

SOCIALIZACIÓN
EJE DE ACREDITACIÓN:
GESTIÓN DEL RIESGO



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PITALITO – HUILA**

NIT. 891.180.134 – 2

Pitalito, 29 de Agosto de 2022

DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ
Gerente

Contenido

JUSTIFICACIÓN	3
1. MARCO NORMATIVO Y CONTEXTUAL.....	4
2. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD – SOGCS	11
3. EJES TRAZADORES EN EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.....	15
4. PLAN DE GESTIÓN INSTITUCIONAL	18
5. CONCEPTOS HOMOLOGADOS.....	18
6. EJE GESTIÓN DEL RIESGO	23
6.1 Política del Eje Gestión del Riesgo	23
6.2 Programa de Administración del Riesgo	24
6.3. Líneas de Acción del Eje de Gestión del Riesgo.....	26
6.3.1 Promoción de una cultura de administración del riesgo	26
6.3.2 Gestión de la Administración de Riesgos por Procesos	27
6.3.3 Gestión y Control por Líneas de Defensa para Autocontrol, Auditoría Interna y de Seguimiento	28
6.4. Plan de Acción del Eje de Gestión del Riesgo.....	29
6.5. Principales Logros y Resultados	31

JUSTIFICACIÓN

Con el fin de dar cumplimiento al Plan de Gestión Institucional para el período 2020-2024 **“Desarrollo y Transformación Hospitalaria Con Gestión Humana”** de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, al igual que al procedimiento de formación continua, se presenta ante los Honorables Miembros de la Junta Directiva de la Entidad el documento denominado **“Socialización – Eje de Acreditación: Gestión del Riesgo”**.

La presentación y análisis de éste documento le permitirá a los Honorables Miembros de la Junta Directiva, a la alta dirección, a los equipos de trabajo de las diferentes áreas, y nuestra comunidad en general, comprender un poco más el por qué implementamos en nuestra institución el Eje Transversal de Gestión del Riesgo.

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito se encuentra en el proceso de ejecución de estándares superiores de calidad basados en la normatividad Colombiana del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, el cual hace parte la Acreditación, donde se han desarrollado diferentes intervenciones con los colaboradores al interior de la institución; de manera tal que, bajo el reconocimiento de la importancia del Eje de Acreditación Gestión del Riesgo, donde ha sido fundamental para la nuestro Hospital establecer el enfoque, el diagnóstico de los riesgos existentes, la gestión del riesgo, la protección de los usuarios de los principales riesgos en la prestación de los servicios y la evaluación de la gestión en la institución.

Por último, se hace extensiva la invitación a los Honorables Miembros de Junta Directiva de nuestro Hospital, para continuar con el acompañamiento y apoyo incondicional, en la búsqueda del logro de los objetivos Institucionales con éxito, en especial la meta macro de la Acreditación Institucional.

1. MARCO NORMATIVO Y CONTEXTUAL

Con base en los lineamientos del ICONTEC y el marco normativo, tenemos que la Acreditación en Salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función (Decreto 1011- Resolución 1445 de 2006).

La Filosofía de Acreditación en Salud se enmarca en los siguientes ejes:

- Existencia de políticas y programas dirigidos a la **Humanización de la Atención** que tengan en cuenta la dignidad del ser humano.
- La **Seguridad del Paciente**, entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que busca minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud.
- La **Responsabilidad Social Empresarial**, entendida como la responsabilidad de las instituciones, la sociedad y los individuos, que contribuye con acciones concretas a disminuir las inequidades de las comunidades en particular y la sociedad en general y a la rendición de cuentas en relación con los resultados del mejoramiento continuo organizacional producto del desarrollo de estándares de calidad superior.
- **Gestión de la Tecnología** mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y a las instituciones.
- En Enfoque y **Gestión del Riesgo** mediante la provisión de servicios de salud accesibles y equitativos, teniendo en cuenta el balance entre la gestión clínica y la gestión administrativa y los beneficios, riesgos y costos.
- Todo lo anterior debe ser abordado sistemáticamente como un proceso de **Transformación Cultural** organizacional de largo plazo, en el que se alinean las normas, la cultura y la ética. Esta transformación promovida desde el direccionamiento y el talento humano, tiene en cuenta el aprendizaje organizacional y la internalización de conocimientos, estrategias y buenas prácticas.

Como Eje del SUA, La Gestión del Riesgo con base en el Decreto 1011 de 2006 se establece que *“la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos debe ser accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”*.

En enfoque del riesgo se establece la protección a los usuarios, de los principales riesgos en la prestación de servicios, por parte de los prestadores, haciendo énfasis en el cumplimiento de requisitos para evitar la presentación del riesgo. La Calidad es uno de los tres ejes de la Política de Prestación de Servicios y El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad establece en sus componentes, un conjunto de normas que buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios.

De otra parte, La Superintendencia Nacional de Salud – Supersalud, estableció el modelo de la Supervisión Basada en Riesgos (SBR) inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Resolución No. 4559 de 2018), en el cual se incluyen los riesgos sistémicos como herramienta para la identificación, evaluación y medición, control, seguimiento y monitoreo de los riesgos (salud, financieros, operativos, entre otros) a los que se encuentran expuestas las entidades vigiladas por la Supersalud.

La Supervisión Basada en Riesgos, es una tendencia innovadora en el sector salud y permite generar un modelo dinámico de supervisión enfocado en la comprensión y la anticipación de los posibles riesgos que las entidades vigiladas enfrentan; incluyendo no solamente aquellos relacionados directamente con la seguridad del paciente, la prestación de servicios y los derechos de los pacientes, sino también los concernientes a la gestión administrativa y financiera que soporta la operación.

Dentro de las categorías de riesgo establecidas por la Supersalud a través de la SBR, tenemos:

- Riesgo en Salud y Riesgo Actuarial.
- Riesgos de Liquidez, Crédito y Mercado de Capitales.
- Riesgo Operacional.
- Riesgo de Grupo.
- Riesgo Reputacional.
- Riesgo de Fallas del Mercado de Salud.
- Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

Por último, como entidad Pública, nuestra institución da cumplimiento al Modelo Integrado de Planeación y Gestión – **MIPG**, el cual fue actualizado con El Decreto

1083 de 2015 y posteriormente con El Decreto 1499 de 2017, donde se integraron los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad en un solo Sistema de Gestión, y de la articulación de éste con el Sistema de Control Interno.

Recordemos que MIPG, es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio. MIPG, opera a través de un conjunto de 7 dimensiones que agrupan las políticas de gestión y desempeño institucional:

- Talento Humano.
- Direccionamiento Estratégico y Planeación.
- Gestión con Valores para Resultados.
- Evaluación de Resultados.
- Información y Comunicación.
- Gestión del Conocimiento y la Innovación.
- Control Interno.

Para determinar el estado de la gestión y desempeño de las entidades públicas, bajo los criterios y estructura de MIPG, al igual que el avance del Sistema de Control Interno (implementado a través del Modelo Estándar de Control Interno – MECI), se estableció la Medición del Desempeño Institucional, para lo cual se cuenta anualmente con el Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión – **FURAG**.

Con base en lo anterior, y teniendo en cuenta el Desarrollo de la dimensión “Direccionamiento Estratégico y Planeación”, una de las herramientas con las que se cuenta es la identificación y valoración de riesgos, para poder desarrollar las estrategias de ésta dimensión, la formulación de los objetivos de la entidad y la implementación de esos objetivos a través de la toma de decisiones cotidianas en cada uno de los procesos. Este desarrollo se da en los diferentes niveles de la organización, por lo que cada entidad, de acuerdo con su esquema de direccionamiento estratégico, procesos, procedimientos, políticas de operación, sistemas de información, tendrá insumos esenciales para la aplicación de la metodología propuesta para la administración del Riesgo. Para nuestro caso, La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, viene dando cumplimiento a la Gestión del Riesgo en forma gradual y en desarrollo de la normatividad aplicable, logrando articular: El Eje de Gestión del Riesgo del SUA, los lineamientos de la SBR de la Supersalud, las dimensiones y lineamientos de MIPG, y en la parte

metodológica lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP.

A continuación, se relacionan las principales normas que contribuyen en la articulación del Eje de Gestión del Riesgo:

Ley 100 de 1993

“Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones”. Artículo 189 establece que “Los hospitales públicos y los privados en los cuales el valor de los contratos suscritos con la Nación o las entidades territoriales representen más del treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales deberán destinar como mínimo el 5% del total de su presupuesto a las actividades de mantenimiento de la infraestructura y la dotación hospitalaria” dando un marco financiero desde hace 20 años para mejorar el estado de la dotación hospitalaria.

Ley 87 de 1993

Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones. Artículo 2°. Objetivos del Sistema de Control Interno, literal a) “Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten”. 2 literal f). “Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos”.

LEY 489 DE 1998. Estatuto Básico de Organización y Funcionamiento de la Administración Pública. Artículos 27,28 y 29, Crea el Sistema de Control Interno con el objeto de integrar en forma armónica, dinámica, efectiva, flexible y suficiente el funcionamiento del Control Interno de las instituciones públicas.

DECRETO 2145 DE 1999, por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y territorial y se dictan otras disposiciones. Modificado parcialmente por el Decreto 2593 de 2000. Define el S N C I las instancias de articulación y sus competencias, la Unidad Básica del mismo su operatividad y el fortalecimiento del Control Interno.

DIRECTIVA PRESIDENCIAL 09 DE 1999, la cual define los lineamientos para la implementación de la política de lucha contra la corrupción por parte del Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción, creado mediante el Decreto 2405 de 1998, tiene como propósito central coordinar, tanto la implementación de las

iniciativas gubernamentales para hacerle frente a este flagelo, como su articulación con aquellas que en el mismo sentido adelanten los organismos de control y la sociedad civil.

Decreto 1011 de 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 1445 de 2006

Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones.

Decreto 2200 de 2005 y Resolución 1403 de 2006

Los cuales reglamentan los Servicios Farmacéuticos, proponiendo un modelo de gestión y estableciendo las funciones de esta área, entre otras se encuentra la de “Participar en la creación y desarrollo de programas relacionados con los medicamentos y dispositivos médicos”.

Resolución 4002 de 2007 Por el cual se adopta el Manual de Condiciones de Capacidad de Almacenamiento y/o Acondicionamiento, donde se establecen los mecanismos que permiten clasificar y evaluar las quejas y los reportes de Tecnovigilancia.

Ley 1122 de 2007

Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Resolución 4816 de 2008

Mediante la cual se reglamentó el Programa Nacional de Tecnovigilancia, por medio del cual se define y se clasifican los eventos e incidentes adversos, los niveles de operación, así como las responsabilidades para cada uno de ellos, la obligación de reportar, inspección de vigilancia y control, entre otros.

Decreto 4485 de 2009: Por el cual se adopta la actualización de la NTCGP 1000-2009. Numeral 4.1 Requisitos generales literal g) “establecer controles sobre los riesgos identificados y valorados que puedan afectar la satisfacción del cliente y el logro de los objetivos de la entidad; cuando un riesgo se materializa es necesario tomar acciones correctivas para evitar o disminuir la probabilidad de que vuelva a

sucedier”. Este decreto aclara la importancia de la Administración del riesgo en el Sistema de Gestión de la Calidad en las entidades.

Ley 1341 de 2009

Por la cual se definen principios y conceptos sobre la sociedad de la información y la organización de las tecnologías de la información y las comunicaciones.

Ley 1438 de 2011

Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1474 de 2011

Estatuto Anticorrupción. Artículo 73. “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano” que deben elaborar anualmente todas las entidades, incluyendo el mapa de riesgos de corrupción, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias anti trámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.

Decreto Nacional 1377 de 2013

Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos personales.

Aprobación 31 de julio de 2013

Manual de procesos y procedimientos de seguridad de la información.

Decreto No. 943 de 2014 " Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno" compilado en el Decreto 1083 de 2015, adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano - MECI 2014, el cual establece el componente de Evaluación Independiente como un conjunto de elementos de control que garantizan el examen autónomo y objetivo del Sistema de Control Interno, la gestión y los resultados de la entidad pública por parte de la Oficina de Control Interno, Unidad de Auditoría Interna o quien haga sus veces.

Decreto 1083 de 2015

Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública.

Decreto 415 de 2016

Definición de los lineamientos para el fortalecimiento institucional en materia de tecnologías de la información y las comunicaciones.

Decreto 1499 de 2017

Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.

Buenas prácticas de manufactura de dispositivos médicos 2017

Guía de Reprocesamiento de Dispositivos Médicos

Decreto 648 de Abril 17 de 2017 “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública”. Establece como función del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, como órgano asesor e instancia decisoria en los asuntos de control interno, hacer sugerencias y seguimiento a las recomendaciones basado en la priorización de los temas críticos según la gestión de riesgos de la Administración.

Resolución 4559 de 2018

Por medio de la cual se adopta el modelo de Inspección, Vigilancia y Control para la Superintendencia Nacional de Salud para el ejercicio de la Supervisión de los Riesgos Inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 497 de 2021

Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud.

Circular Externa 2021170000004-5 de 2021

Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de Conducta y de Buen Gobierno Organizacional, El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus Subsistemas de Administración de Riesgos.

Circular Externa 2021170000005-5 de 2021

Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) y modificaciones a las Circulares Externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.

Decreto 441 de 2022

Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.

2. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD – SOGCS

Para nuestro País, se estableció a través del Decreto No. 1011 de 03 de abril de 2006, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyo campo de aplicación son los Prestadores de Servicios de Salud, las EPS (contributivo y subsidiado), las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. El citado Decreto contiene unas definiciones claves para su operatividad, las características de dicho sistema, sus componentes, las entidades responsables para el funcionamiento del SOGCS, la explicación de cada uno de sus sistemas, los diferentes reportes, las medidas de control y seguimiento.

Dentro de las principales definiciones de la norma, tenemos:

El **SOGCS**, es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.¹

CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS: Las acciones que desarrolle se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales sólo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

COMPONENTES DEL SOGCS



¹ (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006, pág. 2)

1. Sistema Único de Habilitación - SUH



Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

Regulado por la Resolución 3100 de 2019, que a su vez define el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, que se convierte en el instrumento que contiene las condiciones para que los servicios de salud ofertados y prestados en el país, cumplan con los requisitos mínimos, en este sentido las condiciones tecnológicas y científicas tienen como misión proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar su cumplimiento, a partir de los estándares de habilitación. Los estándares aplicables son 7, descritos de la siguiente manera:

- a). Talento Humano:** Son las condiciones de recurso humano requeridas en un servicio de salud.
- b). Infraestructura:** Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.
- c). Dotación:** Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales.
- d). Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos:** Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final, que condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

e). Procesos Prioritarios: (Manuales, guías procedimientos, protocolos etc.) Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.

f). Historia Clínica y Registros: Es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos, propios de la prestación de servicios.

g). Interdependencia: Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados.

2. Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud - PAMEC.

Se constituye en una herramienta para contribuir al mejoramiento continuo de los servicios que presta la Institución y hace parte de la estrategia de mejoramiento de la eficiencia y la eficacia de los procesos de atención consagrada en la política de Calidad hacia la búsqueda de la satisfacción del usuario.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

3. Sistema de Información para la Calidad - SIC

Es un método organizado para recolectar, almacenar y reportar la información sobre la calidad de la prestación de los servicios de salud, a través de la medición de indicadores que evalúan el desempeño y resultado de los procesos, con el fin de ayudar a los tomadores de decisiones en todos los niveles.

Son objetivos del SIC:

- a). Monitorear:** Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.
- b). Orientar:** Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
- c). Referenciar:** Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.

4. Sistema Único de Acreditación - SUA

El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el decreto 903 de 2014 y la Resolución 2082 de 2014, reglamentó el nuevo esquema de operación del Sistema Único de Acreditación en Salud. Con la Resolución No. 5095 de 19 de noviembre de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, se adoptó el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1.

¿Qué es la Acreditación en Salud?

Es un proceso voluntario y periódico de Autoevaluación interna y revisión externa de todos los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de la salud, a través del cumplimiento de una serie de estándares factibles de alcanzar, independientemente de su estado de desarrollo, razón social o nivel de atención.²

Beneficios de la Acreditación en Salud

La Acreditación promueve la optimización de la prestación de los servicios de salud, contribuye a mejorar la accesibilidad y continuidad de la atención, el soporte técnico y emocional a los usuarios, el compromiso de los directivos y las relaciones humanas entre el equipo de salud y en sus relaciones con los usuarios.

Con la Acreditación las Organizaciones de Salud buscan:

- Garantizar a los usuarios un servicio de salud en condiciones de calidad, humanización, y efectividad, lo cual redundará en la mejoría de las condiciones de vida y salud de los usuarios que atienden, promocionando el auto cuidado.

² (<http://www.acreditacionensalud.org.co>, 2016)

- Generar confianza entre los clientes sobre los resultados que se alcancen con los procesos asistenciales y administrativos.
- Garantizar Servicios de salud que cumplen con las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, tales como oportunidad, accesibilidad, seguridad, pertinencia, continuidad, coordinación, efectividad, información, competencia.
- Reconocimiento público en el ámbito de la salud por haber iniciado un proceso de mejoramiento continuo hacia la excelencia.
- Imagen y credibilidad ante los usuarios y la comunidad en general.
- Aportes significativos al desarrollo de un sector vital para la sociedad, de acuerdo con sus objetivos en materia de responsabilidad social.
- Reducir los costos de la no calidad.
- Promover la libertad de elección como eje de la competencia por calidad en el sistema de salud.
- Ser más competitivos y abrir nuevas posibilidades, por ejemplo, exportar servicios.
- Promover una mayor participación del usuario en las decisiones que lo afecten.
- Basar las relaciones de toda la institución en principios y valores.
- Formar líderes en el Mejoramiento Continuo de la Calidad.
- Transformar la cultura Organizacional.
- Comparar y ser referente para la adopción de mejores prácticas.
- Acceso a Incentivos específicos para la calidad superior.

3. EJES TRAZADORES EN EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

La implementación del SUA gira en torno a unos ejes que deben ser abordados sistemática e integralmente cuya finalidad es convertirse en la gestión trazadora de los mejoramientos emprendidos por la Institución.



a). Seguridad del Paciente: Se trata del conjunto de elementos, metodologías y procesos basados en la evidencia científicamente probada que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud de mitigar sus consecuencias. La Política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los incidentes para identificar las causas y acciones para intervenirlos. A partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras.

b). Humanización: Humanizar es un asunto ético relacionado con los valores. Dentro de la Calidad de la atención, se deben practicar valores y principios encaminados en garantizar el respeto, la dignidad del ser humano, mejorar la relación con el usuario y con el personal de la Institución. Esto incluye una atención respetuosa, apoyo emocional y el desarrollo de habilidades comunicativas. La Humanización contempla los siguientes elementos:

- Privacidad
- Apoyo emocional
- Respeto por las creencias
- Información a la familia
- Manejo del duelo
- Tecnología

c). Responsabilidad Social Empresarial: Es la obligación de dirigir las actividades educativas, investigadoras y de servicio a atender las necesidades prioritarias de la comunidad, región y/o nación, tiene como meta la reducción de las inequidades en salud.

d). Enfoque de Riesgo: En enfoque del riesgo se establece la protección a los usuarios, de los principales riesgos en la prestación de servicios, por parte de los prestadores, haciendo énfasis en el cumplimiento de requisitos para evitar la presentación del riesgo. La calidad es uno de los tres ejes de la política de Prestación de Servicios y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad establece en sus componentes, un conjunto de normas que buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios.

Principales riesgos:

- **Gestión de Riesgos Clínicos:** identificación de riesgos del paciente al ingreso, planeación del cuidado y tratamiento, integración e intervención de los riesgos clínicos del paciente identificados.
- **Gestión de Riesgos Administrativos:** Prevención y control de recursos.

- **Gestión de Riesgos del Ambiente Físico:** Identificación y respuesta a necesidades del ambiente físico.
- **Gestión del Riesgo del Talento Humano:** Procesos de Salud Ocupacional y Seguridad Industrial.
- **Gestión de Riesgos Tecnológicos:** Identificación prevención de la posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten la totalidad o parte de la infraestructura tecnológica (hardware, software, redes, equipos biomédicos, etc).
- **Gestión de Riesgos Financieros:** Identificación y prevención de la posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los Estados Financieros y todas aquellas áreas involucradas con el proceso financiero como presupuesto, tesorería, contabilidad, cartera, costos, etc.

e). Transformación de la Cultura Organizacional: Se refiere a la “manera de vivir juntos” entendiendo que en las organizaciones se generan múltiples relaciones de poder y reglas no escritas, donde se presentan comportamientos que se configuran a partir de intereses, relaciones, actitudes y modos de ser, a partir de comportamientos individuales y colectivos.

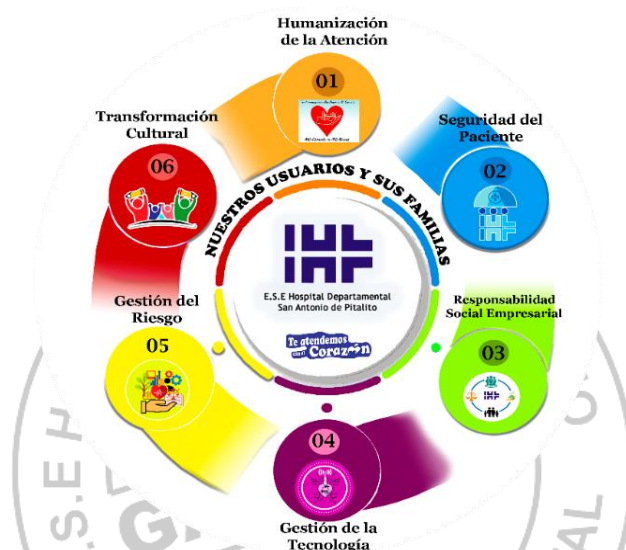
La cultura de una organización es visible en el ambiente físico, mobiliario, confort, equipos, vestuario, patrón de comportamiento, documentos, etc. Igualmente se puede evidenciar en el nivel de los valores que rigen a la organización y en el comportamiento de sus miembros.

Cuya meta es lograr compromiso en la atención con calidad por parte de la Institución y del personal que labora, aportando al desarrollo sostenible con un comportamiento ético y transparente.

f). Gestión de la Tecnología: Consiste en la planeación de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y al sistema en general. Propone adoptar metodologías de adquisición, prevenir el desbordamiento de los costos que puede producir la compra indiscriminada de alta tecnología y realizar esfuerzos en este sentido.

4. PLAN DE GESTIÓN INSTITUCIONAL

“Desarrollo y Transformación Hospitalaria con Gestión Humana”



Para el período proyectado 2020 a 2024, se continua con el compromiso de todo el personal de la institución en todos sus niveles hacia la meta de la Acreditación, con la observancia de los resultados obtenidos anualmente tanto cualitativamente como cuantitativamente que nos motiva a continuar en esa ruta, por cuanto cada vez estamos más cerca de dicho logro. Con base en la síntesis expuesta anteriormente, se viene trabajando en éste nuevo período de gerencia en los seis (6) Ejes Trazadores del Sistema Único de Acreditación, para desarrollarlos sistemática e integralmente con la finalidad de ser la base de la gestión trazadora de los mejoramientos emprendidos por el Hospital; de esta manera se han consolidado en los pilares de nuestro Plan de Gestión “Desarrollo y Transformación Hospitalaria Con Gestión Humana” 2020-2024.

5. CONCEPTOS HOMOLOGADOS

El uso adecuado de la terminología para el diseño, gestión e implementación de la Política y el Programa de la Gestión del Riesgo, es de vital importancia, por cuanto de éstos dependerá la adherencia e implementación de las diversas estrategias y acciones del programa, como la homologación para los colaboradores, y grupos de interés; para esto han sido tenidos en cuenta los siguientes conceptos:

Administración de Riesgos: Comprende el conjunto de Elementos de Control y sus interrelaciones, para que la institución evalúe e intervenga aquellos eventos, tanto internos como externos, que puedan afectar de manera positiva o negativa el

logro de sus objetivos institucionales. La administración del riesgo, contribuye a que la entidad consolide su Sistema de Control Interno y a que se genere una Cultura de Autocontrol y Autoevaluación al interior de la misma.

Amenazas: Situación potencial de un incidente no deseado, el cual puede ocasionar daño a un sistema o a una organización.

Apetito al riesgo: Magnitud y tipo de riesgo que una organización está dispuesta a buscar o retener.

Autocontrol: La capacidad que deben desarrollar todos y cada uno de los servidores públicos de la organización, independientemente de su nivel jerárquico, para evaluar y controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos de manera oportuna para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función, de tal manera que la ejecución de los procesos, actividades y/o tareas bajo su responsabilidad, se desarrollen con fundamento en los principios establecidos en la Constitución Política.

Autorregulación: Se refiere a la capacidad de la organización para desarrollar en su interior y aplicar métodos, normas y procedimientos que permitan el desarrollo, implementación y mejoramiento del SCI, dentro del marco de las disposiciones aplicables.

Autogestión: Apunta a la capacidad de la organización para interpretar, coordinar, ejecutar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz su funcionamiento.

Base de Datos: Una base de datos es un conjunto de datos pertenecientes a un mismo contexto y almacenados sistemáticamente para su posterior uso.

Buena Práctica Clínica (BPC): Estándar para el diseño, conducción, realización, monitoreo, auditoría, registro, análisis y reporte de estudios clínicos que proporciona una garantía de que los datos y los resultados reportados son creíbles y precisos y de que están protegidos los derechos, integridad y confidencialidad de los sujetos del estudio.

Causa: Todos aquellos factores internos y externos que solos o en combinación con otros, pueden producir la materialización de un riesgo.

Confidencialidad: Propiedad de la información que la hace no disponible, es decir, divulgada a individuos, entidades o procesos no autorizados.

Consecuencia: Los efectos o situaciones resultantes de la materialización del riesgo que impactan en el proceso, la entidad, sus grupos de valor y demás partes interesadas.

Control: Medida que modifica el riesgo (procesos, políticas, dispositivos, prácticas u otras acciones).

Dispositivo Médico: Instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico, utilizado solo o en combinación, incluyendo sus componentes y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, destinado por el fabricante para uso en seres humano.

Efectividad: Grado en el que una intervención, servicio, proceso, procedimiento, prueba diagnóstica o tratamiento, produce el resultado deseado; incluye por tanto el nivel de adecuación de la provisión asistencial, en la medida en que ésta se presta a las personas que pueden beneficiarse de ella.

Equipo Biomédico: Dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

Equipo de comunicaciones e informática: Hacen parte del equipo de comunicaciones e informática: El equipo de cómputo, las centrales telefónicas, los equipos de radiocomunicaciones, los equipos que permiten el procesamiento, reproducción y transcripción de información y todos aquellos que conforman el sistema de información hospitalario.

Equipo Industrial de uso Hospitalario: Hacen parte del equipo industrial de uso hospitalario, las plantas eléctricas, los equipos de lavandería y de cocina, las calderas, las bombas de agua, las autoclaves, el equipo de seguridad, el de refrigeración y aquellos equipos relacionados con servicios de apoyo hospitalario.

Factor de Riesgo: Situación, característica o atributo que condiciona una mayor probabilidad de experimentar un daño a la salud de una o varias personas.

Gestión del riesgo: Proceso efectuado por la alta dirección de la entidad y por todo el personal para proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos.

Impacto: Se entiende como las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

Mapa de riesgos: Documento con la información resultante de la gestión del riesgo.

Mantenimiento: Se define el mantenimiento como todas las acciones que tienen como objetivo preservar un artículo o restaurarlo a un estado en el cual pueda llevar a cabo alguna función requerida. Estas acciones incluyen la combinación de las acciones técnicas y administrativas correspondientes.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: Plan que contempla la estrategia de lucha contra la corrupción que debe ser implementada por todas las entidades del orden nacional, departamental y municipal.

Probabilidad: Se entiende como la posibilidad de ocurrencia del riesgo. Esta puede ser medida con criterios de frecuencia o factibilidad.

Programa institucional de Tecnovigilancia: Se define como un conjunto de mecanismos que deben implementar internamente los diferentes actores de los niveles Departamental, Distrital y Local, para el desarrollo del Programa Nacional de Tecnovigilancia.

Riesgo: Es la 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.

Riesgo de gestión: Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre el cumplimiento de los objetivos. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.

Riesgo inherente: Es aquel al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones de la dirección para modificar su probabilidad o impacto.

Riesgo de corrupción: Posibilidad de que por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.

Riesgo Residual: Nivel de riesgo que permanece luego de tomar sus correspondientes medidas de tratamiento.

Riesgo de seguridad digital: Combinación de amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital. Puede debilitar el logro de objetivos económicos y sociales, así como afectar la soberanía nacional, la integridad territorial, el orden constitucional y los

intereses nacionales. Incluye aspectos relacionados con el ambiente físico, digital y las personas.

Red Nacional de Farmacovigilancia: La red nacional de Farmacovigilancia es el conjunto de personas e instituciones que mantienen contacto entre sí a través de reportes de eventos adversos, comunicaciones e información en relación con problemas de seguridad o uso correcto de medicamentos. La red incorpora personas o instituciones que han establecido contactos permanentes con el programa de Farmacovigilancia del INVIMA.

Reporte: Es el medio por el cual quien reporta notifica a la institución hospitalaria, el fabricante y la entidad sanitaria, sobre un incidente o riesgo de incidente asociado a un dispositivo médico o un medicamento.

Seguridad de la Información: Es el conjunto de medidas preventivas y reactivas de las organizaciones y sistemas tecnológicos que permiten resguardar y proteger la información buscando mantener la confidencialidad, la disponibilidad e integridad de dato.

Tecnología: Es la ciencia aplicada a la resolución de problemas concretos. Constituye un conjunto de conocimientos científicamente ordenados, que permiten diseñar y crear bienes o servicios que facilitan la adaptación al medio ambiente y la satisfacción de las necesidades esenciales y los deseos de la humanidad.

Tecnologías de la Información: La tecnología de la información (TI) es la aplicación de ordenadores y equipos de telecomunicación para almacenar, recuperar, transmitir y manipular datos.

TICS: Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) es un término extensional para la tecnología de la información (TI) que enfatiza el papel de las comunicaciones unificadas y la integración de las telecomunicaciones.

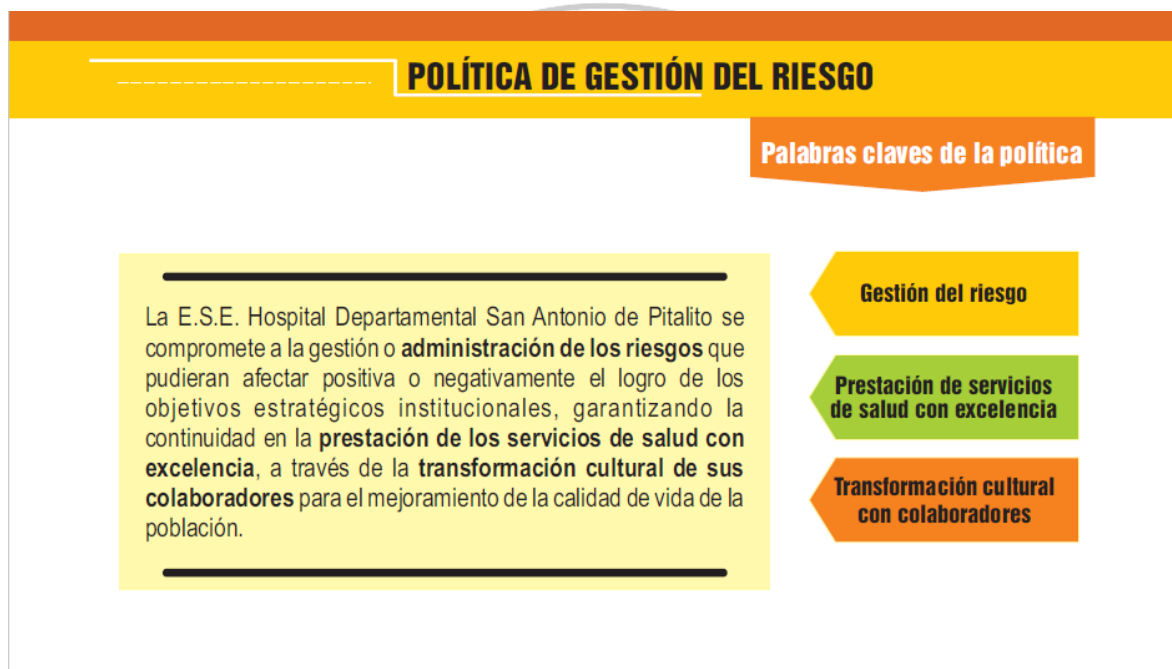
Tolerancia al riesgo: Son los niveles aceptables de desviación relativa a la consecución de objetivos. Pueden medirse y a menudo resulta mejor, con las mismas unidades que los objetivos correspondientes. Para el riesgo de corrupción la tolerancia es inaceptable.

Vulnerabilidad: Es una debilidad, atributo, causa o falta de control que permitiría la explotación por parte de una o más amenazas contra los activos.

6. EJE GESTIÓN DEL RIESGO

6.1 Política del Eje Gestión del Riesgo

(HSP-POL-31 – Resolución No. 328 de 28 de noviembre de 2018)



La gestión para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos, se define a partir de los siguientes lineamientos:

- Generar mecanismos que fortalezcan la cultura de la prevención de riesgos, consolidando un ambiente de autocontrol ajustado a las necesidades de la entidad.
- Identificar, analizar, evaluar y actualizar los riesgos por proceso institucionales.
- Definir e implementar controles y acciones orientados a evitar, mitigar, compartir o transferir los riesgos identificados y priorizados en cada proceso.
- La revisión periódica del mapa de riesgos para evaluar la efectividad de las acciones de mitigación e identificación de nuevos riesgos.
- Proteger los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos del Estado, resguardándolos contra la materialización de los riesgos.
- Contribuir a la excelencia en la gestión de la entidad, elevando el nivel de productividad, mejorando la calidad de los servicios y garantizando la eficiencia y la eficacia de los procesos organizacionales.

- Involucrar y comprometer a todos los servidores de la entidad en el tratamiento, manejo y seguimiento de los riesgos.
- Divulgar la política de riesgos a través de los diversos canales de comunicación institucional.
- Definir planes de mejoramiento continuo, estrategias y políticas orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno de la entidad, asegurando el cumplimiento de las normas, leyes y regulaciones técnicas.

Alcance de la Política: La Política de riesgos es aplicable a todos los procesos y procedimientos de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito y a todas las acciones por los servidores públicos durante el ejercicio de sus funciones.

Los riesgos de seguridad digital se gestionarán de acuerdo con los criterios diferenciales descritos en el documento de lineamientos “Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información”, que se constituye en la guía para mejorarlos estándares de seguridad de la información, de acuerdo con las nuevas tendencias tecnológicas, y además se encuentra alineado con el Marco de Referencia de Arquitectura TI y soporta transversalmente los otros componentes de la Estrategia: TIC para Servicios, TIC para Gobierno Abierto y TIC para Gestión.

6.2 Programa de Administración del Riesgo

(HSP-DE-PRO01- Resolución No. 316 de 08 de octubre de 2019)

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito implementa el Programa de Administración del Riesgo, comprendido como el conjunto de Elementos de Control y sus interrelaciones, para que la institución evalúe e intervenga aquellos eventos, tanto internos como externos, que puedan afectar de manera positiva o negativa el logro de sus objetivos institucionales. La Administración del riesgo, contribuye a que la entidad consolide su Sistema de Control Interno y a que se genere una Cultura de Autocontrol y Autoevaluación al interior de la misma.

El objetivo del programa: Generar una cultura de conocimiento y manejo de los riesgos que prevengan la ocurrencia de situaciones o eventos que tengan un impacto o consecuencia sobre el cumplimiento de la misión y objetivos estratégicos, generando un ambiente de control al interior de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

Objetivos Específicos:

- Promover una cultura ética como elemento indispensable para la prevención, detección e investigación del fraude o corrupción.
- Gestionar y administrar los riesgos establecidos en los procesos para evitar su materialización.
- Asumir una posición de “Cero Tolerancia” al fraude y a cualquier acto de corrupción.
- Promover una cultura de transparencia, que integre los diferentes sistemas de gestión orientados a la identificación, detección, evaluación, mitigación, monitoreo, investigación, prevención y corrección de conductas relacionadas con la corrupción.
- Garantizar el debido proceso para analizar las situaciones de corrupción o cualquier otra conducta ilegal que se pueda presentar al interior de la Entidad, así mismo los posibles conflictos de interés que puedan tener los servidores públicos en cumplimiento de sus funciones y a esta Política.
- Dotar a la institución de una herramienta útil que le permita la administración de los riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital.
- Proteger los bienes de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito ante la ocurrencia de posibles riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital.
- Incorporar dentro de los procesos y procedimientos de la institución las medidas necesarias para minimizar los riesgos de las actividades que se desarrollan.
- Establecer mecanismos para identificar, valorar y minimizar los riesgos de corrupción a los que constantemente está expuesta la Entidad, y poder de esta manera fortalecer el Sistema de Control Interno.
- Dar cumplimiento a la legislación vigente.

Alcance del programa: El Programa de Administración de riesgos es aplicable a todos los procesos y procedimientos de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito y a todas las acciones ejecutadas por los servidores públicos durante el ejercicio de sus funciones.

Los riesgos de seguridad digital se gestionaran de acuerdo con los criterios diferenciales descritos en el documento de lineamientos “Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información”, que se constituye en la guía para mejorar los estándares de seguridad de la información, de acuerdo con las nuevas tendencias tecnológicas, y además se encuentra alineado con el Marco de Referencia de

Arquitectura TI y soporta transversalmente los otros componentes de la Estrategia: TIC para Servicios, TIC para Gobierno Abierto y TIC para Gestión.

Los riesgos de corrupción se gestionan a través de los lineamientos establecidos por la Ley 1474 de 2011 y el Documento Estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano

6.3. Líneas de Acción del Eje de Gestión del Riesgo

LÍNEAS DE ACCIÓN GESTIÓN DEL RIESGO



Promoción de una cultura de administración del riesgo



Gestión de la administración de riesgos por procesos



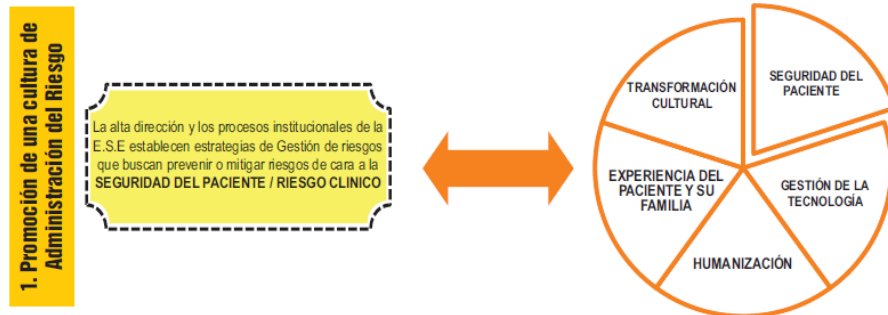
Gestión y control por líneas de defensa para autocontrol, auditoría interna y de seguimiento

6.3.1 Promoción de una cultura de administración del riesgo

La alta dirección y los procesos institucionales de la E.S.E. establecen estrategias y una metodología de administración de los riesgos que busca prevenir, materializar o mitigar riesgos relacionados a nivel general con:

- Problemas en la definición de los límites del plan de beneficios.
- Implicaciones de las evaluaciones costo efectividad de las intervenciones.
- Concentración de la atención den la alta complejidad y presión excesiva de uso.
- Falta de claridad en la definición del modelo de atención o en la forma de operar.
- Déficit de oferta de servicios (camas y profesionales especializados)
- Migración de personal calificado.
- Todos aquellos que se relacionen con los Seis Ejes del SUA.
- A nivel de la experiencia del paciente y su familia.
- A nivel del Mejoramiento Continuo de la Calidad.

LINEAS DE ACCIÓN GESTIÓN DEL RIESGO



6.3.2 Gestión de la Administración de Riesgos por Procesos

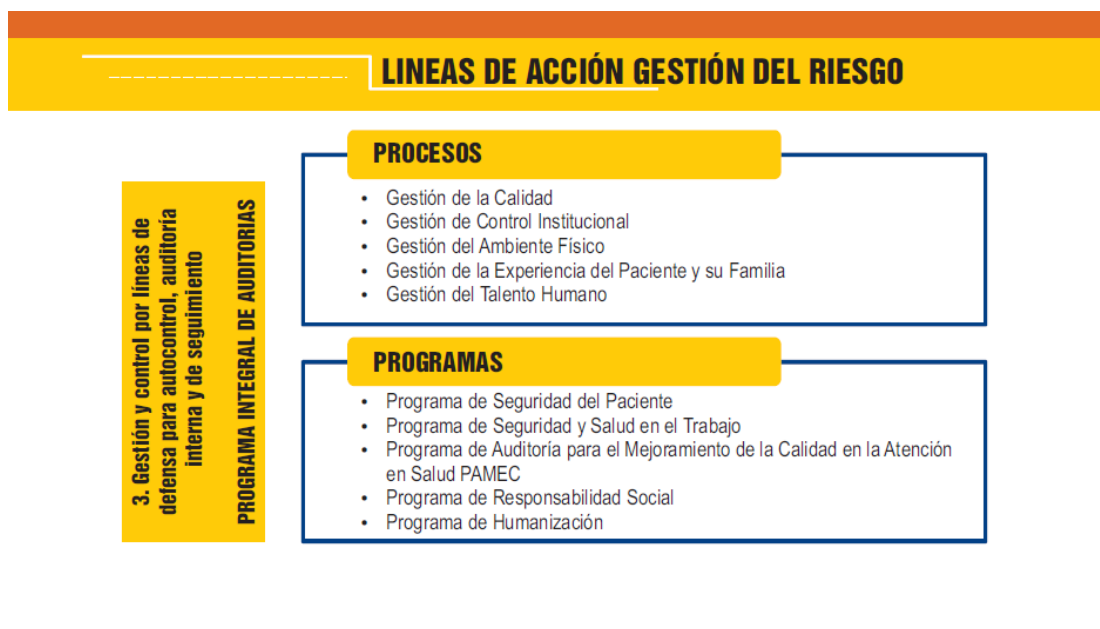
Cada uno de los procesos debe formular y dar cumplimiento a su POA (Plan Operativo Anual), donde hace seguimiento a las estrategias y acciones para el logro de los objetivos institucionales; así mismo identifica y establece controles en su matriz de riesgos por procesos donde prioriza su principal riesgo, para conformar El Mapa de Riesgos Institucional.

LINEAS DE ACCIÓN GESTIÓN DEL RIESGO



6.3.3 Gestión y Control por Líneas de Defensa para Autocontrol, Auditoría Interna y de Seguimiento

Desde los procesos de Calidad y Control Interno se define y ejecuta anualmente el Programa de Auditorías Internas e Integrales, contando con la participación de los líderes de los procesos de gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, servicio farmacéutico y gestión de la tecnología.



Para la operativización de las tres (3) líneas de defensa, tenemos:

Línea Estratégica de Defensa: A cargo de la Alta Dirección y El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

1° Línea – A cargo de los servidores en sus diferentes niveles, Coordinadores y/o líderes de áreas, procesos o dependencias, quienes aplican las medidas de control interno en las operaciones del día a día de la entidad.

2° Línea – A cargo de servidores con responsabilidades de monitoreo y evaluación de controles y riesgos: Planeación o quien haga sus veces, Asesor de Calidad, Coordinadores y/o líderes de áreas, procesos o dependencias, supervisores, interventores, servidores públicos.

3° Línea – A cargo de la Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quién haga sus veces.

6.4. Plan de Acción del Eje de Gestión del Riesgo

Se tiene establecido un Plan de Acción, donde se relacionan las actividades y estrategias a desarrollar durante la vigencia, el objetivo de éstas e indicadores, que permiten evidenciar el impacto de cada una de las líneas de acción.

Entre las principales actividades para el 2021, y su continuidad para el 2022 tenemos:

1. Promoción de Una Cultura de Administración del Riesgo

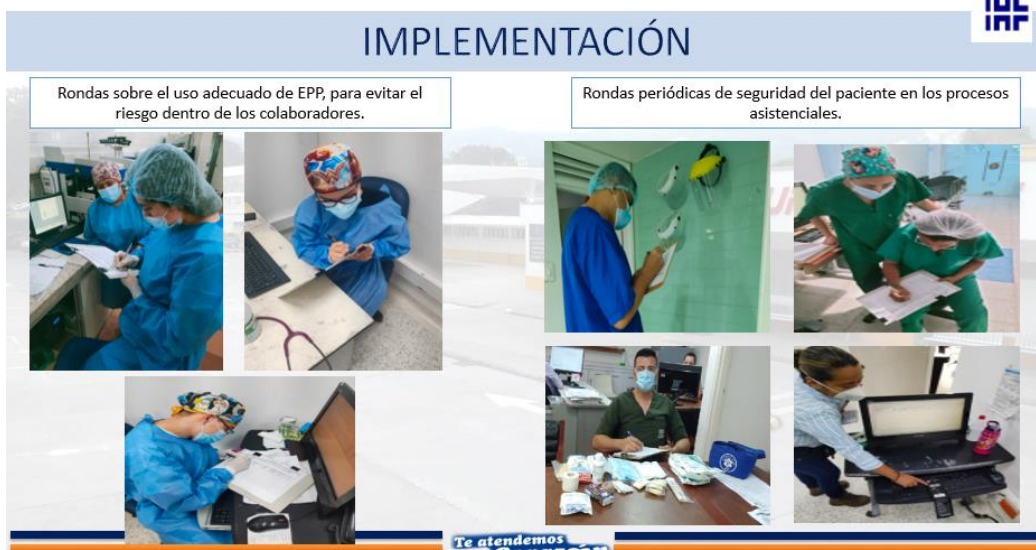
- Actualización y seguimiento del mapa de riesgos institucional y las actividades de seguimientos a los controles de la matriz de riesgo por proceso priorizado.

➤ MATRIZ DE RIESGO POR PROCESOS → MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL

Procesos	Cantidad
Procesos Estratégicos	Cantidad
Gestión del Direcccionamiento Estratégico o Institucional	3
Gestión de la Calidad	8
Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia	5
Gestión del Talento Humano	13
Subtotal	29
Procesos Misionales	Cantidad
Atención en Cirugía	7
Gestión de la Docencia Servicio	1
Atención de Hospitalización	22
Atención de Urgencias	15
Servicio de Referencia y Contrarreferencia	4
Subproceso Rehabilitación	8
Subproceso Farmacia	11
Subproceso Gestión de Laboratorio Clínico	16
Subtotal	84
Procesos de Apoyo	Cantidad
Gestión de Recursos Financieros	8
Gestión de Recursos Tecnológicos	4
Gestión Jurídica	3
Gestión del Ambiente Físico	8
Gestión de la Información	4
Subtotal	27
Gran Total	140

18 Riesgos Priorizados
(2021-2022)

- Elaboración, aprobación y cumplimiento del Programa Integral de Auditorías.
- Inspecciones periódicas relacionadas con uso adecuado de elementos de protección personal en el marco de los componentes de bioseguridad.
- Seguimiento al ausentismo laboral por enfermedad común a través de la evaluación de puesto de trabajo y riesgo ergonómico.
- Seguimiento al ausentismo laboral por enfermedad laboral a través de la evaluación de puesto de trabajo y riesgo ergonómico.
- Seguimiento al ausentismo laboral por accidente de trabajo de puesto de trabajo y riesgo ergonómico.



2. Gestión de la Administración del Riesgo

- Rondas periódicas de seguridad del paciente en los procesos asistenciales para mitigar eventos adversos en los pacientes.
- Monitoreo periódico a la clasificación adecuada de los residuos hospitalarios para prevenir la ocurrencia de riesgos biológicos – Gestión ambiental.
- Rondas periódicas de inspección de la tecnología en los procesos para medición del buen funcionamiento de los equipos biomédicos y no biomédicos – Gestión de Recursos Tecnológicos.



3. Gestión y Control por Líneas de Defensa para Autocontrol, Auditoría Interna y de Seguimiento.

- Seguimiento periódico (cuatrimestral) de acuerdo a las líneas de defensa – autocontrol – auditoría interna – control interno.
- Gestión de los riesgos priorizados y seguimiento a la ejecución de los controles definidos en el mapa de riesgos institucional y en cada matriz de riesgos.

6.5. Principales Logros y Resultados

A continuación se dan a conocer los principales resultados de los indicadores establecidos en el Plan de Acción del Programa del Eje de Gestión del Riesgo y aquellos resultados trazadores en la vigencia 2021.

RESULTADOS

Realización del Boletín Informativo Eje Gestión del Riesgo

2. RESULTADOS DEL PLAN DE ACCIÓN

RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Effectividad Rondas de Seguridad del Paciente

Atención	Atención oportuna	Atención programada
1	1	1

Las rondas de Seguridad del Paciente, ha permitido identificar y mitigar los riesgos asociados a la prestación de servicios. En el segundo trimestre de 2021, se ejecutó la estrategia (100% de lo programado) en los servicios de Atención en Urgencia, Apoyo Diagnóstico y Urgencias.

RONDAS PERIÓDICAS DE INSPECCIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

Periodo	Atención	Atención oportuna	Atención programada
FEV 2021	11	0	0
MAR 2021	0	0	0
ABR 2021	0	0	0
MAY 2021	0	0	0
JUN 2021	0	0	0
JUL 2021	0	0	0
AGO 2021	0	0	0
SEPT 2021	0	0	0
OCT 2021	0	0	0
NOV 2021	0	0	0
DIC 2021	0	0	0
ESTÁNDAR	11	0	0

AUSENTISMO LABORAL

Para el segundo trimestre 2021, se presentaron 151 enfermedades comunes, 41 enfermedades laborales y 10 accidentes laborales.

Categoría	Cantidad
ENFERMEDAD COMUN	151
ENFERMEDADES LABORALES	41
ACCIDENTES LABORALES	10

AUDITORÍAS INTEGRALES PROCESO DE CALIDAD

Periodo	Cumplimiento
ABRIL	50%
MAYO	100%
JUNIO	100%
TOTAL	83,3%

En el II trimestre de la vigencia 2021 se dio cumplimiento al 83,3% del total de auditorías programadas en este periodo, las cuales corresponden a: Adherencia, guías de práctica clínica y a los procesos de Urgencias, Urgencia, Referencia y Contrareferencia.

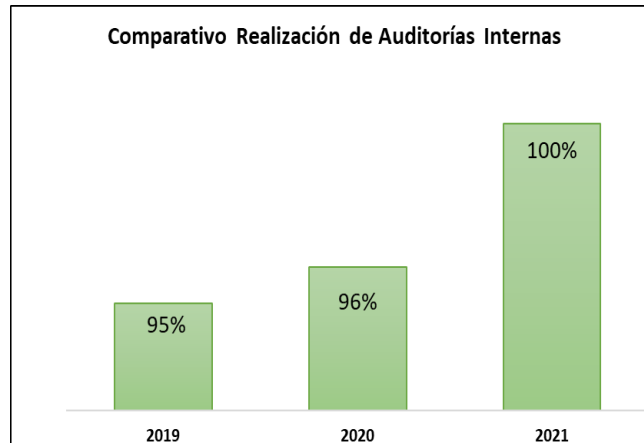
3. PLAN DE ACCIÓN PARA EL SIGUIENTE TRIMESTRE

RESULTADOS

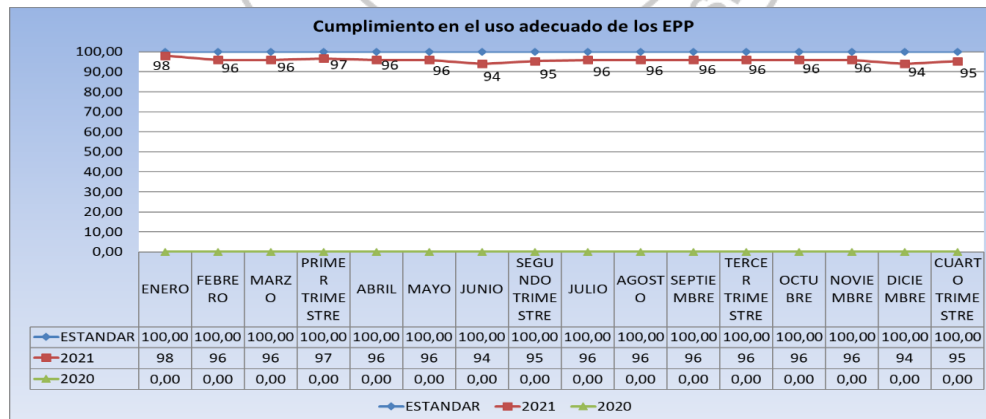
Realización del Boletín Informativo Eje Gestión del Riesgo

Se elaboró, difundió y publicó en la página web en forma trimestral los boletines informativos (4 para la vigencia 2021) sobre el cumplimiento del plan de acción y sus resultados del Eje de Gestión del Riesgo.

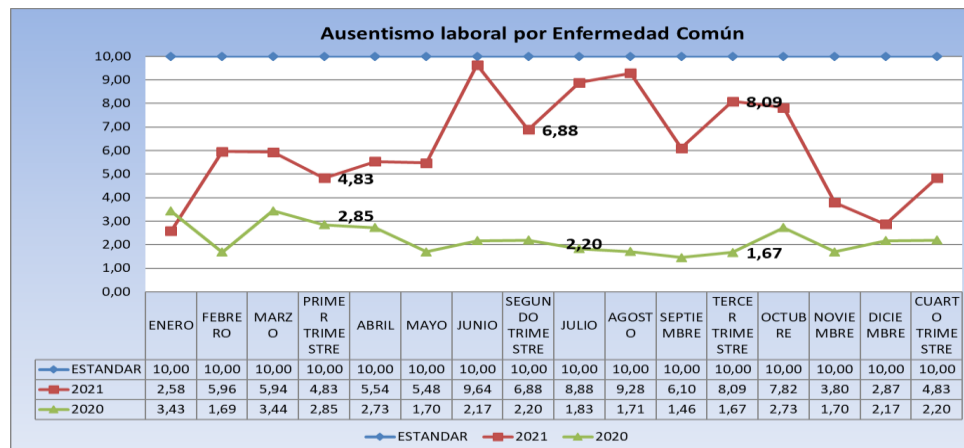
- Cumplimiento del programa integral de auditorías internas.



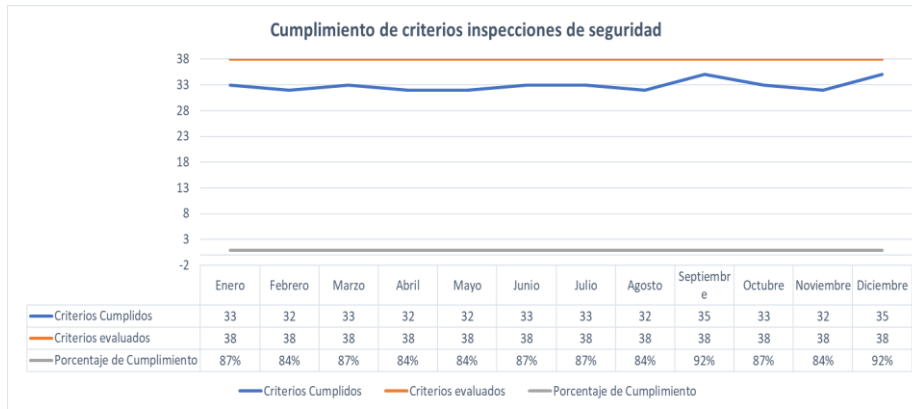
- Cumplimiento en el uso adecuado de los EPP.



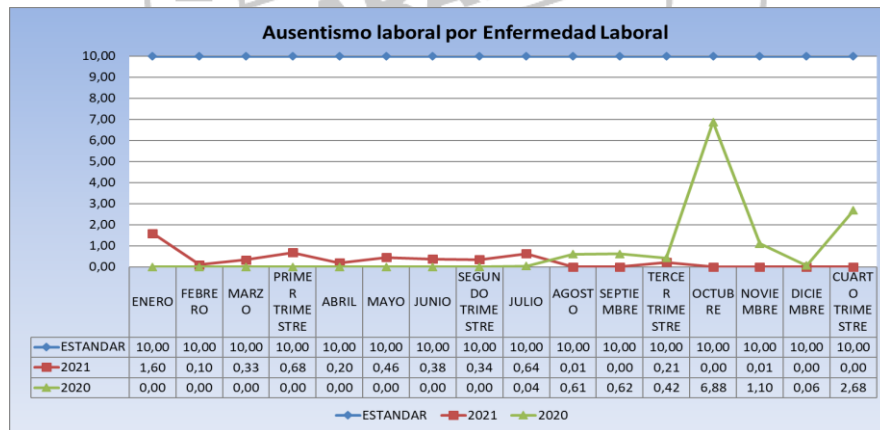
- Ausentismo laboral por Enfermedad Común



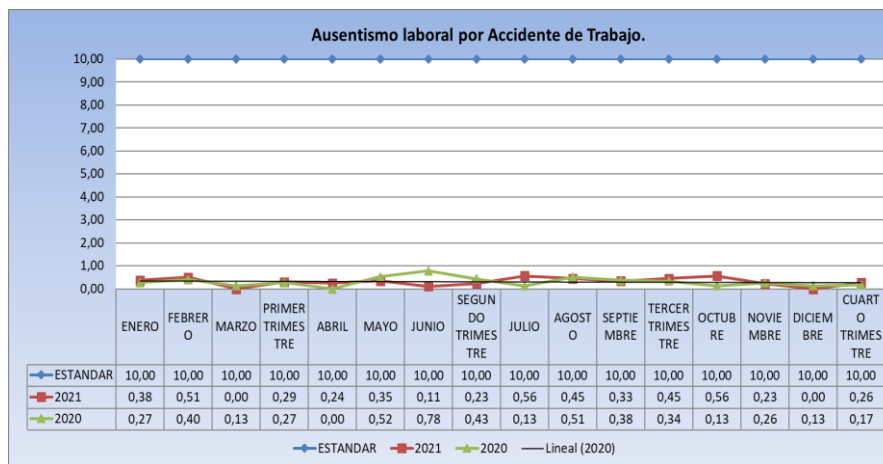
- Cumplimiento de Criterios Inspecciones de Seguridad



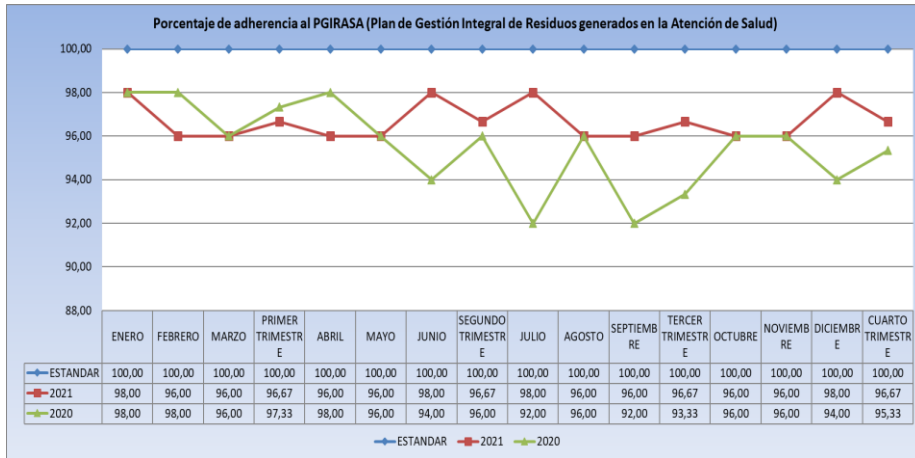
- Ausentismo Laboral por Enfermedad Laboral



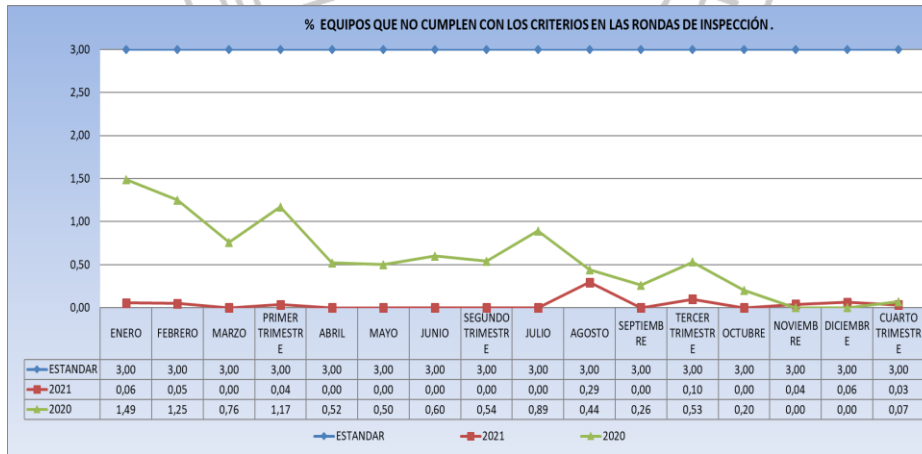
- Ausentismo Laboral por Accidente de Trabajo.



- Porcentaje de Adherencia al PGIRASA (Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención de Salud).



- Porcentaje de Equipos que no Cumplen con los Criterios en las Rondas de Inspección.



- Participación en el Relanzamiento del Eje de Transformación Cultural:

El pasado 11 de agosto de 2022, en las instalaciones de la institución se llevó a cabo la jornada del Relanzamiento del Eje de Transformación Cultural denominado **“Las Olimpiadas de la Transformación”**, donde se realizó un trabajo articulado y transversal con los Seis Ejes del SUA, y El Eje de Gestión del Riesgo con sus equipos primarios de mejoramiento (EPM), realizó el despliegue de la siguiente información a todos los Colaboradores (incluidos algunos miembros de la Junta Directiva) que participaron de dicha actividad (480 personas). Así mismo, se diseñó y aplicó un cuestionario de 18 preguntas para socializar conceptos y aspectos claves de las líneas de acción del Eje de Gestión del Riesgo (se adjunta

cuestionario) a través del juego de la Pirinola, contando con la participación de Colaboradores Asistenciales y Administrativos de los diferentes procesos.

Información Desplegada

<p>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO</p> <p>La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito se compromete a la administración y gestión de los riesgos que pudieran afectar positiva o negativamente el logro de los objetivos estratégicos institucionales, garantizando la continuidad en la prestación de los servicios de salud con excelencia, a través de la transformación cultural de sus colaboradores para el mejoramiento de la calidad de vida de la población.</p> <p>Palabras claves de la política</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestión del riesgo Prestación de servicios de salud con excelencia Transformación cultural con colaboradores 	<p>LINEAS DE ACCIÓN GESTIÓN DEL RIESGO</p> <ul style="list-style-type: none"> Promoción de una cultura de administración del riesgo Gestión de la administración de riesgos por procesos Gestión y control por líneas de defensa para autocontrol, auditoría interna y de seguimiento <p>ARTICULACION PARA LA GESTION DEL RIESGO</p> <ul style="list-style-type: none"> * Todos los Ejes del SUA. * Riesgos Asistenciales y Clínicos. * Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. * Plan de Emergencias Hospitalario. * Gestión del Ambiente Físico. * Gestión de Recursos Tecnológicos. * Gestión de Recursos Financieros. * Gestión de la Información y Gestión Jurídica. * Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG. * Modelo Estandar de Control Interno - MECI. * Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. * Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT. * Planes Operativos Anuales - POAS
---	--



Ejemplos – Participantes de La Pirinola de la Gestión del Riesgo



Los Retos Continúan:

De acuerdo a lo expuesto anteriormente se evidencia el trabajo continuo y los retos que vienen a continuación con los cuales seguiremos avanzando enfocando nuestros esfuerzos en las siguientes oportunidades de mejora:

- Actualización de matrices de riesgos priorizados.
- Fortalecer la difusión del Eje de Gestión de Riesgos a los colaboradores de la institución.
- Revisar periódicamente las caracterizaciones de los procesos en términos de identificación de los riesgos para homologarlos con la metodología que incluyen las matrices de riesgos por procesos.
- Validar con los Líderes de los procesos el establecimiento y la identificación de controles para medir su eficiencia.
- Realizar el acompañamiento desde los niveles de auditoría al cumplimiento de los controles.
- Ejecutar el seguimiento a los controles con la periodicidad establecida (riesgos priorizados).
- Evaluación de resultados en la aplicación de controles a los riesgos priorizados.
- Construcción, Aprobación e Implementación de los Ajustes solicitados por parte de la Supersalud:

a). Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (Subsistemas).

b). Código de Conducta y de Buen Gobierno Organizacional, El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus Subsistemas de Administración de Riesgos. – Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.

c). Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) y modificaciones a las Circulares Externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.

Es de vital importancia contar con el apoyo y participación como siempre lo han hecho por parte de los Honorables Miembros de nuestra Junta Directiva, al igual que las entidades que nos apoyan en sus diferentes roles, a los proveedores, contratistas, a todos nuestros servidores, a nuestros usuarios y sus familiares, al igual que los diferentes grupos de valor para realizar el trabajo mancomunado que se requiere en nuestro proceso de la Acreditación Institucional, en donde la Gestión del Riesgo es un eje transversal a todos los procesos de la institución.


DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ
Gerente



La Pirinola de la Gestión del Riesgo

A	1. ¿Qué es un Riesgo?	1. Efecto que se causa sobre los objetivos de las entidades, debido a eventos potenciales.
	2. ¿Qué afectan los riesgos en el Hospital?	2. Al logro de los objetivos institucionales, de los procesos, de los sistemas, de las áreas o de los servicios.
	3. ¿Cómo se realiza la gestión integral del riesgo?	3. Identifica el riesgo, se evalúa el riesgo, se establecen controles y se revisan la efectividad de los controles.
	4. Enuncie tres (3) Riesgos Asistenciales	4. 1. Caídas. 2. Úlceras por presión. 3. Flebitis. 4. Retoma de Laboratorios. 5. Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. 6. Identificación Errónea del Paciente. 7. Administración de Medicamentos.
	5. Mencione las palabras claves de la Política de Administración de Gestión del Riesgo.	5. Gestión del Riesgo, Prestación de Servicios de Salud con Excelencia, Transformación Cultural con Colaboradores.
	6. Nombre los tipos de riesgos que conoce.	6. Riesgos Asistenciales, Riesgos Clínicos, Riesgos en Proyectos, Riesgos Legales, Riesgos Ambientales, Riesgos SST, Riesgos TI, Riesgos en Procesos y Riesgos Financieros.
B	1. ¿La Gestión del Riesgo se articula con todos los Ejes del SUA?	1. SI.
	2. ¿Qué es MIPG?	2. Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
	3. ¿Qué es MECI?	3. Modelo Estandar de Control Interno.
	4. ¿Qué es SARLAFT?	4. Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.
	5. Mencione las tres (3) Líneas de Acción de Gestión del Riesgo.	5. 1. Promoción de una cultura de administración del riesgo. 2. Gestión de la administración de riesgos por procesos. 3. Gestión y control por líneas de defensa para autocontrol, auditoría interna y de seguimiento.
	6. Mencione los procesos que apoyan la gestión y control por líneas de defensa para el autocontrol, auditoría interna y de seguimiento.	6. Procesos: Gestión de la Calidad, Gestión del Control Institucional, Gestión del Ambiente Físico, Gestión del Talento Humano, Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia.
C	1. Cite los Programas que apoyan la gestión y control por líneas de defensa.	1. Programas: Seguridad del Paciente, Seguridad y Salud en el Trabajo, PAMEC, Responsabilidad Social Empresarial y Humanización.
	2. Describa la clasificación (con base en 2 variables) y escala de calificación de los riesgos.	2. Variables: Probabilidad e Impacto. Escala: De 1 a 5.
	3. Liste las medidas que se pueden tomar para el tratamiento de los riesgos.	3. 1. Evitar el Riesgo. 2. Reducir el Riesgo. 3. Compartir o Transferir el Riesgo. 4. Asumir el Riesgo.
	4. ¿Quiénes desarrollan la Primera Línea de Defensa?	4. Todos los Líderes de Procesos, quienes se encargan del mantenimiento efectivo de los controles internos.
	5. ¿Quiénes Ejercen la Segunda Línea de Defensa?	5. Planeación Operativa, Auditoría de Calidad y Subgerentes.
	6. ¿Quién Ejecuta la Tercera Línea de Defensa?	6. Control Interno.