

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 05/11/2024
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: MDE-GPDI-GD-F-004
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA		Versión: 03
	LA PLATA HUILA		Página: 1 de 8
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL		

FECHA:	30/04/2025
ACTIVIDAD:	Cierre riesgos institucionales calidad 2024, proyección y actualización para la matriz 2025.
PROCESO VINCULADO:	Gestión de calidad y mejoramiento continuo
RESPONSABLE:	BLANCA NUBIA RODRÍGUEZ SÁENZ
OBJETIVO:	Identificar los potenciales riesgos que desde el componente del sistema obligatorio garantía de calidad está expuesto el hospital, para reducir o mitigar esos riesgos y así garantizar una respuesta oportuna en la toma de decisiones.

CONTENIDO DEL INFORME:

Introduccion

Es importante establecer las estrategias para llevar a cabo la gestión del riesgo, para planificar las acciones que sirvan para minimizar y controlar las potenciales consecuencias de esas posibles amenazas que se presenten desde el área de Garantía de la Calidad, adicional se propende mejorar la eficiencia y eficacia en todos procesos institucionales.

Objetivo

Identificar de los posibles riesgos potenciales que puedan afectar la institución y establecer estrategias para planificar las acciones institucionales, desarrollando habilidades y competencias que optimicen la cultura organizacional.

Alcance

Determinar la magnitud y describir los potenciales riesgos basados en la institución desde el área de garantía de calidad identificar el nivel probabilidad y ocurrencia para establecer las herramientas necesarias para controlar las amenazas con una gestión de calidad, fortaleciendo la mejora continua de los procesos.

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 05/11/2024
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: MDE-GPDI-GD-F-004
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA		Versión: 03
	LA PLATA HUILA		Página: 2 de 8
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL		

RIESGOS GESTIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO 2024

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									
1	Cierre de servicios por incumplimiento de habilitación de acuerdo con la resolución 3100 de 2019 (HABILITACIÓN)	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 dando cumplimiento a los estándares de habilitación por cada servicio. Gestionar las oportunidades de mejora derivada de la autoevaluación de habilitación. Realizar novedad de apertura de servicio según necesidad institucional.
2	No dar cumplimiento a la política y programa de seguridad de paciente. (SP)	Falta de adherencia a la política y programa de seguridad del paciente.	Aumento de incidentes eventos adversos y fallas administrativas	X		1.Capacitación al personal acerca del programa y política de seguridad del paciente. 2. Fomentar la cultura del reporte de eventos adverso e incidentes. 3. Medir adherencia al programa por medio de listas de chequeo del paquete instruccional definidos por la institución.	MODERADO	3	CASI SEGURO	5	MEJORABLE	4	60	1. Definir un cronograma de capacitación de los paquetes instruccional definidos por la institución. 2. Fomentar diferentes estrategias para el reporte de los ventos adversos en los servicios asistenciales de la institución 3. Medir adherencia listas de chequeo

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 05/11/2024
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: MDE-GPDI-GD-F-004
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA		Versión: 03
	LA PLATA HUILA		Página: 3 de 8
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL		

3	No dar cumplimiento Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Falta de adherencia a las guías de practica clínica definidas por la institución.	Aumento de incidentes eventos adversos	x	1. Se realiza auditoria de historias clínicas para medir la adherencia de las guías de práctica clínica definidas por la institución. 2. Se realiza la socialización de las auditorias con los profesionales involucradas para generar planes de mejoramiento	MODERADO	5	CASI SEGURO	5	MEJORABLE	4	100	1. Se realiza auditoria de historias clínicas para medir la adherencia de las guías de práctica clínica definidas por la institución. 2. Se realiza la socialización de las auditorias con los profesionales involucradas para generar planes de mejoramiento
4	Datos no confiables (SIC)	Duplicidad De la información	No se podrá tomar acciones frente al resultado real del indicador	x	1. Depuración de indicadores de normas e instituciones de forma sistematizada. 2. Implementación del tablero de	MODERADO	5	CASI SEGURO	5	MEJORABLE	4	100	1. Depuración de indicadores de normas e instituciones de forma sistematizada. 2. Implementación del tablero de

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 05/11/2024
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: MDE-GPDI-GD-F-004
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA		Versión: 03
	LA PLATA HUILA		Página: 4 de 8
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL		

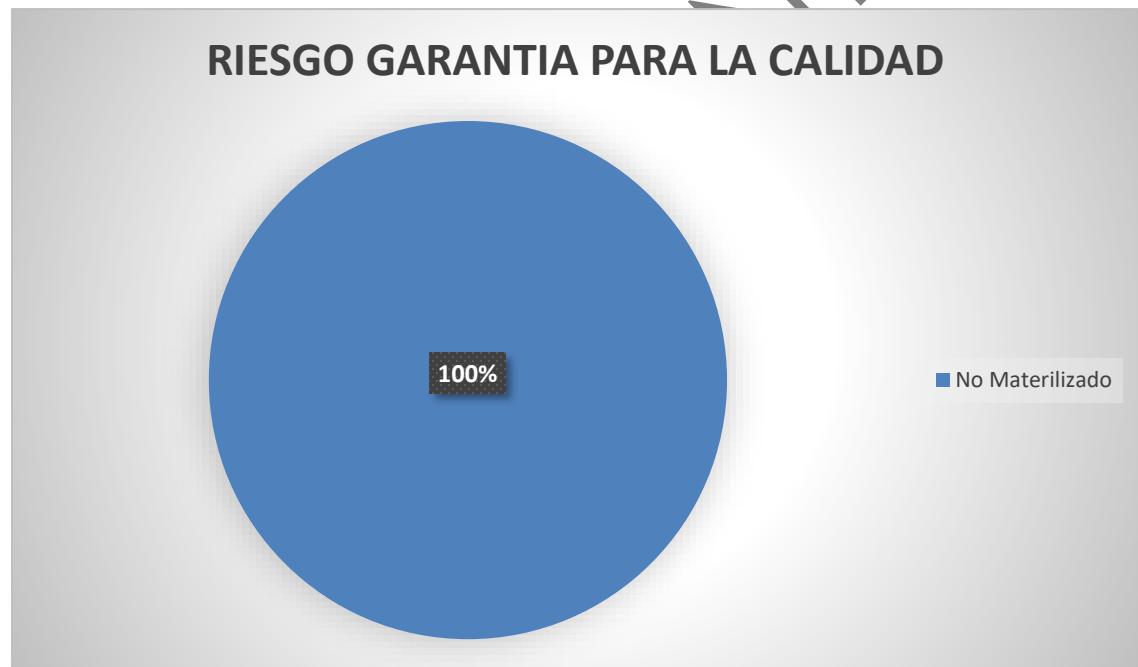
RIESGO	MATERIALIZADO	NO MATERIALIZADO	BARRERAS	ANALISIS
1. Cierre de servicios por incumplimiento de habilitación de acuerdo con la resolución 3100 de 2019 (HABILITACIÓN)		X	Cumplimiento continuo de los estándares de habilitación mediante autoevaluaciones en cada uno de los servicios y realizando planes de mejora continuo, con su respectivo seguimiento. Cumplimiento a los planes de mejora derivados de las auditorías externas realizadas por las EAPB y entes territoriales (Secretaría de Salud Departamental y Municipal)	Observamos que la institución ha realizado grandes esfuerzos, en infraestructura, dotación, talento humano, procesos prioritarios e interdependencias, medicamentos y dispositivos médicos, al igual que el mejoramiento en el diligenciamiento de las historias clínicas, mediante capacitaciones continuas.
2. No dar cumplimiento a la política y programa de seguridad de paciente. (SP)		X	Durante la vigencia 2024 se llevó a cabo diversas acciones enfocadas en fortalecer la seguridad del paciente. Se capacitó al personal asistencial para actualizar la documentación del programa, se implementaron listas de chequeo en los distintos servicios y se brindó educación tanto a pacientes como a sus familiares en temas de autocuidado. Además, el personal fue instruido en el uso de paquetes educativos, se realizaron rondas de seguridad diarias y rondas administrativas para identificar oportunidades de mejora, y se sostuvo un comité mensual donde se socializaron los avances del programa. Estas acciones reflejan un compromiso constante con una atención segura, humanizada y de calidad.	Las acciones desarrolladas durante la vigencia 2024 reflejan un enfoque integral hacia la consolidación de una cultura de seguridad. La capacitación continua al personal asistencial en la actualización de la documentación garantiza la estandarización y mejora de los procesos asistenciales, lo que reduce el riesgo en la atención. La implementación de listas de chequeo en los diferentes servicios fortalece el cumplimiento de protocolos y favorece la identificación oportuna de riesgos. Por otro lado, la educación al paciente y su familia en autocuidado fomenta la participación en su proceso de atención, lo que es fundamental para la prevención de eventos adversos. Las rondas de seguridad diarias y las administrativas permiten la vigilancia activa y el acompañamiento cercano por parte del equipo de seguridad del

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 05/11/2024
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: MDE-GPDI-GD-F-004
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA	Versión: 03
	LA PLATA HUILA	Página: 5 de 8
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL	

				paciente, generando alertas tempranas y respuestas rápidas ante sucesos
3. No dar cumplimiento Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)		X	Durante la vigencia del 2024 Se realizo cumplimiento a la ruta critica del PAMEC con enfoque en acreditación. Dando cumplimiento a los 9 pasos establecidos por el miniterio de salud. Se inicio con autoevaluación de los estandares de de acreditación según Res. 5095 del 2018. Posterior posesion del gerente vigencia 2024-2028 mes de abril del /24 Contruccion de la plataforma estrategica vigencia 2024-2028. Seguidamente para el mes de mayo se dio continuidad a la ruta critica con la priorizacion de de los procesos de mejora. Priorizacion de procesos, definicion de la calidad esperada, medicion inicial de desempeño, formulacion de planes de mejora, ejecucion de planes de mejora, evaluacion del plan de plan de mejoramiento, por ultimo aprendizaje organizacional.	El programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) Durante la vigencia 2024 se dio cumplimiento a las acciones implementadas en la ruta critica 2024, logrando un cumplimiento del 90 % de cumplimiento. Logrando así ejecutar el 90% de cumplimiento dentro de las actividades realizadas se encuentran las auditorías 1. internas a los procesos institucionales total 15. 2. Se realizo medición guías de práctica clínica total 10 guías. 3. Se realizaron 239 Listas de chequeo programa seguridad del paciente. 4. Se establecieron 11 equipos primarios de mejoramiento. 4. Se realizó la priorización de las OM. Total, oportunidades de mejora 49 Acciones propuestas 80 Acciones ejecutadas 72 90% de cumplimiento
4. Datos no confiables (SIC)		X	Definir fuente de informacion. Asignar la responsabilidad a cada lider del proceso para generar la informacion teniendo en cuenta la pertinencia.	Debido a la falta de confiabilidad en la fuente de informacion para el diligenciamiento de indicadores se hizo reuniones y capacitaciones continuas con los responsables de los indicadores y se unifico fuente de informacion.

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 05/11/2024
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: MDE-GPDI-GD-F-004
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA	Versión: 03
	LA PLATA HUILA	Página: 6 de 8
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL	

RIESGOS INSTITUCIONALES	MATERIALIZO	NO MATERIALIZO
1. Cierre de servicios por incumplimiento de habilitación de acuerdo con la resolución 3100 de 2019 (HABILITACIÓN)		X
2. No dar cumplimiento a la política y programa de seguridad de paciente. (SP)		X
3. No dar cumplimiento Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)		X
4. Datos no confiables (SIC)		X



	FORMATO DE INFORME		Fecha: 05/11/2024
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: MDE-GPDI-GD-F-004
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA		Versión: 03
	LA PLATA HUILA		Página: 7 de 8
PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL			

Proyección Riesgos Garantía para la Calidad 2025

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									
CALIDAD														
1	Cierre de servicios por parte de los entes territoriales (secretaría de Salud Departamental y Municipal) por el no cumplimiento de la Resolución 3100 de 2019(HABILITACIÓN)	No cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación, de acuerdo con los estándares de autoevaluación de la resolución 3100 de 2019, como son: - 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		Autoevaluaciones internas continuas en cada uno de los servicios, con sus respectivos planes de mejora	Moderado	3	Posible	3	Mejorable	4	80	Continuar con el proceso de autoevaluación dando cumplimiento a los estándares de habilitación por cada servicio. Gestionar las oportunidades de mejora derivada de la autoevaluación de habilitación . Realizar novedad de apertura de servicio según necesidad institucional.
2	Mejorar la educación al personal asistencial en paquetes instruccionales/ Programa seguridad del paciente.	La no adherencia a los paquetes instruccionales	Aumento de sucesos de seguridad en los servicios asistenciales.	x		Se realizará capacitación semestralmente en paquetes instrucciones al personal asistencial Medición de adherencia por medio de las listas de chequeo por servicio.	Moderado	3	Posible	3	Mejorable	4	80	1. Definir un cronograma de capacitación de los paquetes instruccional definidos por la institución. 2. Fomentar diferentes estrategias para el reporte de los ventos adversos en los servicios asistenciales de la institución 3. Medir adherencia listas de chequeo
3	Incumplimiento a la ruta crítica / PAMEC	Incumplimiento a los 9 pasos de la ruta crítica del PAMEC	Reporte Negativo PAMEC / ante los entes de control SUPER SALUD-SSD	X		Realizar el cumplimiento de los 9 pasos de la ruta crítica del PAMEC- según cronograma establecido Presentar informe de aprendizaje organizacional / Diciembre	Moderado	3	Posible		Mejorable	4	80	1. Se realiza auditoria de historias clínicas para medir la adherencia de las guías de práctica clínica definidas por la institución. 2. Se realiza la socialización de las auditorias con los profesionales involucradas para generar planes de mejoramiento
4	Incumplimiento de metas establecidas en las fichas técnicas en los indicadores (SIC) Institucionales y de obligatorio cumplimiento	No, reportar oportunamente los indicadores con las metas establecidas según ficha técnica.	Riesgo de repostes negativos antes los entes de control - EAPB	X		Realizar monitoreo, seguimiento y control de los indicadores Institucionales y de obligatorio cumplimiento Por medio de los cuadros de mando. Socialización con los lideres de los procesos por medio de los comités de calidad / SIC Acerca del cumplimiento de las metas establecidas.	Moderado	3	Posible	3	Mejorable	4	80	1. Depuración de indicadores de normas e instituciones de forma sistematizada. 2. Implementación del tablero de mando

BLANCA NUBIA RODRIGUEZ SAENZ
Lider Calidad

— Salud Integral, Impacto Real —

"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".

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 05/11/2024
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: MDE-GPDI-GD-F-004
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA		Versión: 03
	LA PLATA HUILA		Página: 8 de 8
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL		

DOCUMENTO CONTROLADO

— Salud Integral, Impacto Real —

"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".