



POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA
LA PLATA HUILA
PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO
INSTITUCIONAL

Fecha: 10/08/2021

Código :MDE-GPDI-PG-PO-008

Versión: 03

Página No. 1 de 11

POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

“Hospital Humanizado y Seguro es Nuestro Compromiso”

“Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua “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”



POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA
LA PLATA HUILA
PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO
INSTITUCIONAL**

Fecha: 10/08/2021

Código :MDE-GPDI-PG-PO-008

Versión: 03

Página No. 2 de 11

1. INTRODUCCIÓN

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua la plata-Huila, tiene como política prestar servicios de salud especializados con los más altos estándares de calidad al menor costo posible, generando rentabilidad económica que nos permita aumentar coberturas en rentabilidad social, mejorando la calidad de vida de nuestros trabajadores y población usuaria.

2. JUSTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA

Garantizar a cada paciente la atención específicamente indicada de acuerdo con su enfermedad, con competencia técnica y científica, oportuna, confiable y humana, con el mínimo riesgo, superando sus expectativas para obtener la máxima satisfacción tanto del paciente como de todas las personas o entidades que participan en el proceso de atención, haciendo uso apropiado de los recursos para proteger el medio ambiente , prevenir el impacto ambiental negativo asociado a la generación de residuos, vertimientos y emisiones respetando el marco legal vigente.

3. SITUACIÓN DESEADA

Mitigar y reducir el impacto que lleven a orientar las acciones necesarias para que conduzcan a disminuir la vulnerabilidad frente a las situaciones que puedan interferir en el cumplimiento de sus funciones.

4. CONTEXTO DE LA POLÍTICA:

4.1. MARCO LEGAL

Decreto 1011 del 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema
------------------------------	--

“Hospital Humanizado y Seguro es Nuestra Compromiso”

“Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua “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”

	General de Seguridad Social en Salud.
Ley 872 de 2003	Por la cual se crea el sistema de Gestión de la Calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicio.
Norma Técnica en la Gestión Pública NTCGP: 1000 del 2004.	Esta norma está dirigida a todas las entidades, y tiene como propósito mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes.
Decreto 1599 de 2005	por el cual se adoptan el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano
Modelo Estándar de Control Interno MECI:2005	El modelo Estándar de Control interno se estructura en Subsistemas, Componentes y Elementos que interrelacionados bajo un enfoque sistémico y tomando como referente el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) generan una Estructura de Control para garantizar el cumplimiento de los objetivos de la Entidad.

4.2. MARCO SITUACIONAL

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua entiende que la atención de los usuarios y sus familias es un proceso que requiere de la participación coordinada y articulada de los diferentes servicios, personas y

“Hospital Humanizado y Seguro es Nuestra Compromiso”

“Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua “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”

demás componentes que se requieran para una atención eficiente, segura y humana acorde a las necesidades y condición del paciente institucional.

4.3. MARCO CONCEPTUAL

Como Empresa Social del Estado el Hospital Departamental San Antonio de Padua de manera responsable, incorpora en su política de calidad objetivos que le permiten asegurar su sostenibilidad, preservando sus recursos institucionales y garantizando la continuidad en la prestación de los servicios de salud a la población demandante.

5. TÉRMINOS Y DEFINICIONES:

- **Acción Correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.
- **Aceptar el Riesgo:** Decisión informada de aceptar las consecuencias y probabilidad de un riesgo en particular.
- **Análisis de Riesgo:** Elemento de Control que permite establecer la probabilidad de ocurrencia de los eventos positivos y/o negativos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos a fin de determinar la capacidad de la entidad pública para su aceptación y manejo. Se debe llevar a cabo un uso sistemático de la información disponible para determinar cuán frecuentemente pueden ocurrir eventos especificados y la magnitud de sus consecuencias.
- **Administración de Riesgos:** Conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse permiten a la Entidad Pública evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos, que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función. Se constituye en el componente de control que al interactuar sus diferentes elementos le permite a la entidad pública

“Hospital Humanizado y Seguro es Nuestra Compromiso”

“Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua “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”

autocontrolar aquellos eventos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos.

- **Autoevaluación del Control:** Elemento de Control que basado en un conjunto de mecanismos de verificación y evaluación determina la calidad y efectividad de los controles internos a nivel de los procesos y de cada área organizacional responsable, permitiendo emprender las acciones de mejoramiento del control requeridas. Se basa en una revisión periódica y sistemática de los procesos de la entidad para asegurar que los controles establecidos son aún eficaces y apropiados.
- **Atención en Salud Segura:** Es una atención en salud que se brinda minimizando los riesgos de ocurrencia de un evento adverso y a la cual se han incorporado las barreras de seguridad requeridas de acuerdo al proceso de atención.
- **Atención Insegura:** Es una atención en salud en la cual se presenta un acontecimiento o una circunstancia que incrementa el riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- **Barrera de Seguridad:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
- **Causa:** Son los medios, circunstancias y agentes que generan los riesgos.
- **Complicación:** Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

“Hospital Humanizado y Seguro es Nuestra Compromiso”

“Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua “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”

- **Compartir el Riesgo:** Cambiar la responsabilidad o carga por las pérdidas que ocurran luego de la materialización de un riesgo mediante legislación, contrato, seguro o cualquier otro medio.
- **Consecuencia:** El resultado de un evento expresado cualitativa o cuantitativamente, sea este una pérdida, perjuicio, desventaja o ganancia, frente a la consecución de los objetivos de la entidad o el proceso.
- **Control:** Es toda acción que tiende a minimizar los riesgos, significa analizar el desempeño de las operaciones, evidenciando posibles desviaciones frente al resultado esperado para la adopción de medidas preventivas. Los controles proporcionan un modelo operacional de seguridad razonable en el logro de los objetivos.
- **Evento Adverso:** Es la lesión o daño no intencional que se le produce a un paciente mientras se le atiende. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.
- **Evaluación del Riesgo:** Proceso utilizado para determinar las prioridades de la Administración del Riesgo comparando el nivel de un determinado riesgo con respecto a un estándar determinado.
- **Frecuencia:** Medida del coeficiente de ocurrencia de un evento expresado como la cantidad de veces que ha ocurrido un evento en un tiempo dado.
- **Identificación del Riesgo:** Elemento de Control que posibilita conocer los eventos potenciales, estén o no bajo el control de la Entidad Pública, que ponen en riesgo el logro de su Misión, estableciendo los agentes generadores, las causas y los efectos de su ocurrencia. Se puede entender como el proceso que permite determinar qué podría suceder, por qué sucedería y de qué manera se llevaría a cabo.

“Hospital Humanizado y Seguro es Nuestra Compromiso”

“Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua “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”

- **Impacto:** consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.
- **Mapas de Riesgos:** herramienta metodológica que permite hacer un inventario de los riesgos ordenada y sistemáticamente, definiéndolos, haciendo la descripción de cada uno de estos y las posibles consecuencias.
- **Nivel de riesgo:** Es el resultado de confrontar el impacto, la probabilidad y la exposición, con los controles existentes.
- **Probabilidad:** Entendida como la posibilidad de ocurrencia del riesgo; ésta puede ser medida con criterios de Frecuencia, si se ha materializado (por ejemplo: No. de veces en un tiempo determinado), o de Factibilidad teniendo en cuenta la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, aunque éste no se haya materializado.
- **Riesgo:** Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre los objetivos institucionales o del proceso. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.

6. MARCO GENERAL DE LA POLÍTICA

6.1. PROPÓSITO

Es importante que el equipo directivo de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua promover, fortalecer y gerencia integralmente el riesgo , de tal manera que disminuya la probabilidad de consecuencias y eventos no deseados en los procesos y proyectos del HOSPITAL como parte de su cultura, para lo cual debe difundirse e implementarse en todos los niveles de la organización para asegurar su establecimiento en todos los procesos,

“Hospital Humanizado y Seguro es Nuestra Compromiso”

“Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua “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”



POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA
LA PLATA HUILA
PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y
DIRECCIONAMIENTO ESTRÁTÉGICO O DESARROLLO
INSTITUCIONAL**

Fecha: 10/08/2021

Código :MDE-GPDI-PG-PO-008

Versión: 03

Página No. 8 de 11

lograr una evaluación sistemática de todos los riesgos probables y asegurar que para esto se establezcan los controles necesarios.

6.2. PRINCIPIOS

- Consideramos la atención del paciente como el objetivo fundamental de todas las actividades
- Crear condiciones adecuadas en los diferentes ámbitos del hospital para facilitar la expresión de nuevas ideas para el desarrollo de procesos de mejora
- Potenciamos el desarrollo de todos los colaboradores del Hospital como principal motor de innovación y conocimiento para el desarrollo de la Institución
- Nuestra estructura de calidad se basa en el liderazgo

6.3. LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

- Un adecuado análisis del contexto estratégico
- Identificación de los riesgos
- Análisis de los riesgos
- Valoración de controles

6.4. OBJETIVOS:

6.4.1. GENERAL

Implementar y desarrollar una cultura de calidad, a partir del compromiso y sentido de pertenencia de nuestro talento humano, propendiendo por una excelente atención a nuestros usuarios, que satisfaga sus necesidades en salud y conlleven al mejoramiento continuo de la Institución.

“Hospital Humanizado y Seguro es Nuestro Compromiso”

“Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua “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”

6.4.2. ESPECÍFICOS

- Garantizar la prestación oportuna de los servicios y la disponibilidad de los recursos físicos, tecnológicos e insumos.
- Asegurar una continua disponibilidad de personal médico especializado y calificado.
- Garantizar la confidencialidad y seguridad de los usuarios.
- Mantener un alto nivel de satisfacción de los requisitos y expectativas de nuestros usuarios.
- Mejorar continuamente los procesos y servicios.

6.5. ESTRATEGIAS

6.6. DEFINICIÓN DE ROLES Y RESPONSABILIDADES

Estrategia	Responsable(s)	Rol
Funciones y responsabilidad ambiental	Ing. Ambiental	Capacitador
Educación Ambiental	Ing. Ambiental	Capacitador
Comunicación	Coordinador de Área	Facilitador
Documentación	Profesional de apoyo	Facilitador
Control Operacional	Ing. Ambiental	Facilitador
Preparación y respuesta ante emergencias	Coordinador de Área	Facilitador

6.7. MECANISMOS DE SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

- Seguimiento: Tasa de satisfacción global
- Medición: Adherencia a las guías de las primeras 10 causas de morbilidad.
- Análisis: Anales de desviaciones encontradas en el comité de calidad
- Evaluación: El desempeño al seguimiento a la política de calidad.

“Hospital Humanizado y Seguro es Nuestra Compromiso”

“Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua “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”

6.8. INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA POLÍTICA

Para hacer seguimiento a los objetivos establecidos es adecuado implementar como indicador la capacitación al personal, usuarios y sus familias, se tendrán en cuenta para la evaluación y seguimiento los siguientes aspectos:

Indicador: Capacitación (Número de personas capacitadas/Número de personas meta).

Periodicidad: Mensual

Meta: 200 personas en el año (personal que labora en la entidad)

Evidencia: Control de asistencia y fotografías

6.9. MEJORA

AUDITORIA INTERNA

Programa: se debe revisar los siguientes aspectos:

- Objetivos y consignas de la política de gestión del riesgo.
- Tareas definidas, responsabilidades y autoridades.
- Elementos fundamentales del Sistema de Gestión del riesgo.
- Documentos que apoyan e interactúan con los elementos fundamentales del Sistema de Gestión del riesgo.
- Procedimientos de control de operaciones.
- Evaluación de resultados del cumplimiento legal.
- Informes al finalizar cada reunión.

“Hospital Humanizado y Seguro es Nuestra Compromiso”

“Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua “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”

7. PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS

Fecha	Cambio	Nueva Versión
01/07/2019	Implementación de la Política en la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua Res. 135 de 14 Marzo 2019	001
27/01/2021	Actualización segunda versión	002
03/06/2021	Actualización tercera Versión Res. 203 de 10 Agosto 2021	003

8. APROBACIÓN

Responsable	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró	Angelica Cruz Rojas	Asesor control Interno	
Revisó	Nelson Felipe Tierradentro	Profesional en Desarrollo Institucional	
Aprobó	Gladys Durán Borrero	Gerente	

9. ANEXOS

Control de asistencia a capacitaciones

“Hospital Humanizado y Seguro es Nuestra Compromiso”

“Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua “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”