad. 2. Implementación recomendaciones agencia nacional de defensa jurídica del Estado.
PLANEACIÓN														
1	No entrega de la información en las fechas estipuladas para la creación de Informes y cargue en las plataformas de Supersalud, SIHO, PISIS, ITA	No cumplimiento del cronograma de Matriz de entrega de Informes Institucional	Incumplimiento en los reportes a los entes de control y sanciones	x		Requerimiento por parte del supervisor del contrato Circular Control Interno Asignación del cronograma de presentación de informes iniciando el año	Importante	4	Muy Probable	5	Mejorable	4	80	Seguimiento en la entrega de la información y reporte oportuno ante Gerencia del personal que no está cumpliendo con la entrega a tiempo de los informes

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

2	No asignar los recursos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales	No Asignación de recursos de acuerdo al diagnóstico de necesidades	Baja calificación en el índice de desempeño institucional en cada vigencias según lo reportado en el FURAG	x		Socialización de las necesidades en los comités de Gestión y Desempeño para su aprobación y destinación de recursos	Importante	4	Muy Probable	5	Mejorable	4	80	Fortalecer la solicitud oportuna de los recursos, por parte de los diferentes procesos, de acuerdo a una planeación adecuada
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA														
1	Inoportunidad en el traslado de pacientes	Falta de oportunidad en la contratación del personal Falta de planeación previa en referencia al traslado por parte del servicio receptor Inadecuada pertinencia y priorización en el direccionamiento del traslado Falta de mantenimiento preventivo de las ambulancias Inadecuada gestión en la renovación de los vehículos	Deterioro en la salud del paciente Incremento en la morbi-mortalidad del usuario. Incremento del promedio día estancia con disminución de giro cama. Incremento de Eventos Adversos. Insatisfacción del Usuario Sanciones, investigaciones y demandas Afectación de la imagen Institucional	X		Manual de referencia y contrarreferencia Contrato con taller mecánico para correctivos	Importante	4	Muy Probable	5	Mejorable	4	80	Planear, ejecutar y verificar el cumplimiento anual de mantenimiento preventivo de los vehículos.
2	Deficiencia en los sistemas de comunicación de emergencia.	Sistema de comunicación de emergencia con fallas y/o obsoleto. No se cuenta con un plan de mantenimiento de las redes de emergencia.	En situaciones en las que fallan las redes de internet y telefonía celular no se cuenta con red de comunicaciones.	X		Compra de Nuevos equipos	Importante	4	Posible	3	correcta	5	60	Proyectar con área financiera la adquisición de un nuevo sistema de comunicación de emergencias.
3	Corrupción. Robo o pérdida de equipos (biomédica , insumos, prendas hospitalarias y otros).	No contar con medidas internas de seguridad. Falta de compromiso de los empleados de la institución en el cumplimiento de las recomendaciones de seguridad. Mantener el inventario de los equipos, insumos y predas hospitalarias desactualizado.	Detrimento patrimonial Falta de equipos e insumos para el traslado de pacientes	X		Inventario de ambulancias. Asignación de responsable a cada vehículo	Importante	4	Posible	3	Regular	3	36	Mayor seguimiento a los inventarios de los vehículos

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS														
1	Falta Concurrente	1. Resolver consultas médicas y administrativas de auditoría médica y de otras áreas de la clínica. Recoger información sobre las atenciones médicas registradas en las historias clínicas, informes médicos..	Efecto financiero		X	valoración de historias clínicas con primer control en facturación. Segundo control en coord. Medica	Mayor	4	Probable	4	Alta	4	64	No se cuenta con auditor concurrente para Resolver consultas médicas y administrativas de auditoría médica y de otras áreas de la clínica. Recoger información sobre las atenciones médicas registradas en las historias clínicas, informes médicos.
2	Solicitud de Paraclínicos no pertinentes	1. Inducción deficiente al personal nuevo (médicos) 2. Historia clínica con información insuficiente que no permite justificar la atención.	Efecto financiero		X	protocolos, guías, manuales	Mayor	4	Probable	4	Alta	4	64	1. Plan de inducción y reinducción a todo el personal 2. socialización de motivos de glosas y devoluciones. 3. protocolos y guías por especialidad 4. ajustar contratos a necesidades institucionales
3	Atención ambulatoria sin soporte clínicos suficientes	1. Inducción deficiente al personal asistencial (médicos) 2. No hay ajuste correcto en los contratos de prestación de servicios. 3. falta descripción de procedimientos realizados por la especialidad	Efecto financiero		X	Protocolos de atención, contratos de prestación de servicios	Mayor	4	Probable	4	Deficiente	2	32	1. Plan de inducción y reinducción a todo el personal 2. socialización de motivos de glosas y devoluciones. 3. protocolos y guías por especialidad 4. ajustar contratos a necesidades institucionales
4	Falta lineamiento o política institucional para identificar pólizas de vehículos prestadas	Socialización de lineamiento o políticas institucionales para identificar pólizas de vehículos prestadas	Efecto financiero	x		Secretaria de tránsito no colabora en el tema	Adverso	5	Casi Seguro	5	Muy deficiente	4	100	Socializar lineamientos o políticas institucionales para identificar pólizas de vehículos prestadas
5	Falta actualización y correcto deligencionamiento de furips	1. Inducción deficiente al personal de facturación. 2. Furips no los actualizan.	Efecto financiero	x		Facturadores, admisioncitas y coordinación	Mayor	4	Probable	4	Alta	4	64	1. Inducción deficiente al personal de facturación. 2. Furips no los actualizan

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

6	Gran rotación de personal en facturación por falta de incentivos	1. Inducción deficiente al personal de facturación	Efecto financiero	x		Facturadores, admisioncitas y coordinación	Mayor	4	Probable	4	Alta	4	64	Inducción eficiente al personal de facturación y acordar un incentivo para que no se presenten estos inconvenientes
AMBIENTE FISICO														
1	Débil gestión en la ejecución de los planes de mantenimiento de infraestructura	1. Dificultad en el mantenimiento de algunas áreas por la humedad que existe en el todo el hospital. 2. Limitación de recursos 3. Insuficiente personal para cubrir el 100% de las actividades de mantenimiento necesarias	1. Retraso en el cronograma de las actividades establecidas en el plan de Mantenimiento 2. Insatisfacción del cliente interno y externo 3. Deterioro de la infraestructura	x		Cumplimiento Mensual del cronograma de mantenimiento y reporte cada tres meses a la Secretaria de Salud Departamental de la ejecución	Mayor	4	Casi Seguro	5	Mejorable	4	80	1. Disponibilidad de herramientas, suministros y materiales. 2. Cumplimiento al plan de mantenimiento. 3. Contar con el personal idóneo para la ejecución del plan de mantenimiento.
2	Fuga de pacientes	1. Los múltiples accesos en el hospital permiten el ingreso y salida de los pacientes 2. debilidad en el esquema de seguridad 3. perfil de los usuarios	1. Perdida de recursos financieros. 2. Posibles demandas, eventos adversos.	x		Mayor Seguridad Adherencia Protocolo Fuga de Pacientes	Moderado	3	Probable	4	Mejorable	4	48	1.Identificar las áreas de fácil acceso 2. Actualizar y socializar el plan de emergencia, incluyendo el manejo de pacientes en caso de evacuación.
3	Perdida y daño de activo	1. No documentación de los traslados y/o bajas de equipos. 2. No hay oportunidad en el mantenimiento correctivo por falta de un stock que ocasiona demora en la respuesta 3. Falta de capacitación al personal sobre manejo de equipos. 4.Falta de seguridad y custodia de los equipos.	1. Detrimento patrimonial. 2.Sobrecostos. 3. Fallas en la prestación del servicio. 4. Insatisfacción del cliente interno y externo.	x		Inventario actualizado, ejecución del cronograma	Mayor	4	Posible	3	Regular	3	36	1. Actualización Manual de activos fijos y procedimientos 2. Cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos y de infraestructura 3. Ejecución del plan de mantenimiento.

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

		5. Robos de los equipos. 6. Fallas en el fluido eléctrico												
4	Perdida de equipos, herramientas y materiales	1. Detrimento patrimonial	Descuido en la custodia de los elementos, Falta de adherencia a los principios y valores éticos.	x		Inventario valorizado por áreas	Mayor	4	Posible	3	Mejorable	4	48	La institución cuenta con un sistema de vigilancia por medio de cámaras y personal el cual revisa los elementos que ingresan y salen del hospital. Inventarios de todas los equipos y herramientas de mantenimiento
5	No atender las solicitudes oportunamente de mantenimiento correctivo de carácter prioritario	No presentar oportunidad de respuesta	No contestar el celular, no poder llegar a tiempo para atender el requerimiento, disponibilidad del operario. Se puede generar un evento en el que se ponga en riesgo la vida de los clientes externos e internos, del mismo modo	x		Reuniones semanales de socialización actividades a realizar según cronograma	Mayor	4	Posible	3	Muy deficiente	5	60	Formato de solicitud de mantenimientos, comunicación vía telefónica y correo electrónico. Reunión semanal para revisar el cronograma de mantenimiento Estar atento a los medios electrónicos para la comunicación asertiva (Correos, llamadas telefónica y WhatsApp)
CENTRAL DE ESTERILIZACION														
1	Quemaduras eléctricas	Autoclave desconfigurado	Secuelas de quemaduras	x		Control diario por los biomédicos, extintor vigente ,mantenimiento preventivo de autoclaves.	Grave	5	RARO	1	Alta	2	10	Desfogue frecuente, control diario por parte de biomédicos, vigilancia diaria por parte de enfermería.

DOCUMENTO

2	Quemaduras en piel por contacto o por vapor	No adherencia manual de manejo del equipo y la no utilización de epp	Secuelas de quemaduras	x		Uso de EPP	Grave	5	Probable	4	Alta	2	40	1.) Utilización de elementos de protección. 2.) Permitir enfriamiento de los equipos para realizar nueva carga 3. Permitir salida de vapor del autoclave paulatinamente ubicándose a un lado de la puerta, mantenimientos periódicos cada mes
3	Riesgo de lesiones de piel	Lesiones por exposición a soluciones u equipos corto pulsantes	Edemas, heridas abierta	x		Uso de EPP	Grave	5	Probable	4	Regular	3	60	Capacitaciones en uso adecuado de EPP y manejo de equipos
4	Contaminación auditiva	Funcionamiento continuo delos equipo	Perdida de la audición, stres, distracción	x		Solicitud de los epp (auditivos)	Grave	5	Siempre	5	Alta	5	125	Dotación equipos auditivos
5	Puesto de trabajo	Falta de equipos ergonómicos (sillas, escalapie, mesas con alturas recomendadas) y cargas pesadas	Lumbalgia, dolor en articulaciones de hombro ,manos y codos y aparición de varices, alergia respiratoria	x		Incumpliendo de un estudio del sitio de trabajo, manipulación de equipos pesados(ortopedia), exposición al partículas de algodón y gasas.	Grave	5	Siempre	5	Alta	5	125	Dotación de muebles adecuados para el trabajo (silla, mesas, corta y gasas) y mejoramiento en postura para traslado de equipos pesados, y/o pausas activas.
6	Contagio	Riesgo biológico	Infección, micosis, enfermedad inmunosuprimida	x		Uso de los epp y adherencia a los protocolos institucionales para manejo de fluidos corporales	Grave	5	Siempre	5	Alta	5	125	Socialización de manejo de instrumental con contacto de fluidos de acuerdo al protocolo(vih-hb-hc sifilis-covid 19) y uso de epp.
7	Que el material no cumpla con los requisitos para su uso	El empaquetado no cumpla con las normas No adherencia al protocolo de esterilización No se tengan los indicadores biológicos y químicos	Material no esterilizado	x		Adquisición de indicadores biológicos y químicos	Adverso	5	Posible	3	Correcta	5	75	Capacitación y evaluación del personal
FACTURACION														

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

1	Acuerdo de voluntades firmado con las EPS oportunamente	No hay un proceso definido para la oportuna elaboración de los acuerdo de voluntades	Facturación errónea	x			Adverso	5	Casi Seguro	5	Correcta	5	125	Que el equipo de contratación de la institución implemente estrategias para la mejora del riesgo
2	Clasificación errónea al ingreso del paciente	No utilizar las diferentes herramientas que le brinda la institución (Adres, BD, Afiliación de oficio etc.)	Devoluciones y recobros	x			Adverso	5	Casi Seguro	5	Mejorable	4	100	Realizar capacitación y acompañamiento a los facturadores, buscando que se realice una buena verificación de derechos, esto para la mejora del riesgo
3	No radicación de la facturación dentro de los plazos estipulados por ley	Radicaciones extemporáneas	Afecta el flujo de caja de la institución	x			Adverso	5	Casi Seguro	5	Mejorable	4	100	Revisión permanente de lo facturado vs lo radicado
FARMACIA														
1	Error en la dispensación, almacenamiento y recepción de los medicamentos, insumos y dispositivos médicos	1. No contar con un protocolo donde se encuentre descrito los distintos procesos del servicio farmacéutico. 2. Que se realicen las actividades de manera rápida y sin concentración del personal. 3. No realizar capacitaciones al personal. 4. Que no se cuenten con ayudas visuales como por ejemplo la semaforización y clasificación por colores	1. Que el personal auxiliar o regente de farmacia ingrese al servicio farmacéutico sin realizar la lectura de nuestros Manual de Gestión Farmacéutica	x		El personal de farmacia siempre que realiza entrega de medicamentos al personal asistencial solicita que por favor realice verificación de lo entregado, lo que se conoce como filtro de seguridad.	Menor	2	Posible	3	Mejorable	4	24	El personal de farmacia cuenta con actividades asignadas y a su vez realizan entrega de informes notificando lo realizado. El personal camillero quienes son los responsables de la entrega de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos a los distintos servicios reciben verifican y quien les reciban a ellos están en la obligación de recibirlos está totalmente prohibido dejarlos en los servicios sin que se haya recibido ya sea por el jefe o por un auxiliar de enfermería. Cada mes en el inventario general se

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

														verifican fechas de vencimiento y se van semaforizando, dependiendo de su fecha
HOSPITALIZACION														
1	Evento adverso	Infecciones asociadas al cuidado de la salud : FLEBITIS	Prolongar la estancia hospitalaria del paciente por infección asociada a la atención en salud	x		Prolongar la estancia hospitalaria del paciente por infección asociada a la atención en salud.	Adverso	5	Casi Seguro	5	Mejorable	4	100	Informe mensual sobre la aplicación de las listas de chequeo de "Canalización de Vena", realizado por la coordinadora de enfermería del servicio y entregado para socializar en el comité de seguridad del paciente para realizar el respectivo plan de mejora
2	Evento adverso o incidente	Error en la administración de medicamentos	Desconocimiento por parte de auxiliar de enfermería de los correctos a la ahora de administrar medicamentos La no adherencia de los 10 correctos	x		Medición de la adherencia a los diez correctos mediante la aplicación de las listas de chequeo y administración segura de medicamentos. Identificación de los oportunidades de mejora priorizadas	Mayor	4	Probable	4	Mejorable	4	64	Evaluar por parte del jefe de enfermería de turno la aplicación de los correctos a la hora de administrar medicamentos Capacitar continuamente al personal sobre los correctos a la hora de administrar medicamentos.
3	Desarrollo de ulceras por presión	Pacientes postrados en cama, adulto mayor sin acompañante	Desarrollo de ulceras por presión durante el proceso de hospitalización	x		Medición de adherencia a la prevención de ulceras por presión a través de listas de chequeo aplicadas de forma aleatoria. Aplicación de la escala de valoración de riesgo de ulceras por presión y educación a la familia sobre los cuidados a desarrollar durante el proceso de hospitalización.	Mayor	4	Probable	4	Mejorable	4	64	Aplicación de la lista de chequeo de ulceras por presión

DOCUMENTO CONTROLADO

4	Evento adverso o incidente	Riesgo de Caída de Paciente por obsolescencia en la cama, sistemas de barandas disfuncionales	Complicaciones adicionales en la salud y prolongación en la estancia hospitalaria	x		Renovación de camas y/o mantenimiento preventivo	Mayor	4	Probable	4	Mejorable	4	64	Renovación de las camas, según la necesidad generada por el servicio. Gestión administrativa para su adquisición
HUMANIZACION														
1	Paciente con riesgos de cambio comportamental, derivado de esto (el retiro voluntario), y se convierte en un reingreso.	1. el usuario presenta cambios de comportamiento, (ansiedad, depresión) por la demora en la atención del servicio. 2. Queja de los usuarios por esperas prologadas en el servicio. 3. Riesgo de Vulneración de derechos de los pacientes.	1. Paciente quien presenta inconformidad del servicio instaura un PQR. 2. Paciente quien presenta alteración de su estado emocional debido a la demora en el servicio	x		se realizan rondas diarias con el fin de detectar aspectos negativos en el servicio.	MAYOR	4	CASI SEGURO	5	Correcta	5	100	1. Orientar y brindar acompañamiento al usuario con el fin de estabilizar su estado emocional. 2. Pasar reporte al jefe del servicio informando la demora o falla en el servicio.
2	Riesgo de incidentes por violencia contra el personal institucional	1. pacientes en estado de alteración quienes agreden verbalmente al personal de salud	1.Agresion psicológica, emocional que puede llegar a agresión física	x		Seguir protocolo y acompañamiento	Adverso	5	Casi Seguro	5	Correcta	5	125	1. Terminar la revisión, ajustes, socialización e implementación
3	Paciente con riesgo de atención	1. Actitud del personal asistencial (no brindan información, respuestas inapropiadas, mala comunicación	1.Rechazo al manejo del tratamiento quejas o posibles demandas	x		Capacitaciones y socialización del decálogo del buen trato con su respectiva evaluación	Adverso	5	Casi Seguro	5	Correcta	5	125	1.Socializacion del decálogo del buen trato. 2. Campaña saluda, presentate e informa
IAMII														
1	Adherencia a los lineamientos IAMII	Continuar fortaleciendo el plan de capacitación de los colaboradores y usuarios	Impedir una atención integral	x			Mayor	4	Probable	4	Mejorable	4	64	1. Con la educación y capacitación permanente en la política IAMII 2. Evaluación de adherencia a la política
2	Garantizar el primer control post parto y del recién nacido en los primeros 7 días	Contratación con todas las EAPB sin necesidad de ser obligatorio cumplimiento la autorización	Prolongar el tiempo de atención para mitigar riesgo en el recién nacido y madres post parto	x			Moderado	3	Probable	4	Regular	3	36	Articulación con las EAPB

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

SIAU														
1	Las EPAB no educan ni apoyan al usuario en cuanto a los documentos que deben presentar en la Ese Hospital a la hora de asistir a las citas	Desconocimiento y retrasos en los proceso para asignación e citas para los usuarios, generando pérdida de tiempo y costos	Retraso en la asignación de citas y la agenda, como también pqrs	x		Articulación con las EAPB en educación a los usuarios	Mayor	4	Probable	4	Mejorable	4	64	Capacitaciones, folletos y guías para la atención oportuna a los usuarios
2	Inconformidades con la demora y oportunidad en la atención	Sobre agendamiento de las citas, no cumplimiento de las citas por parte de los usuarios y no cumplir los horarios establecidos para su atención	PQRS generados por la demora en atención y asignación de citas	x		Agendas disponibles, información clara para los usuarios, educación continua en redes sociales y folletos informativos	Moderado	3	Probable	4	Regular	3	36	Apoyo en Mercadeo para las ayudas audiovisuales y publicaciones
3	Las EAPB direccional a los usuarios sin autorizaciones y sin convenio y sin especificar para que entidad están direccionados	Contratiempos para los usuarios (tiempo, dinero, transporte) innecesario por falta de información clara por parte de las ESPB, generando traumatismos y aglomeraciones en la oficina de atención al usuario	Agresiones verbales pqrs	x		Educación continua por parte de la EAPB y la E.S.E	Moderado	3	Probable	4	Regular	3	36	Capacitaciones y socialización de los procesos para autorización y prestación de servicios en el hospital a los usuarios
4	Especificar funciones a la oficina SIAU de acuerdo a las políticas de atención al usuario	Definir roles en la oficina, mediante la socialización en el comité SIAU, según el objeto del contrato de cada colaborador	Perdida de trabajo en equipo y retrasos en los proceso e indicadores	x		Trabajo en equipo	Mayor	4	Probable	4	Mejorable	4	64	Definir roles
5	Articular trabajo en equipo desde el área de recepción, facturación, central de autorizaciones y SIAU	Definir protocolo para el direccionamiento eficiente de los usuarios y articular con las áreas inmersas en la gestión el proceso a seguir dependiendo la necesidad del usuario o familiar	Desorientación al usuario	x		Trabajo en equipo	Moderado	3	Probable	4	Regular	3	36	Trabajo en equipo
SISTEMAS														

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

1	Establecer las acciones que se ejecutaran ante un incendio a fin de minimizar el tiempo de interrupción de las operaciones de la institución sin exponer la seguridad de las personas.	1.No contar con los extintores adecuados y debidamente cargados. 2. No tener un debido mantenimiento de las redes eléctricas.	Daños en los equipos tecnológicos de la E.S.E Sanciones legales por perdida de información importante.	x		Seguimiento al cronograma de recarga de los extintores y contar con un extintor adicional con fecha de carga diferente Realizar inspecciones de seguridad periódicamente. Mantener las conexiones eléctricas seguras en el rango de su vida útil.	Critico	5	Probable	4	Mejorable	4	80	1.Contar con los elementos necesarios para la detección y extinción de un posible incendio, los cuales cubran los ambientes del "Centro de Datos" y áreas de servicio de la Información. 2, Mantener actualizado los extintores
2	Virus informático es un programa de software que se propaga de un equipo a otro y que interfiere el funcionamiento del pc.	1. No contar con un antivirus adecuado, ni actualizado. 2. Utilizar memorias externas que estén infectadas. 3. Utilizar programas o ingresar a paginas no seguras.	Daños en los equipos tecnológicos de la E.S.E, parálisis en dinámica y retraso en la evolución y proceso de la institución Perdida de información	x		Campañas informativas Realizar mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de cómputo y servidores.	Mayor	4	Probable	4	Mejorable	4	64	Socialización política de seguridad digital y evaluar su adherencia. Visitas periódicas a los servicios para educar en el uso adecuado de las tecnologías de la E.S.E
3	Ataques mediante engaño (phishing) o hackers.	1. Ingresar a paginas no seguras. 2.Ejecutar links, aplicativos, no reconocidos. 3. Ingresar a correos desconocidos.	Perdida de información	x		Utilizar firewall y antivirus licenciado.	Critico	5	Casi Seguro	5	Mejorable	4	100	1.Contar con los elementos necesarios para la detección y extinción de un posible incendio, los cuales cubran los ambientes del "Centro de Datos" y áreas de servicio de la Información. 2, Mantener actualizado los extintores
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO														
1	Riesgo Biológico	Incumplimiento a los protocolos de Bioseguridad establecidos en la Institución.	Accidentes laborales de riesgo biológico. Contagio por virus o bacterias que generen enfermedades Laborales o comunes.	x		Existen controles que no funcionan de manera eficientes, falta la implementación de sanciones a los trabajadores que la incumplan. Falta apoyo de los líderes de los diferentes procesos.	Adverso	5	Casi Seguro	5	Correcta	5	125	Socializar e informar por escrito las falencias que se identifican en las diferentes áreas con relación al incumplimiento de las normas de bioseguridad Capacitar a los colaboradores de las diferentes áreas sobre

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

														temas bioseguridad.
URGENCIAS														
1	Agresiones de parte de usuarios y familiares al personal de salud	Falta de Personal de seguridad	Agresiones al personal de salud	x			Mayor	4	Probable	3	Mejorable	4	48	Manejo de comunicación asertiva entre personal y usuarios - delimitación de áreas de espera - restringir el ingreso de familiares en estado de embriaguez - acompañamiento a familiares durante la atención a los usuarios - refuerzo del personal de seguridad
2	Inoportunidad en la atención de pacientes víctimas de violencia sexual - maltrato - ideaciones suicidas	No disponibilidad permanente de profesionales en psicología y trabajo social	Insatisfacción del usuario - fallas en la atención de pacientes - prolongación de las estancias hospitalarias	x		Supervisión de Casos	Moderado	3	Probable	3	Casi Seguro	5	36	Contratación de personal de psicología y trabajo social por disponibilidad las 24 horas para lograr dar atención en crisis a los usuarios
3	Pérdida y/o deterioro de bienes de la institución	Inexistencia de inventario en el servicio de urgencias	Riesgo de pérdida y no control de bienes de la institución	x			Mayor	4	Casi Seguro	5	Casi Seguro	5	100	Realización de inventario de dispositivos y bienes del servicio de urgencias
4	Errores en la administración de tratamiento a los usuarios en el servicio de urgencias	Manejo de stock en urgencias y cumplimiento de ordenes medicas verbales	Accidentes laborales derivados de la manipulación de balas de oxigeno	x			Adverso	5	Probable	3	Mejorable	4	60	Ubicación de farmacia cerca al servicio de urgencias
AMBIENTAL														
1	Incumplimiento normatividad ambiental	1. Caracterización de vertimiento	1. Sanciones 2. Demandas 3. Sobrecostos	X		análisis del vertimiento anual y seguimiento a parámetros	Mayor	4	Poco Frecuente	4	Mejorable	4	64	1. Realizar caracterización y enviar a la CAM 2. llenar formulario de RESPEL en el tiempo vigente de la CAM
		2. Reporte del RESPEL		X		se realiza mensualmente el llenado	Menor	5	Casi Seguro	2	Correcta	2	20	

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

2	Infecciones hospitalarias	3. Inadecuada disposición de los residuos	1. Eventos adversos 2. Demandas 3. Sobrecostos 4. Sanciones por los entes de control	X		capacitación e instalación de puntos ecológicos y recipientes para disposición de residuos.	Mayor	4	Probable	4	Mejorable	4	64	3. continua capacitación de resolución 2184 del 2019 y decreto 351 del 2014 4. Solicitud al encargado de la empresa de aseo 5. Reforzar con capacitación manejo de residuos 6. Contratar empresa para disposición final de escombros que se encuentran en la institución 7. Realizar Fumigaciones a periodos más cortos y con disponibilidad ante evento extra.
		4. Insuficiente Numero de operarias de aseo		X		N/A	Menor	2	Improbable	2	Deficiente	2	8	
		5. Falta de Capacitación operarias de aseo		x		Capacitaciones por parte del GAGAS y empresa prestadora del servicio	Mayor	4	Probable	4	Mejorable	4	64	
		6. Falta de control por escombros de las obras		x		N/A	Adverso	5	Probable	5	Correcta	5	125	
		7. Proliferación de vectores, insectos, felinos y caninos		x		Jornadas de fumigación para control de plagas y vectores cada tres meses	Mayor	4	Probable	4	Mejorable	4	64	
3	Plan de contingencias para Residuos solidos	8. desastre natural o alteración del orden afectando ruta.		x		Plan de contingencias y comité de emergencias	Mayor	2	Probable	4	Mejorable	4	32	8.articular con las empresas encargadas de la recolección externa de residuos para activar plan de contingencia
CALIDAD														
1	Cierre de servicios por incumplimiento de habilitación de acuerdo a la resolución 3100 de 2019	Incumplimiento de los requisitos mínimos de los estándares: - Estándar de recursos humanos - Estándar de infraestructura, - Estándar de dotación - Estándar de Medicamentos, dispositivos médicos, insumos - Estándar de procesos prioritarios - Estándar de historia clínica y registros - Estándar Interdependencia	Cierre del servicio	X		Autoevaluación de manera anual	MODERADO	4	POSIBLE	4	MEJORABLE	4	64	Continuar con el proceso de autoevaluación en cada uno de los servicios para continuar. Gestionar las oportunidades de mejora de las autoevaluaciones

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

2	No dar cumplimiento con la política de seguridad del paciente.	Alta rotación del personal.	Aumento de incidentes eventos adversos y fallas admirativas	X		Buscar estrategias para retener el personal " retención de personal puede definirse como el fenómeno por el cual un trabajador desea permanecer en su compañía actual" Con la educación " capacitación " permanente en la política y programa de seguridad del paciente Evaluación de adherencia a la política y programa	MODERADO	3	CASI SEGURO	5	MEJORABLE	4	60	Gestionar con talento humano estrategias para la retención del talento humano.
		Falta de adherencia a la política y programa de seguridad del paciente.					ADVERSO	5	CASI SEGURO	5	MEJORABLE	4	100	Con la educación " capacitación " permanente en la política y programa de seguridad del paciente
							ADVERSO	5	CASI SEGURO	5	MEJORABLE	4	100	Evaluación de adherencia a la política y programa se toma acciones de mejora para reforzar las debilidades
3	Falta de adherencia a las guías de practica clínica	Alta rotación del personal.	Aumento de incidentes eventos adversos	X		Buscar estrategias para retener el personal " retención de personal puede definirse como el fenómeno por el cual un trabajador desea permanecer en su compañía actual" Se realiza auditoria de historias clínicas para medir la adherencia de las guías de practica clínica definidas por la institución.	ADVERSO	5	CASI SEGURO	5	MEJORABLE	4	100	Buscar estrategias para retener el personal " retención de personal puede definirse como el fenómeno por el cual un trabajador desea permanecer en su compañía actual"
		Falta de adherencia a las guías de practica clínica					ADVERSO	5	CASI SEGURO	5	MEJORABLE	4	100	Se realiza auditoria de historias clínicas para medir la adherencia de las guías de practica clínica definidas por la institución. Se realiza la socialización de las auditorias con los profesionales involucradas para generar planes de mejoramiento

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

4	No dar cumplimiento Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad	Falta de compromiso en la ejecución de las oportunidades de mejora	Ausencia de la mejora continua	X		Seguimiento de las acciones de las oportunidades de mejora priorizadas	ADVERSO	5	CASI SEGURO	5	MEJORABLE	4	100	Seguimiento de las acciones de las oportunidades de mejora priorizadas
5	Datos no confiables	Duplicidad De la información	No se podrá tomar acciones frente al resultado real del indicador	X		Verificar información manual y sistematizada	ADVERSO	5	CASI SEGURO	5	MEJORABLE	4	100	Verificar información manual y sistematizada
6	Que la información suministrada para publicar no sea correcta	Fallas en la comunicación	Mala imagen de la institución	x		Verificando la información con el servicio que suministra la información a publicar en redes sociales	ADVERSO	5	CASI SEGURO	5	MEJORABLE	4	100	Verificando la información con el servicio que suministra la información a publicar en redes sociales
CONSULTA EXTERNA														
1	Fallas al Ingreso y Facturación	1. Falta de Priorización de los usuarios para ingreso a Facturación de acuerdo a la hora asignada de la cita. 2. Mala Facturación a Especialistas o EPS que no corresponden. 3. Facturación Tardía haciendo que se pierda la cultura de llegar temprano a la cita	Inasistencia a la cita, poniendo en riesgo la salud del paciente . Detrimento patrimonial a la institución	X			ADVERSO	5	CASI SEGURO	5	MEJORABLE	4	100	Capacitación al personal del servicio de consulta externa sobre el proceso de facturación
2	Fallas en la Atención del Usuario para valoración médica Especializada	Demoras y/o Fallas en la atención Oportuna de acuerdo a la hora del Cita Asignada	Inasistencia a la cita, poniendo en riesgo la salud del paciente	X			ADVERSO	5	CASI SEGURO	5	MEJORABLE	4	100	Mejorar el proceso de asignación de turnos de los especialistas
3	Fallas en la Atención del Usuario en el tratamiento y diagnostico oportuno	Fallas en la Atención del Usuario para valoración de control y seguimiento y/o referenciación por medicina especializada, apoyos diagnósticos y procedimientos	Falta de continuidad en el tratamiento del usuario	X			ADVERSO	5	CASI SEGURO	5	MEJORABLE	4	100	Retroalimentación a los especialistas, sobre el correcto diligenciamiento de las ordenes medicas

DOCUMENTO

RADIOLOGIA														
1	Falta de confirmar los datos del paciente	1,Falta de confirmar los datos del paciente 2. Error al pasar al paciente 3.No identificar al paciente	Dar un diagnóstico erróneo y un tratamiento equivocado	x			ADVERSO	5	CASI SEGURO	5	MEJORABLE	4	100	Capacitar al personal asistencial sobre la importancia de la correcta identificación del paciente. Realizar rondas y capacitaciones informando sobre la correcta identificación del paciente
2	Mala transcripción del estudio	1, Mala transcripción del estudio 2. Proyecciones erróneas 3. Necesidad o no del estudio	Dar un diagnóstico erróneo y un tratamiento equivocado. Someter al usuario a radiaciones innecesarias	x			ADVERSO	5	CASI SEGURO	5	MEJORABLE	4	100	Capacitar al personal médico sobre la importancia de la correcta solicitud de ayudas diagnostica Realizar rondas y capacitaciones informando sobre el buen uso de las ayudas diagnosticas
GESTIÓN DOCUMENTAL (ARCHIVO)														
1	Riesgo legal o normativo	1, No adopción de las TRD 2, No Implementación TRD 3, No Gestión de la Necesidad de las TRD	Sanciones por parte del ente de control por incumplimiento en la normatividad vigente en materia de gestión documental.	X		ACUERDO No. 004 (30 ABR 2019) Por el cual se reglamenta el procedimiento para la elaboración, aprobación, evaluación y convalidación, implementación, publicación e inscripción en el Registro único de Series Documentales – RUSD de las Tablas de Retención Documental – TRD y Tablas de Valoración Documental – TVD	Mayor	4	Probable	3	Regular	3	36	Sera de obligatorio cumplimiento para la entidades del estado elaborar y adoptar las respectivas tablas de retención documental
2	Riesgo administrativo	1, No Implementación del formato de seguimiento 2, No diligenciamiento del formato y consolidado trimestral	No se han realizado las inspecciones y verificación del sistema de alarma para incendios del área de gestión documental.	X		Al no llevar el control de inspecciones del sistema de alarma para incendios no se tendrá un soporte de las revisiones realizadas y/o mantenimientos	Menor	2	Raro	1	Correcta	5	10	Diligenciamiento trimestral del formato de inspección y verificación del sistema de alarma del archivo central de la E.S.E

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

		3, No seguimiento a los mantenimiento y/o llamados en caso de presentarse averías con el sistema de alarmas.				efectuados para prevenir algún incendio. Teniendo el formato diligenciado se podrá controlar y prevenir algún tipo de conato.								
3	Riesgo tecnológico	1, No utilización del Software y deterioro 2, Al no tener la TRD el software ECLIPSE no se está utilizando para la realización de las series y subseries 3, Única dependencia que lo utiliza es ventanilla única 4, Costo de mantenimiento Anual	Contamos con un software, pero no se lleva el control organizacional de las series, subseries, tipos documentales con el tiempo de retención y disposición final de los documentos	x		La institución tiene el software ECLIPSE para el manejo de las series, subseries y tipos documentales pero no se le da el debido manejo para el área de gestión documental a causa no tener las TRD	Mayor	4	Probable	3	Regular	3	36	Implementación e las TRD y capacitación en el manejo del Software
UCI														
1	Hemorragia digestiva en pacientes críticos	1. No prescripción médica de medicamentos antiácidos. 2. Falta de control sobre el efecto adverso de medicamento. 3. Falta de control de factores de riesgo (ventilación mecánica por más de 48 horas y coagulopatia) 4. No realización de profilaxis de sangrado digestivo	Complicación del paciente por hemorragia de vías digestivas altas y un shock hopivolemico	X		Monitoreo continuo por parte del personal médico y de enfermería uci	MAYOR	4	CASI SEGURO	5	CORRECTA	5	100	Talento humano capacitado para prestar un servicio seguro
2	Ulceras por presión	Falta de experiencia del personal asistencial que realiza el procedimiento. Funcionarios de otras áreas laborando sin la experiencia específica (personal de pisos en UCI).Ausencia de registros de la vigilancia de los	Las Úlceras por Presión afectan al nivel de salud y la calidad de vida de los pacientes; reducen su independencia para el autocuidado y son causa de baja autoestima, repercutiendo	x		Monitoreo continuo por parte del personal médico y de enfermería uci	MAYOR	4	CASI SEGURO	5	CORRECTA	5	100	Talento humano capacitado en cuidado del paciente critico

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

		sitios de mayor riesgo de presentar UPP (1)	negativamente en sus familias y cuidadores, ya que son el origen de sufrimientos por dolor y reducción de la esperanza de vida, pudiendo llegar incluso a ser causa de muerte.											
3	Neumonía asociada al ventilador	1, No posicionamiento adecuado del paciente intubado, posición semisentado cabecera 30 a 45°. 2, Inadecuada limpieza y esterilización del ventilador mecánico y sus circuitos 3, Procesos inadecuados de asepsia durante el procedimiento de aspiración de secreciones e higiene bronquial. 4, Cambio de circuitos del ventilador sin la frecuencia adecuada. 5, Profesional con mala práctica del lavado de manos. 6, Falta de utilización de protocolos de destete de ventilación mecánica. Utilización de aerosolterapia y/o soluciones		x		supervisión en el desarrollo del procedimiento, mejorar comunicación del equipo de trabajo y una adecuada entrega de turnos	MAYOR	4	CASI SEGURO	5	CORRECTA	5	100	TALENTO HUMANO CAPACITADO PARA PRESTAR UN SERVICIO SEGURO , Y RECURSO HUMANO SUFICIENTE
4	Bacteremia asociada a catéter central	falta de adherencia a la técnica de lavado de manos y cinco momento y falta de adherencia al manual de limpieza y desinfección de áreas y superficies	Complicaciones del paciente por septicemia	x		Sensibilización en higiene de manos a todo el personal asistencial y operarias de servicios generales , al igual que el adherencia al manual de limpieza y desinfección.	MAYOR	4	CASI SEGURO	5	CORRECTA	5	100	Talento humano capacito y con experiencia en cuidado de paciente critico

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

5	Broncoaspiración	no posicionamiento adecuado del paciente intubado, posición semisentado cabecera 30 a 45°.	Complicación del paciente por neumonía bronco aspirativa y deterioro del paciente	x		Cuidados del paciente por recurso humano idóneo	MAYOR	4	CASI SEGURO	5	CORRECTA	5	100	Talento humano capacito y con experiencia en cuidado de paciente critico
6	Infección urinaria asociada a sonda vesical	falta de protocolos de esterilización. Inadecuado proceso de esterilización. Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento- Profesional con mala práctica en lavado de manos	Complicaciones del paciente por septicemia y deterioro del mismo	x		Personal capacitado en lavado de manos y buenas prácticas de esterilización y de limpieza y desinfección de areas y superficies	MAYOR	4	PROBABLE	4	MEJORABLE	4	64	TALENTO HUMANO CAPACITADO EN TODO LO RELACIONADO CON ASEPSIA Y CUIDADOS DEL PACIENTE

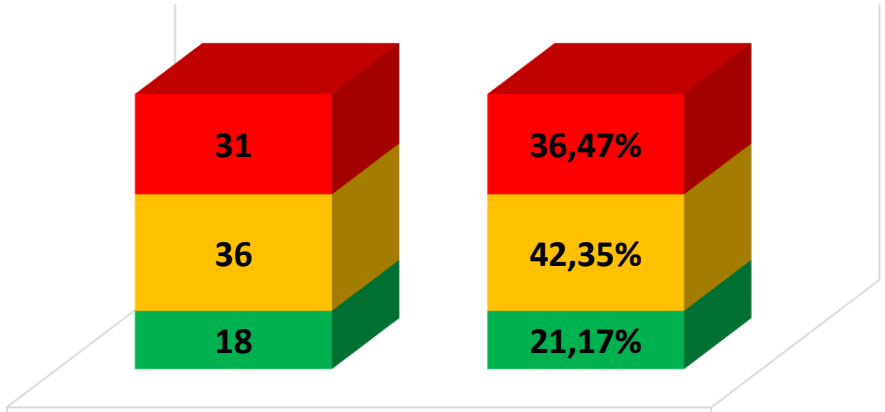
La distribución de los riesgos por procesos en el Hospital Departamental San Antonio de Padua se encuentra así:

85 Riesgos Institucionales aportados por las diferentes áreas de la E.S.E donde se registra el grado de severidad y la semaforización de cada uno de ellos, como también la barreras y acciones preventivas o de mejora.

Nivel de Riesgos	No. Riesgos	% Riesgos
Bajo	18	21.17%
Moderado	36	42.35%
Alto	31	36.47%
Total	**85**	

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".



	No. Riesgos	% Riesgos
Alto	31	36,47%
Moderado	36	42,35%
Bajo	18	21,17%

- **Distribución de los riesgos según Macroprocesos Institucionales**

Macroprocesos	No.	% Participación
Macroproceso Direccionamiento Estratégico	19	22.35%
Macroproceso Prestación de Servicios Misionales	32	37.64%
Macroproceso Apoyo a la Gestión	34	40%
Macroproceso Evaluación, Control y Seguimiento	0	0%
Total	**85**	**100%**

- **Distribución de los riesgos según Subproceso Institucional**

	Subprocesos	No. Riesgos
Macroproceso Direccionamiento Estratégico	SIAU	5
	IAMII	2
	Calidad	6
	Humanización	3
	Gestión Documental	3
	Planeación	2
	C. Externa	3
	Referencia y Contrareferencia	3

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

DOCUMENTO CONTROLADO

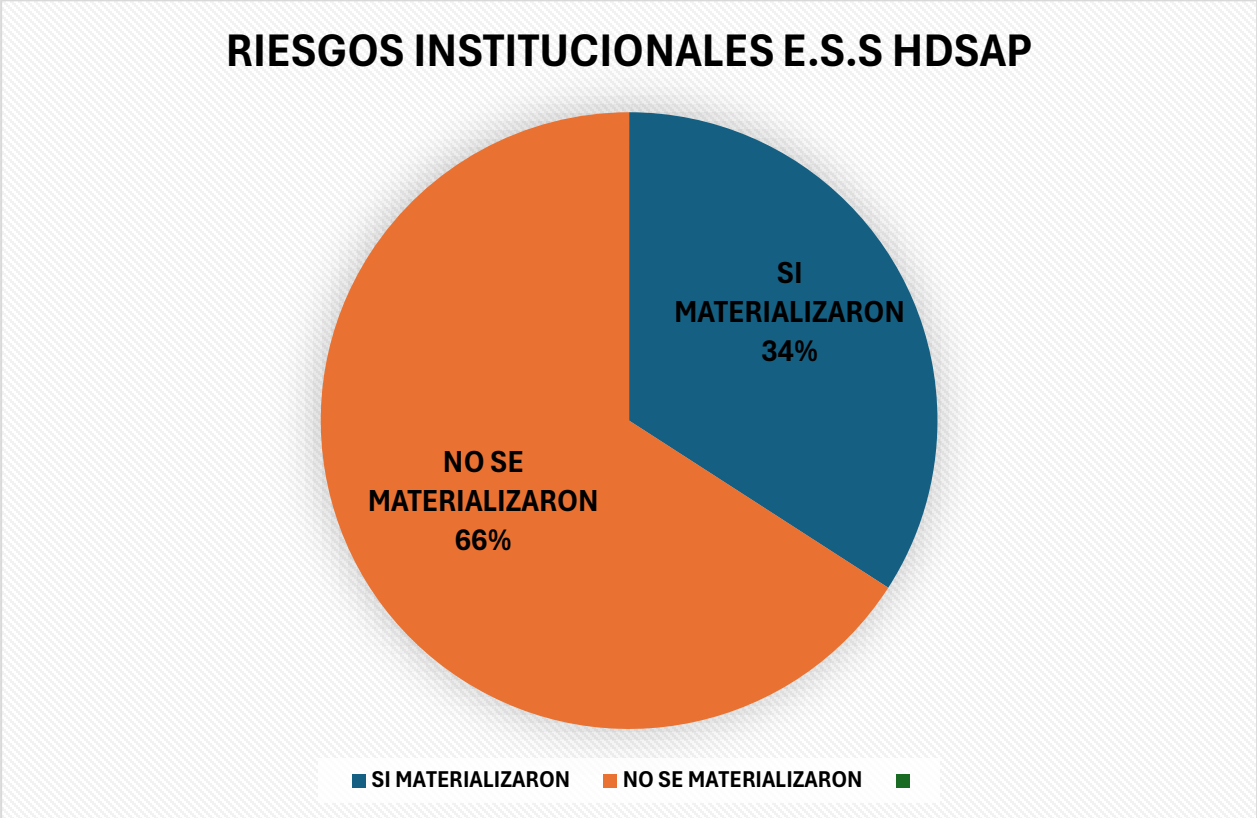
Macroproceso Prestación de Servicios Misionales	Esterilización	7
	Farmacia	1
	Rx	2
	Hospitalización	4
	Urgencias	4
	UCI	6
Macroproceso Apoyo a la Gestión	Gestión Ambiental	3
	Contratación	8
	Auditoria de Cuenta medicas	6
	SST	1
	Ambiente Físico	5
	Sistemas	3
	Jurídico	5
	Facturación	3

Número de Riesgos que NO se materializaron en la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua **(56)**

Número de Riesgos que SI materializaron en la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua **(29)**

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".



Recomendaciones:

- Se recomienda seguir la guía de Riesgos Institucionales a la metodología versión 5 del DAFP
- Expedir circular donde se exija la entrega de la matriz de riesgos por cada área y de carácter obligatorio.
- Socialización de los riegos con los equipos de trabajo y definición de roles para el seguimiento y presentación de los informes (Evidencias informes trimestrales, auditorias Control Interno).
- Desarrollar acciones de control concretas para identificación del riesgo, las barreras y acciones correctivas o de mejora.

DOCUMENTO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

- Planes de mejora para los riesgos que se materializaron durante la vigencia 2023 (29)

Conclusiones:

Para fortalecer la gestión del riesgo como un instrumento de control y como criterio para la toma de decisiones en la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua, es importante fortalecer el proceso de manera armónica entre todas la áreas de la institución para consolidar un mecanismo que permita monitorear de manera constante cada uno de los riesgos y así identificar y consolidar las acciones de mayor impacto frente a la implicaciones que se puedan presentar, minimizando los riesgos que se puedan materializar generando medidas de supervisión periódicas y los planes de mejora en cada uno de los procesos.

Elaborado por: **Nelson Felipe Tierradentro Q** **Cargo:** Apoyo profesional Agremiado Planeación **Firma**	Fecha: 12/07/2024
Revisado por: **Cesar Eduardo González Diaz** **Cargo:** Subgerente Técnico Científico **Firma**	Fecha: 17/07/2024
Revisado por: **Marleny Ramon Ospina** **Cargo:** Asesor Control Interno **Firma**	Fecha: 22/07/2024
Aprobado por: **Nombre: José Antonio Muñoz Paz** **Cargo:** Gerente **Firma**	Fecha: 26/07/2024

DOCUMENTO CONTROLADO

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".