

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: GE-D-DE-05
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO	Versión: 02
		Vigencia: 21/08/2018

POLITICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

1. INTRODUCCIÓN

La política de seguimiento a riesgo busca contar con actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto a los diferentes riesgos.

Se busca Analizar el entorno interno y el externo, realizar la identificación, reconocimiento y descripción de los riesgos, e identificar las causas y posibles consecuencias de los riesgos, con el fin de medir en función de la probabilidad de ocurrencia y grado de impacto y definir qué se va a hacer con los riesgos (Evitar, reducir, compartir o asumir), y una vez realizado esto monitorizar y revisar sistemáticamente (plan de mejora).

2. JUSTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA

Es necesario la identificación de los diferentes riesgos inherentes al funcionamiento de la ESE, identificados tanto en el área asistencial como administrativa, con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes o servicios que hubiera podido evitarse.

Estas acciones hacen parte del enfoque de caracterización de amenazas e identificar la frecuencia y la severidad de un evento o de los eventos en las diferentes actividades que realizamos a los cuales se incluirá la evaluación del riesgo y el desarrollo de estrategias para identificarlo, manejarlo y mitigarlo.

3. SITUACIÓN DESEADA

La E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paul manifiesta su compromiso con el control de riesgos mediante prevención, detección temprana y minimizar los riesgos de tal manera que atribuye a disminuir eventos adversos.

La gestión integral del riesgo en salud, es una estrategia para anticiparse a la ocurrencia de eventos que nos producen traumatismos buscando mitigar sus consecuencias para que sean tratados precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias.

También debe identificarse en el área administrativa los diferentes riesgos logrando identificar eventos que puedan afectar el equilibrio financiero de la ESE; así como el diseño y puesta en marcha de acciones integrales y efectivas para eliminarlas, disminuirlas o mitigarlas

4. CONTEXTO DE LA POLITICA:

MARCO LEGAL

Norma	Entidad que la expidió	Asunto
Ley 100 de 1993	MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones Ministerio debe dictar normas para el control de los Factores de Riesgos
Ley 1122 de 2007	CONGRESO DE LA REPUBLICA COLOMBIA	Ratifica que la función principal del aseguramiento es la Administración del riesgo
Resolución 1740 de 2008	MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL	Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Sistema de Administración de Riesgos para las Entidades

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA	Código: GE-D-DE-05
	NIT: 891.180.026-5	Versión: 02
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO	Vigencia: 21/08/2018

		Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas previstas en el Sistema de Habilitación - Condiciones financieras y de suficiencia patrimonial , se definen las fases para su implementación y se dictan otras disposiciones
SOGC: Decretos 1918 de 1994; 2174 de 1996; 2309 de 2002 y 1011 de 2006	MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud
Resolución 2003 de 2014	MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud
Resolución 2082 de 2014	MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL	Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud
Ley 1438 de 2011	CONGRESO DE LA AREPUBLICA	Concepto de corresponsabilidad, Rendición de cuentas, Riesgo financiero de ESE
Ley 1753 de 2015	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país".
Resolución 1841 de 2013	MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL	Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021
Resolución 0429 de 2016	MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL	Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud
Resolución 1441 de 2016	MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL	Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones
Resolución 3202 de 2016	MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL	Política De Atención Integral En Salud – PAIS Modelo Integral De Atención En Salud - MIAS

4.1. MARCO SITUACIONAL

Contamos con programa de seguimiento a riesgo asistencias, el cual se mide bajo la metodología AMEF en la cual realiza el análisis de los riesgos definidos.

4.2. MARCO CONCEPTUAL

Dentro de una institución de salud se identifican riesgos de tipo asistencias y administrativo de los cuales se busca un enfoque desde el Direccionamiento Estratégico.

Teniendo en cuenta los criterios para definir un riesgo por medio de Modelos de identificación, y posterior a esto la realización del análisis bajo una herramienta que identifique la gravedad bajo los parámetros de probabilidad, severidad e impacto y a partir de estos Establecer medidas de control para realizar planes de mejora correspondientes y realizar cierre de ciclos y retroalimentación al sistema para detectar e intervenir nuevos riesgos.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: GE-D-DE-05
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO	Versión: 02
		Vigencia: 21/08/2018

Para iniciar se debe realizar un enfoque para la Identificación de riesgos e implementar una estructura para el abordaje de los mismos, realizando un trabajo en equipo. Todo este trabajo se debe abordar bajo el uso de una herramienta de matrices de riesgo, que evalúen, Cada unidad y el abordaje sea igual en todos los servicios de la institución, contando con la participación todos los funcionarios de la ESE indistinto del cargo, para lo cual se requiere un conocimiento de la política institucional y sus diferentes lineamientos, que deben ser socializándolos con lenguaje apropiado y realizar retroalimentación permanente de los diferentes riesgos mediante la reinducción, además involucrar el paciente y su familia.

Una vez sean identificados y ponderados los riesgos, se realiza una priorización de grupos de riesgo y eventos de atención, planeación de la intervención donde se debe considerar la necesidad de realizar un enlace entre el ente territorial (gestión del riesgo colectivo, comunicación del riesgo a la población, promoción de la salud), las EAPB (gestión de riesgo individual, comunicación del riesgo a los afiliados, apoyo al autocuidado y prevención) y las redes de IPS si es pertinente; cada uno de ellos dentro de sus respectivas funciones y competencias, buscando la puesta en marcha de acciones integrales y efectivas para eliminar, disminuir o mitigar los riesgos según corresponda.

Para realizar una adecuada implementación se requiere de un Análisis de Riesgo de la población con enfoque diferencial, planeación de la atención según Riesgo con enfoque diferencial, Modificación del Riesgo, Vigilancia de la Gestión del Riesgo, Gestión de la calidad de la atención, Coordinación Administrativa y técnica de los servicios y planes.

Se considera que para crear un modelo de gestión integral del riesgo de la institución se debe realizar la identificación de estos en las diferentes interdependencias identificando riesgos de prestación del servicio (Gestión integral del riesgo clínico), riesgos estratégicos, riesgos financieros, riesgos jurídicos, riesgos de crédito, riesgos de mercado, riesgos operacionales y riesgos reputacionales, buscando consolidar un sistema de administración de riesgo que cuente con una estructura concreta, procesos definidos y resultados medibles en toda la institución.

5. TERMINOS Y DEFINICIONES:

RIESGO: Es el potencial de pérdida causada por un evento (o serie de eventos) que pueden afectar de manera adversa el logro de los objetivos

PROBABILIDAD: Oportunidad de que algo suceda, este o no definido, medido o determinado objetiva o subjetivamente, cualitativa o cuantitativamente

6. MARCO GENERAL DE LA POLÍTICA

6.1. PROPÓSITO

La empresa social del estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl manifiesta su compromiso con consolidar un sistema de administración y gestión del riesgo mediante una estructura concreta y procesos definidos de tal manera que contribuya a la obtención de resultados medibles.

6.2. PRINCIPIOS

- Solidaridad
- Compromiso social
- Amor a la vida

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA	Código: GE-D-DE-05
	NIT: 891.180.026-5	Versión: 02
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO	Vigencia: 21/08/2018

6.3. OBJETIVOS

6.3.1. GENERAL

Instituir en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, la cultura de la administración del riesgo institucional, mediante la implementación y desarrollo de la política de gestión del riesgo, con el fin de que los servidores públicos de la empresa, realicen un adecuado tratamiento de los controles a los riesgos inherentes a las actividades o tareas del proceso a su cargo, garantizando el cumplimiento de la misión, los objetivos empresariales y el logro de la Visión corporativa.

6.3.2. ESPECÍFICO

- Generar una visión sistémica acerca de la administración y evaluación de riesgos, consolidada en un Ambiente de Control adecuado a la ESE y su Direccionamiento Estratégico, que fije la orientación clara y planeada de la gestión, dando las bases para el adecuado desarrollo de las Actividades de Control.
- Proteger los recursos de la empresa, resguardándolos contra la materialización de los riesgos.
- Introducir dentro de los procesos y procedimientos las acciones de mitigación resultado de la administración del riesgo.
- Involucrar y comprometer a todos los servidores de la ESE en la búsqueda de acciones encaminadas a prevenir y administrar los riesgos.
- Propender a que la ESE interactúe con otras, para fortalecer su desarrollo y mantener la buena imagen y las buenas relaciones.
- Asegurar el cumplimiento de normas, leyes, regulaciones y autorregulaciones.

6.4. METAS

Lograr realizar un análisis, controlar y monitorear los diferentes riesgos buscando determinar su nivel de exposición concreta y los impactos de cada uno de los riesgos para priorizar su tratamiento y así mitigar los eventos adversos.

6.5. ESTRATEGIAS

- Educación (Despliegue de la política y de las herramientas de reporte)
- Desarrollo de grupos primarios (interdisciplinarios)
- Trabajo en equipo
- Interacción asistencial y administrativa

6.6. LÍNEAS DE INTERVENCIÓN Y ACTIVIDADES

- Socialización de política de seguimiento a riesgo
- Incentivar reporte (socializar herramienta de reporte)
- Seguimiento a planes de mejora.

6.7. ABORDAJE DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Anexo 1: Mapa de riesgos

6.8. DEFINICIÓN DE ROLES Y RESPONSABILIDADES

Estrategia	Responsable(s)	Rol
Educación (Despliegue de la política y de las herramientas de reporte)	Líder de la política	Capacitador

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: GE-D-DE-05
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO	Versión: 02
		Vigencia: 21/08/2018

Desarrollo de grupos primarios (interdisciplinarios)	Líderes de procesos institucionales	Facilitador
Trabajo en equipo	Líderes de procesos institucionales	Facilitador
Interacción asistencial y administrativa	Líderes de procesos institucionales	Facilitador

6.9. MECANISMOS DE SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

Mapa de riesgos.

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

Sistema de administración del riesgo: Mapa de riesgo

6.11. MEJORA

Plan de mejoramiento según resultados de medición.

7. PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS

Fecha	Cambio	Nueva Versión

8. APROBACIÓN

Responsable	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró	Claudia Ximena Cediél Martínez	Gestor de Servicio	
Revisó	Esperanza Fierro Vanegas	Subdirectora Administrativo	
Revisó	Diego Losada Floriano	Subdirector Científico	
Aprobó	Néstor Jhaly Monroy Atía	Gerente	

9. ANEXOS

1. Mapa de riesgos.