



**ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO**  
**MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE**  
**SALUD (SARS)**

CODIGO: ML-GR-014

VIGENCIA: Enero 2025

VERSION: 01

Página 1 de 21

**MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE SALUD (SARS)**

**ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO**

**TABLA DE CONTENIDO**

1.	INTRODUCCION .....	4
2.	ALCANCE .....	4
3.	OBJETIVO.....	4
4.	MARCO NORMATIVO Y LEGAL .....	4
5.	MARCO CONCEPTUAL Y TEORICO.....	5
5.1.	DEFINICIONES.....	5
6.	POLITICA DE RIESGO GESTION DE RIESGO DE SALUD .....	6
7.	ETAPAS DE GESTION DE RIESGOS DE SALUD .....	8
7.1.	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO.....	8
7.1.1.	Registro de riesgos identificados en matriz de Riesgo en Salud por grupo de riesgo .....	9
7.1.1.1.	Descripción de riesgo de Salud identificado.....	9
7.1.1.2.	Definir causas y consecuencias .....	10
7.2.	EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DEL RIESGO .....	10
7.2.1.	Semaforización de riesgos de Salud.....	11
7.2.2.	Determinación de nivel de probabilidad del riesgo.....	11
7.2.3.	Determinación de nivel de impacto del riesgo.....	12
7.3.	CONTROL DEL RIESGO (estrategias para tratamiento y control) .....	14
7.3.1.	Tipos de control .....	14
7.3.2.	Naturaleza del control .....	14
7.3.3.	Opciones de manejo de tratamiento del riesgo.....	14
7.3.4.	Aceptación de riesgos.....	15
7.3.5.	Herramientas para definir Control de riesgo de Salud .....	15
7.4.	SEGUIMIENTO Y MONITOREO .....	15
7.4.1.	Las prioridades de monitoreo y revisión pueden comprender: .....	16
7.4.2.	Las prácticas de monitoreo y revisión pueden ser de los siguientes tipos:.....	16
7.4.3.	Seguimiento a los planes de acción.....	17
7.4.4.	Herramientas para seguimiento a controles riesgos de control .....	17
7.5.	EVALUACIÓN DE CONTROLES .....	17
7.6.	PERFIL DE RIESGO RESIDUAL .....	19
8.	RESPONSABILIDADES DE LIDERES DE PROCESOS INVOLUCRADOS EN LA GESTIÓN DEL RIESGO DE SALUD .....	20
9.	FICHA DE CONTROL DE CAMBIOS.....	21



ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO  
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE  
SALUD (SARS)

CODIGO: ML-GR-014
VIGENCIA: Enero 2025
VERSION: 01
Página 3 de 21

10. APROBACIÓN DEL DOCUMENTO ..... 21

## 1. INTRODUCCION

Se entiende por Riesgo en Salud la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. El evento, es la ocurrencia de la enfermedad, traumatismos o su evolución negativa, desfavorable o complicaciones de esta; y las causas, son los diferentes factores asociados a los eventos. De esta manera, se incluyen el marco institucional y el ciclo de gestión de riesgo en salud.

Asimismo, lo dispuesto en el presente manual se entiende sin perjuicio de los requisitos establecidos que deben acreditar las entidades por normas superiores de las autoridades competentes que regulen la materia.

## 2. ALCANCE

El siguiente manual va dirigido a los líderes de los procesos directamente relacionados con la gestión de los riesgos de salud potenciales, los líderes de dichos procesos y los funcionarios bajo su cargo encargados de proporcionar la información necesaria para cumplir con todas las etapas de gestión de riesgo de salud.

## 3. OBJETIVO

Impartir al personal ESE Universitaria del Atlántico las instrucciones generales relativas al Subsistema de administración de riesgos de salud. Esto con el fin de facilitar la identificación, evaluación, medición, control y monitoreo eficaz de los riesgos de salud a los que se exponen los funcionarios, usuarios y familias que se encuentren en las instalaciones de la ESE Universitaria del Atlántico.

## 4. MARCO NORMATIVO Y LEGAL

- El artículo 4° de la Ley 1751 de 2015: por medio de la cual se reguló el derecho fundamental a la salud y se dictaron otras disposiciones, definió al Sistema de Salud como "...el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento, controles; información y evaluación, que el estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud."
- Decreto 1011 de 2006 y 780 de 2016: implementación del Sistema de Gestión de los Riesgos en Salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que deben acogerse a lo definido por el marco normativo de los componentes del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS)
- Resolución 2626 de 2019: adopción de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) con énfasis en resultados en salud y disminución de la carga de enfermedad.
- Ley 1122 de 2007: Sistema de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) del sector salud.
- Artículo 12 de la Ley 1474 de 2011 o Estatuto Anticorrupción: crea el Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas Financieras y de Atención en Salud del SGSSS y ordena a la SNS, el cual define que, para sus sujetos vigilados, un conjunto de medidas preventivas para control, así como la implementación de indicadores de alerta temprana y ejercer sus funciones de IVC sobre la materia.
- Resolución 518 de 2015: se dictaron disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública (...) y en cumplimiento del parágrafo del artículo 5 de dicha Resolución, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) generó las Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).

- **NTC-ISO 31000:** principios y directrices genéricos para la gestión del riesgo en una organización sin importar su naturaleza, industria y sector.
- **Resolución 4559 de 2018:** “Por 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”
- **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
- **Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6, 2022**

## 5. MARCO CONCEPTUAL Y TEORICO

### 5.1. DEFINICIONES

- **Ciclo de gestión de riesgo:** Son las etapas que incorpora un Subsistema de Administración de Riesgos para cada uno de los tipos o categorías de riesgo identificadas.
- **Controles:** Medidas prudenciales, preventivas y correctivas que ayudan a contrarrestar la exposición a los diferentes riesgos. Entre estas se encuentra la implementación de políticas, procesos, prácticas u otras estrategias de gestión.
- **Estancia prolongada:** Una estancia hospitalaria prolongada (EHP) es un periodo de hospitalización que supera un determinado número de días. Es un problema de salud que afecta a las instituciones hospitalarias y al sistema de salud en general.  
Las EHP pueden tener las siguientes consecuencias: Aumentar los costos, Saturación de las unidades de hospitalización y urgencias, Generación de enfermedades intrahospitalarias.
- **Gestión de Riesgo:** Es un enfoque estructurado y estratégico liderado por la Alta Gerencia que busca implementar un conjunto de acciones y actividades coordinadas para disminuir la probabilidad de ocurrencia o mitigar el impacto de un evento de riesgo potencial (incertidumbre) que pueda afectar los resultados y, por ende, el logro de los objetivos de cada entidad, así como el cumplimiento de sus objetivos y obligaciones. Dentro de este conjunto de acciones se incluye, entre otros, el *ciclo general de gestión de riesgo*.
- **Grupo de Riesgo:** Un grupo de riesgo es un conjunto de personas que comparten características que aumentan su probabilidad de sufrir una enfermedad, accidente o intoxicación. Los grupos de riesgo se pueden definir por características biológicas, físicas, sociales, o por enfermedades que padezcan.  
En el ámbito de la salud, los grupos de riesgo se utilizan para clasificar a las personas que tienen mayor probabilidad de sufrir una enfermedad. Por ejemplo, los pacientes con cáncer se pueden dividir en grupos de riesgo según la probabilidad de curarse o de que la enfermedad regrese.
- **Guía de Práctica Clínica:** (GPC) es un documento que contiene recomendaciones para mejorar la atención a los pacientes. Se basa en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas.
- **Nivel/Perfil de riesgo:** Resultado consolidado de la medición de los riesgos a los que se ve expuesta una entidad.
- **Perfil epidemiológico:** descripción del estado de salud de una población, que se realiza identificando indicadores de salud pública. Los perfiles epidemiológicos se utilizan para monitorear la salud de las poblaciones y evaluar la eficacia de las medidas de salud.
- **Población habilitada:** La población habilitada en salud es aquella que puede acceder a los servicios de salud de un prestador de servicios de salud que está habilitado. La habilitación de un prestador de

servicios de salud es un proceso que garantiza que el prestador cumpla con las condiciones básicas para prestar sus servicios.

- **Procesos de control:** Son aquellos que se encargan de garantizar que los productos o servicios cumplan con los requisitos establecidos. También permiten identificar fallas y oportunidades de mejora.
- **Riesgo:** Posibilidad que ocurra un evento que pueda afectar negativamente el cumplimiento de la operación de una Entidad y que atenten contra los objetivos del SGSSS.
  - **Riesgo inherente:** Nivel de riesgo propio de la actividad, cuya evaluación se efectúa sin considerar el efecto de los mecanismos de mitigación y de control.
  - **Riesgo neto o residual:** Nivel de riesgo que resulta luego de la aplicación de las medidas de control o mitigación existentes a los riesgos inherentes.
- **Seguridad del Paciente:** La seguridad del paciente es un conjunto de acciones y procedimientos que buscan reducir el riesgo de que un paciente sufra daños innecesarios durante su atención médica. La seguridad del paciente se basa en evidencias científicas y se considera un componente fundamental de la gestión de calidad en los centros de salud.
- **Semaforización:** proporciona señales inmediatas sobre cómo van los distintos aspectos de un proyecto (control de riesgo, nivel inherente de riesgo, nivel de riesgo residual)

## 6. POLITICA DE RIESGO GESTION DE RIESGO DE SALUD

La ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO como empresa social del estado debidamente establecida bajo la normatividad legal colombiana declara que:

- El proceso de gestión del riesgo y colaboradores a los que se delegaron funciones relacionadas con la mitigación de riesgos de salud, cuentan con el respaldo de la Junta Directiva para hacer uso de los recursos técnicos, humanos y financieros necesarios para el cumplimiento de la Circular Externa 20211700000004-5 DE 2021 y demás normas y/o recomendaciones internacionales frente al subsistema de riesgos de Salud (SARS).
- La ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO proporcionará los medios para poner en marcha el ciclo de riesgo como se describe en la circular Externa 20211700000004-5 de 2021, identificando, evaluando, midiendo, controlando y monitoreando el riesgo de Salud de la institución y de cada una de sus sedes.
- La ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO ha establecido los procedimientos y manuales para la adecuada implementación y funcionamiento del subsistema de riesgo de salud y la mitigación de eventos que puedan desencadenar en la ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo. La ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO proporciona los medios para que los dichos procedimientos sean debidamente socializados a los funcionarios a los que les concierne, y es deber de estos su permanente consulta y aplicación.
- La ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO ha establecido los procedimientos y manuales para la adecuada implementación y funcionamiento del subsistema de riesgo de Salud con el fin de lograr la subsecuente mitigación de eventos no deseados, evitables y negativos para la salud del individuo. Dentro de estos procedimientos están:
  - Caracterización de servicios ofertados, considerando criterios como la capacidad instalada de la institución, el talento humano disponible, modalidades de atención,

modalidades de contratación, grupos de riesgo, y otros aspectos a tener en cuenta descritos en la circular Externa 20211700000004-5 de 2021.

- Caracterización de los riesgos actuales de salud, considerando el perfil epidemiológico de la institución y los registros/reportes de eventos adversos prevenibles ocurridos, considerando su respectiva estrategia de prevención.
  - Programas, planes o procedimientos dirigidos a la reducción de probabilidad de los riesgos de salud identificados.
  - Jornadas de capacitación a su personal, haciendo énfasis en el procedimiento de evaluación, seguimiento, y adherencia a guías, protocolos de práctica clínica, normas técnicas, lineamientos y orientaciones.
- La ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO proporciona los medios para que los procedimientos relacionados con la gestión de riesgos de Salud sean debidamente socializados a los funcionarios a los que les concierne, es deber de estos su permanente consulta y aplicación.
  - El Subsistema de Gestión de Riesgos de Salud (SARS) será liderado por el proceso de Subgerencia Científica, que se apoyará con la gestión del programa de Seguridad del Paciente para implementar correctamente el ciclo de gestión de riesgo. Los directivos y colaboradores designados para llevar el seguimiento de los riesgos de salud deberán incluir entre sus funciones administrativas las siguientes:
    - Utilización de información histórica de la institución para identificación de riesgos de salud potenciales.
    - Diligenciamiento de matriz de riesgos de salud.
    - Cumplimiento de cada uno de los ciclos de gestión del riesgo: identificación de los riesgos, evaluación de probabilidad por impacto, seguimiento a controles asignados mitigación de riesgos y seguimiento a riesgos materializados.
    - Diseñar y supervisar la correcta implementación de los controles de manera que se puedan mitigar los riesgos inherentes de salud detectados y registrados en la matriz de riesgo en salud por grupo de riesgo, ya sea reduciendo su probabilidad, impacto o ambos.
    - Definir nivel de riesgo inherente de la institución, valorar eficiencia de controles y definición de nivel de riesgo residual en salud.
    - Dejar registro de materialización en los formatos designados.
    - Proveer a proceso de gestión del riesgo información solicitada para formulación de informes de riesgo institucionales.
    - Participar en Comités de gestión de riesgo.
  - En ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, los riesgos de Salud son aceptados conforme lo establecido en las políticas de gestión de riesgo institucional. El nivel de riesgo es admisible cuando su severidad se encuentra en el rango de MODERADO y BAJO. A los riesgos Moderados se les recomienda la asignación de un plan de acción para su mitigación, pero la intensidad del seguimiento a sus controles puede ser definida por la institución.
  - Los riesgos ubicados en categorías POR ENCIMA DEL PROMEDIO y ALTOS no pueden ser asumidos por la institución y la asignación de controles y seguimientos de carácter mensual es obligatoria.
  - Al poner en práctica el ciclo de gestión integral de riesgos, se debe considerar en cada una de sus etapas las recomendaciones publicadas por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional en su “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6” publicada en 2022. Las metodologías propuestas en esta guía se integrarán y alinearán con las

definidas por la institución, con el fin de crear un Sistema de Administración del Riesgo de Salud que este armonizado con las recomendaciones de la Función Pública.

- Después de definido un nivel de riesgo inherente, se proyecta un nivel de riesgo residual para cada riesgo. Este funcionará como un estimado del nivel de riesgo final una vez se implementen controles y se validará después de medida la calidad de los controles que se asignaron a los riesgos.
- Se asignarán indicadores que medirán la eficiencia de los controles, así como la frecuencia de materialización de los riesgos a los que están asignados. La frecuencia de entrega de indicadores se definirá dependiendo de la severidad del riesgo y la disponibilidad de información para alimentar el indicador. La institución se debe asegurar de que se lleven a cabo los respectivos análisis de riesgo.
- La efectividad de los controles se medirá una vez pase el periodo de implementación anual, en base al grado de calidad del control y su capacidad de reducir el nivel de impacto y probabilidad del riesgo al que se le asigne. La calidad del control es calificada según la medida en que el mismo logro ser efectivo, tener una frecuencia de ejecución adecuada, y tener evidencias respalden su implementación, y existencia de procedimientos que expliquen al colaborador como implementar dicho control.
- La ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO monitorea las metas establecidas (acorde con los límites de aceptación y tolerancia), a través de indicadores de gestión de riesgo en salud, permitiéndole evidenciar el nivel de riesgo en salud alcanzado en el periodo que se está midiendo al ciclo de riesgo.
- Incumplir los lineamientos y procedimientos previstos en los manuales SARS podrá dar lugar a sanciones y/o responsabilidades ante los organismos de vigilancia y control.

## 7. ETAPAS DE GESTION DE RIESGOS DE SALUD

Para la gestión del Riesgo en Salud inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en este manual, armonizados con los lineamientos, pautas e instrumentos en salud expedidos por las autoridades competentes en caso de que aplique, y las prioridades territoriales y poblacionales. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de gestión de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo en Salud que implementen la ESE Universitaria del Atlántico debe cumplir como mínimo con cada una de las etapas del ciclo de gestión de riesgo, las cuales son las siguientes:

### 7.1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

Para una correcta identificación del riesgo de salud inherente de la institución, se consideran los siguientes criterios durante esta fase del ciclo:

- a) Se realiza la identificación de la situación en salud del territorio donde se encuentran habilitados y de la población objeto de la institución o afiliada a la EPS con la que existe una relación contractual.
- b) Se caracterizan los servicios ofertados según modalidades de atención y contratación, teniendo en cuenta los grupos de riesgos de la población potencialmente usuaria de estos servicios, que permita una gestión clínica óptima en el marco de un enfoque diferencial.
- c) Caracterización de la demanda de servicios ex-ante, efectiva y agregada propia de la entidad, teniendo en cuenta un enfoque diferencial (género, grupo etario, étnico, curso de vida, territorial, grupos de riesgo, entre otros).
- d) A través del sistema de reporte institucional de incidentes y eventos adversos. (Formatos de identificación y análisis de Eventos e incidentes adversos) y de análisis de análisis realizados por colaboradores a través los reportes de eventos adversos y medidas de control para riesgos en salud.

 <p>e.s.e   UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO</p>	<p>ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO</p> <p>MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE SALUD (SARS)</p>	CODIGO: ML-GR-014
		VIGENCIA: Enero 2025
		VERSION: 01
		Página 9 de 21

- e) Caracterización de los riesgos existentes en cada uno de los servicios declarados con su respectiva estrategia de prevención, definición de un perfil epidemiológico.

ESE Universitaria del Atlántico debe realizar la evaluación de la capacidad de oferta de los servicios, teniendo en cuenta la capacidad instalada y la oferta de talento humano con respecto a la capacidad de producción, discriminado en cada uno de los servicios.

El desarrollo e implementación de la política de seguridad del paciente es de crucial importancia en la identificación de riesgos en salud, puesto que se tiene en cuenta el diagnóstico de los eventos adversos prevenibles ocurridos y los procesos asistenciales de mayor riesgo.

Es fundamental que la institución vele por la disponibilidad y confiabilidad de la información acerca de la exposición al riesgo y de la gestión de los eventos adversos ocurridos. Debe tenerse en cuenta que el reporte de incidentes y eventos adversos no es un medio confiable para conocer la verdadera magnitud del riesgo sino una herramienta para profundizar la cultura de la seguridad mediante el aprendizaje alcanzado con el análisis de eventos y los planes de acción diseñados en conjunto con los interesados.

#### **7.1.1. Registro de riesgos identificados en matriz de Riesgo en Salud por grupo de riesgo**

Los posibles escenarios que puedan provocar daños a la salud de un usuario o trabajador, producto de la por la materialización de un riesgo se registran anualmente en una matriz de riesgo.

Para identificar dichos escenarios de riesgos, la coordinación de seguridad del paciente en colaboración con funcionarios designados por la subgerencia científica de la institución, se basan en los criterios anteriormente listados para diligenciar la matriz de riesgo por grupo de riesgo.

A cada riesgo identificado se relaciona el grupo de servicio donde se origina el riesgo o el que es directamente impactado en caso de materialización, así como las posibles causas internas o externas que puedan producir su materialización, y las posibles consecuencias o impacto que pueda tener sobre la institución en el escenario en el que ocurriese la situación riesgosa descrita.

*Nota:* el registro de los riesgos de salud se realizará por primera vez durante el ejercicio de definición de nivel de riesgo residual, la incorporación de nuevos riesgos a la matriz o la supresión de riesgos de la matriz se realizarán anualmente durante el primer comité de riesgo institucional.

##### **7.1.1.1. Descripción de riesgo de Salud identificado**

La descripción del riesgo debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender tanto para el líder del proceso como para personas ajenas al proceso.



Anexo 1. Ejemplo de redacción de riesgo, adaptado de “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6, 2022”

### 7.1.1.2. Definir causas y consecuencias

Se registrará en la matriz cuales son las posibles causas o han sido las causas de materialización de riesgo. Diferenciar si las causas que provocan la materialización del riesgo son internas o externas, algunas causas internas es la falta de capacitación del personal, la mala planificación y la falta de mantenimiento de la maquinaria, por otro lado, las causas externas pueden ser cambios en el mercado, desastres naturales y cambios políticos.

Las consecuencias de un riesgo son los efectos que se producen cuando un riesgo se materializa. Pueden ser negativas o positivas, dependiendo del tipo de riesgo y su impacto. En este caso se listarán en la matriz las posibles consecuencias en caso de materialización del riesgo descrito, estas irán relacionadas al tipo de impacto del riesgo, por lo menos una consecuencia principal por tipo de impacto.

## 7.2. EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DEL RIESGO

Es la valoración de los efectos asociados a los riesgos que han sido identificados, considerando la frecuencia y la severidad de su ocurrencia. Se entenderá por valoración del riesgo, la medida cualitativa o cuantitativa de su probabilidad de ocurrencia y su posible impacto.

Para la evaluación y medición de cada uno de los riesgos identificados, la institución debe contar con información suficiente, completa y de calidad para generar los mejores pronósticos. La valoración de los riesgos ha de realizarse con cada uno de los riesgos identificados, y tendrá como resultado un nivel inherente de riesgo después de realizada la primera valoración. Esta se realizará desde la coordinación de Seguridad del paciente, considerando los controles que existen al momento de diligenciamiento y su capacidad de mitigar el riesgo o evitar su materialización.

Se considerarán por lo menos lo siguientes criterios al momento de dar una valoración al riesgo identificado:

- Costos en términos de sobrecosto asistencial (rechazo o glosa), estancias hospitalarias prolongadas, riesgo jurídico o sus posibles combinaciones.

- Límites de tolerancia para establecer metas de control o mitigación en el sistema de gestión de riesgo en salud.
- Priorización de los recursos sobre aquellos riesgos de salud de su población de mayor importancia, sin que eso implique ignorar, dejar de vigilar y no tratar de evitar, otros riesgos que se consideran de menor importancia y que pueden estar presentes en la institución.

### 7.2.1. Semaforización de riesgos de Salud

Esta se llevará a cabo en la **sección de valoración del riesgo de la matriz**. El ejercicio implica determinar el riesgo de salud inherente para cada uno de los procesos y para la institución en general, ubicando cada riesgo en un mapa calor. Se realiza la evaluación preliminar del riesgo (multiplicando la calificación preliminar de probabilidad con la del impacto), estableciendo así la clasificación en la cual se encuentra el riesgo.

Cada miembro del grupo de expertos valorara el riesgo a su consideración y bajo los criterios que se describirán a continuación en el numeral 7.2.2. Se tabula la información y se integra el consolidado en la matriz de riesgo. De no haber opiniones distintas respecto al valor de probabilidad e impacto que se le asignará a cada riesgo, se pondrá el puntaje al que se llegó en consenso de todos los participantes de la reunión de expertos.

$$\text{RIESGO INHERENTE (RI)} = \text{VECTOR (PROBABILIDAD INHERENTE (PI)* IMPACTO INHERENTE (II))}$$

### 7.2.2. Determinación de nivel de probabilidad del riesgo

Para determinar la **Probabilidad/Frecuencia** inherente se tomará el **factor más alto de uno los siguientes** criterios (el criterio de Futuro se toma en el caso de que no exista registro previo de materialización del riesgo en la institución):

- **Historia:** número de veces que se ha materializado en un periodo de tiempo determinado.

Calificación	Descripción	Factor
Raro	Nunca ha ocurrido y, de hecho, se considera casi imposible que ocurra	1
Improbable	No se sabe si ha ocurrido o no, pero cabe alguna posibilidad de ocurrencia, aunque se considera muy remota.	2
Posible	Ha ocurrido, hace más de dos años, pero se considera que las posibilidades de volver a suceder no son remotas.	3
Probable	No ha ocurrido durante el año en curso, pero sí el año anterior y se considera probable que vuelva a presentarse.	4
Casi seguro	Ha ocurrido, durante el año en curso, y se considera que las posibilidades de repetirse son muy altas.	5

- **Futuro:** Probabilidad estimada de su ocurrencia en un futuro

Calificación	Descripción	Factor
Raro	Prácticamente imposible que ocurra el próximo año	1

Improbable	Poco probable que ocurra en el próximo año	2
Posible	Es probable que ocurra el próximo año	3
Probable	Bastante probable que ocurra el próximo año	4
Casi seguro	Ocurrirá con alto nivel de certeza el próximo año	5

### 7.2.3. Determinación de nivel de impacto del riesgo

Para determinar el **Impacto** inherente se tomará el factor más alto del siguiente criterio:

- **Impacto a la Salud:** Variables asociadas a la afectación de la salud de un paciente o colaborador por la materialización del riesgo.

Calificación	Descripción	Factor
Insignificante	No genera una lesión o complicación en el paciente. Puede afectar transitoriamente la ejecución de una tarea, pero sin interrupción a la prestación del servicio.	1
Leve	Puede ocasionar una lesión transitoria en el paciente sin secuelas, no requiere tratamiento médico, afecta transitoriamente la ejecución de una tarea, pero no la prestación del servicio	2
Moderado	Genera lesión o complicación a la salud del paciente, requiere tratamiento médico en un periodo limitado. Afecta la ejecución de una tarea temporalmente y la prestación del servicio en un periodo corto de tiempo.	3
Grave	Genera lesión o complicación grave en el paciente con discapacidad irreversible. Requiere tratamiento médico por tiempo indefinido, causa interrupción prolongada en la prestación de un servicio.	4
Catastrófico	Muerte(s) de paciente, suspensión definitiva de la prestación del servicio.	5

Basado en el total obtenido en la evaluación preliminar de del riesgo, se les asigna la siguiente clasificación de nivel de riesgo, junto con una serie de opciones de tratamiento a partir de la clasificación obtenida.

CLASIFICACIÓN DE RIESGOS			
Riesgo	Color	Limite inferior	Limite superior
Riesgo Aceptable		1	4
Riesgo Tolerable		5	12
Riesgo Alto		16	24
Riesgo Extremo		32	80

		IMPACTO				
		Mínima	Menor	Moderada	Mayor	Máxima
PROBABILIDAD		1	2	4	8	16
Muy Alta	5	5	10	20	40	80
Alta	4	4	8	16	32	64
Media	3	3	6	12	24	48
Baja	2	2	4	8	16	32
Muy Baja	1	1	2	4	8	16

Anexo 2. Semaforización - Calificación de riesgo probabilidad x impacto

Nivel de Riesgo	Calificación	Definición	Tratamiento de Riesgo
0 a 4	Bajo	Cuando hay una probabilidad menor que el promedio de una pérdida debido a la exposición y a la incertidumbre derivada de la materialización de un riesgo	Se <b>ACEPTARÁ</b> el riesgo y se administrará por medio de las actividades propias del proceso asociado, y su control y registro de avance, se realizará en el reporte mensual de su desempeño. Los planes de acción para la implementación de controles no se priorizarán.
5 a 12	Moderado	Cuando hay una probabilidad promedio de una pérdida debido a la exposición y a la incertidumbre derivada de la materialización de un riesgo	Se establecerán acciones de Control Preventivas, que permitan <b>REDUCIR</b> la probabilidad de ocurrencia del riesgo, se administrarán mediante seguimiento preferiblemente <b>BIMESTRAL</b> y se registrarán sus avances en el Sistema de Planificación Institucional- SGI.
13 a 24	Por encima del promedio	Cuando hay una probabilidad mayor el promedio de una pérdida debido a la exposición y a la incertidumbre derivada de la materialización de un riesgo	Se establecerán acciones de Control Preventivas, que permitan <b>EVITAR</b> la materialización del riesgo. La Administración de estos riesgos será con periodicidad <b>sugerida al menos MENSUAL</b> y su adecuado control se registrará en el Sistema de Planificación Institucional- SGI.
25 a 80	Alto	Cuando hay una probabilidad mucho mayor que la del promedio de una pérdida debido a la exposición y a la incertidumbre derivada de la materialización de un riesgo	Se establecerán acciones de Control Preventivas y correctivas, que permitan <b>EVITAR</b> la materialización del riesgo. La Administración de estos riesgos será con periodicidad <b>MÍNIMA MENSUAL</b> y su adecuado control se registrará en el Sistema de Planificación Institucional- SGI. Adicionalmente se deberán documentar al interior del proceso, planes de contingencia para tratar el riesgo materializado, con criterios de oportunidad, evitando el menor daño en la prestación del servicio; estos planes estarán documentados.

Anexo 3. Tabla de calificación de riesgo probabilidad x impacto y tratamiento por nivel de riesgo

### 7.3. CONTROL DEL RIESGO (estrategias para tratamiento y control)

Una vez identificados y evaluados los riesgos, deben compararse con los *límites* (tolerancia) de riesgos aprobados por la instancia definida en la institución y su política de riesgos, siempre dentro del marco normativo establecido. Todo riesgo que exceda los límites o desviaciones aceptadas, debe ser objeto de actividades de mitigación y control a fin de regresar al nivel de riesgo tolerado, conforme la estrategia adoptada. Se deben determinar las acciones tendientes a gestionar los riesgos a los que se ve expuesta la entidad, de acuerdo con los niveles de riesgo determinados y las tolerancias al riesgo definidas.

Se asocian **controles** a cada riesgo identificado, al igual que el tipo/objetivo del control (preventivo, correctivo, detectivo), el/los responsables de la implementación del control, frecuencia de seguimiento, fecha de inicio de la implementación y fecha final de la implementación y seguimiento. Se asociará a cada control un indicador que ayudará a medir la efectividad de este durante el periodo de seguimiento definido. Se priorizará la asignación de indicadores a riesgos que sobrepasen el límite de tolerancia de la institución (Riesgos con valoración de nivel de riesgo ALTO o POR ENCIMA DEL PROMEDIO)

La información referente a los controles y su seguimiento se registrarán en la **sección de Control y tratamiento de riesgo en el formato de Matriz de riesgo institucional**.

#### 7.3.1. Tipos de control

- **Preventivo:** Antes de que se presente un evento
- **Correctivo:** Posterior a la materialización de un riesgo
- **Detectivo:** Se realiza al identificar la exposición del riesgo

#### 7.3.2. Naturaleza del control

- **Manual:** Las realiza una persona
- **Automático:** lo realiza una herramienta tecnológica
- **TI:** Se apoya en tecnología, pero depende de que lo realice una persona

#### 7.3.3. Opciones de manejo de tratamiento del riesgo

- **Evitar el riesgo:** Implica dejar de ejecutar las actividades o desistir de una decisión que posiblemente generaría que el evento se materialice, o tomar planes de contingencia para reducir el impacto del riesgo materializado.
- **Reducir el Riesgo:** Desarrollar actividades que propendan por reducir la probabilidad o la severidad en caso de materializarse el evento.
- **Aceptar el riesgo:** Tiene lugar cuando la organización decide no impartir ningún tipo de acción que evite su materialización y/o severidad en el impacto. Está dispuesta a asumir los costos derivados de la materialización del evento. También se puede tomar esta opción de manejo cuando las actividades propias del proceso relacionado son suficientes para impedir la materialización del mismo.
- **Transferir el riesgo:** Tiene lugar cuando se traslada el riesgo a otra compañía, ya sea por medio de la tercerización, contratación de una póliza de seguros u otros.
- **Tercerización – Outsourcing:** Se podrá contratar bajo la modalidad de tercerización a personas naturales y/o jurídicas para el desarrollo de sus procesos, siempre que no implique la delegación de la profesionalidad.

#### 7.3.4. Aceptación de riesgos.

En ESE UNIVERSTIRARIA DEL ATLÁNTICO, los riesgos son aceptados conforme lo establecido en el nivel admisible del apetito de riesgo, cuando su severidad se encuentra dentro de la categoría de **Moderado** y **Bajo** presentadas en el anexo 3 del presente manual. A los riesgos Moderados se les recomienda la asignación de un plan de acción para su mitigación, pero la intensidad del seguimiento a sus controles puede ser definida por la institución.

Los riesgos ubicados en categorías **Por encima del Promedio** y **Altos** no pueden ser asumidos por la institución y la asignación de controles y seguimientos de carácter mensual es **obligatoria**.

#### 7.3.5. Herramientas para definir Control de riesgo de Salud

La institución debe tomar las medidas adecuadas para controlar el riesgo de salud inherente al que se ve expuesta en el desarrollo de sus operaciones con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia y/o impacto en caso de que se materialicen. Para ello un control muy común es la formulación de acciones preventivas para evitar ocurrencia del evento, controles sobre dichas acciones, así como acciones de contingencia ante la posible materialización de este.

Para asegurar la reducción del nivel de riesgo de salud inherente, la institución implementa en los riesgos identificados los siguientes controles (dependiendo de cuál sea más eficiente para cada caso):

- Monitoreo de las metas establecidas (acorde con los límites de aceptación y tolerancia), a través de indicadores de gestión permitiéndole evidenciar el nivel de riesgo en salud alcanzado.
- Jornadas de capacitación a su personal, haciendo énfasis en el procedimiento de evaluación, seguimiento, y adherencia a guías, protocolos de práctica clínica, normas técnicas, lineamientos y orientaciones.
- Diseño, implementación, evaluación y seguimiento de los procesos y procedimientos institucionales y su articulación; de tal manera que garanticen el acceso y la calidad de los servicios ofertados
- Planes de mitigación o control de los riesgos que se encuentran en niveles mayores al nivel de tolerancia, se generan acciones de capacitación, comunicación y revisión periódica de implementación y resultados.
- Vigilancia periódica de las cifras inusuales, especialmente las bajas (frente a la frecuencia usual), para descartar subregistro o ausencia de notificación por parte del personal al que corresponde tal responsabilidad

### 7.4. SEGUIMIENTO Y MONITOREO

Una vez establecidos los mecanismos o un conjunto de estos, para la mitigación y control de los riesgos que se han identificado como relevantes para la entidad y después de realizar un análisis de causa y efecto para determinar los puntos más críticos a intervenir con mayor prelación, la institución deberá poner en práctica tales mecanismos y reflejarlos en un plan de implementación de las acciones planteadas en la fase anterior.

Con el fin de realizar el respectivo seguimiento y monitoreo permanente y continuo de la evolución de los perfiles de riesgo y la exposición frente a posibles pérdidas a causa de la materialización de cada uno de los riesgos identificados, la entidad debe desarrollar un sistema de alertas tempranas que facilite la rápida detección, corrección y ajustes de las deficiencias en cada uno de sus Subsistemas de Administración de Riesgo para



### 7.4.3. Seguimiento a los planes de acción

Se reportará al Proceso de Gestión del Riesgo el porcentaje de avance en la implementación de los planes de acción relacionados con los riesgos que no dan cumplimiento a los criterios de aceptación del riesgo durante los comités de riesgo llevados a cabo trimestralmente. El proceso de Gestión de riesgo puede solicitar a los encargados del diligenciamiento de la matriz de riesgo de salud por grupo de riesgo, la información allí presente, para ser incluida en la matriz de riesgo institucional. Esto con la finalidad de presentar reportes a gerencia, junta directiva, control interno o revisoría fiscal (quien lo solicite) que expongan un panorama en el que se consideran tanto los riesgos administrativos como los asistenciales de la institución. En esta matriz se dejará registro de la evaluación de los controles implementados para la mitigación de riesgos de salud.

### 7.4.4. Herramientas para seguimiento a controles riesgos de control

#### Formulación de indicadores

De acuerdo con el perfil del riesgo que tiene la organización, existen diferentes indicadores que sirven para generar alertas tempranas, para ello existen dos tipos de indicadores que se ajustan a las necesidades que requiere ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO para gestionar sus riesgos:

- **Los indicadores clave de Riesgo - (KRI):** cuantifican el perfil de riesgo de la compañía. Se constituyen de acuerdo con el nivel de relevancia en los indicadores de riesgo y de control. Por ejemplo, el volumen de operaciones, rotación de personal, número de veces que cae el sistema, etc. Cada KRI deberá ser capaz de ser medido con precisión y reflejar de manera precisa el impacto negativo que tendría sobre los indicadores de desempeño clave de la organización. Estas métricas permiten llevar un registro de incidencias, monitorear su comportamiento, informar sobre su evolución, reportarlos y establecer planes de acción cuando salen de la tendencia esperada.
- **Los indicadores clave de control – (KCI):** Se encargan de medir la efectividad, tanto del diseño como de desempeño de un control específico. Un deterioro en un KCI puede significar un aumento en la probabilidad e impacto de un riesgo.

La asignación de indicadores se priorizará sobre riesgos que presenten niveles de riesgos por encima del promedio y altos en la matriz de riesgos. La información dada por indicadores permitirá generar planes de acción en aquellos indicadores que estén por debajo de los límites permitidos de aceptación y brindaran información cuantitativa confiable al momento de valorar la efectividad de los controles al final de un periodo de gestión de los riesgos.

## 7.5. EVALUACIÓN DE CONTROLES

En base al grado de tolerancia (clasificación del nivel de riesgo), se aclaran cuáles son los **controles** que se llevan actualmente para la mitigación y como evidencia o sustento del tratamiento. Se evaluará a través de un sistema de valoración de controles la calidad de estos para tratar con los riesgos analizados.

La calidad de los controles se medirá a través de un cálculo de valoración donde el puntaje de calidad de los controles se dividirá en cuatro posibles opciones dependiendo de su desempeño para la mitigación de los riesgos asociados. Se tendrán en cuenta también otros aspectos relacionados con la efectividad de las herramientas y del seguimiento hecho a dichos controles. La ponderación de los resultados arrojará un porcentaje que ubicará al control en **cuatro categorías** (Fuerte, Aceptable, Requiere Mejora, Débil).

Ver Anexo 4. A continuación para explicación detallada del cálculo para valoración de la calidad de los controles por riesgo.

Calidad de las funciones de control	
Las funciones de control muestran de forma consistente un desempeño efectivo y superior a las prácticas de la industria de los seguros comúnmente observadas y/o Clasificación del control con énfasis en lo preventivo.	20
Las funciones de control muestran desempeño efectivo y similar a las prácticas de la industria comúnmente observadas.	15
Las funciones de control muestran potencial para un desempeño efectivo, pero pueden ser mejoradas y no arriesgan la situación financiera de la compañía.	10
Las funciones de control muestran un desempeño inferior a las prácticas observadas de la industria y su efectividad debe ser mejorada para no comprometer la situación financiera y operativa de la compañía.	5



Valoración de los controles		
Parámetros	Criterios	Puntaje
Herramientas para ejercer el control	Posee una herramienta para ejercer el control.	0 - 1
	Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta	0 - 1
	En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva.	0 - 1
Seguimiento al control	Están definidos los responsables de la ejecución del control y del seguimiento.	0 - 1
	La frecuencia de la ejecución del control y seguimiento es adecuada.	0 - 1
	<b>TOTAL</b>	<b>Sumatoria de cada uno de los criterios (0-5)</b>



Rangos de calificación de los controles		
Calidad del control	Definición	Rangos
Fuerte	Existen controles fuertes: acciones preventivas, planes de mejora y contingencia.	80 - 100
Aceptable	Existen controles aceptables: acciones preventivas, planes de mejora.	60 - 79
Necesita mejora	Existen controles mínimos que requieren mejoras.	40 - 59
Débil	No existen controles o son mínimos.	0 - 39

Anexo 5: Calificación de controles de Gestión del riesgo.

Para el **tratamiento** de cada riesgo individual se deberán identificar las acciones preventivas a tomar, responsables de la acción, periodos de seguimiento, plazos de inicio y terminación de la acción y acciones de contingencia ante la posible materialización del riesgo.

Para la ejecución de este paso del ciclo se utilizarán las secciones de **Evaluación de calidad de controles y Tratamiento de riesgos** en la **Matriz de Riesgos Institucional**.

## 7.6. PERFIL DE RIESGO RESIDUAL

La efectividad de los controles asociados a los riesgos de salud lleva como resultado el nivel del riesgo residual. Esto quiere decir que al determinar los atributos de eficiencia e informativos del control será posible identificar la zona del riesgo en estado residual.

El riesgo residual de **ESE UNIVERSTIRARIA DEL ATLÁNTICO** será determinado por los riesgos inherentes que hayan obtenido una valoración **Por encima del promedio y Alta**.

Finalmente, si en el riesgo residual de **ESE UNIVERSTIRARIA DEL ATLÁNTICO** se ha obtenido como resultado riesgos salud que mantienen una valoración muy alta, se deberán analizar las opciones de planes de mejora que permitan bajar el nivel de los riesgos a una zona aceptable. Para lo anterior se hace pertinente evaluar el costo beneficio de las acciones a tomar, si la institución está dispuesta a administrar el riesgo, si se está en capacidad de reducir la probabilidad o si se pudiera optar por transferir el riesgo (pólizas de seguros, tercerización).

Para definir el nivel de **riesgo residual** de la institución se utilizará la siguiente metodología, que se apoyará en la evaluación de efectividad de los controles para reducción del nivel de riesgo inherente:

- Definir el periodo de seguimiento a los riesgos identificados. Durante este periodo los colaboradores encargados del seguimiento de cada riesgo deberán hacer entrega de los indicadores relacionados.
- Definir el **nivel de riesgo esperado** de cada riesgo identificado.

- Una vez se termine el periodo de seguimiento de los riesgos y de implementación de controles y planes se valoran los controles como se describió en el 7.5 de evaluación de controles.
- Se empleará **la matriz de escala de clasificación para riesgo residual**, cruzando el resultado de riesgo inherente del riesgo evaluado y el resultado de valoración de calidad de control.
- De cumplirse con el mínimo aceptable para que el control pueda considerarse como efectivo, el nivel de riesgo propuesto cambiará.
- El nuevo nivel de riesgo será sobre el que se trabajará para el próximo periodo.

Se incluirá este resultado de riesgo residual en la **matriz de riesgo institucional** y se construirá un nuevo mapa de calor, donde se visualizará la evolución del nivel de riesgo de la institución después de implementados los controles.

Riesgo Residual				
Calidad de los controles	Nivel del Riesgo Inherente			
	Bajo	Moderado	Por encima del promedio	Alto
Fuerte	Bajo	Bajo	Moderado	Por encima del promedio
Aceptable	Bajo	Moderado	Por encima del promedio	Alto
Necesita mejorar	Moderado	Por encima del promedio	Alto	Alto
Débil	Por encima del promedio	Alto	Alto	Alto

Anexo 6. Matriz - escala de clasificación para riesgo residual

## 8. RESPONSABILIDADES DE LIDERES DE PROCESOS INVOLUCRADOS EN LA GESTIÓN DEL RIESGO DE SALUD

PROCESO	LIDER	FUNCION
Planeación estratégica de la calidad y gestión del riesgo	Líder de proceso de gestión del Riesgo Líder de gestión de la calidad	- Recopilación de la información suministrada por el proceso de seguridad del paciente para identificación y registró en la matriz de riesgos de salud a tener en cuenta en la institución. - Seguimiento al cumplimiento de los planes de acción asignados a controles de riesgos de salud categorizados como extremos o resultantes de la materialización de los riesgos de salud.

		- Registro de riesgos identificados en la matriz de riesgo institucional y supervisión de cumplimiento del ciclo de gestión del riesgo del riesgo de salud.
Subgerencia Científica	Dirección de Seguridad del paciente Subgerencia científica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilización de información histórica de la institución para identificación de riesgos de salud potenciales.</li> <li>- Diligenciamiento de matriz de riesgos de salud</li> <li>- Cumplimiento de cada uno de los ciclos de gestión del riesgo: identificación de los riesgos, evaluación de probabilidad por impacto, seguimiento a controles asignados mitigación de riesgos y seguimiento a riesgos materializados.</li> <li>- Dejar registro de materialización en los formatos designados</li> <li>- Proveer a proceso de gestión del riesgo información solicitada.</li> <li>- Participar en los comités de riesgo programados.</li> </ul>

#### 9. FICHA DE CONTROL DE CAMBIOS

FICHA DE CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
01	13/09/2024	Creación del documento

#### 10. APROBACIÓN DEL DOCUMENTO

APROBACIÓN DEL DOCUMENTO		
ELABORO	REVISO	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Armando Zabarrain Lara	<b>Nombre:</b> Armando J. González Del Río	<b>Nombre:</b> Rafael Fernández De Castro Riascos
<b>Cargo:</b> Gestión de Riesgos	<b>Cargo:</b> Gestión de Procesos	<b>Cargo:</b> Subgerencia Corporativa
<b>Fecha:</b> 13/09/2024	<b>Fecha:</b> 25/10/2024	<b>Fecha:</b> 28/10/2024
<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>