


FEBRERO 2024

POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO




HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA E.S.E.



	PLANEACION ESTRATEGICA	Código	
		Versión	01
	SUBGERENCIA	Serie	Políticas
		Fecha	21 de junio de 2016
		Página 1 de 24	

Contenido

1. INFORMACIÓN GENERAL	3
1.1 Marco Normativo	3
1.2 Términos y Definiciones	3
2. PLANIFICACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO	6
2.1 POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	6
a. Objetivo	6
b. Alcance	7
c. Consideraciones Básicas	7
2.2 ROLES Y RESPONSABILIDADES	8
3. ETAPAS DE LA GESTIÓN DEL RIESGO.....	10
4. IDENTIFICACIÓN DEL CONTEXTO ESTRATÉGICO	11
a. Elaboración del Análisis Interno.....	11
b. Elaboración del Análisis Externo	12
c. Elaboración del análisis de proceso	13
5. IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	13
6. ANÁLISIS DE LOS RIESGOS	15
7. CALIFICACIÓN DE LOS RIESGOS.....	15
7.1 Calificación De Los Riesgos De Proceso Y De Corrupción – Impacto	16
7.2 Valoración De Los Riesgos	16
7.4 Nivel De Aceptación De Riesgo	20
8. TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS.....	20

	PLANEACION ESTRATEGICA	Código	
		Versión	01
	SUBGERENCIA	Serie	Políticas
		Fecha	21 de junio de 2016
		Página 2 de 24	


INTRODUCCIÓN

El Hospital Local de Aguachica E.S.E en virtud de su misión y su estrategia ha establecido acciones encaminadas al control preventivo de los riesgos, con el propósito de garantizar la adecuada prestación de sus servicios y el cumplimiento de sus objetivos institucionales; en ese sentido, ha determinado lineamientos relativos a la administración de la gestión del riesgo teniendo en cuenta el contexto de la Entidad y la Planeación Estratégica.

El presente documento pretende orientar y guiar al personal administrativos y médicos del El Hospital Local de Aguachica E.S.E, responsables de los procesos del Modelo de Operación actual, sobre la identificación, análisis y valoración de los riesgos con el fin tener un panorama general de las desviaciones que pueden crear incertidumbre sobre el logro de los objetivos.

Así mismo, se establecen los lineamientos generales, responsabilidades y mecanismos para la administración de los riesgos que permitan brindar una seguridad razonable para controlar y responder a los acontecimientos potenciales o aquellos en los que puedan desencadenar situaciones de corrupción en concordancia con las directrices en materia de gestión pública y el enfoque del Modelo de Planeación y Gestión MIPG.

Para la formulación de la Política se contó con la participación de todos los responsables de los procesos de la Entidad, y con los lineamientos de carácter técnico establecidos por el Departamento Administrativo de la Gestión Pública –DAFP-, tales como la “Guía de Administración del Riesgo”, “Guía para la Gestión de Riesgo de Corrupción” y “Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano”.

	PLANEACION ESTRATEGICA	Código	
		Versión	01
	SUBGERENCIA	Serie	Políticas
		Fecha	21 de junio de 2016
		Página 3 de 24	

1. INFORMACIÓN GENERAL

La política de administración de riesgos tiene como objetivo garantizar la gestión pública a través del logro de los objetivos y procesos institucionales. En este sentido la política de administración de riesgos debe estar alineada con la planeación estratégica y contemplar las acciones para el manejo de los riesgos identificados, incluidos los de corrupción.

1.1 Marco Normativo

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. (Modificada parcialmente por la Ley 1474 de 2011). Artículo 2 Objetivos del Control Interno: Literal a). Proteger los recursos de la organización, buscando adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan. 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 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 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.

Guía de Administración del Riesgo


Guía para la Gestión de Riesgo de Corrupción versión 5

Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

ISO 31000:2009 Norma Técnica Internacional Administración del Riesgo- Principios y orientaciones.


1.2 Términos y Definiciones

- **Causas:** Son los medios, circunstancias y agentes generadores del riesgo.
- **Compartir el Riesgo:** Reduce su efecto a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones, procesos, como en el caso de los contratos de seguros o a través de otros medios que permiten distribuir una porción del riesgo con otra entidad, como en los contratos a riesgo compartido. Es así como, por ejemplo, la información


	PLANEACION ESTRATEGICA	Código	
		Versión	01
	SUBGERENCIA	Serie	Políticas
		Fecha	21 de junio de 2016
		Página 4 de 24	

de gran importancia se puede duplicar y almacenar en un lugar distante y de ubicación segura, en vez de dejarla concentrada en un solo lugar.

- **Consecuencias:** El resultado real o potencial sea este una pérdida, perjuicio, desventaja o ganancia, frente a la consecución de los objetivos del proceso o de la entidad.
- **Contexto Externo:** Ambiente externo en el cual la organización busca alcanzar sus objetivos que puede ser: ambiente cultural, social, político, legal, reglamentario, financiero, tecnológico, económico, natural y competitivo, nacional, regional o local.
- **Contexto Interno:** Ambiente interno en el cual la organización busca alcanzar sus objetivos, el cual puede ser: gobierno, estructura organizacional, funciones, responsabilidades, políticas, normas, directrices adoptadas por la organización, objetivos, estrategias implementadas, recursos (capital, tiempo, personas, procesos, sistemas, tecnologías).
- **Contexto Estratégico:** Insumo básico para la identificación de los riesgos en los procesos y actividades, el análisis se realiza a partir del conocimiento de situaciones internas y externas de la institución.
- **Control:** Acciones establecidas para disminuir la probabilidad de ocurrencia del riesgo, el impacto de los riesgos y/o asegurar la continuidad del servicio en caso de llegarse a materializar el riesgo.
- **Controles Correctivos:** Aquellos que permiten el restablecimiento de la actividad después de ser detectado un evento no deseable; también permiten la modificación de las acciones que propiciaron su ocurrencia.
- **Controles Preventivos:** Aquellos que actúan para eliminar las causas del riesgo, para prevenir su ocurrencia o materialización.
- **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.
- **Evento:** Incidente o situación potencial que puede ocurrir en un lugar determinado durante un periodo determinado. Este puede ser cierto o incierto y su ocurrencia puede ser única o ser parte de una serie de causas.
- **Evitar el Riesgo:** Tomar las medidas encaminadas a prevenir su materialización. Es siempre la primera alternativa a considerar, se logra cuando al interior de los procesos se genera cambios sustanciales por mejoramiento, rediseño o eliminación, resultado de unos adecuados controles y acciones emprendidas.
- **Frecuencia:** Medida del coeficiente de ocurrencia de un evento expresado como la cantidad de veces que ha ocurrido un evento en un tiempo dado.

	PLANEACION ESTRATEGICA	Código	
		Versión	01
	SUBGERENCIA	Serie	Políticas
		Fecha	21 de junio de 2016
		Página 5 de 24	

- **Gestión del Riesgo:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto al riesgo y proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos.
- **Impacto:** Consecuencias que puede ocasionar a la entidad la materialización del riesgo.
- **Mapa 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 y sus acciones preventivas.
- **Monitorear:** Comprobar, supervisar, observar o registrar la forma en que se lleva a cabo una actividad con el fin de identificar posibles cambios.
- **Plan de Manejo del Riesgo:** Parte del plan de manejo de riesgos que contiene las acciones a ejecutar en caso de la materialización del riesgo, con el fin de dar continuidad a los objetivos de la entidad.
- **Política de Riesgos:** Intención global u orientación de una entidad frente a la gestión del riesgo.
- **Probabilidad:** Grado en el cual es probable que ocurra un evento, que se debe medir a través de la relación entre los hechos ocurridos realmente y la cantidad de eventos que pudieron ocurrir.
- **Riesgo de Corrupción:** La posibilidad de que, por acción u omisión, mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información, se lesionen los intereses de una entidad y en consecuencia del Estado, para la obtención de un beneficio particular.
- **Riesgo Inherente:** es aquel al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones de la dirección para modificar su probabilidad o impacto.
- **Riesgo Residual:** nivel de riesgo que permanece luego de tomar medidas de tratamiento de riesgo.
- **Riesgo:** Es el resultado de la combinación entre la probabilidad de ocurrencia de un evento y sus posibles consecuencias que tendrán un impacto mayor o menor sobre la capacidad de lograr los objetivos.
- **Valoración del Riesgo:** Elemento de Control, que determina el nivel o grado de exposición de la entidad pública al impacto del riesgo, permitiendo estimar las prioridades para su tratamiento.

	PLANEACION ESTRATEGICA	Código	
		Versión	01
	SUBGERENCIA	Serie	Políticas
		Fecha	21 de junio de 2016
		Página 6 de 24	

2. PLANIFICACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO

- S** **Specific (específico):** Lo importante es resolver cuestiones como qué, cuándo, cómo, dónde, con qué, quién. Considerar el orden los necesarios para el cumplimiento de la misión.
- M** **Mensurable (medible):** Para ello es necesario involucrar algunos números en su definición, por ejemplo, porcentajes o cantidades exactas (cuando aplique).
- A** **Achievable (alcanzable):** Para hacer alcanzable un objetivo se necesita un previo análisis de lo que se ha hecho y logrado hasta el momento. Esto ayudará a saber si lo que se propone es posible o cómo resultaría mejor.
- R** **Relevant (relevante):** Considerar recursos, factores externos e información de actividades previas, a fin de contar con elementos de juicio para su determinación.
- T** **Timely (temporal):** Establecer un tiempo al objetivo ayudará a saber si lo que se está haciendo es lo óptimo para llegar a la meta, así mismo permite determinar el cumplimiento y mediciones finales.

Para la gestión de sus riesgos, El Hospital Local de Aguachica E.S.E, cuenta con un conjunto de elementos que garantizan su adecuado manejo, dentro de los que se incluyen los siguientes:


2.1 POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

El Hospital Local de Aguachica E.S.E. como responsable de la planeación y organización de la prestación de servicios de atención primaria en salud con enfoque integral, se compromete firmemente con la adecuada administración de los riesgos en cuanto a su identificación, análisis, valoración y el establecimiento de las acciones de contingencia de aquellos eventos que puedan afectar los objetivos estratégicos y la adecuada prestación de nuestros servicios.

La entidad establece las herramientas necesarias con la participación de los servidores públicos y contratistas para promover la integridad que permita controlar y responder a los acontecimientos potenciales o aquellos en los que puedan desencadenar situaciones de corrupción.

a. Objetivo

Establecer el adecuado manejo de la gestión del riesgo a través de la identificación e implementación de la Política de Administración de Riesgos con el propósito de controlar los eventos que afecten los objetivos estratégicos del Hospital Local de Aguachica E.S.E.


	PLANEACION ESTRATEGICA	Código	
		Versión	01
	SUBGERENCIA	Serie	Políticas
		Fecha	21 de junio de 2016
		Página 7 de 24	

b. Alcance

Es de carácter estratégico, aplica a todos los procesos de El Hospital Local de Aguachica E.S.E. desde las actividades de identificación de los Riesgos incluyendo el análisis, valoración, monitoreo, hasta la evaluación y seguimiento de los mismos.

c. Consideraciones Básicas

- Para la identificación y análisis de los riesgos en los procesos, se debe tener en cuenta el contexto externo asociado al objetivo del proceso y el contexto asociado a las actividades del proceso en cada vigencia.
- Los líderes de procesos identificarán los eventos de conformidad a los tipos de riesgos que pueden ser: estratégicos, imagen, operativos, financieros, de cumplimiento, tecnología, seguridad de la información y de corrupción, entre otros.
- Las actividades de control que se establezcan para el tratamiento de los riesgos, deben evidenciar la eficacia para la administración o gestión efectiva de los riesgos identificados, de tal manera que se puedan reducir las posibilidades de ocurrencia y los impactos que puedan llegar a generar.
- 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.
- Los riesgos en la seguridad de la información se gestionan teniendo en cuenta los lineamientos de la Guía de gestión de riesgos de seguridad y privacidad de la información del Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones - MinTic.
- Para analizar la probabilidad y consecuencia de materialización de los riesgos se deben aplicar los criterios definidos en el presente documento.
- Para el análisis de los riesgos de corrupción se analizará de acuerdo a 5 niveles de probabilidad y 3 niveles de impacto, por cuanto lesiona la imagen, la credibilidad, la transparencia y la probidad de las entidades y del Estado, afectando los recursos públicos, la confianza y el cumplimiento de las funciones de la administración.
- El monitoreo de los riesgos se realiza de manera integral (institucionales y de corrupción) cada cuatro meses así: abril 30, agosto 31 y diciembre 31. Para el monitoreo del mapa de riesgos de corrupción de la entidad se debe elaborar en el formato definido por la Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la República en el Documento Estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano.
- En los casos de que un riesgo se materialice, el líder de proceso debe establecer un plan de contingencia.

	PLANEACION ESTRATEGICA	Código	
		Versión	01
	SUBGERENCIA	Serie	Políticas
		Fecha	21 de junio de 2016
		Página 8 de 24	

- Es responsabilidad de los procesos verificar el cumplimiento de los planes de tratamiento establecidos para los riesgos identificados teniendo en cuenta tiempo y cronogramas establecidos.
- Para la identificación y análisis de riesgos se pueden tomar como fuentes los planes de mejoramiento, los productos no conformes, encuestas de satisfacción, resultados de la gestión del proceso, entre otros.

2.2 ROLES Y RESPONSABILIDADES

Los roles y responsabilidades en la Gestión del Riesgo son de carácter participativo con los líderes de procesos, en el cual se determinaron los siguientes:

Línea de Defensa Estratégica

Responsables: Alta Dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno CICCI.


ROLES:

- Establecer y aprobar la Política de administración del riesgo la cual incluye los niveles de responsabilidad y autoridad con énfasis en la prevención del daño antijurídico.
- Definir y hacer seguimiento a los niveles de aceptación (apetito al riesgo).
- Analizar los cambios en el entorno (contexto interno y externo) que puedan tener un impacto significativo en la operación de la entidad y que puedan generar cambios en la estructura de riesgos y controles.
- Realizar seguimiento y análisis periódico a los riesgos institucionales
- Realimentar al Comité de Gestión y Desempeño Institucional CGDI sobre los ajustes que se deban hacer frente a la gestión del riesgo.

Responsables: Líderes de procesos

ROLES:

- Identificar y valorar los riesgos que pueden afectar los programas, proyectos, planes y procesos a su cargo y actualizarlo cuando se requiera con énfasis en la prevención del daño antijurídico.
- Definir, aplicar y hacer seguimiento a los controles para mitigar los riesgos identificados alineados con las metas y objetivos de la entidad y proponer mejoras a la gestión del riesgo en su proceso.

	PLANEACION ESTRATEGICA	Código	
		Versión	01
	Serie	Políticas	
	Fecha	21 de junio de 2016	
SUBGERENCIA	Página 9 de 24		


- Hacer ejercicios de autoevaluación para establecer la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles.
- Informar a la Oficina Asesora de Planeación (segunda línea) sobre los riesgos materializados en los programas, proyectos, planes y/o procesos a su cargo.
- Reportar en los indicadores de gestión, los avances y evidencias de la gestión de los riesgos a cargo del proceso asociado.

Segunda Línea de Defensa

Responsables: Oficina Asesora de Planeación o quien haga sus veces.

ROLES:

- Asesorar a la línea estratégica en el análisis del contexto interno y externo, para la definición de la política de riesgo, el establecimiento de los niveles de impacto y el nivel de aceptación del riesgo.
- Consolidar el Mapa de riesgos institucional (riesgos de mayor criticidad frente al logro de los objetivos) y presentarlo para análisis y seguimiento ante el Comité de Gestión y Desempeño Institucional.
- Acompañar, orientar y entrenar a los líderes de procesos en la identificación, análisis y valoración del riesgo.
- Monitorear los controles establecidos por la primera línea de defensa acorde con la información suministrada por los líderes de procesos.
- Supervisar, en coordinación con los demás responsables de esta segunda línea de defensa, que la primera línea identifique, evalúe y gestione los riesgos y controles para que se generen acciones.
- Evaluar que los riesgos sean consistentes con la presente política de la entidad y que sean monitoreados por la primera línea de defensa.
- Promover ejercicios de autoevaluación para establecer la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles.
- Identificar cambios en la administración del riesgo en la entidad, especialmente en aquellos riesgos ubicados en zona baja y presentarlos para aprobación del comité institucional de coordinación de control interno.

	PLANEACION ESTRATEGICA	Código	
		Versión	01
	SUBGERENCIA	Serie	Políticas
		Fecha	21 de junio de 2016
		Página 10 de 24	

Responsables: Líderes de los procesos

ROLES:

- Monitorear los riesgos identificados y controles establecidos
- Reportar a la Oficina de Control Interno, el seguimiento efectuado al mapa de riesgos a su cargo y proponer las acciones de mejora a que haya lugar.
- Acompañar, orientar y entrenar a los funcionarios de procesos en la identificación análisis, y valoración del riesgo y definición de controles en los temas a su cargo y con enfoque en la prevención del daño antijurídico.

Tercera Línea de Defensa

Responsable: Oficina de Control interno

ROLES:

- Evaluar la eficacia de la gestión del riesgo y control, con énfasis en el diseño e idoneidad de los controles establecidos en los procesos.
- Proporcionar aseguramiento objetivo en las áreas identificadas no cubiertas por la segunda línea de defensa.
- Asesorar de forma coordinada con la Oficina Asesora de Planeación y con, la primera línea de defensa en la identificación de los riesgos institucionales y diseño de controles.
- Llevar a cabo el seguimiento a los riesgos consolidados en los mapas de riesgos de conformidad con el Plan Anual de Auditoria y reportar los resultados al CICCI.

3. ETAPAS DE LA GESTIÓN DEL RIESGO

El Hospital Local de Aguachica E.S.E. comprometido con la gestión del riesgo ha determinado la siguiente metodología para el adecuado manejo de los riesgos.


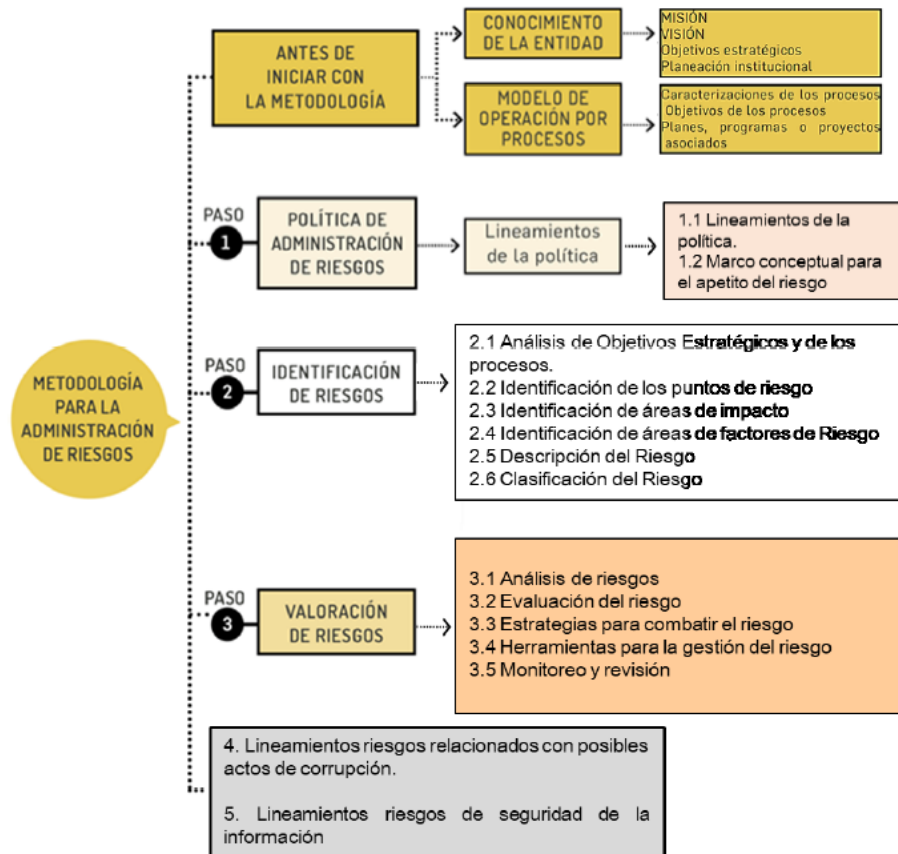
	PLANEACION ESTRATEGICA	Código	
		Versión	01
	SUBGERENCIA	Serie	Políticas
		Fecha	21 de junio de 2016
		Página 11 de 24	

Figura 1. Etapas de la Gestión del Riesgo




4. IDENTIFICACIÓN DEL CONTEXTO ESTRATÉGICO

El contexto estratégico se establece para cada uno de los procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, a partir de la identificación y análisis de los factores internos, externos y del proceso. Los aspectos objeto del análisis interno o externo son definidos por el responsable del proceso o el equipo de trabajo designado teniendo en cuenta la naturaleza del proceso y las variables que permitan identificar los factores generadores de riesgo.

a. Elaboración del Análisis Interno

El análisis interno se realiza, identificando debilidades que representen situaciones de riesgos para el logro de los objetivos institucionales y de los procesos, el cual se realizará cada vigencia. Se consideran aspectos como estratégicos, personal, tecnología, comunicación interna, financieros, procesos, entre otros.


	PLANEACION ESTRATEGICA	Código	
		Versión	01
	SUBGERENCIA	Serie	Políticas
		Fecha	21 de junio de 2016
		Página 12 de 24	

- **Estratégicos:** Falta de lineamientos y demoras en la Planeación, mapa de procesos desactualizado, estructura organizacional no acordes con procesos, indicadores mal formulados que no aportan a la gestión para toma de decisiones, desconocimiento y falta de aplicación de políticas de operación por parte de los servidores.
- **Personal:** Desmotivación de los servidores, falta de incentivos, carrera administrativa sin posibilidades de ascenso, falta de capacitación para desarrollar proyectos, alta rotación.
- **Tecnología:** Falta de interoperabilidad con otros sistemas, fallas en la infraestructura tecnológica, falta de recursos para el fortalecimiento tecnológico.
- **Comunicación Interna:** Falta de control sobre los canales establecidos, Falta de registros de resultados de reuniones, demoras en bajar la información, poca efectividad en los canales internos.
- **Financieros:** Presupuesto de funcionamiento, recursos de inversión, infraestructura, capacidad instalada.
- **Procesos:** Capacidad, diseño, ejecución, proveedores, entradas, salidas, gestión del conocimiento.
- **Seguridad en la información:** Preservación de la confidencialidad, integridad, y disponibilidad de la información de la entidad.

b. Elaboración del Análisis Externo

Se identifican los factores o circunstancias externas a la entidad, amenazas que pueden afectar el cumplimiento de planes, programas y el logro de los objetivos institucionales y de los procesos tales como:

- **Económicos:** Disminución del presupuesto por prioridades del Gobierno, Austeridad en el gasto.
- **Políticos:** Cambios de gobierno, legislación, políticas públicas, regulación.
- **Legales:** Cambios legales y normativos aplicables a la Entidad y a los procesos.
- **Sociales:** Cambio de gobierno con nuevos planes y proyectos de Desarrollo, falta de continuidad en los programas establecidos, desconocimiento de la Entidad por parte de otros órganos de gobierno.
- **Tecnológicos:** Sistemas de gestión ineficientes, falta de optimización de sistemas de gestión, falta de coordinación de necesidades de tecnología.
- **Medioambientales:** Contaminación por sustancias perjudiciales para la salud, mala práctica de clasificación de residuos.
- **Comunicación Externa:** Múltiples canales e interlocutores de la Entidad con los usuarios, Servicio telefónico insuficiente, falta de coordinación de canales y medios.

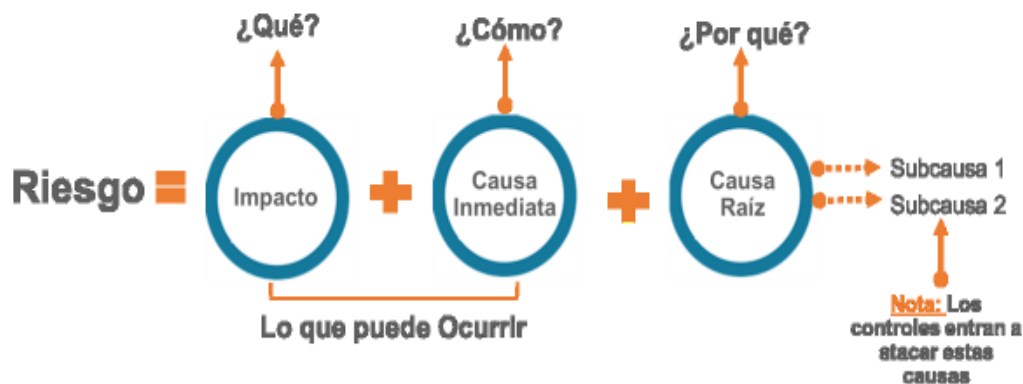
	PLANEACION ESTRATEGICA	Código	
		Versión	01
	SUBGERENCIA	Serie	Políticas
		Fecha	21 de junio de 2016
		Página 13 de 24	

c. Elaboración del análisis de proceso

Se determinan las características o aspectos esenciales del proceso y sus interrelaciones. Se pueden considerar factores como: Objetivo, alcance, interrelación con otros procesos, procedimientos, responsables.

- **Diseño del proceso:** Claridad en la descripción del alcance y objetivo del proceso.
- **Interacciones con otros procesos:** Relación precisa con otros procesos en cuanto a insumos, proveedores, productos, usuarios o clientes.
- **Transversalidad:** Procesos que determinan lineamientos necesarios para el desarrollo de todos los procesos de la entidad.
- **Procedimientos asociados:** Pertinencia en los procedimientos que desarrollan los procesos.
- **Responsables del proceso:** Grado de autoridad y responsabilidad de los funcionarios frente al proceso.
- **Comunicación entre los procesos:** Efectividad en los flujos de información determinados en la interacción de los procesos.


5. IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS



5.1 Tipos De Riesgos

Estratégico: Se asocia con la forma en que se administra la Entidad. Se enfoca a asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la clara definición de políticas, diseño y conceptualización de la entidad por parte de la alta dirección.

Imagen: Están relacionados con la percepción y la confianza por parte de la ciudadanía hacia la entidad.

	PLANEACION ESTRATEGICA	Código	
		Versión	01
	SUBGERENCIA	Serie	Políticas
		Fecha	21 de junio de 2016
		Página 14 de 24	

Operativos: Comprenden riesgos provenientes del funcionamiento y operatividad de los sistemas de información institucional, de la definición de los procesos, de la estructura de la entidad, de la articulación entre dependencias.

Financieros: Se relacionan con el manejo de los recursos de la entidad que incluyen la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y el manejo sobre los bienes.

De Cumplimiento: Se asocian con la capacidad de la entidad para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la comunidad.

De Tecnología: Están relacionados con la capacidad tecnológica de la Entidad para satisfacer sus necesidades actuales y futuras y el cumplimiento de la misión.


De Corrupción: Se asocian a uso del poder para desviar la gestión de lo público hacia el beneficio privado.

Seguridad Digital: Refiere a la combinación de amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital. Puede debilitar el logro de los objetivos institucionales y afectar la autonomía, principios e integridad de la entidad. Incluye aspectos como el ambiente físico y digital, como temas de seguridad de la información.

Los responsables de los procesos realizan la identificación de:

- Las causas o factores generadores de riesgos, tanto internos como externos y del proceso, a partir de las debilidades y amenazas identificadas en el contexto estratégico, con preguntas frente a: ¿Qué puede suceder?, ¿Cómo puede suceder? ¿Cuándo puede suceder?
- Los riesgos que pueden afectar el desempeño de los procesos, para lo cual además de tener en cuenta el contexto estratégico, también se podrán identificar a través de lluvia de ideas y de acuerdo con experiencias anteriores en la entidad.
- Las consecuencias o efectos que se generarían en caso de materializarse los riesgos identificados. ¿Qué consecuencias tendría su materialización?
- Para la identificación y descripción de los riesgos de corrupción es necesario tener en cuenta los componentes de su definición: acción u omisión + uso del poder + desviación de la gestión de lo público + el beneficio privado.

Además de la identificación, se realiza la clasificación de cada uno de los riesgos, de acuerdo a los siguientes conceptos:

	PLANEACION ESTRATEGICA	Código	
		Versión	01
	SUBGERENCIA	Serie	Políticas
		Fecha	21 de junio de 2016
		Página 15 de 24	

6. ANÁLISIS DE LOS RIESGOS

Se realiza el análisis de riesgos, a través de la estimación de la probabilidad de su ocurrencia y el impacto o consecuencias que puede causar su materialización, realizando la calificación y evaluación con el fin de estimar la zona de riesgo inicial –Riesgo inherente.

7. CALIFICACIÓN DE LOS RIESGOS.



Se realiza a través de la estimación de la probabilidad de su ocurrencia y el impacto que puede causar la materialización del riesgo.

La probabilidad de ocurrencia representa el número de veces que el riesgo se ha presentado en un determinado tiempo o puede llegar a presentarse y el impacto hace referencia a la magnitud de sus efectos.

En las siguientes tablas se presentan los valores de calificación de la probabilidad y consecuencia para el análisis del riesgo:

7.1 Calificación De Los Riesgos De Proceso Y De Corrupción – Impacto

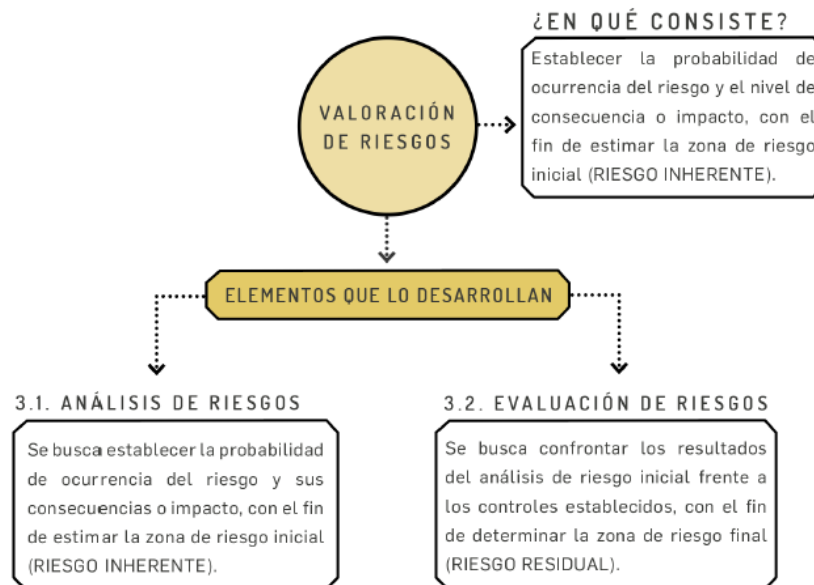
Tabla 4. Riesgos Corrupción Impacto

Probabilidad	Impacto		
	Moderado (5)	Mayor (10)	Catastrófico (20)
Raro (1)	5 Baja	10 Baja	100 Moderada
Improbable (2)	10 Baja	20 Moderada	100 Alta
Posible (3)	15 Moderada	30 Alta	100 Extrema
Probable (4)	20 Moderada	40 Alta	100 Extrema
Casi seguro(5)	25 Moderada	50 Alta	100 Extrema


Tabla 5. Riesgos Institucionales Impacto

Probabilidad	Impacto				
	Insignificante (1)	Menor (2)	Moderado (3)	Mayor (4)	Catastrofico (5)
Raro (1)	Baja	Baja	Moderada	Alta	Alta
Improbable (2)	Baja	Baja	Moderada	Alta	Extrema
Posible (3)	Baja	Moderada	Alta	Extrema	Extrema
Probable (4)	Moderada	Alta	Alta	Extrema	Extrema
Casi Seguro (5)	Alta	Alta	Extrema	Extrema	Extrema

7.2 Valoración De Los Riesgos



La valoración de los riesgos se realiza con base en la evaluación de los mismos y la valoración de los mecanismos de control existentes, teniendo en cuenta si estos disminuyen o no los niveles de posibilidad de ocurrencia y/o

	PLANEACION ESTRATEGICA	Código	
		Versión	01
	SUBGERENCIA	Serie	Políticas
		Fecha	21 de junio de 2016
		Página 17 de 24	

impacto, con el fin de establecer prioridades para su manejo. Los controles pueden ser correctivos, que afectan el impacto de los riesgos o preventivos, que afectan la probabilidad de ocurrencia.

Tabla 1. Actividades relacionadas con la gestión en entidades públicas

Actividad	Frecuencia de la actividad	Probabilidad frente al riesgo
Planeación estratégica	1 vez al año	Muy baja
Actividades de talento humano, jurídica, administrativo	Mensual	Medial
Contabilidad y cartera	Semanal	alta
Tecnología (incluye disponibilidad de aplicativos), tesorería	Diario	Muy alta

Tabla 2. Valores calificación probabilidad para riesgos institucionales y de corrupción

	Frecuencia de la Actividad	Probabilidad
Muy Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año	20%
Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año	40%
Media	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	60%
Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año	80%
Muy Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	100%


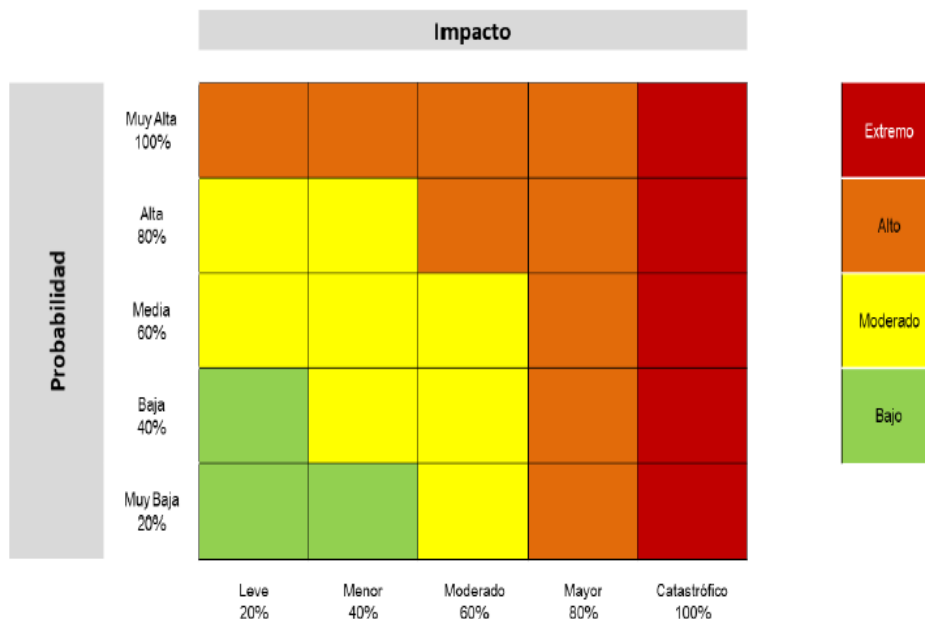

	PLANEACION ESTRATEGICA	Código	
		Versión	01
	SUBGERENCIA	Serie	Políticas
		Fecha	21 de junio de 2016
		Página 18 de 24	

Tabla 3. Valores calificación de la consecuencia para riesgos institucionales

	Afectación Económica	Reputacional
Leve 20%	Afectación menor a 10 SMLMV .	El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización.
Menor-40%	Entre 10 y 50 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores.
Moderado 60%	Entre 50 y 100 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos.
Mayor 80%	Entre 100 y 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal.
Catastrófico 100%	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país



	PLANEACION ESTRATEGICA	Código	
		Versión	01
	SUBGERENCIA	Serie	Políticas
		Fecha	21 de junio de 2016
		Página 19 de 24	

7.3 Evaluación De Los Riesgos

La evaluación del riesgo permite comparar los resultados de su calificación con los criterios definidos, para establecer el grado de exposición de los procesos y de la entidad en general al riesgo.


La evaluación de los riesgos, se obtiene realizando un cruce de la posibilidad de ocurrencia con el impacto, como se indica a continuación en la siguiente matriz:

Probabilidad	Impacto			Probabilidad	Impacto				
	Moderado (5)	Mayor (10)	Catastrófico (20)		Insignificante (1)	Menor (2)	Moderado (3)	Mayor (4)	Catastrófico (5)
Raro (1)	5 Baja	10 Baja	100 Moderada	Raro (1)	Baja	Baja	Moderada	Alta	Alta
Improbable (2)	10 Baja	20 Moderada	100 Alta	Improbable (2)	Baja	Baja	Moderada	Alta	Extrema
Posible (3)	15 Moderada	30 Alta	100 Extrema	Posible (3)	Baja	Moderada	Alta	Extrema	Extrema
Probable (4)	20 Moderada	40 Alta	100 Extrema	Probable (4)	Moderada	Alta	Alta	Extrema	Extrema
Casi seguro(5)	25 Moderada	50 Alta	100 Extrema	Casi Seguro (5)	Alta	Alta	Extrema	Extrema	Extrema

Riesgos de Corrupción

Riesgos Institucionales

- La evaluación del riesgo se realiza de acuerdo a los resultados que se obtengan en la matriz, teniendo en cuenta la valoración del riesgo residual:
- Si el riesgo se ubica en la Zona de Riesgo Baja, permite a la entidad asumirlo, debido a que se encuentra en un nivel que puede controlado, sin necesidad de tomar otras medidas de control adicionales a las que se poseen.
- Si el riesgo se ubica en las Zonas Moderada o Alta, se deben tomar medidas de control adicionales a las actuales las cuales deben llevar a disminuir la probabilidad o la consecuencia o ambas para llevar en lo posible los riesgos a la zona baja.
- Si el riesgo se ubica en la Zona de Riesgo Extrema, se deben eliminar la (s) causa (as) que genera el riesgo e implementar controles preventivos para evitar la probabilidad de ocurrencia y disminuir el impacto. El tema debe ser abordado por la Alta Dirección.

	PLANEACION ESTRATEGICA	Código	
		Versión	01
	SUBGERENCIA	Serie	Políticas
		Fecha	21 de junio de 2016
		Página 20 de 24	

7.4 Nivel De Aceptación De Riesgo

De acuerdo a la valoración de los riesgos, teniendo en cuenta la ubicación final en la Matriz de calificación, evaluación y respuesta a los riesgos, se establecen las medidas de respuesta, a través de la identificación de las opciones de manejo para el tratamiento de los riesgos.

Las opciones de manejo a tomar son las siguientes y se pueden considerar cada una de manera independiente o en conjunto:

Evitar el Riesgo: Se toman medidas encaminadas a evitar la materialización del riesgo. Ejemplo: Controles de calidad, mantenimiento preventivo a los equipos.

Reducir el Riesgo: Incluye medidas orientadas a disminuir tanto la probabilidad (medidas de prevención) como el impacto (medidas de protección). Ejemplo: optimización de los procedimientos y mejora en la efectividad de los controles.

Compartir o Transferir el Riesgo: Reducen los efectos de los riesgos, a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones. Ejemplo: contratos de pólizas de seguro.


Asumir el Riesgo: Luego de que los riesgos sean reducidos o transferidos, pueden quedar riesgos residuales que se mantienen, en ese caso se asume el riesgo residual.

8. TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS

El Plan de tratamiento del riesgo se basa en la ejecución de las tareas definidas como “Acciones para Mitigar”, determinadas en las matrices de identificación de riesgos y validadas según se describió anteriormente; para tal fin, deben establecerse los responsables de éstas y fijar fechas para su implementación sin olvidar que también deben velar por el cumplimiento en el desarrollo e implementación de dichas tareas.


Una vez se defina que opción (es) de manejo se le van a dar a los riesgos, se establece de manera concreta el plan de manejo de los riesgos, el cual consta de:


- **Control propuesto o acciones a tomar:** Se definen las acciones concretas para el manejo o tratamiento de los riesgos.
- **Tipo de control:** Se establece si es preventivo (afectan la probabilidad de ocurrencia) o correctivo (afectan el impacto de los riesgos).

	PLANEACION ESTRATEGICA	Código	
		Versión	01
	SUBGERENCIA	Serie	Políticas
		Fecha	21 de junio de 2016
		Página 21 de 24	

- **Responsable:** Se establece el cargo del responsable (s) de ejecutar y/o controlar la acción (es) de control definida (s).
- **Dependencia:** Se establece el nombre del área (Gerencia, Departamento Comercial, Contabilidad, Departamento Operativo, etc.).
- **Cronograma de implementación de acciones:** Se establece la fecha de inicio y la fecha de terminación para la implementación de las acciones de control. Estos seguimientos se deben hacer dependiendo del nivel de evaluación del riesgo.
- **Indicador para la evaluación de las acciones implementadas:** Se definen los indicadores para medir la eficacia de las acciones implementadas.


9. MATRIZ DE RIESGOS

		MATRIZ DE RIESGOS 2024 HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA E.S.E														
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO					VALORACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN											
PROCESO	No.	RIESGO	CAUSA	CONSECUENCIA	ANÁLISIS DEL RIESGO					VALORACIÓN DEL RIESGO						
					RIESGO INHERENTE					RIESGO RESIDUAL						
					PROBABILIDAD	Puntaje	IMPACTO	Puntaje	VALOR	ZONA DEL RIESGO	PROBABILIDAD	puntaje	IMPACTO	puntaje	valor	ZONA DE RIESGO
JUNTA DIRECTIVA	1	Conflictos de Interés	Relaciones personales entre miembros de la junta y proveedores	Posible toma de decisiones sesgadas o favoreciendo intereses individuales en lugar de los del hospital	Probable	4	Mayor	10	40	Alta	Improbable	2	Mayor	10	20	Moderada
GERENCIA	2	Ausencia de transparencia en la gestión	Opacidad en los procesos de toma de decisiones	Desconfianza del personal y la comunidad en la administración del hospital, lo que podría afectar la reputación	Probable	4	Mayor	10	40	Alta	Rara vez	1	Moderado	5	5	Baja
CONTROL INTERNO	3	Inadecuada gestión de riesgos	Falta de identificación y evaluación sistemática de los riesgos	Exposición a amenazas no identificadas, lo que podría conducir a pérdidas financieras o daño a la reputación	Posible	3	Mayor	10	30	Alta	Improbable	2	Moderado	5	10	Baja
ASESORIA DE CALIDAD	5	Falta de cumplimiento normativo	Desconocimiento de las regulaciones y estándares de calidad	Posible sanciones legales, pérdida de reputación y confianza de los pacientes y disminución de la calidad de la atención	Posible	3	Mayor	10	30	Alta	Improbable	2	Moderado	5	10	Baja


	PLANEACION ESTRATEGICA		Código			
			Versión	01		
	SUBGERENCIA		Serie	Políticas		
			Fecha	21 de junio de 2016		
Página 22 de 24						

GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	ASESORIA JURIDICA	6	Favorecimiento a la parte demandante al ejercer una defensa judicial	No seguimiento efectivo de los procesos judiciales	1. Providencias en contra de la institución. 2. Disminución patrimonial de la entidad.	Posible	3	Mayor	10	30	Alta	Improbable	2	Mayor	10	20	Moderada
	ASESORIA CONTABLE	7	Errores en la contabilidad	Falta de experiencia o capacitación del personal contable	Información financiera inexacta, posibles sanciones legales y pérdida de confianza en la gestión financiera del hospital	Posible	3	Mayor	10	30	Alta	Improbable	2	Moderado	5	10	Baja
	AUDITORIAS DE CUENTAS	8	Resistencia a la auditoría	Falta de colaboración por parte del personal del hospital	Dificultad para obtener información y cooperación, lo que podría afectar la exhaustividad y calidad de la auditoría	Posible	3	Mayor	10	30	Alta	Rara vez	1	Moderado	5	5	Baja
	CARTERA	9	Los funcionarios de cartera puedan ser objeto de conculión en ejercicio de sus funciones, por parte de los responsables de pago	1.1. Monto de la cartera vs tiempos de cobro 1.2. Falta de capacitación continua 2. Lugar de archivo inadecuado	1. Detrimiento de los recursos del Hospital por dolo 2. Dificultad para armado de expedientes para cobro	Probable	4	Moderado	5	20	Moderada	Improbable	2	Mayor	10	20	Moderada
	CONTABILIDAD	10	Incumplimiento normativo contable	Desconocimiento de regulaciones, falta de seguimiento	Riesgo legal, multas, impacto en la credibilidad del hospital	Improbable	2	Catastrofico	20	40	Alta	Rara vez	1	Mayor	10	10	Baja
	CONTRATACION	11	Favorecimiento a un tercero en la aceptación de servicios que no cumplan con las actividades del objeto contractual	No aplicación de lo establecido en la ley 1474 de 2012	La insatisfacción de las necesidades. Favorecimiento de terceros, sobrecostos	Posible	3	Catastrofico	20	60	Extrema	Rara vez	1	Catastrofico	20	20	Moderada
	COSTOS HOSPITALARIOS	12	Costos ocultos	Gastos imprevistos o no identificados en los procesos hospitalarios	Aumento no planificado de los costos, lo que puede afectar la rentabilidad y la capacidad de gestión del hospital	Improbable	2	Mayor	10	20	Moderada	Rara vez	1	Moderado	5	5	Baja
	FACTURACION Y ESTADISTICA	13	NO facturación de servicios prestados por intereses particulares y no cobro de copagos.	No cumplir con las funciones del cargo Incumplir código de integridad	Pérdida de Recursos economicos de la Institución	Posible	3	Mayor	10	30	Alta	Posible	3	Moderado	5	15	Moderada
PRESUPUESTO	14	Falta de alineación con objetivos estratégicos	Ausencia de comunicación efectiva entre departamentos	Desviación de recursos hacia áreas no prioritarias, comprometiendo la eficiencia operativa y el logro de objetivos	Posible	3	Mayor	10	30	Alta	Improbable	2	Moderado	5	10	Baja	
TESORERIA	15	Soborno o extorsión a proveedores	Cultura organizacional perjudicial o falta de políticas anticorrupción	Pérdida de recursos, daño a la reputación y posibles acciones legales contra la institución hospitalaria	Posible	3	Catastrofico	20	60	Extrema	Rara vez	1	Moderado	5	5	Baja	

GESTION DE INFORMACION, SISTEMAS Y TELECOMUNICACIONES	PLAN ESTRATEGICO DE TECNOLOGIA DE INFORMACION	16	Uso indebido de información privilegiada	Acceso no autorizado o filtración de información	Posible pérdida de confidencialidad de datos, violación de la privacidad y posible daño a la reputación del hospital	Posible	3	Mayor	10	30	Alta	Rara vez	1	Moderado	5	5	Baja
	SISTEMAS, TECNOLOGIA Y SEGURIDAD	17	Alteración y sustracción de la Información reservada en favorecimiento de un tercero.	No cumplimiento de los protocolos establecidos	Pérdida de recursos financieros Pérdida de imagen institucional	Posible	3	Catastrofico	20	60	Extrema	Posible	3	Moderado	5	15	Moderada
	INFRAESTRUCTURA INFORMATICA	18	Obsolescencia de equipos	Falta de actualización tecnológica	Ineficiencia en el funcionamiento de sistemas, aumento de costos de mantenimiento y riesgo de pérdida de datos	Posible	3	Mayor	10	30	Alta	Rara vez	1	Moderado	5	5	Baja
	GESTION DOCUMENTAL	19	Utilización indebida y sustracción de la información física por parte del personal de la entidad.	* Falta de compromiso e identidad del personal que labora en archivo central, frente a la responsabilidad del manejo de la información	* Investigaciones y sanciones disciplinarias y punitivas	Probable	4	Mayor	10	40	Alta	Improbable	2	Mayor	10	20	Moderada
GESTION DE SERVICIOS GENERALES, SUMINISTROS Y LOGISTICA	SUMINISTROS Y LOGISTICA	20	Favorecimiento por la aceptación de mercancías que no cumplan lo establecido contractualmente.	Carencia de controles en la recepción de mercancías	Fallas en los procedimientos, incumplimiento de funciones de supervisión, incumplimientos de contratos	Probable	4	Mayor	10	40	Alta	Improbable	2	Mayor	10	20	Moderada
	MANTENIMIENTO HOSPITALARIO	21	Emisión de Conceptos Técnicos errados para la puesta en marcha de la baja de un bien hospitalario y/o equipo.	* Falta de control en la supervisión de las actividades programadas.	* Problemas en la prestación de servicios a nuestros usuarios. * Sanciones administrativas y disciplinarias	Probable	4	Mayor	10	40	Alta	Posible	3	Moderado	5	15	Moderada
	VIGILANCIA Y SEGURIDAD	22	Falta de protocolos de seguridad	Ausencia de políticas y procedimientos claros y eficaces	Confusión en situaciones de emergencia, tiempo de respuesta lento a incidentes y exposición a riesgos de seguridad	Posible	3	Mayor	10	30	Alta	Improbable	2	Moderado	5	10	Baja

 <p>HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA E.S.E. NIT. 824.000.785-2</p>	PLANEACION ESTRATEGICA		Código	
			Versión	01
	SUBGERENCIA		Serie	Políticas
			Fecha	21 de junio de 2016
			Página 23 de 24	

GESTION HUMANA	GESTION DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	23	Deficiente gestión de riesgos laborales	Ausencia de políticas y procedimientos claros para la gestión de riesgos	Exposición a riesgos laborales, aumento de accidentes y falta de respuesta efectiva ante emergencias	Probable	4	Mayor	10	40	Alta	Improbable	2	Moderado	5	10	Baja
	EDUCACION, FORMACION Y CAPACITACION	24	Falta de programas de formación continua	Ausencia de planificación y desarrollo de programas continuos	Estancamiento en el desarrollo profesional, obsolescencia de conocimientos y falta de adaptación a avances médicos	Posible	3	Mayor	10	30	Alta	Improbable	2	Moderado	5	10	Baja
	EVALLUACION DEL DESEMPEÑO Y COMPETENCIAS	25	Sesgos y favoritismos en la evaluación	Influencias personales y relaciones interpersonales	Falta de equidad en la evaluación, descuento entre empleados y desmotivación para mejorar	Posible	3	Moderado	5	15	Moderada	Improbable	2	Moderado	5	10	Baja
	SELECCIÓN Y VINCULACION DE PERSONAL	26	Favorecer a un aspirante en el acceso a un cargo sin el lleno de requisitos legales	Interes indebido sobre la vinculación del personal	1. Investigaciones de los organismos de control 2. Investigaciones disciplinarias 3. Sanciones pecuniarias	Posible	3	Catastrofico	20	60	Extrema	Posible	3	Moderado	5	15	Moderada
	NOMINAS Y ESTADISTICAS LABORALES	27	Erores en las estadísticas laborales	Falta de verificación de datos, inconsistencias en registros	Dificultades en la toma de decisiones, falta de confianza en la información, y posible incumplimiento normativo	Posible	3	Mayor	10	30	Alta	Improbable	2	Moderado	5	10	Baja
	INDUCCION, REINDUCCION Y ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL	28	Falta de seguimiento del programa de capacitación	Supervisión inadecuada	Falta de mejora en habilidades, desperdicio de recursos, y posibles riesgos para la seguridad del paciente	Posible	3	Mayor	10	30	Alta	Improbable	2	Moderado	5	10	Baja
SISTEMAS DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO (SIAU)		29	Pérdida de información del usuario	Falta de medidas de respaldo y seguridad en la gestión de datos	Daño a la confianza del usuario, posible pérdida de información crítica	Posible	3	Mayor	10	30	Alta	Improbable	2	Mayor	10	20	Moderada
APOYO DIAGNOSTICO, TEREPAUTICO Y FARMACEUTICO	LABORATORIO CLINICO	30	Favorecimiento de proveedores mediante conceptos técnicos	* No claridad en las especificaciones técnicas	* Pérdida de recurso * Detrimiento patrimonial	Posible	3	Mayor	10	30	Alta	Improbable	2	Mayor	10	20	Moderada
	RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	31	Probabilidad de demora en la atención del paciente por incumplimiento en la prestación del servicio de imagenología debido a daños en los equipos.	Falla en los equipos por factores tecnológicos.	Demora en la prestación del servicio al paciente generando incumplimientos en la realización de exámenes y entrega oportuna de resultados para la oportuna ejecución de su tratamiento médico.	Improbable	2	Moderado	5	10	Baja	Rara vez	1	Moderado	5	5	Baja
	SERVICIO FARMACEUTICO	32	Favorecer a terceros mediante la recepción de medicamentos y dispositivos médicos	No adherencia al procedimiento de selección y recepción de medicamentos y dispositivos médicos	* Investigaciones y sanciones disciplinarias. * Detrimiento patrimonial.	Improbable	2	Catastrofico	20	40	Alta	Rara vez	1	Catastrofico	20	20	Moderada
SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN; Y ATENCION AMBULATORIA	CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	33	Demoras en la atención y sobrecarga de pacientes.	Insuficiente personal, mala gestión de citas, ineficiencias operativas	Insatisfacción del paciente, deterioro en la calidad del servicio, posibles complicaciones de salud por retrasos en la atención	Probable	4	Catastrofico	20	80	Extrema	Posible	3	Mayor	10	30	Alta
	PROMOCION Y PREVENCIÓN	34	Ineficacia de programas de promoción	Diseño inadecuado, falta de recursos	Baja adhesión de la comunidad, pérdida de recursos invertidos, y falta de impacto en la salud pública	Posible	3	Moderado	5	15	Moderada	Improbable	2	Moderado	5	10	Baja
	ODONTOLOGIA	35	Falta de mantenimiento de equipos	Falta de recursos, falta de procedimientos claros	Interrupción de servicios, retrasos en tratamientos, y riesgo de lesiones por mal funcionamiento de equipos	Posible	3	Mayor	10	30	Alta	Improbable	2	Moderado	5	10	Baja
	VACUNACION	36	Caducidad o deterioro de vacunas	Almacenamiento inadecuado, falta de control de inventario	Pérdida de efectividad de las vacunas, inmunización insuficiente, y desperdicio de recursos	Posible	3	Mayor	10	30	Alta	Improbable	2	Moderado	5	10	Baja

 <p>HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA E.S.E. NIT. 824.000.785-2</p>	<p>PLANEACION ESTRATEGICA</p>	Código	
		Versión	01
	<p>SUBGERENCIA</p>	Serie	Políticas
		Fecha	21 de junio de 2016
		Página 24 de 24	

<p>SERVICIOS DE URGENCIAS, INTERNACION Y OTROS</p>	<p>URGENCIA</p>	37	Inadecuada atención a usuarios en urgencias	Clasificación inadecuada paciente en triage	Reingreso o complicación del estado de salud del usuario	Probable	4	Mayor	10	40	Alta	Posible	3	Mayor	10	30	Alta
	<p>MATERNIDAD</p>	38	Hemorragia postparto.	*Hipertensión inducida por el embarazo *Preeclampsia *Eclampsia	Alto de riesgo de muerte materno perinatal, parto pretermino, sufrimiento fetal, hipoxia neonatal y prolongación de la estancia hospitalaria	Posible	3	Mayor	10	30	Alta	Improbable	2	Moderado	5	10	Baja
	<p>RECUPERACION NUTRICIONAL Y PSICOLOGIA</p>	39	Probabilidad de deterioro del estado nutricional del paciente por ausencia en la identificación del riesgo nutricional, debido a inadecuado diligenciamiento de la herramienta de tamizaje nutricional al ingreso del paciente en hospitalización en servicios de urgencias.	*Baja adherencia a la implementación de las herramientas de tamizaje nutricional. *Desconocimiento de signos clínicos de malnutrición o desnutrición	• Deterioro de la salud del paciente. • Aumento de la estancia hospitalaria por inoportunidad en atención nutricional a pacientes con necesidades nutricionales especiales. • Probabilidad de reingreso a hospitalización.	Posible	3	Mayor	10	30	Alta	Improbable	2	Moderado	5	10	Baja
	<p>HOSPITALIZACION</p>	40	Probabilidad de demora en la atención del paciente por incumplimiento en la efectividad de las interconsultas debido a que la demanda supera la oferta.	No adherencia de los especialistas en los tiempos de respuesta de interconsulta establecido en la institución.	Incremento en la estancia de los pacientes. Inoportunidad en los tratamientos de los pacientes. Demora en el egreso de los pacientes.	Posible	3	Mayor	10	30	Alta	Posible	3	Moderado	5	15	Moderada