

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Máster universitario en sistemas integrados de gestión

Modelo de gestión integral del riesgo “GIR” para instituciones prestadoras de salud:
Estrategias para la identificación de riesgos clínicos poblacionales y riesgos no
clínicos.

Alumno: Yenny Tatiana Peña Parra.

Tutor: Lucía Cachafeiro Fuciños.

Colombia, 2025

Modelo de gestión integral del riesgo “GIR” para instituciones prestadoras de salud: “Estrategias para la identificación de riesgos clínicos poblacionales y riesgos no clínicos”.

Máster universitario en sistemas integrados de gestión

Alumno: Yenny Tatiana Peña Parra.

Tutor: Lucía Cachafeiro Fuciños.

Colombia, 2025

ÍNDICE

1.	RESUMEN	8
1.1.	Abstract.....	9
1.2.	Palabras Claves.....	9
1.3.	Keywords	9
2.	INTRODUCCIÓN	10
2.1.	Propósito del proyecto	12
2.2.	Importancia de implementar un modelo “GIR”	12
2.3.	Contexto y justificación	13
2.4.	Situación actual de la gestión del riesgo en instituciones de salud....	14
2.5.	Importancia de implementar modelos integrales.....	15
3.	OBJETIVOS.....	16
3.1.	Objetivo general: Modelo “GIR”	16
3.2.	Objetivos específicos.....	17
3.2.1.	Reconocer las fases para identificación de los riesgos.....	17
3.2.2.	Instaurar las estrategias del enfoque del riesgo por categorías.	17
3.2.3.	Establecer un mecanismo de evaluación para los riesgos.....	17
4.	METODOLOGÍA	18
4.1.	Enfoque metodológico.....	19
4.2.	Marco teórico y normativo.....	20
5.	ANTECEDENTES	22
5.1.	Diagnóstico de la situacional actual	23
5.2.	Identificación de brechas y falencias.....	26
5.2.1.	Evaluación de la situación actual	26
5.2.2.	Análisis de estándares y mejores prácticas	28
6.	RESULTADOS.....	30
6.1.	Enfoque: Análisis en el desempeño integral empresarial	30
6.2.	Implementación: Definición de la metodología.....	33
6.3.	Resultado: Fases de la metodología “GIR”.....	34
6.3.1.	Identificación (1): Categorías de riesgo y variables nominales	37
6.3.2.	Valoración (2): Estrategias para la priorización del riesgo	39
6.3.3.	Tratamiento de los riesgos (3): Estructura y cultura.....	42
6.3.4.	Monitoreo de los riesgos (4): KPI del “GIR”	45

6.3.5.	Enfoque del riesgo: Modelo “GIR”	47
6.3.6.	Viabilidad del “GIR”: Caso de éxito	51
7.	CONCLUSIONES	60
8.	FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	61
9.	BIBLIOGRAFÍA	62
10.	ANEXOS	66

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Ejes para obtener acreditación: “ICONTEC”	11
Figura 2. Ejemplo: Consolidado de riesgos por proceso.....	25
Figura 3. Contexto de la atención en salud: Clínico y no clínico.....	31
Figura 4. Estrategias necesarias para la gestión del riesgo	32
Figura 5. La metodología: “GIR”	33
Figura 6. Ejes de responsabilidad social	36
Figura 7. Fase I: Claves en la identificación.....	37
Figura 8. Riesgo clínico poblacional: Variables.....	38
Figura 9. Tipología: Riesgo no clínico.....	39
Figura 10. Valoración: Parte I.....	40
Figura 11. Valoración: Riesgo clínico.....	41
Figura 12. Valoración: Riesgo no clínico.....	42
Figura 13. Fase III: Mitigación y tratamiento del riesgo.....	44
Figura 14. Fase IV: Formalizar la metodología.....	47
Figura 15. Fase final: El inicio del “GIR”	48
Figura 16. Modelo “GIR” consolidado	49
Figura 17. Efectividad y desempeño en la “GIR”	50
Figura 18. La mejora continua: El paso siguiente	51
Figura 19. Plataforma estratégica desde el enfoque del riesgo.....	52
Figura 20. RSC: “Valor compartido”	53
Figura 21. Unidades funcionales de negocio.....	54
Figura 22. Perfil epidemiológico automatizado en POWER BI.....	55
Figura 23. Riesgo clínico poblacional: Las UFN	56
Figura 24. Riesgo clínico poblacional: Las variables mínimas.....	57
Figura 25. Riesgo clínico poblacional: Enfermedades huérfanas.	58
Figura 26. Tablero de mando para medir la “GIR”: Riesgo clínico y no clínico	59
Figura 27. Resumen: Conclusiones.....	60
Figura 28. Campos de investigación futuros	61
Figura 29. Aprobación del Comité de ética de la Investigación.....	67

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. IPS a nivel nacional 2024.....	22
Tabla 2. Benchmarking: “IPS” acreditadas en Bogotá.....	27
Tabla 3. Periodicidad recomendada de seguimiento.....	46
Tabla 4. Gestión documental del caso de éxito	66

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1. PDCA: Aplicado.....	18
Diagrama 2. Instituciones de salud acreditadas por el ICONTEC.....	23
Diagrama 3. Matriz FODA: Contexto para el “GIR”	30
Diagrama 4. Resumen de la metodología: “GIR”	35
Diagrama 5. Estructura base para definir un riesgo	37
Diagrama 6. Rango de calificación de controles	43
Diagrama 7. Evaluación del control	45

1. RESUMEN

En Colombia, existen alrededor de 10.896 IPS (instituciones prestadoras de salud), las cuales como su nombre lo indican suministran servicios de salud a todos los habitantes-Tanto a personas del régimen privado como del régimen público (Ministerio de salud y protección social de colombia-MINSALUD, 2024)-. Recordemos, que, con el fin de asegurar una adecuada atención a los diferentes usuarios, se requiere asegurar el adecuado uso de recursos y el enfoque correcto de esfuerzos, es decir, los hospitales buscan día a día la mejora continua para promover la alta calidad en la prestación de sus servicios y por sobre todo la sostenibilidad financiera: “El usuario debe ser tratado también como un cliente”.

Por lo anterior, el presente TFM contiene la metodología y estrategias que desde los procesos de una institución de salud promuevan la alta calidad desde la prevención de los riesgos. Por consiguiente, se plantean las etapas y tácticas claras para evitar el desperdicio de recursos y la continuidad en los procesos; previniendo las quejas por parte de los usuarios y posibles demandas por malas atenciones. El modelo de gestión integral del riesgo y sus diferentes etapas establecerá la estructura de identificación, valoración y tratamiento de los tipos principales de riesgos (clínicos y no clínicos) alineando la efectividad en el uso de los recursos, sobre todo a nivel de gestión y control de calidad.

1.1. Abstract

In Colombia, there are about 10,896 IPS (health Care Providing Institutions), which, as their name indicates, provide health services to all inhabitants-both to people in the private and public regimes (ministry of Health and Social Protection of Colombia MINSALUD, 2024). Let us remember that, in order to ensure adequate care to the different users, it is necessary to ensure the proper use of resources and the correct focus of efforts, that is to say, hospitals seek continuous improvement on a daily basis to promote high quality in the provision of their services and, above all, financial sustainability: “The user must also be treated as a customer”.

Therefore, this TFM contains the methodology and strategies that from the processes of a health institution promote high quality from risk prevention. Therefore, clear steps and tactics are proposed to avoid waste of resources and continuity in the processes; preventing complaints from users and possible lawsuits for poor care. The Integrated Risk Management model and its different stages will establish the structure of identification, assessment and treatment of the main types of risks (clinical and non-clinical) aligning the effectiveness in the use of resources, especially at the management and quality control level.

1.2. Palabras Claves

Hospital, calidad, metodología, riesgo, modelo.

1.3. Keywords

Hospital, quality, methodology, risk, model.

2. INTRODUCCIÓN

A través de los años la “Calidad” ha sido una de las herramientas más poderosas para dar un enfoque y orientación a la hora de estandarizar procesos promoviendo una guía estructurada para la construcción de cualquier mejora, por ello, las instituciones de salud no pueden ser la excepción, por lo general los hospitales en el país priorizan la acreditación por entes como el “ICONTEC”; por lo que utilizan una serie de estrategias, por lo general “In-House” de cada institución y no utilizan directamente un enfoque de Calidad.

Por consiguiente, cada direccionamiento llega a ser completamente distinto; entre ellos el “Riesgo”, no es una excepción, como uno de los principales requisitos para la acreditación en Colombia para las instituciones de salud, se requiere establecer una metodología, una guía para determinar la forma óptima de ejecutar las principales etapas del riesgo: (1) identificación, (2) valoración, (3) tratamiento y (4) monitoreo de los riesgos; siendo ésta última etapa una de las más importantes; ya que se debe contar con las estrategias necesarias para mitigar los riesgos tanto clínicos (tipo poblacional únicamente, ya que es el insumo para la plataforma estratégica institucional y la definición de criterios importantes como la capacidad instalada o los presupuestos) y los riesgos no clínicos (aquellos que por lo general no son analizados dentro del sector de la salud).

El objetivo del presente proyecto de investigación es impactar directamente en la construcción de un: “Modelo de gestión integral del riesgo en instituciones de salud”, específicamente diseñado para uso en instituciones de alto y mediano nivel de complejidad. A continuación, se desglosará la metodología, proceso, tratamiento y mecanismos de medición y evaluación para asegurar la correcta mitigación de todos los riesgos planteados, todo esto se realizará tomando como base las normas principales internacionales de Calidad que apliquen.

Adicionalmente se utilizará como guía los 7 ejes de acreditación, entre los que se encuentra: “El enfoque y la gestión del riesgo”, los cuales se encuentran dentro del manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario en Colombia (María isabel riachi gonzález, 2023), el cual se utilizará como guía para construir el modelo de gestión integral del riesgo, de ahora en adelante nombrado “GIR”.

Figura 1. Ejes para obtener acreditación: “ICONTEC”



Fuente: (ICONTEC, normatividad, 2024).

El “Eje de riesgo” es uno de los principales requisitos para ser evaluados por el ICONTEC y uno de los más importantes y que impactan directamente en una institución de salud. La prevención del riesgo es un requisito para acceder de forma segura a los servicios de cualquier institución prestadora de salud. Pero, no todas las instituciones tienen un “Método” asociado para fortalecer la estructura de los

procesos y prevenir los riesgos, por lo general, solo se enfocan esfuerzos en la “Seguridad del Paciente” y en el desarrollo de la clínica, sin embargo, la parte no clínica y los diferentes factores indirectos y externos que afectan al paciente no son tomados en cuenta.

A través del presente trabajo de fin de master, se establecerá como resultado un modelo “GIR” que permita integrar tanto los riesgos clínicos (específicamente poblacionales) y los riesgos no clínicos en una metodología capaz de formular las diferentes fases de riesgos que impactan principalmente en una institución de salud y las estrategias necesarias para mitigar los diferentes riesgos desde un enfoque de Calidad y mejora continua.

2.1. Propósito del proyecto

El presente proyecto busca diseñar la metodología estructurada y continua para la identificación de los riesgos clínicos poblacionales y los riesgos no clínicos que pueden impactar en instituciones prestadoras de salud en Colombia por medio de una adecuada “GIR” con enfoque de gestión y control de calidad, asegurando la obtención de una estructura firme y consolidada que permita evaluar el enfoque y la gestión del 100% de los riesgos que se definan, no solo para obtener reconocimiento, sino también para tener un proceso por fases que permita prevenir y mitigar los riesgos asegurando la continuidad del negocio.

2.2. Importancia de implementar un modelo “GIR”

Muchas de las instituciones de salud en Colombia con el fin de promover el enfoque y gestión del riesgo contratan un referente que posea conocimientos en

procesos y documentación para implementar uno de los ejes transversales más importantes y amplios que se requieren para obtener la acreditación, pero más allá de la “Certificación”, no se obtiene un beneficio ni valor agregado que impacte directamente en la compañía, por lo que se hace importante que más allá del resultado, el “Enfoque preventivo” del riesgo continúe utilizándose para mejorar la atención en los pacientes, evitando la materialización de sucesos de seguridad asociados al “Riesgo”, esto en concordancia con la alta calidad, previniendo daños e integrando siempre la parte más difícil: “La administración y la operación asistencial”.

Después de todo, la mayoría de las veces las diferentes fases del riesgo dependen del criterio profesional de quien se encuentre en dicho rol; recordemos que la rotación para el personal de salud está alrededor del 20% semestralmente (Salud, 2023); así que en una institución de salud puede haber hasta 3 tipos de lineamientos distintos durante el año, cada uno tomando como “Adecuado y correcto” su propio concepto e iniciando de cero la construcción de un eje normativo que termina impactando en todo el personal institucional.

2.3. Contexto y justificación

En Colombia, solo hay 57 instituciones prestadores de salud “IPS” que están acreditadas en alta calidad en salud por el “ICONTEC”, según la normativa legal vigente deben implementar los 7 ejes de acreditación, entre los que están el “Eje de Gestión del Riesgo”, aunque se tienen requisitos adicionales establecidos desde entes legales como la Superintendencia Nacional de Salud por medio de circulares (normas); la gestión integral del riesgo se empieza a vislumbrar como una mezcla entre estándares internacionales asistenciales y las circulares existentes-Enfoque financiero-. Con el fin de levantar una herramienta útil y que posea el enfoque de Calidad, se tomará como punto de referencia las IPS prevalentes de la capital del

país para iniciar el proceso de validación e identificar las buenas prácticas que pueda tener una institución o las debilidades que puedan llegar a ser conjuntas; lo anterior se ejecutará con el fin de realizar una adecuada comparación y obtener una validación de las fases óptimas para establecer la metodología de riesgos en una institución de salud que cumpla con los parámetros de enfoque de gestión y control de calidad.

Por lo tanto, un modelo establecido (incluyendo las fases de diseño desde el enfoque mínimo de calidad: PHVA “Planear, hacer, verificar y actuar”); es absolutamente necesario para iniciar el diseño de los riesgos, su categorización y evaluación de resultados; también se tomarán en cuenta las normas internacionales de calidad ISO que se consideren necesarias para establecer congruencia y obtener la correcta estandarización.

Igualmente, la presente investigación busca contribuir al sector salud en instituciones de mediano y alta nivel de complejidad, por medio de un modelo que logre la integración entre los riesgos clínicos poblacionales y los riesgos no clínicos de forma funcional. Al final, se espera como resultado implementar la metodología diseñada en una institución de salud de alto nivel de complejidad como: “Caso de éxito”, evaluando la viabilidad del entregable mismo.

2.4. Situación actual de la gestión del riesgo en instituciones de salud

Actualmente, en Colombia la gestión integral del riesgo es uno de los ejes fundamentales no solo para obtener la acreditación sino también uno de los pilares para brindar una adecuada y segura prestación de servicios; a pesar de ello, no se tiene como tal una metodología o modelo, que pueda ser consultada para realizar de forma óptima y funcional la identificación, valoración, tratamiento y monitoreo por lo menos de los riesgos clínicos poblacionales y de los riesgos no clínicos que muchas veces no son tomados en cuenta.

De los diseños y estrategias actuales en Colombia, no existen modelos integrales de riesgos asociados a la salud que incluyan las etapas de identificación, valoración y mitigación de forma estructura ni estandarizada, existen estrategias administrativas para identificar los riesgos como la ISO 31000 que indica directamente las estrategias para gestionar el riesgo, pero no se tienen criterios de validación claros para evaluar su impacto organizacional.

2.5. Importancia de implementar modelos integrales

De las estrategias actuales en Colombia, no existen modelos integrales de riesgos asociados a la salud que incluyan las etapas de identificación, valoración y priorización de forma estructura ni estandarizada, existen modelos como COSO, modelo V y la ISO 31000 que habla directamente de las estrategias para gestionar el riesgo (Ángel, 2020); muchas veces, el eje de riesgos termina como una mezcla entre diagnósticos, áreas y seguridad del paciente definidos como “Riesgos”.

Sin embargo, no se tienen estándares ni criterios para ejercer una correcta estructuración de los riesgos. Es por esto, que se hace necesaria la construcción de un modelo, que indique a cualquier IPS mediana o grande como iniciar el “Enfoque del riesgo” y permita asegurar la mejora continua al mismo tiempo que fomente la cultura de riesgo y que permita tener una visión integral que promueva la revisión de las estrategias utilizadas, pero que también priorice todos los esfuerzos de manera correcta, lo que termina en una metodología que evalúa resultados.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general: Modelo “GIR”

Diseñar e implementar una propuesta de modelo práctico desde un enfoque de gestión y control de calidad, para estandarizar el proceso de la “Gestión integral del riesgo: GIR”.

Los aspectos claves que se buscan enfatizar en el resultado a obtener para este trabajo de fin de máster son:

- Identificar las variables nominales claves generales requeridas para estandarizar el proceso de identificación y valoración de los riesgos clínicos poblacionales.

- Identificar las categorías de riesgo no clínico estándar para cualquier institución prestadora de salud según la normativa colombiana para instituciones de salud de mediano y alto nivel de complejidad.

3.2. Objetivos específicos

3.2.1. Reconocer las fases para identificación de los riesgos.

Identificar el nivel de avance en el desarrollo del enfoque del riesgo.

Métrica: Porcentaje en el desempeño de los procesos de los riesgos identificados en la categoría de “Riesgos no clínicos”.

3.2.2. Instaurar las estrategias del enfoque del riesgo por categorías.

Diseñar el plan de trabajo de las estrategias para implementar el enfoque del riesgo según las 2 categorías diseñadas.

Métrica: Cumplimiento en la adherencia de la metodología del riesgo en cada categoría.

3.2.3. Establecer un mecanismo de evaluación para los riesgos

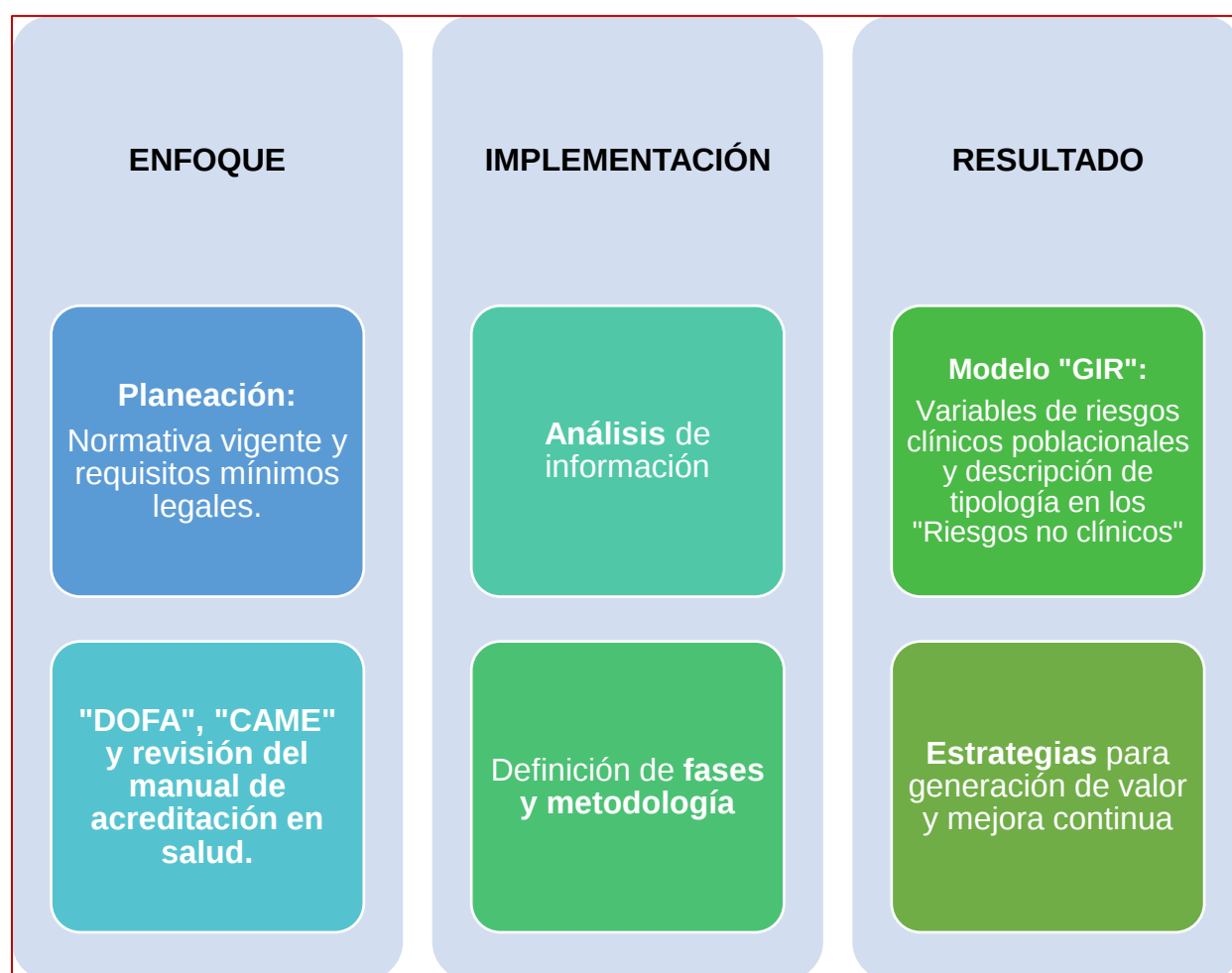
Evaluar la efectividad en la gestión integral del riesgo.

Métrica: Riesgo absoluto comparado vs. resultado del riesgo residual obtenido.

4. METODOLOGÍA

Para iniciar con la construcción del modelo “GIR” desde el enfoque de gestión y control de calidad se utilizarán las siguientes etapas:

Diagrama 1. PDCA: Aplicado



Fuente: Elaboración propia/ISO 31000/ISO 9001.

4.1. Enfoque metodológico

Se inicia con la comparación de los procesos ya implementados en IPS de alta complejidad, a través de revisión de literatura y referenciaciones para identificar buenas prácticas o debilidades generales para construir el modelo “GIR” estándar y completo, tomando en cuenta el ciclo PHVA y los requisitos de acreditación normativos. No se emplearán análisis cuantitativos de la información, el análisis de la información se realizará mediante un análisis de matriz “DOFA”, “CAME” asociados a la normativa aplicable y el manual de acreditación en salud, el cual comprende al análisis descriptivo del entorno a nivel general para el “Eje de riesgo” y el estudio consolidado que se realizará entre las 24 instituciones acreditadas en Bogotá que ya cuentan con un nivel de madurez en procesos relacionados al riesgo.

Se identificarán todas las buenas prácticas y lecciones aprendidas para obtener la base del modelo “GIR”, tomando en cuenta la correlación entre el riesgo clínico y que terminen impactando en el riesgo poblacional (en este caso, mediante la búsqueda de referenciación general y específica logrando identificar las variables mínimas necesarias para analizar criterios sólidos frente al riesgo poblacional). Para los riesgos no clínicos, se revisarán los distintos tipos de riesgos desde los estándares del manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario para identificar las pautas que impacten indirectamente en el proceso de atención a los pacientes, tomando en cuenta el marco normativo general a nivel de riesgo para instituciones de salud. No se utilizarán CIE10 (Ministerio de salud, 2024) como variables de impacto en la construcción del modelo, únicamente se revisarán las variables nominales mínimas desde un enfoque de gestión y control de calidad a nivel general tomando en cuenta el análisis de la información revisada.

4.2. Marco teórico y normativo

Dentro de los elementos fundamentales a utilizar para resolver el problema planteado se utilizarán principalmente:

A) Normas ISO de calidad: NTC-ISO-31000:2018 norma técnica colombiana para la gestión del riesgo (directrices), NTC-ISO-45001:2018 norma técnica colombiana para la gestión de la seguridad y salud en el trabajo, NTC-ISO14001:2015 norma técnica colombiana para un sistema de gestión medioambiental, NTC-ISO-26000:2010 responsabilidad social, NTC-ISO-27000:2018 tecnología de la información, técnicas de seguridad, sistemas de gestión de seguridad de la información y la NTC-ISO-9001:2015 sistemas de gestión de la calidad (gestión del riesgo).

B) Dentro del presente marco teórico se utilizarán estructuras y criterios de la Normativa legal principal realizada por la Superintendencia Nacional de Salud “SUPERSALUD”: Ente principal de revisión de los procedimientos y gestión relacionada a la identificación y tratamiento de los riesgos no clínicos a nivel general, principalmente por la circular 20211700000004-5/2021 (por la cual se establecen las instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional para el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus distintos subsistemas de administración de riesgos, el modelo de “GIR” resultante debe cumplir con todos los criterios legales y normativos según lo establecido por la ley actual colombiana) y la circular 2022151000000050-5/2022 (instrucciones generales relativas al sistema de administración de riesgos no clínicos, es decir, la guía para definir los riesgos asociados al sistema de salud que impactan indirectamente en la atención clínica).

Nota aclaratoria: El presente proyecto de investigación no requiere el uso de formatos de consentimientos informados, no se utilizarán datos relacionados de ninguna índole, únicamente se analizarán las variables nominales cualitativas utilizadas y cifras generales de manejo según la resolución 2378/2008 normativa colombiana. Según la resolución número 8430 de 1993, este estudio se clasifica como un estudio sin riesgo, dado que este estudio empleará técnicas y métodos de investigación documentales retrospectivas y no se realizarán intervenciones o modificaciones intencionadas de las variables nominales ya que no habrá individuos que participen del estudio.

Así mismo, se brindará la protección de datos mediante codificación de la información para mantener la confidencialidad, la comparación realizada entre las 24 instituciones será consultada por el investigador principal con los debidos permisos asociados y se mantendrán los principios de protección de datos mencionados por la ley 1582 de 2012 durante todo el trabajo, tanto de los resultados obtenidos y los análisis “DOFA”, “CAME” y otros análisis que se lleguen a realizar de considerarse necesarios.

5. ANTECEDENTES

De las 10.896 IPS en Colombia, el 14% se encuentran en Bogotá, (Ministerio de salud y protección social, 2024), sin embargo, a nivel nacional solo el 4% de las mismas se encuentran acreditadas con la “Alta calidad” (ICONTEC, 2024), que representa tanto su prestigio como el nivel de complejidad en la prestación de sus servicios (Ángel, 2020).

Tabla 1. IPS a nivel nacional 2024

CANTIDAD IPS HABILITADAS			CANTIDAD IPS HABILITADAS		
UBICACIÓN		CANTIDAD	UBICACIÓN		CANTIDAD
Bogotá D.C		1507	Huila		235
Antioquia		968	Risaralda		232
Santander		640	Caldas		219
Cali		596	La Guajira		208
Barranquilla		561	Bolívar		170
Cundinamarca		462	Magdalena		167
Córdoba		405	Quindío		166
Tolima		368	Chocó		141
Cartagena		361	Casanare		129
Cesar		352	Putumayo		74
Nariño		349	Caquetá		69
Boyacá		346	Buenaventura		60
Valle del cauca		307	Arauca		53
Atlántico		293	San Andrés y Providencia		22
Sucre		285	Guaviare		22
Meta		283	Amazonas		14
Norte de Santander		279	Guainía		10
Santa Marta		272	Vichada		8
Cauca		259	Vaupés		4
			Total general		10896

Fuente: Elaboración propia/(Ministerio de salud y protección social, 2024).

La problemática o necesidad que se pretende resolver mediante el presente trabajo de investigación y un benchmarking comparativo de las 24 instituciones acreditadas es la entrega de:

- Las fases del proceso de identificación para plasmar las categorías de riesgos no clínicos y las variables mínimas nominales que requiere cualquier institución de

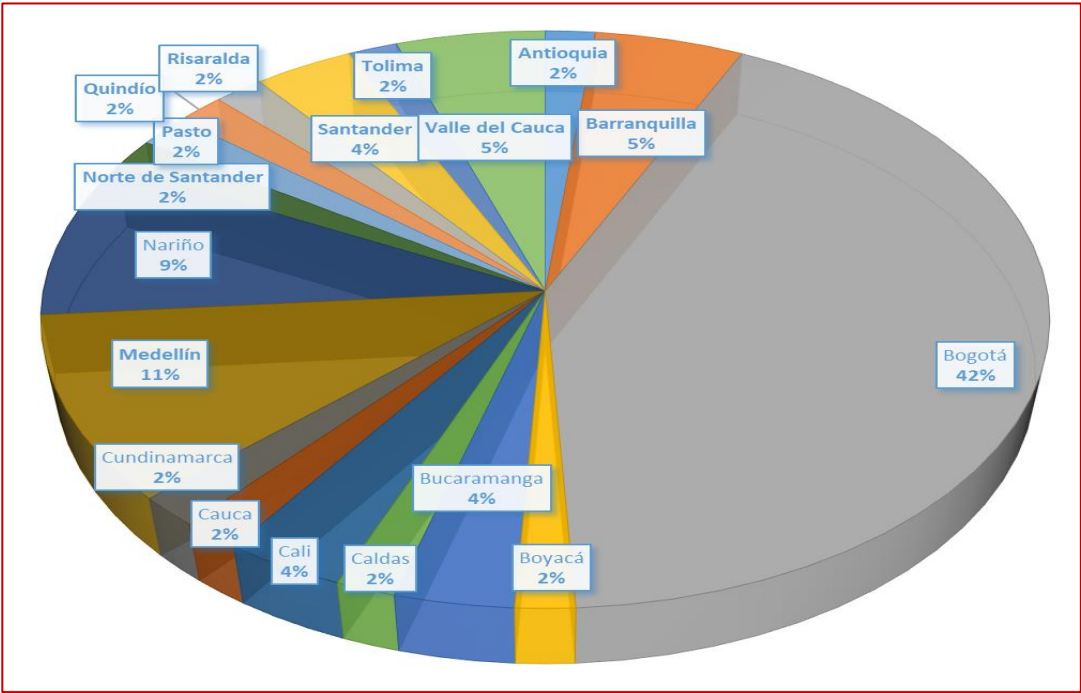
salud de forma estandarizada para asegurar la mejora continua en los riesgos clínicos poblacionales que incluya el cumplimiento de la normativa colombiana (Fundación cardio infantil, la cardio, 2023).

- Lineamientos y estrategias basados en las normas de calidad para consolidar el enfoque de riesgo desde el enfoque preventivo (Fundación clínica-SHAIO, 2019).

5.1. Diagnóstico de la situacional actual

De las 57 instituciones acreditadas por el ICONTEC en Colombia, el 42% de las mismas se encuentran ubicadas en Bogotá (Clínica universitaria colombiana-colsanitas, 2024).

Diagrama 2. Instituciones de salud acreditadas por el ICONTEC



Fuente: Elaboración propia/ (ICONTEC, 2024).

Todos los hospitales acreditados cuentan con procesos de identificación de riesgos de diferentes ámbitos y estrategias variadas (Centro policlínico del olaya, 2024), pero sin ningún enfoque estándar, no se cuenta con la planeación estructurada ni las tipologías de riesgo claras (Clínica universidad de la sabana, 2023), o las variables mínimas a utilizar, no se tiene documentado las fases para identificar los riesgos que impacten principalmente en la plataforma estratégica institucional (Hospital universitario centro dermatológico federico lleras acosta E.S.E., 2023).

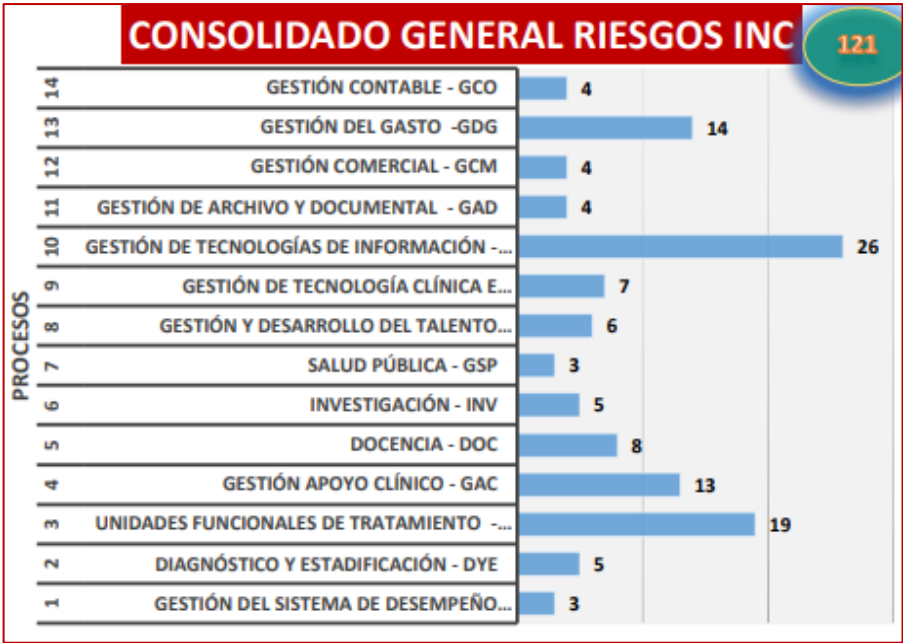
De las 24 instituciones certificadas de la capital, el 58% utilizan modelos financieros enfocados únicamente en la prevención de los riesgos COF (corrupción, Opacidad y fraude) (Hospital universitario san ignacio, 2022), el enfoque se tiene principalmente en el manejo transparente de los recursos monetarios o una mezcla entre la parte legal y normativa (Fundación santa fe de bogotá, 2023), otras IPS sólo se enfocan en que se brinde la atención adecuada a los pacientes mediante el fortalecimiento de la seguridad del paciente (Hospital universitario mayor, Méderi, 2024); solo el 45% de las instituciones certificadas cuentan con programas o líneas de seguridad del paciente que promueven la prevención del riesgo, se cuenta principalmente con acciones “Correctivas” que disminuyen el impacto del riesgo al materializarse (Clínica del country, 2024), pero no se realizan acciones “Preventivas” que disminuyan la probabilidad de que se materialicen los riesgos e impacten en la categoría del riesgo (Clínica los nogales, 2024).

Por consiguiente, todas las instituciones acreditadas poseen políticas asociadas al enfoque del riesgo, pero se puede establecer que el sector de la salud es completamente reactivo y no preventivo (Clínica del occidente, 2023). Adicionalmente, la mayoría de los controles automatizados o de capacitación van encaminados a la protección y buen uso de los recursos financieros (Clínica los nogales, 2024), más que a la formación en la prevención del riesgo y en la buena adherencia a los controles que establezca una organización, que pueden ser normalmente de tipo: Manual, automatizado o tercerizado (Clínica reina sofía, 2023).

Actualmente, todas las instituciones acreditadas poseen una idea general de partida para la identificación de los riesgos de forma individual (Sociedad de cirugía de bogotá, hospital de san José, 2022), es decir, el problema que realmente se aborda a la hora de identificar los riesgos de una institución de salud es que se suelen manejar mixturas entre los riesgos de las áreas y el actuar diario (Hospital infantil universitario de san José, 2023), pero no integrados completamente, otro de los tantos problemas es que los funcionarios de la salud únicamente ven los riesgos únicamente desde el punto de vista clínico para el paciente (Hospital universitario de la samaritana, 2024).

Por consiguiente, el primer paso para la creación del modelo de gestión integral del riesgo, es identificar los riesgos desde los procesos que posea la institución integrándolos con los objetivos institucionales. A continuación, un ejemplo de una institución que posee a grandes rasgos un enfoque preventivo del riesgo, pues ejecutó la identificación de los riesgos desde los 14 procesos principales que posee como empresa

Figura 2. Ejemplo: Consolidado de riesgos por proceso



Fuente: (Instituto nacional de cancerología, 2024).

5.2. Identificación de brechas y falencias

Una de las principales razones por las que no se ha resuelto antes la problemática de estandarizar modelos de salud en la gestión integral del riesgo es porque muchas veces se construye el proceso sin involucrar a sus funcionarios (Hospital universitario javesalud, 2023), igual que cuando se requiere establecer mejoras en la calidad, la comunicación, la cultura organizacional y la comprensión del proceso son necesarias para apropiarse de los riesgos y su gestión (Institución privada de salud virrey solis, 2024). Por lo tanto, también se requiere que el personal de salud cuente con la formación mínima en ciertos conceptos de calidad para generar una cultura preventiva y adherencia en los controles que se definan (Red de salud del centro E.S.E., 2024), estrategias que no se utilizan actualmente.

5.2.1. Evaluación de la situación actual

Aunque muchos pacientes son de bajos niveles socioeconómicos, el gobierno suele enviarlos a instituciones privadas de salud, por lo que tienen el mismo servicio, pero diferentes “Clientes” a nivel social (Alcaldía mayor de bogotá, secretaría de salud sur, 2024). Estos choques culturales suelen impactar en la atención en salud, por lo que para dar un servicio de calidad se requiere estandarizar los procesos y velar por la seguridad del paciente desde un enfoque de riesgo preventivo y que impacte en todos los frentes (Alcaldía de bogotá, secretaría de salud, 2024). Podemos concluir del análisis realizado a los 24 hospitales acreditados citados y revisados anteriormente que, aunque se cuenta con alta tecnología y los mejores profesionales, no se tienen en cuenta factores importantes y clave como lo son:

Tabla 2. Benchmarking: “IPS” acreditadas en Bogotá

IPS	ANTIGÜEDAD	Criterio 1: ¿Cuenta con Política de riesgo?	Criterio 2: ¿Cuenta con mapa de riesgos?	Criterio 3: ¿Tiene estrategias de comunicación y capacitación al personal relacionado con los riesgos?	Criterio 4: ¿Cuenta con diferencias claras entre el riesgo clínico y riesgo no clínico?
 Hospital Universitario CENTRO DERMATOLÓGICO FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E.	90 años				
 Centro Policlínico del Olaya Todo por la Salud y la Vida	37 años		 		
 Clínica del Country	62 años	 		 	
 CLÍNICA DEL OCCIDENTE Sabemos cómo te sientes, sabemos cómo cuidarte	42 años	 			
 Los Nogales Clínica	11 años		 		
 Clínica Reina Sofía	30 años		 		
 Clínica Universidad de La Sabana	27 años	 	 		
 Colsanitas	44 años				
 méderi	10 años				
 Fundación Cardioinfantil	51 años	 			
 CLÍNICA SAN JOSÉ	67 años	 			
 HOMI	127 años				
 Fundación Santa Fe de Bogotá	52 años	 			
 HOSPITAL DE SAN JOSÉ	99 años	 			
 HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSÉ	15 años				
 HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN JOSÉ	92 años				
 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	82 años				
 Instituto Roosevelt	77 años		 		
 Clínica MONTSERRAT Hospital Universitario	70 años		 	 	
 JAVE SALUD	29 años	 			
 RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.	21 años	 			
 Secretaría de Salud Sur E.S.E.	8 años	 	 		
 Secretaría de Salud Sur Occidente E.S.E.	8 años		 		
 VIRREY SOLIS I.P.S.	42 años	 			

 No cuenta con el criterio
 Cumple con el criterio al 60%
 Cumple con el criterio al 100%
 Cuenta con criterios adicionales relacionados
 Con varios criterios relacionados por cada sede

Fuente: Elaboración propia9/páginas web/visitas referenciadas.

A continuación, el Benchmarking consolidado para poder analizar el nivel de implementación del “Eje de riesgo” y las estrategias que se han utilizado en instituciones que ya cuentan con la acreditación del ICONTEC:

Como parte del análisis efectuado, se logró correlacionar las siguientes fortalezas y debilidades en cuanto a la implementación del enfoque de riesgo en instituciones de salud públicas y privadas:

- Algunas instituciones no realizan el levantamiento de los riesgos clínicos, sino que utilizan su sistema de información principal (software de historia clínica) para obtener datos de los pacientes.
- La mayoría de las instituciones de salud poseen caracterizaciones asociadas a sus procesos, pero identifican sus riesgos desde áreas o servicios y algunas otras desde el proceso, generando una mixtura entre ambos y confundiendo a su personal.
- Debido a los prejuicios históricos relacionados con el inadecuado manejo y uso de recursos públicos, muchas de las instituciones se centran completamente en demostrar que tienen alto control de los riesgos de tipo financiero y uso de bienes comunes asignados por el estado.

5.2.2. Análisis de estándares y mejores prácticas

Tomando en cuenta el análisis de “Benchmarking” realizado, se logra identificar como buena práctica principal la apropiación de la cultura organizacional y la generación del sentido de pertenencia como parte del desarrollo para lograr el “Enfoque preventivo”. También se identifica dentro de la búsqueda comparativa ejecutada que las normas de Calidad ISO 9001 e ISO 31000 son tomadas en cuenta principalmente para fortalecer los controles y herramientas de calidad para

seguimiento y monitoreo de los controles más que de los riesgos identificados, adicional se tienen comités según la normativa y grupos interdisciplinarios para asegurar la integración entre la parte asistencial y administrativa (Fundación hospital pediátrico la misericordia, 2022).

Por consiguiente, se relacionan las principales buenas prácticas identificadas según el “Benchmarking efectuado”:

- El 80% de las instituciones revisadas cuentan con canales propios de comunicación, boletines y pantallas de visualización para sus empleados y usuarios como estrategia clave de socialización y despliegue de información.
- La comunicación e integración entre el personal de enfermería y la parte médica (Hospital universitario de la samaritana, 2024).
- La formación continua, incluyendo temas de “Gestión y control de calidad”. Muchas veces un especialista no puede construir un protocolo más allá de la parte técnica (Clínica montserrat, 2024).
- La cultura preventiva, “No saltarse los controles” es el primer paso para asegurar un enfoque de prevención ante el riesgo (Alcaldía mayor de bogotá, secretaría de salud sur, 2024).
- El enfoque siempre debe realizarse desde la plataforma estratégica y los objetivos definidos para cada proceso dentro del sistema de calidad y el modelo de gestión institucional (Clínica universidad de la sabana, 2023).

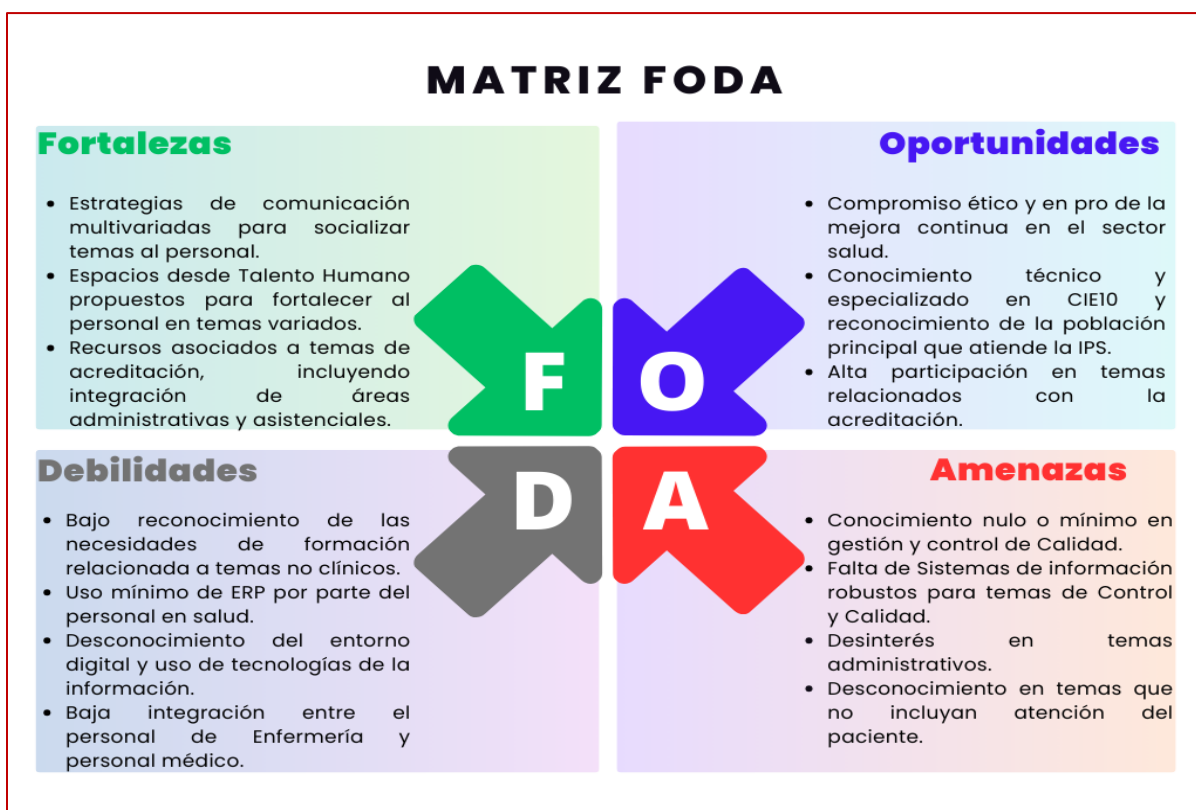
6. RESULTADOS

A continuación, se realizará el desarrollo definido en la fase de “Enfoque” para identificar las bases del modelo “GIR”:

6.1. Enfoque: Análisis en el desempeño integral empresarial

Después de la revisión realizada de la normativa aplicable colombiana, la verificación de literatura y el benchmarking se obtienen los siguientes análisis consolidados:

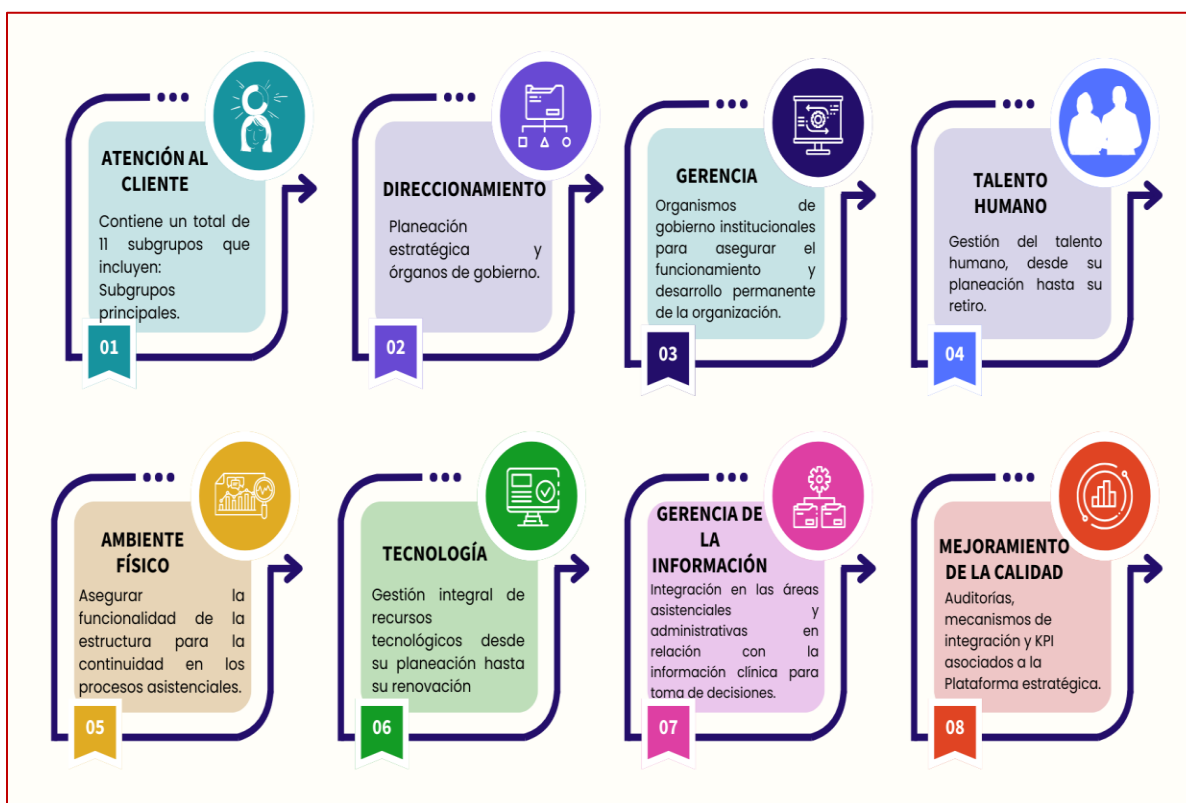
Diagrama 3. Matriz FODA: Contexto para el “GIR”



Fuente: Elaboración propia.

Con el fin de ampliar el correcto análisis “DOFA”, se realiza a continuación, un resumen general consolidado basado en el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario, para identificar adecuadamente la categoría de riesgos no clínicos y las variables mínimas nominales de los riesgos clínicos poblacionales.

Figura 3. Contexto de la atención en salud: Clínico y no clínico



Fuente: Elaboración propia/ (María isabel riachi gonzález, 2023).

Con base en el anterior análisis, se logran identificar las bases para un modelo “GIR” basado principalmente en la integración y comunicación entre los funcionarios asistenciales y administrativos, se realiza un análisis “CAME”, con el fin de ahondar aún más en las mejores prácticas organizacionales que serán la base para el diseño

de las estrategias transversales que logren evaluar la adecuada gestión integral del riesgo y la implementación del modelo “GIR”.

Se identifica principalmente que la facilidad y el manejo adecuado de herramientas informáticas y refuerzo en temas de riesgo no clínico y calidad son vitales para la comprensión del tratamiento de los riesgos y la definición de controles en los riesgos que se lleguen a identificar.

Figura 4. Estrategias necesarias para la gestión del riesgo



Fuente: Elaboración propia/ (Galiana, 2024).

6.2. Implementación: Definición de la metodología

Para la etapa de “Implementación”, se utilizan las normas ISO de calidad mencionadas en el marco teórico y se obtienen un total de 5 fases claves para iniciar con el diseño del modelo “GIR” y posteriormente la creación de las categorías de riesgo no clínico, durante cada una de las fases se establecerán los criterios y requisitos claves para asegurar el éxito en la implementación del mismo, complementando con los lineamientos específicos para la obtención de resultados desde cada fase:

Figura 5. La metodología: “GIR”



Fuente: Elaboración propia/ISO 31000/ISO 9000.

De acuerdo con el análisis ejecutado se irán desarrollando las 5 fases de la metodología definida, dentro de las etapas establecidas, se considera importante aclarar lo siguiente:

En la fase inicial, se debe contar con un contexto general de la organización, incluyendo aspectos primordiales como la capacidad instalada, nivel de complejidad, número de aliados estratégicos y planeación estratégica. Se recomienda realizar un análisis “PESTAL” y la definición de los objetivos estratégicos desde donde se empezarán a identificar los riesgos no clínicos y las variables nominales del riesgo clínico.

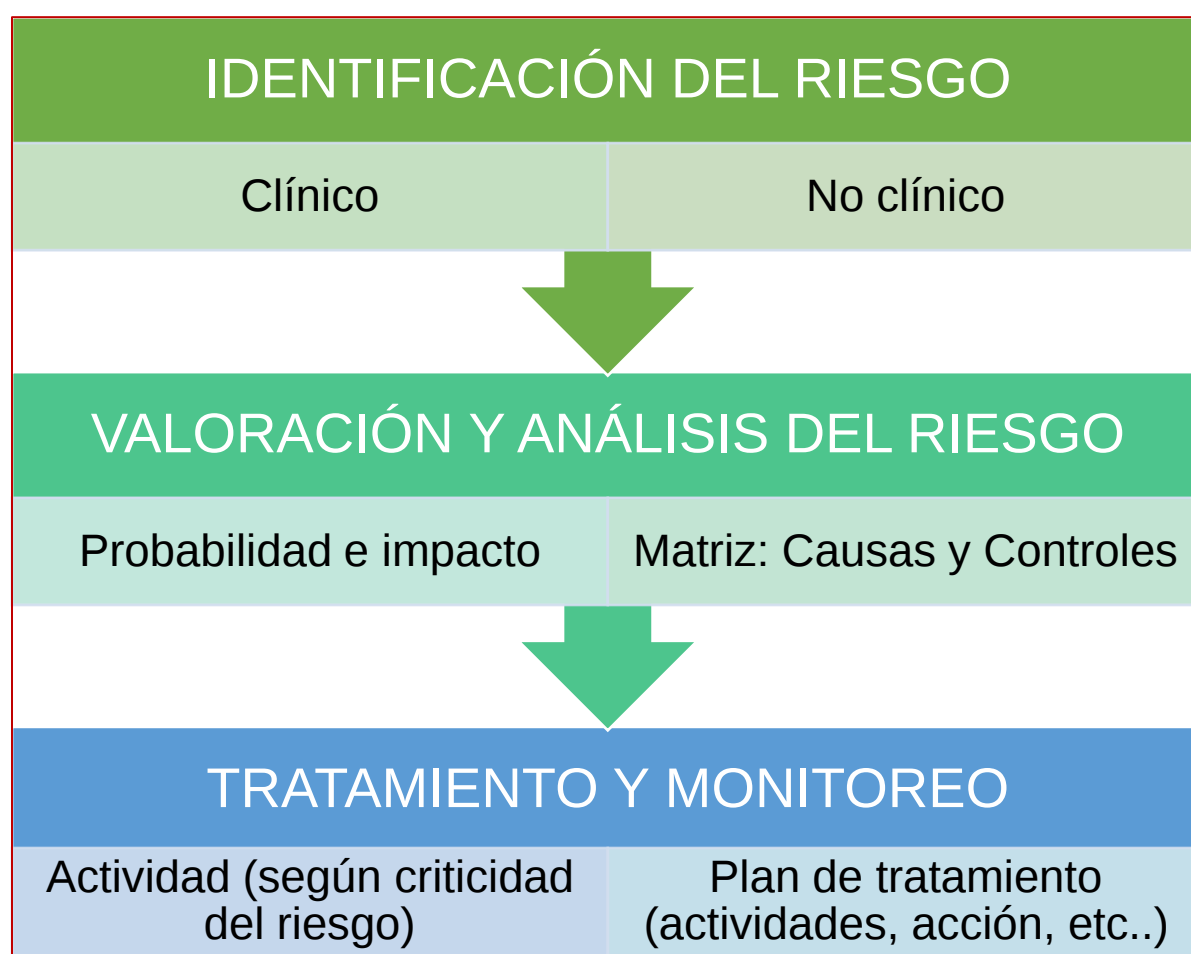
6.3. Resultado: Fases de la metodología “GIR”.

Para la definición de la metodología del riesgo, se utilizó principalmente el enfoque de gestión y control de calidad de las normas ISO, determinando en cada una de las etapas la estructura y pasos que se deben realizar:

- Los riesgos de la tipología en el ámbito de seguridad y salud en el trabajo, deben tener su propia matriz de riesgos, la cual se construye por parte de talento humano y mediante la revisión de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, ausentismos laborales e inspecciones a las instalaciones para todos sus funcionarios, lo anterior con el objetivo de asegurar el debido cumplimiento de requisitos de cumplimiento, normativos y de gestión frente a los riesgos de “SG: SST”.
- Para el riesgo ambiental, se debe contar también con la debida matriz actualizada de riesgos y peligros ambientales que toman en cuenta los principales aspectos ambientales de: Energía, agua, aire, emisiones atmosféricas, suelo, flora, escombros, fauna y paisaje.

- En cuanto a los riesgos físicos y relacionados a seguridad privada, se recomienda realizar un estudio para la administración y gestión del riesgo que incluya: La inspección de seguridad realizada en los ámbitos de seguridad física, seguridad electrónica, controles de acceso, sistema de alarmas, seguridad industrial y seguridad de los colaboradores para todos los factores y puntos focales de control tanto de ingreso como de salida.

Diagrama 4. Resumen de la metodología: “GIR”



Fuente: Elaboración propia/ISO 31000.

- La responsabilidad social debe llevarse desde los 5 ejes principales según la norma, en vez de considerar su aplicación como un “Riesgo”, se recomienda establecer estrategias que fortalezcan los diferentes controles que se asocien a cada proceso:

Figura 6. Ejes de responsabilidad social

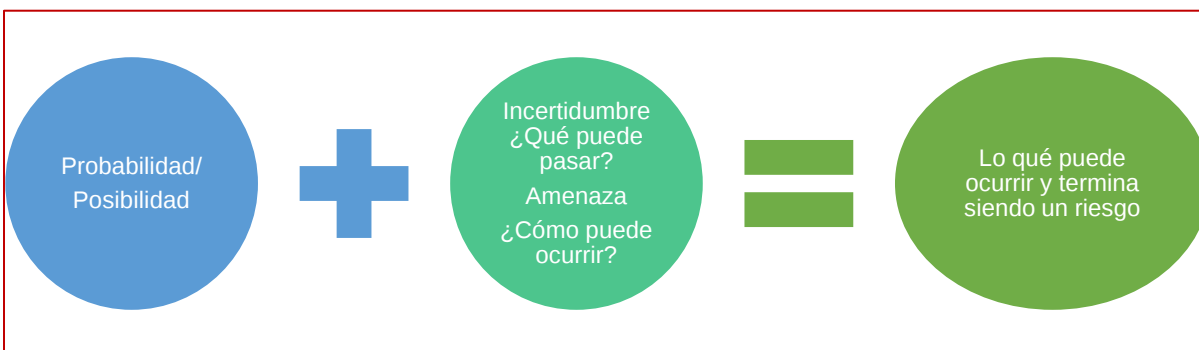


Fuente: Elaboración propia/ISO 26001.

6.3.1. Identificación (1): Categorías de riesgo y variables nominales

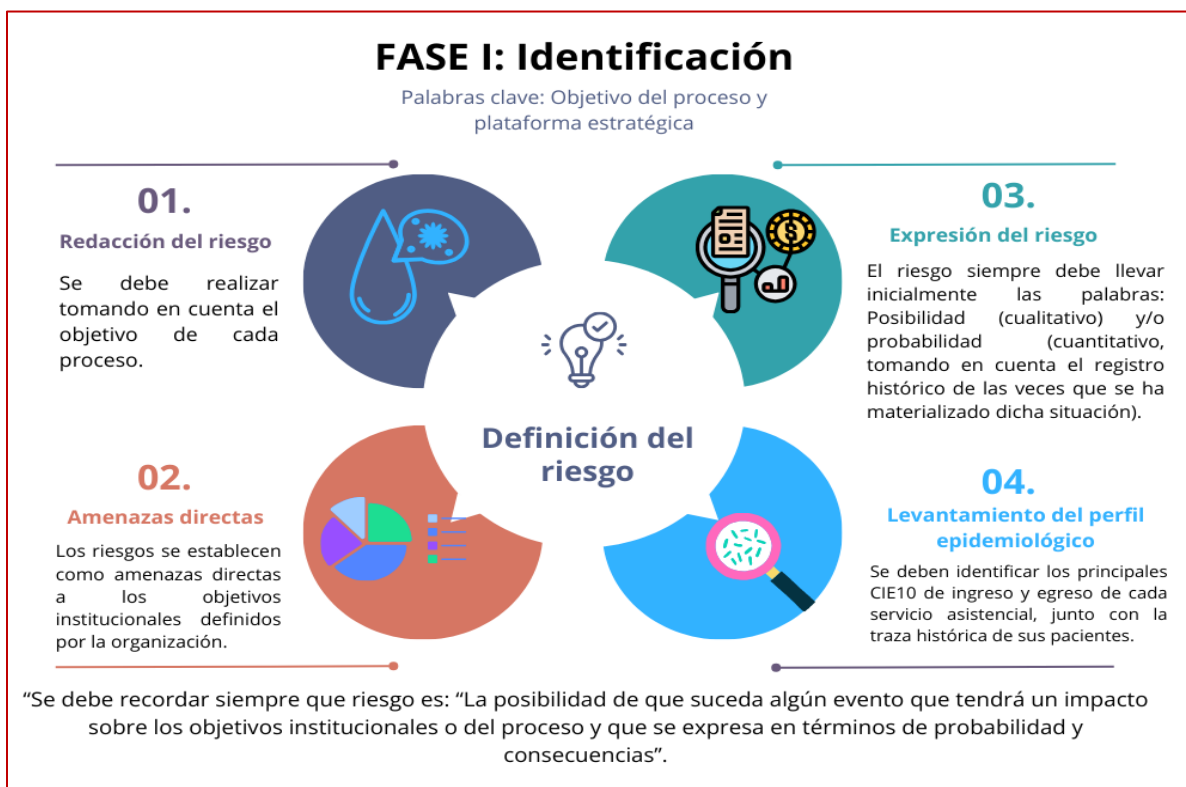
Inicialmente para la etapa de “Identificación del riesgo”, se debe utilizar como base, los siguientes criterios principales para la definición del riesgo:

Diagrama 5. Estructura base para definir un riesgo



Fuente: Elaboración propia/ISO 31000.

Figura 7. Fase I: Claves en la identificación



Fuente: Elaboración propia/ISO 31000/ISO 9001.

A continuación, se definen las variables nominales mínimas que se deben de tener en cuenta después de identificado el perfil epidemiológico y la tipología de riesgos no clínicos según el análisis efectuado:

Figura 8. Riesgo clínico poblacional: Variables

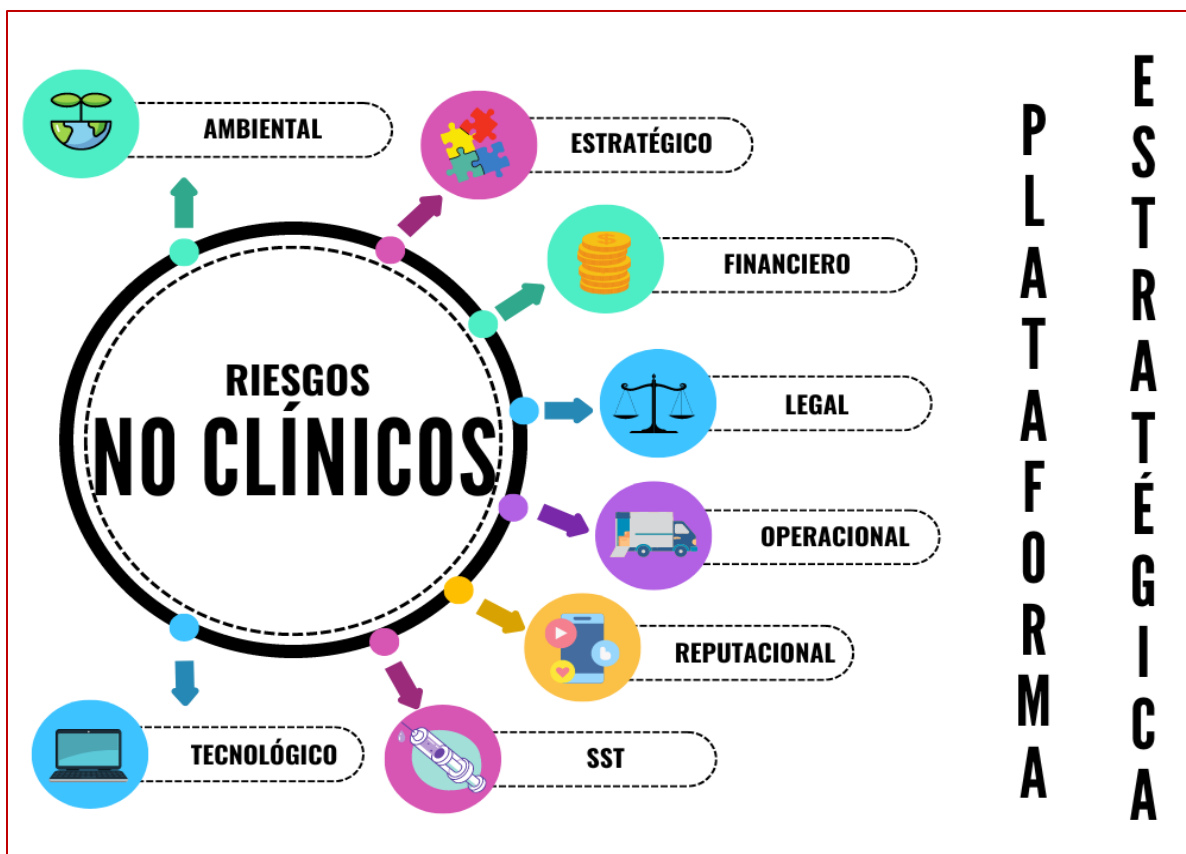


Fuente: Elaboración propia/ (Instituto nacional de salud, 2019).

Como se puede visualizar en la figura anterior, dentro de las principales variables nominales se encuentran el CIE10, la definición del grupo etario y el género biológico del paciente para poder iniciar con la revisión epidemiológica de la población e identificar así las necesidades institucionales para diagnosticar y tratar dicha población. Adicionalmente, se recomienda incluir una variable de enfermedades huérfanas para identificar si hay o no población de manejo especial dentro de la institución de salud.

Por consiguiente, se identifica después de un análisis consolidado la tipología de riesgos no clínico que siempre deben tener en cuenta para asegurar la integración entre la parte clínica y administrativa.

Figura 9. Tipología: Riesgo no clínico



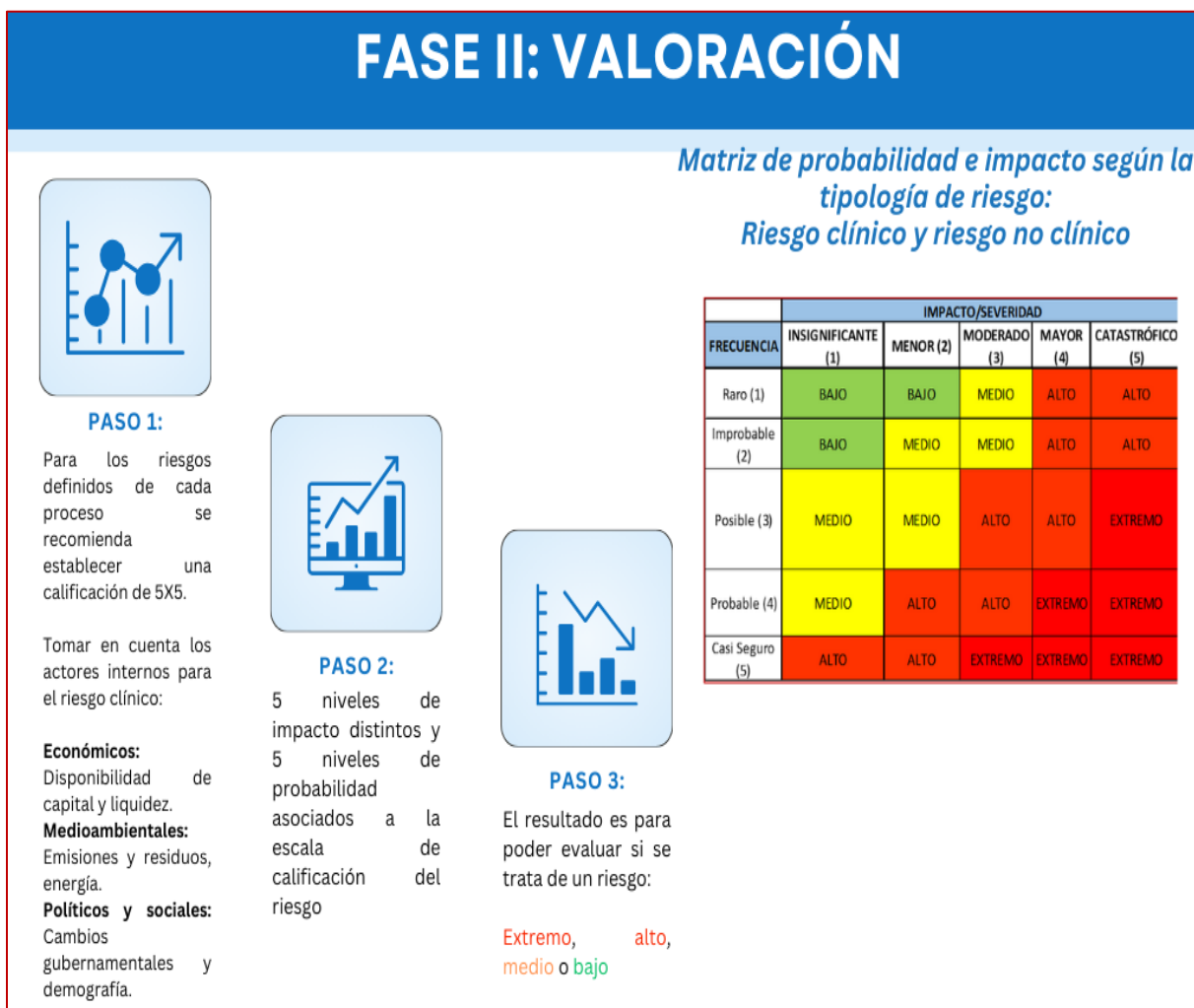
Fuente: Elaboración propia/ (Ministerio de salud y protección social, 2024).

6.3.2. Valoración (2): Estrategias para la priorización del riesgo

En esta etapa, se debe definir los criterios objetivos para valorar un riesgo después de haberlo definido, esto incluye la probabilidad e impacto que pueda llegar a tener dicho riesgo.

El impacto/severidad lo constituyen las consecuencias y/o los impactos que pueden ocurrir en caso de materializarse el riesgo con incidencias importantes tales como: Afectaciones económicas, de imagen institucional, generación de “PQR”, tutelas y afectaciones de tipo jurídica, se recomienda tener tablas de valoración para cada tipo de riesgo, clínico y no clínico. La probabilidad es aquella que dentro del análisis del riesgo busca establecer la probabilidad de ocurrencia del mismo, es decir, la cantidad de veces que se puede presentar la materialización del riesgo ya identificado.

Figura 10. Valoración: Parte I



Fuente: Elaboración propia/ISO 31000.

A continuación, una recomendación de las tablas de valoración que pueden utilizarse para cada tipo de riesgo:

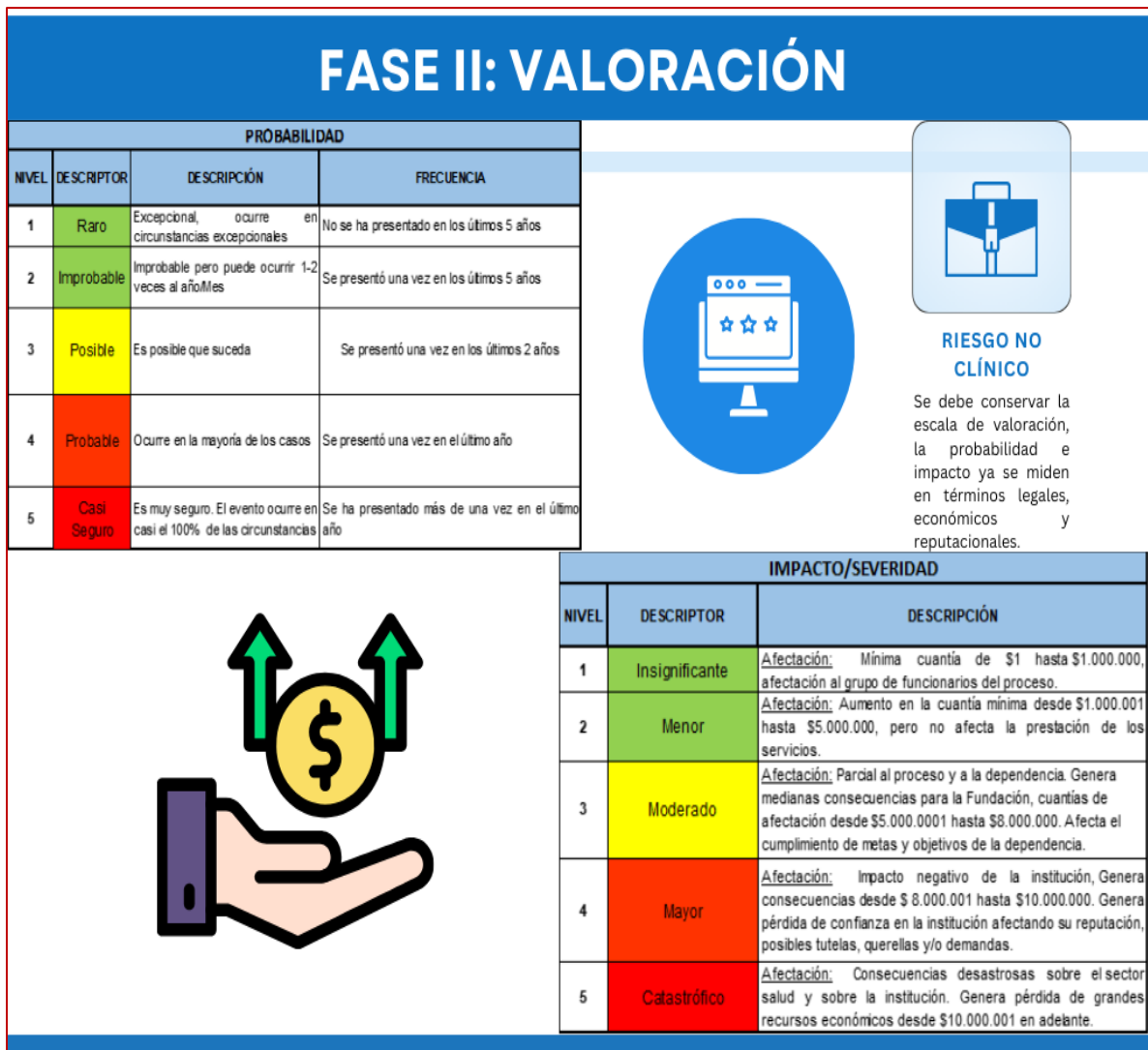
Figura 11. Valoración: Riesgo clínico



Fuente: Elaboración propia/ISO 31000.

La valoración de los riesgos clínicos es diferente de los riesgos no clínicos, debido a que la mayoría de las veces los “Sucesos y/o eventos de seguridad” se priorizan dependiendo de la afectación ocurrida a un paciente, mientras que en la tipología de riesgo no clínico puede ser cuantificada en el nivel de afectación obtenido en dinero, demandas o impactos en la marca e imagen de la institución de salud.

Figura 12. Valoración: Riesgo no clínico



Fuente: Elaboración propia/ISO 31000.

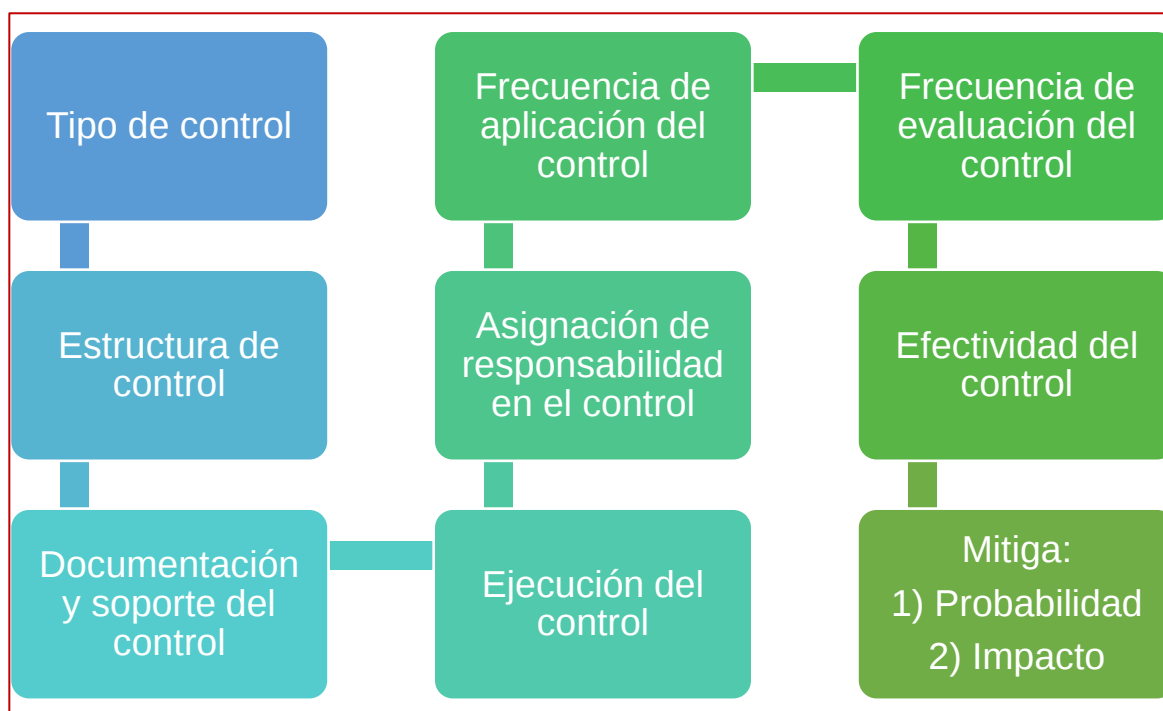
6.3.3. Tratamiento de los riesgos (3): Estructura y cultura

Una vez definido el riesgo se ingresa a la tercera etapa para la evaluación de las diferentes causas por las que se materializa el riesgo, por lo que se utilizan los cuestionamientos principales de: ¿Qué/quién?, ¿dónde?, ¿cuándo?, ¿por qué? y

¿cómo? puede o podría llegar a ocurrir el riesgo. Con el fin de definir adecuadamente las causales por las que existe el riesgo; cada causa una vez determinada **debe** tener un control asociado, lo anterior con el fin de atacar dicha causa y mitigar la probabilidad de la materialización de dicho riesgo. Por consiguiente, para asegurar el fortalecimiento y la cultura de prevención ante el riesgo se revisan todas las causas asociadas por cada riesgo, es decir, del 100% de los riesgos tanto clínicos como no clínicos deben poseer mínimo una causa y un control asociado, a esto se le llama “Matriz control y causa”.

La segunda parte es que los controles definidos posean un rango adecuado de calificación:

Diagrama 6. Rango de calificación de controles



Fuente: Elaboración propia/ (Fundación hospital pediátrico la misericordia, 2022).

Por consiguiente, se realiza el resumen de las estrategias que se debe tener en cuenta para que los controles definidos se encuentran fortalecidos y aseguren

una cultura preventiva, es decir, que sean para “Prevenir” la probabilidad de que ocurra el riesgo y no sean completamente “Reactivos”-Que disminuyen el impacto de la materialización del riesgo-:

Figura 13. Fase III: Mitigación y tratamiento del riesgo

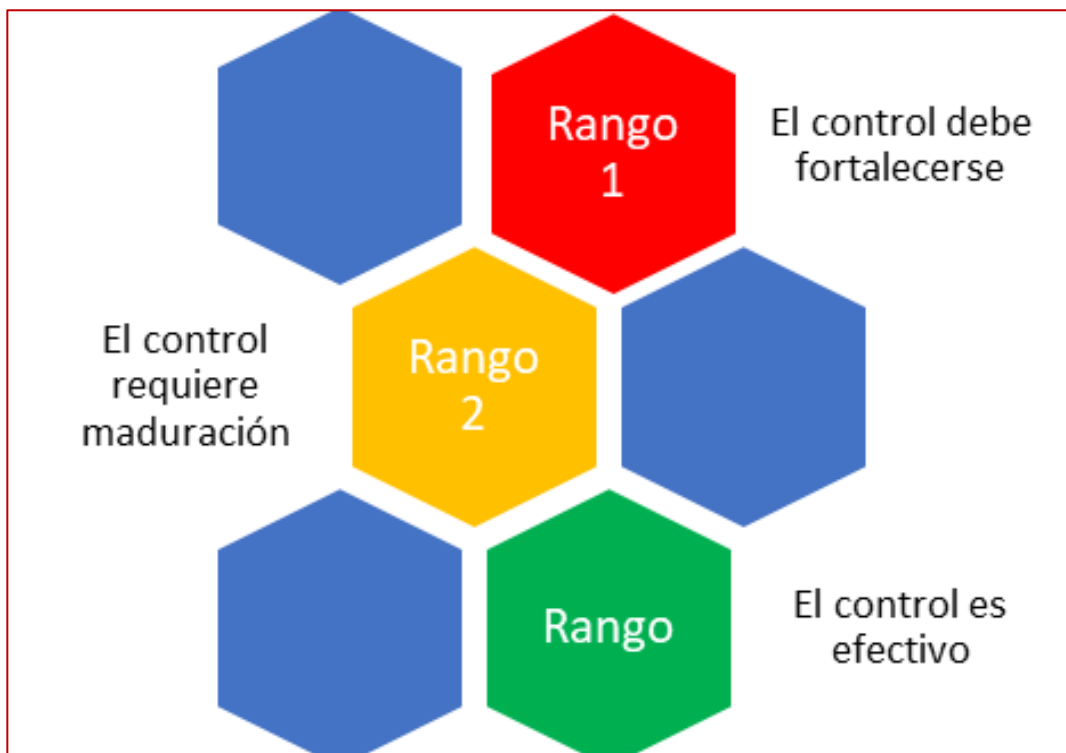


Fuente: Elaboración propia/ISO 9001.

6.3.4. Monitoreo de los riesgos (4): KPI del “GIR”

En la búsqueda de la mejora en la gestión integral del riesgo se debe establecer un plan de tratamiento según la evaluación del control obtenida, los controles evaluados solo deben obtener un resultado de máximo 3 rangos, donde según la evaluación realizada al control se identifica si el proceso está sobre costado (se tienen muchos controles, pero el riesgo no disminuye, todos los controles son correctivos, si el proceso posee un control inmaduro (que no se encuentra documentado o pocos lo conocen) y por último si el control es preventivo y puede aportar a prevenir el riesgo identificado.

Diagrama 7. Evaluación del control



Fuente: Elaboración propia/ISO 31000/ISO 9001.

Con base en lo anterior, se establece como obligatorio establecer un plan de tratamiento para el seguimiento al riesgo con base en dos criterios específicos (criticidad del riesgo: “Riesgo Extremo”, “Riesgo Alto” y “Riesgo Medio” y la calificación obtenida del control: “Rango 1” y/o “Rango 2”) para asegurar la mejora continua. Igualmente, una vez definida la valoración, el registro del seguimiento al riesgo se debe realizar según la valoración obtenida, se recomienda la siguiente basándose en el benchmarking realizado:

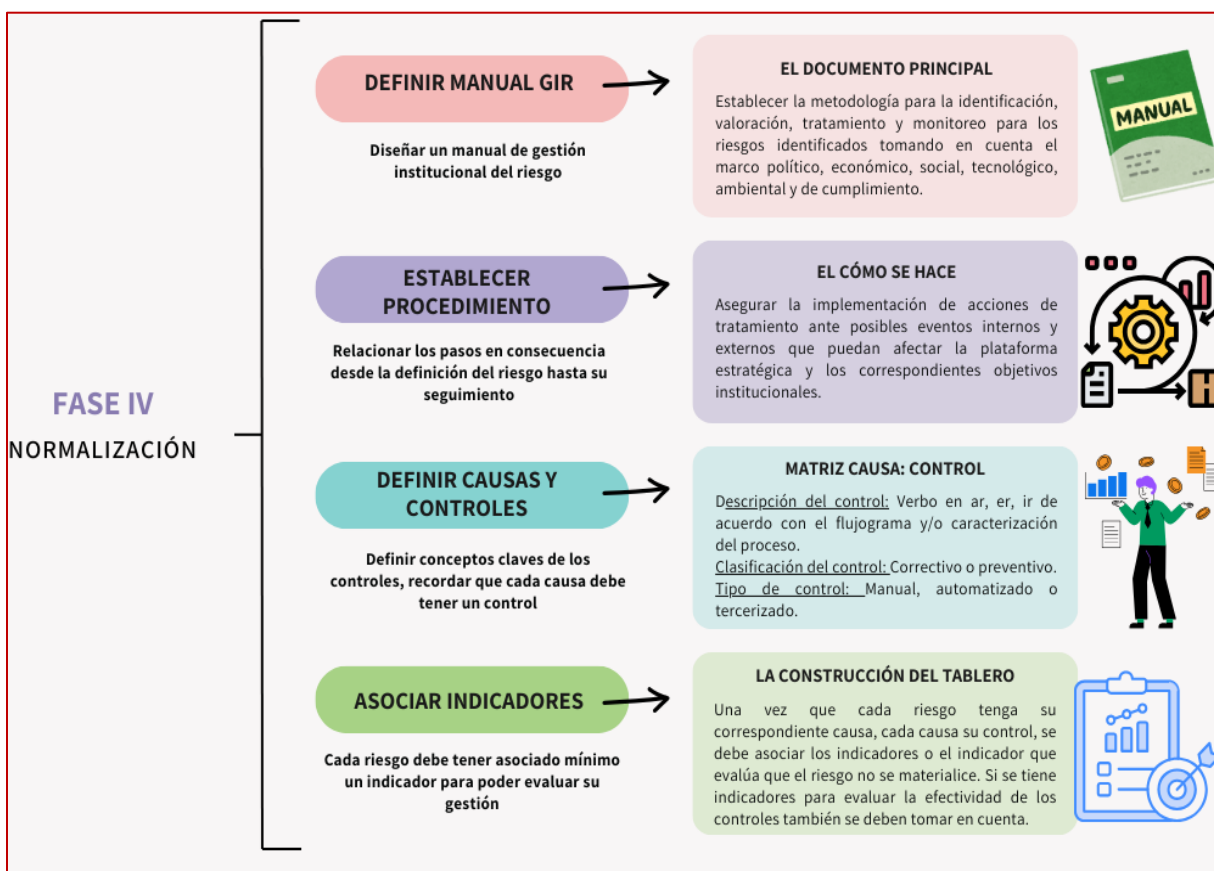
Tabla 3. Periodicidad recomendada de seguimiento



Fuente: Elaboración propia/ISO 31000.

Una vez definido el control y su respectivo seguimiento se continua a la etapa de normalización para establecer como metodología formal y socializar a todos los líderes organizacionales:

Figura 14. Fase IV: Formalizar la metodología



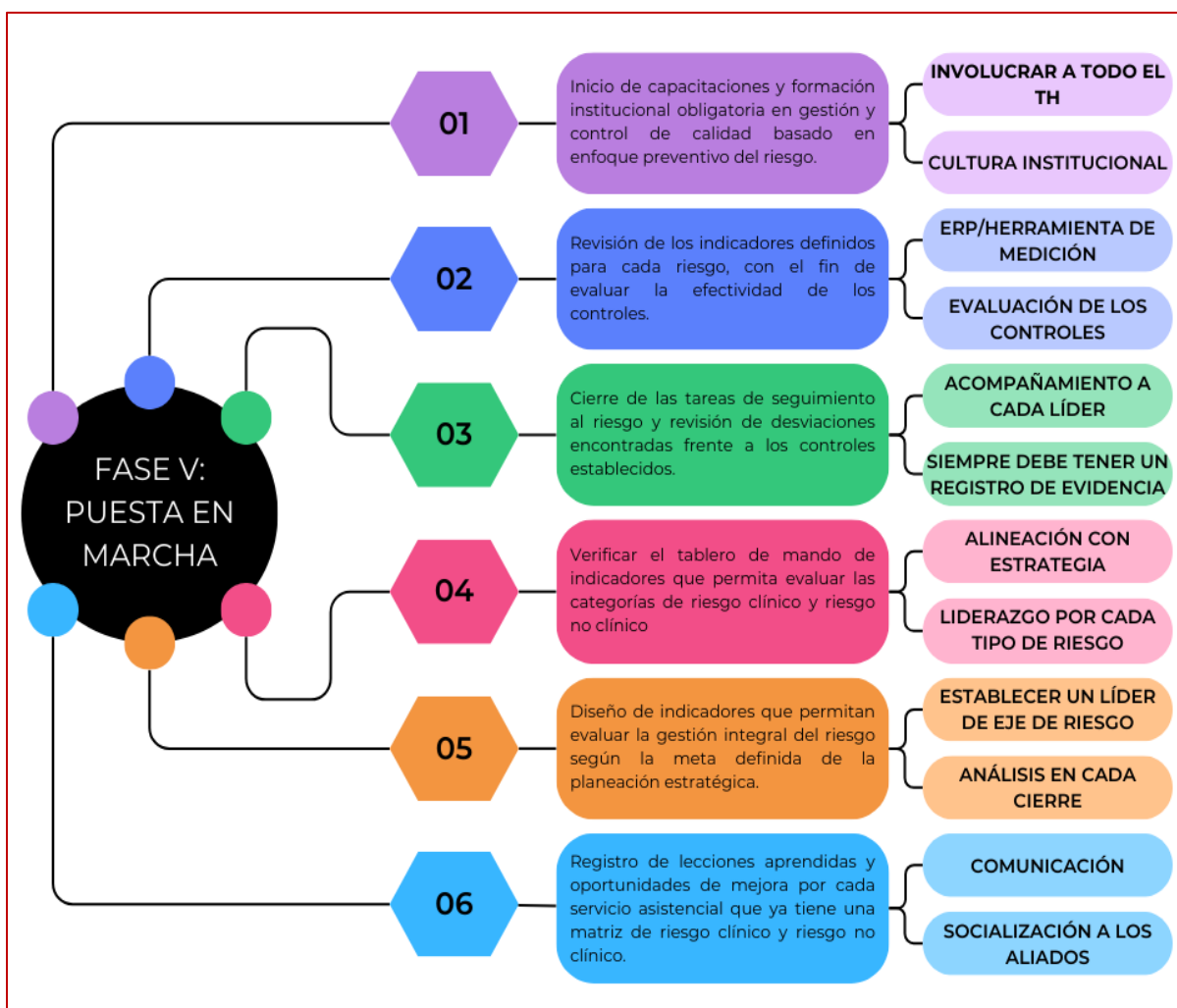
Fuente: Elaboración propia/ISO 31000.

6.3.5. Enfoque del riesgo: Modelo “GIR”

Teniendo en cuenta que la institución de salud ya determinó su posición frente al manejo de los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de sus objetivos estratégicos, los lineamientos a tener en cuenta para su definición, calificación y valoración, la forma de administrarlos y las acciones para controlarlos y/o mitigarlos,

se inicia la etapa final de puesta en marcha donde desde la metodología y el modelo “GIR” se inicia la administración de los riesgos, basados en unos principios rectores, unas fases para la adecuada identificación, análisis, valoración y gestión o tratamiento del riesgo dentro del marco de la calidad y la gestión clínica excelente y segura. Todo lo anterior con el fin de implementar acciones en pro del mejoramiento continuo y del tratamiento ante posibles eventos (internos o externos) que puedan afectar negativamente el desempeño institucional y la seguridad de los clientes, funcionarios y directivos, por lo que se tomaron en cuenta los riesgos no clínicos:

Figura 15. Fase final: El inicio del “GIR”

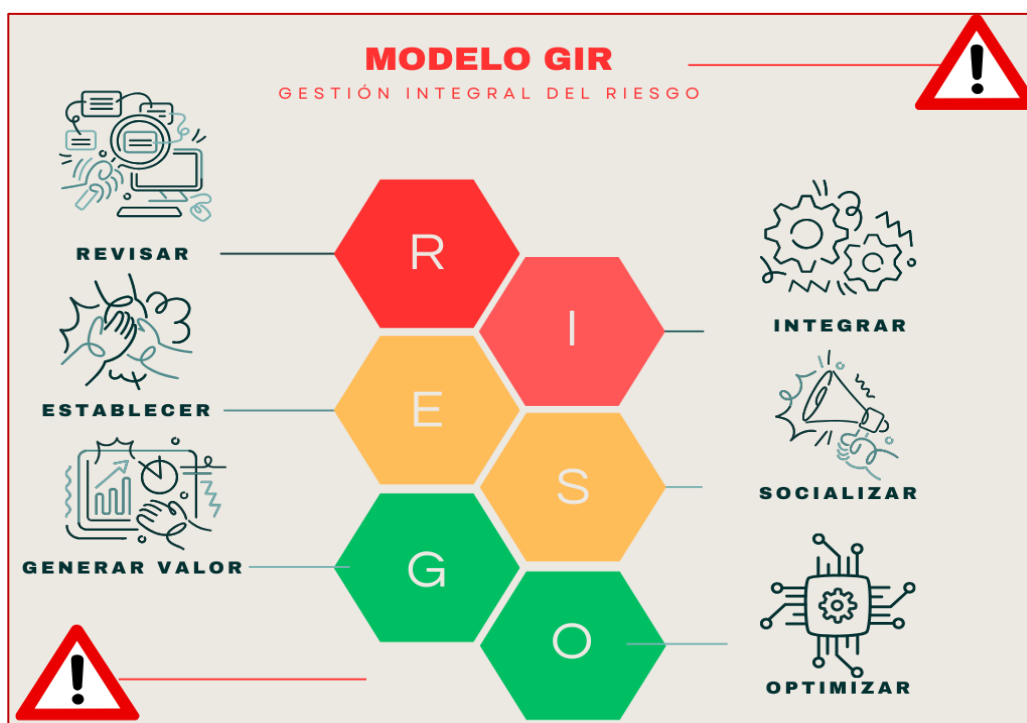


Fuente: Elaboración propia/ISO 31000.

En conjunto con los líderes de cada proceso se debe realizar monitoreo y verificación del desempeño del riesgo, por lo tanto, cada riesgo **debe** tener mínimo un indicador para evaluar la posible materialización del riesgo o la efectividad de los controles, estos “KRI: Key risk indicator” permitirán evaluar la mitigación de los riesgos -Tanto clínicos como no clínicos- y contribuyen al monitoreo del riesgo asegurando la monitorización y el cumplimiento del logro de los objetivos estratégicos desde la perspectiva del riesgo. Por lo tanto, realizando un resumen gerencial el modelo “GIR” asegurará la integralidad entre la parte clínica y no clínica, es decir, con los principales “CIE10: Diagnósticos”, ingresos y egresos se podrán ejecutar decisiones de revisión de infraestructura, capacidad, talento humano, “RIAS” (Ministerio de salud y protección social, 2023), etc...

Por consiguiente, se lograrán optimizar procesos y evaluar presupuestos asociados a controles y/o actividades realizadas frente a los riesgos impactando en la consecución de los objetivos estratégicos.

Figura 16. Modelo “GIR” consolidado



Fuente: Elaboración propia.

Igualmente, se recomienda tener indicadores asociados que evalúen el desempeño de los riesgos -Los cuales ya fueron identificados para cada riesgo- y también evaluar la efectividad de la gestión del riesgo. Estos indicadores deben tener una meta objetiva y establecida desde el direccionamiento estratégico:

Figura 17. Efectividad y desempeño en la “GIR”

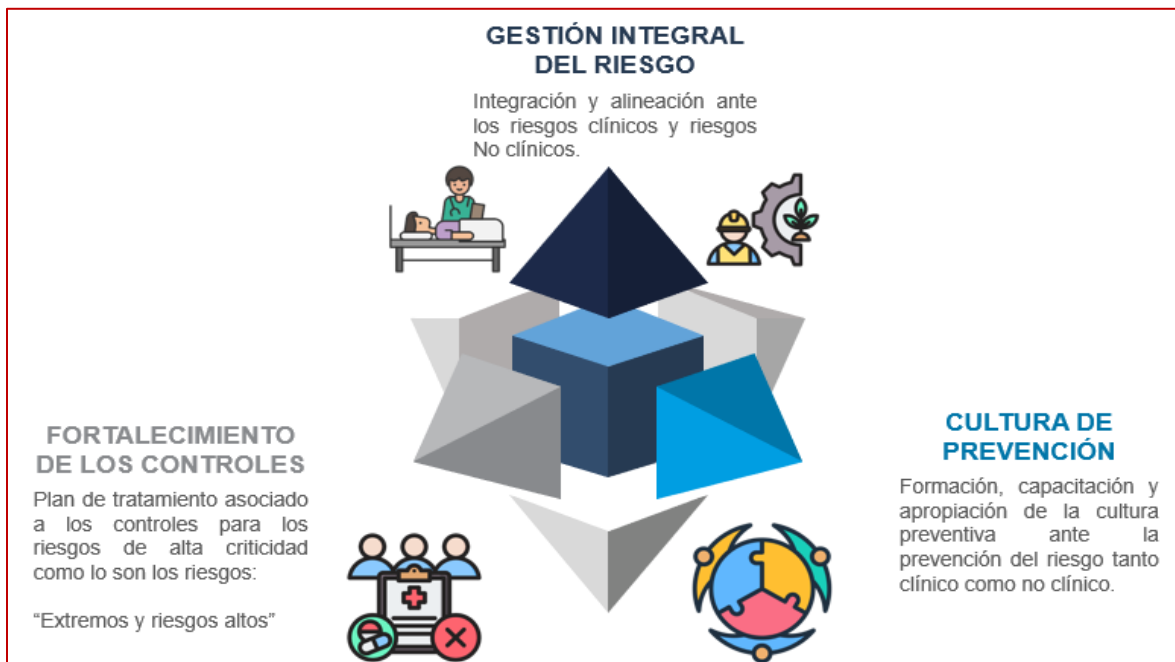
COMPOSICIÓN		
Variables (2)	Sumatoria de indicadores que cumplen la meta y miden la gestión del riesgo a nivel institucional	Número 
	Total de indicadores que miden la gestión del riesgo a nivel institucional	Número 
Fórmula	Sumatoria de indicadores que cumplen la meta y miden la gestión del riesgo a nivel institucional / Total de indicadores que miden la gestión del riesgo a nivel institucional *100	

COMPOSICIÓN		
Variables (2)	Número de riesgos Altos Absolutos del periodo actual - Número de Riesgos Altos Residuales del periodo actual	Unidades 
	Total de Riesgos del periodo actual*100	Número 
Fórmula	Número de riesgos Altos Absolutos del periodo actual - Número de Riesgos Altos Residuales del periodo actual / Total de Riesgos del periodo actual*100	

Fuente: Elaboración propia/ (Fundación hospital pediátrico la misericordia, 2022).

La metodología del ciclo “PHVA” puede ser directamente utilizada para el registro de oportunidades de mejora que impacten o afecten directa o indirectamente a cada proceso y así asegurar el fortalecimiento para los controles registrados o ya implementados, se deben analizar las posibles acciones a realizar que deben ser factibles y efectivas cerrando la brecha entre los controles ideales y los controles existentes; la finalidad del control es madurarlo de tal manera que sea efectivo y esté debidamente documentado y normalizado, en caso contrario se deben revisar y ajustar los controles existentes y que no sean efectivos, una vez realizada la corrección se divulgan las acciones de control y se entrena o capacita para su aplicación de ser necesario.

Figura 18. La mejora continua: El paso siguiente



Fuente: Elaboración propia/ (Fundación hospital pediátrico la misericordia, 2022).

6.3.6. Viabilidad del “GIR”: Caso de éxito

Con el fin de validar los resultados del modelo “GIR” se aplicará la metodología y el modelo a una institución de salud privada de alto nivel de complejidad, para mejorar la gestión del riesgo que se lleva en dicha organización. Se definen los objetivos a realizar basándose en las 5 fases de la metodología “GIR”:

Figura 19. Plataforma estratégica desde el enfoque del riesgo



Fuente: Elaboración propia/ (Fundación hospital pediátrico la misericordia, 2022).

Ya que el hospital es uno de los más antiguos del país, se incluirá la responsabilidad social desde cada uno de los ejes definidos desde el modelo "GIR", llamado de ahora en adelante como "Valor compartido" como estrategia para fortalecer los controles definidos de los riesgos no clínicos -Según la tipología del modelo-.

Figura 20. RSC: “Valor compartido”



Fuente: Elaboración propia/ (Fundación hospital pediátrico la misericordia, 2022).

Al ser un hospital que tiene más de 400 camas y 35 especialidades se consideró necesario definir unas unidades funcionales de negocio principales para implementar las variables nominales de los riesgos clínicos poblacionales.

Figura 21. Unidades funcionales de negocio



Fuente: Elaboración propia/ (Fundación hospital pediátrico la misericordia, 2022).

Para los riesgos clínicos poblacionales se utilizaron las variables definidas desde el “GIR” y se automatizaron desde el software de historia clínica que poseía la institución de salud, obteniendo el siguiente resultado de hasta 3 años de información histórica epidemiológica.

Esta información será útil para revisar los principales diagnósticos de las unidades funcionales de negocio para evaluar criterios de alta importancia como:

- Capacidad instalada, tanto en personal médico, personal enfermería y hasta seguimiento a los residentes -Ya que es un hospital universitario-. Igualmente, se revisarán la capacidad a nivel de estructura física.

- Los diferentes programas de seguridad del paciente pueden ser evaluados utilizando la trazabilidad de los CIE 10 y/o diagnósticos que presente su población atendida.
- El género, como una de las variables nominales definidas será utilizada para revisar las diferentes líneas de promoción y prevención para mujeres dependiendo el grupo etario prevalente.
- Tomando en cuenta que actualmente el modelo “EFQM” se enfoca en organizaciones resilientes y sostenibles, los datos obtenidos podrán aportar a la malla de turnos del talento humano e impactar directamente en los costos.

Figura 22. Perfil epidemiológico automatizado en POWER BI



Fuente: Elaboración propia/(Fundación hospital pediátrico la misericordia, 2022).

Como podemos observar una vez utilizada la metodología de gestión integral del riesgo se logró identificar las principales unidades funcionales que le impactan a la plataforma estratégica del hospital e identificar donde debe realmente enfocar sus esfuerzos económicos y principalmente de tiempo.

Figura 23. Riesgo clínico poblacional: Las UFN



Fuente: Elaboración propia/(Fundación hospital pediátrico la misericordia, 2022).

El riesgo poblacional junto con las variables mínimas nominales logró estandarizar no solo la prevalencia epidemiológica sino también los grupos relacionados a diagnóstico por cada uno de los frentes principales de ingreso de un paciente, como lo son: Urgencias, consulta externa y hospitalización.

Una de las ventajas adicionales obtenidas por el uso de la gestión integral del riesgo es el conteo total de ingresos y egresos de pacientes que llevarán a una segunda fase institucional que será la revisión de la plataforma de costos de procedimientos e insumos.

Figura 24. Riesgo clínico poblacional: Las variables mínimas



Fuente: Elaboración propia/(Fundación hospital pediátrico la misericordia, 2022).

Al ser un hospital pediátrico de alto nivel, hay pacientes de manejo especial dentro de la población como lo son los discapacitados, “Síndrome de Down” y otras condiciones genéticas que deben tenerse en cuenta, por lo que se incluyó un espacio específico de enfermedades huérfanas y más que su prevalencia su tendencia demográfica con el fin de trabajar en las posibles barreras administrativas que impidan el tratamiento del paciente, igualmente es una de las variables nominales definidas en el modelo de gestión integral del riesgo.

Figura 25. Riesgo clínico poblacional: Enfermedades huérfanas.

PERFIL EPIDEMIOLOGICO ENFERMEDADES HUERFANAS				Año, Mes, Día		UFN EGRESO HOSP					
31/01/2024 19:18:44				2024 (Año) + enero (Mes) ▾		Todas ▾					
CODDIAGNO		NOMDIAGNO		HOSPITALIZACIÓN		URGENCIAS		CONSULTA EXTERNA			
E220	ACROMEGALIA Y GIGANTISMO HIPOFISIARIO		1								
Q840	ALOPECIA CONGENITA		1								
D610	ANEMIA APLASTICA CONSTITUCIONAL		3								
D571	ANEMIA FALCIFORME SIN CRISIS	3	3								
D570	ANEMIA FALCIFORME CON CRISIS	2	2								
Q999	ANOMALIA CROMOSOMICA, NO ESPECIFICADA		1								
Q225	ANOMALIA DE EBSTEIN	1	3								
G473	APNEA DEL SUEÑO	6	29								
M080	ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL	1	1								
Q743	ARTROGRIPOSIS MULTIPLE CONGENITA	1	1								
G111	ATAXIA CEREBELOSA DE INICIACION TEMPRANA		1								
Q300	ATRESIA DE LAS COANAS		1								
Q442	ATRESIA DE LOS CONDUCTOS BILIARES		1								
G120	ATROFIA MUSCULAR ESPINAL INFANTIL, TIPO I (WERDNIG-HOFFMAN)		1								
H472	ATROFIA OPTICA		1								
D561	BETA TALASEMIA	3	3								
H420	CARDIOMIOPATIA DILATADA		2								
H260	CATARATA INFANTIL, JUVENIL Y PRESENIL	1									
Q251	COARCTACION DE LA AORTA	3	4								
K830	COLANGITIS		1								
H104	CONJUNTIVITIS CRONICA	1	1								
Q750	CRANIOSINOSTOSIS	1	1								
D691	DEFECTO CUALITATIVOS DE LAS PLAQUETAS		1								
Q725	DEFECTO POR REDUCCION LONGITUDINAL DE LA TIBIA	1	1								
Q726	DEFECTO POR REDUCCION LONGITUDINAL DEL PERONE		1								
E770	DEFECTOS EN LA MODIFICACION		2								
Total		96	164	1149							
				HOSPITALIZACIÓN							
				DEPARTAMENTO		1 A 4 AÑOS	5 A 10 AÑOS	ADOLESCENTE	LACTANTE	RECIBIENDO NACIDO	
				BOGOTA		2	21	20	26	10	1
				BOYACA					1		
				CASANARE		1	1				
				CUNDINAMARCA		4	1	1			
				APNEA DEL SUEÑO		1					
				ENFERMEDADES DE LA TRAQUEA Y DE LOS BRONQUIOS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE		1					
				INSUFICIENCIA CORTICOSUPRARRENAL PRIMARIA		1					
				OTROS ENFERMOS DE CRONICA				1			
				Total		2	28	24	30	11	1
				CONSULTA EXTERNA							
				DEPARTAMENTO		1 A 4 AÑOS	5 A 10 AÑOS	ADOLESCENTE	LACTANTE	Total	
				ANTIOQUIA		1	6	3		10	
				ARAUCA		1	3	2		6	
				ARCHIPIELA DE SAN ANDRES				1		1	
				ATLANTICO			2			2	
				BOGOTA		6	216	336	288	41	887
				BOLIVAR			3			3	
				BOYACA		3	11	12	2	28	
				CAQUETA			2			2	
				CASANARE		4	2	6		12	
				CAUCA		1	1			2	
				CESAR		3				3	
				CORDOBA		1				1	
				CUNDINAMARCA		27	47	43	1	118	
				Total		6	271	444	381	47	1149

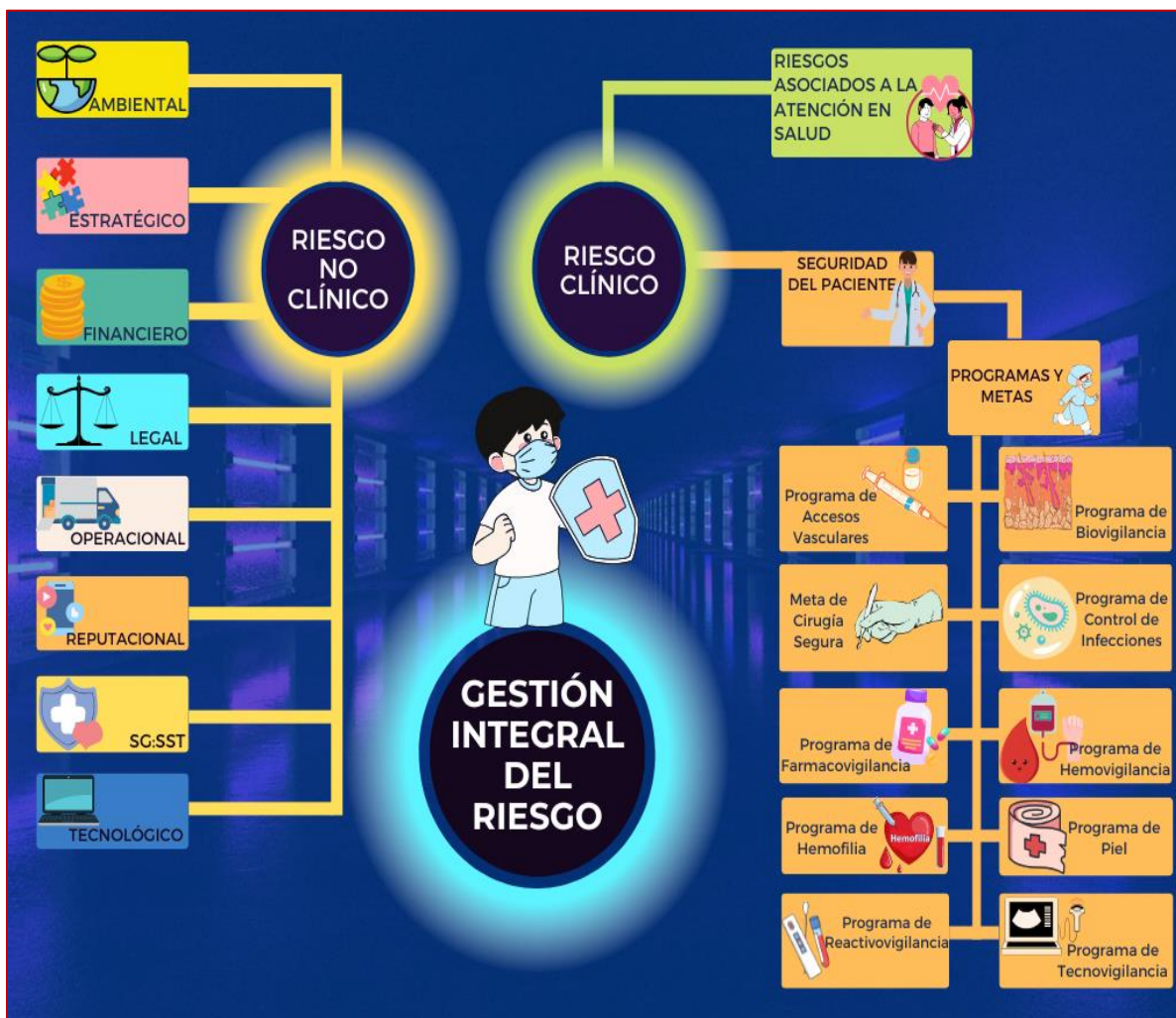
Fuente: Elaboración propia/(Fundación hospital pediátrico la misericordia, 2022).

Tomando en cuenta las 5 fases definidas en el “GIR”, se identificaron los riesgos clínicos y no clínicos de cada proceso, se valoraron según las tablas definidas en la fase II, los controles fueron asociados por cada causa y a cada control se le calificó con un rango. Una vez realizado estas etapas primordiales, se asoció un indicador a cada riesgo lo que llevó a la consolidación de un tablero de mando de indicadores que permite evaluar en línea el desempeño de los riesgos desde cada categoría.

Para evaluar la efectividad de la gestión integral del riesgo se diseñó un indicador basado en los riesgos altos altos/externos absolutos y riesgos residuales obtenidos

según la evaluación de los controles efectuada, a continuación, el resultado final que permite a la organización evaluar la gestión integral del riesgo de forma automática y precisa:

Figura 26. Tablero de mando para medir la “GIR”: Riesgo clínico y no clínico

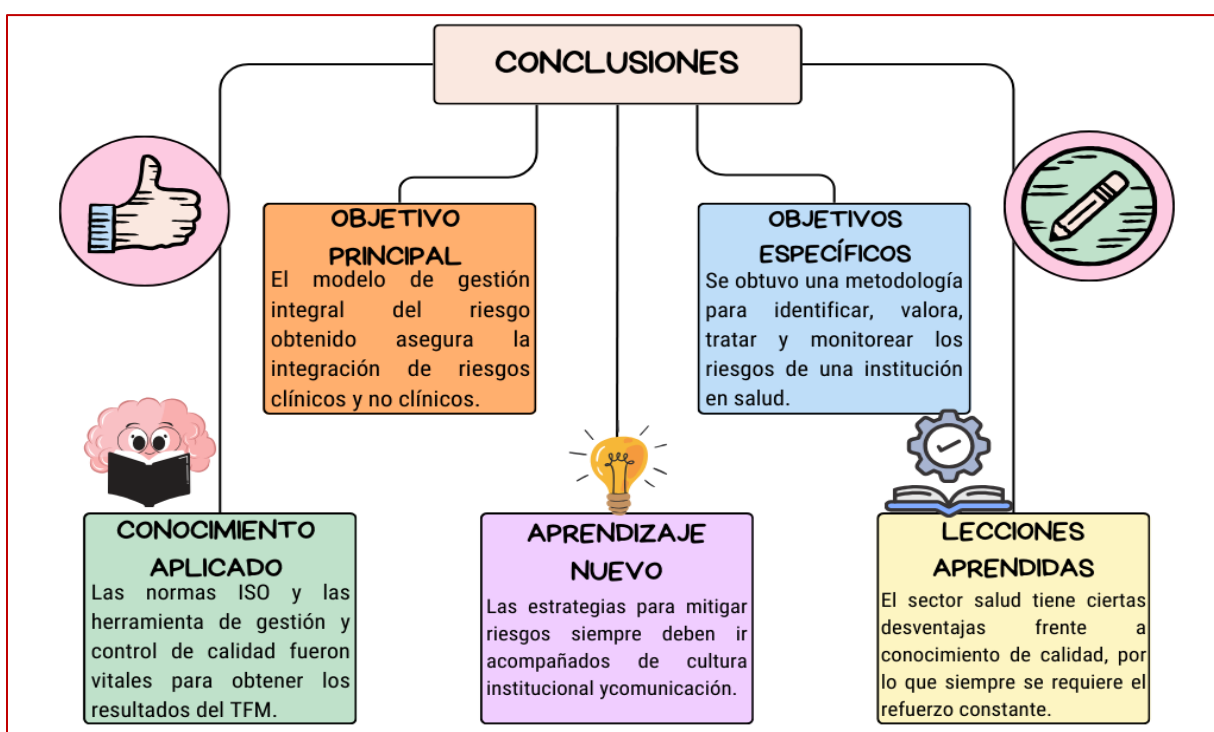


Fuente: Elaboración propia/(Fundación hospital pediátrico la misericordia, 2022).

7. CONCLUSIONES

- Se cumplió con el objetivo principal del TFM, ya que se logró entregar un modelo práctico para integrar los riesgos desde la parte administrativa y asistencial, incluyendo la tipología de riesgos no clínicos y las variables nominales necesarias para obtener los riesgos clínicos poblacionales por medio de la metodología que incluya las 4 etapas principales para obtener matrices de riesgos.

Figura 27. Resumen: Conclusiones



Fuente: Elaboración propia.

- Dentro de los indicadores “KRI” definidos para cada riesgo se deben utilizar principalmente los criterios de: Oportunidad, seguridad y cumplimiento; evaluando siempre que el indicador definido deba asociarse a la promesa de servicio que tiene una institución y a la normativa colombiana.

8. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Las posibles áreas en donde se logra visualizar el potencial para ampliar o extender el trabajo realizado es sobre todo en campos donde se requiera el estudio de la población y la integración de la misma con la tipología de riesgo no clínico, donde principalmente se consideren vitales los riesgos de tipo ambiental, legal, operacional y reputacional.

Debido a que el modelo de gestión integral del riesgo impacta directamente en el manejo de recursos económicos, podrían ser líneas de investigación que requieren encaminar sus esfuerzos en talento humano y financieros, aquellas empresas que vendan un producto que dependa del grupo etario y genero de su población objetivo; principalmente requerirán asegurar la integración entre la parte administrativa y operacional y así asegurar una empresa sostenible.

Figura 28. Campos de investigación futuros



Fuente: Elaboración propia.

9. BIBLIOGRAFÍA

Alcaldía de bogotá, secretaría de salud. (2024). Obtenido de subred integrada de servicios de salud sur occidente: <https://subredsuroccidente.gov.co/>

Alcaldía mayor de bogotá, secretaría de salud sur. (16 de 08 de 2024). Obtenido de subred integrada de servicios de salud sur: <https://www.subredsur.gov.co/>

Ángel, h. a. (05 de 10 de 2020). Obtenido de alternativas de modelos de gestión del riesgo: <https://www.piranirisk.com/es/blog/alternativas-de-modelos-de-gestion-del-riesgo>

Centro policlínico del olaya. (2024). Obtenido de centro policlínico del olaya, todo por la salud y la vida: <https://www.cpo.com.co/cpo/>

Clínica del country. (2024). Obtenido de clínica del country: <https://www.clinicadelcountry.com/>

Clínica del occidente. (2023). Obtenido de clínica del occidente: <https://www.clinicadeloccidente.com/>

Clínica los nogales. (2024). Obtenido de clínica los nogales: <https://www.clinicanogales.com/>

Clínica montserrat. (2024). Obtenido de clínica montserrat, hospital universitario: <https://clinicamontserrat.com.co/>

Clínica reina sofía. (2023). Obtenido de clínica reina sofía: <https://www.clinicareinasofia.com/landing/modelo-de-salud-centrado-en-la-persona>

Clínica universidad de la sabana. (2023). Obtenido de clínica universidad de la sabana: <https://www.clinicaunisabana.edu.co/nuestra-clinica/>

Clínica universitaria colombia-colsanitas. (2024). Obtenido de clínica universitaria colombia: <https://www.colsanitas.com/home>

Deepl.com. (11 de 01 de 2025). Obtenido de traductor en línea, translated with Deepl.com (Free version): <https://www.deepl.com/es/translator>

Departamento administrativo nacional de estadística-DANE. (2022). *Fecundidad, mortalidad y esperanza de vida*. Bogotá, Colombia: DANE.

Fundación cardio infantil, la cardio. (2023). Obtenido de fundación cardio infantil, la cardio: <https://www.lacardio.org/>

Fundación clínica-SHAIO. (2019). Obtenido de fundación clínica-SHAIO: <https://www.shaio.org/>

Fundación hospital pediátrico la misericordia. (2022). Obtenido de fundación hospital pediátrico la misericordia-HOMI: <https://fundacionhomi.org.co/>

Fundación santa fe de bogotá. (2023). Obtenido de fundación santa fe de bogotá: <https://fundacionsantafedebogota.com/>

Galiana, p. (03 de 11 de 2024). *IEBS School*. Obtenido de ¿Qué es y cómo hacer un análisis CAME?-IEBS School: <https://www.iebschool.com/blog/que-es-un-analisis-came-y-como-se-hace-marketing-digital/>

Hospital infantil universitario de san José. (2023). Obtenido de hospital infantil universitario de san José: <https://www.hospitalinfantildesanjose.org.co/>

Hospital universitario centro dermatológico federico lleras acosta E.S.E. (2023). Obtenido de hospital universitario centro dermatológico federico lleras acosta E.S.E.: <https://www.dermatologia.gov.co/>

Hospital universitario de la samaritana. (2024). Obtenido de hospital universitario de la samaritana, empresa social del estado, HUS: <https://www.hus.org.co/?idcategoria=1>

Hospital universitario javesalud. (2023). Obtenido de hospital universitario: JAVESALUD: <https://www.javesalud.com.co/>

Hospital universitario mayor, Méderi. (2024). Obtenido de hospital universitario mayor: <https://www.mederi.com.co/>

Hospital universitario san ignacio. (2022). Obtenido de hospital universitario san ignacio: <https://www.husi.org.co/inicio>

ICONTEC. (2024). Obtenido de acreditación en salud, instituciones acreditadas: <https://acreditacionensalud.org.co/instituciones/page/6/>

ICONTEC, normatividad. (2024). Obtenido de normatividad, diplomado en acreditación en salud: https://www.icontec.org/eval_conformidad/acreditacion-en-salud/

Institución privada de salud virrey solis. (2024). Obtenido de institución privada de salud virrey solis: <https://www.virreysolisips.com/>

Instituto nacional de cancerología. (04 de 03 de 2024). Obtenido de gestión del sistema de desempeño institucional, gestión de riesgos: 2023-2024: https://www.cancer.gov.co/recursos_user/Gesti%C3%B3n_del_Riesgo/Informe_Resultados_Gestion_Integral_Riesgos_INC_2023-2024.pdf

Instituto nacional de salud. (12 de 03 de 2019). Obtenido de enfermedades huérfanas y raras: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/ENFERMEDADES%20HU%C3%89RFANAS-RARAS_2019.pdf

Instituto roosevelt. (2024). Obtenido de instituto roosevelt: <https://www.institutoroosevelt.com/>

María isabel riachi gonzález, m. d. (2023). Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de colombia. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

Ministerio de salud. (01 de 01 de 2024). Obtenido de clasificación internacional de enfermedades (CIE), descifrando la CIE 10 y esperando la CIE 11: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/cie10-cie11.pdf>

Ministerio de salud y protección social. (2023). Obtenido de manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de colombia: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf>

Ministerio de salud y protección social. (2024). Obtenido de instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/instituciones-prestadoras-de-salud-ips-acreditadas.aspx>

Ministerio de salud y protección social. (20 de 04 de 2024). Obtenido de listado de IPS en colombia según su nivel de complejidad: https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/Listado-de-IPS-en-Colombia-seg-n-su-nivel-de-compl/ugc5-acjp/about_data

Ministerio de salud y protección social. (2024). Obtenido de normativa colombiana en salud: <https://www.minsalud.gov.co/Normativa/paginas/normativa.aspx>

MINSALUD, ministerio de salud y protección social de colombia. (18 de 08 de 2024). Obtenido de aseguramiento al sistema general de salud:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubdiado/Paginas/aseguramient-o-al-sistema-general-salud.aspx>

Red de salud del centro E.S.E. (2024). Obtenido de red de salud del centro E.S.E.: <https://www.esecentro.gov.co/>

Salud, m. l. (22 de 03 de 2023). Obtenido de los costos reales de la rotación de personal sanitario: <https://www.oracle.com/co/human-capital-management/cost-employee-turnover-healthcare/#:~:text=En%202022%2C%20las%20tasas%20de,en%20las%20residencias%20de%20ancianos.>

Sociedad de cirugía de bogotá, hospital de san José. (2022). Obtenido de sociedad de cirugía de bogotá, hospital de san José: <https://hospitaldesanjose.org.co/>

10. ANEXOS

A continuación, se mencionan los documentos firmados con el permiso de la institución donde se implementó los resultados del presente trabajo, igualmente el presente trabajo de investigación se aprobó con el acta No. 94 (722-24R) del Comité de Investigación realizado el 30/09/2024, la cual se agrega como imagen al presente TFM:

Tabla 4. Gestión documental del caso de éxito

CÓDIGO INTERNO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	VERSIÓN
Acta No. 94 (722-24R)	Respuesta evaluación Comité de Ética de la Investigación.	01
FR-PEIN-02	Hoja de vida del investigador.	01
FR-PEIN-04	Acuerdo para garantizar la mención de HOMI.	01
FR-PEIN-05	Verificación de requisitos y condiciones para proyectos de investigación y reportes de caso.	01
FR-PEIN-09	Declaración conflicto de interés.	01
FR-PEIN-13	Formato cartas de sometimiento inicial de proyectos de investigación.	01
FR-PEIN-18	Formato para presentación de estudios observacionales.	02

Fuente: Elaboración propia/ (Fundación hospital pediátrico la misericordia, 2022).

Figura 29. Aprobación del Comité de ética de la Investigación

	COMUNICACIÓN DEL COMITÉ DE ETICA DE LA INVESTIGACIÓN HACIA EL INVESTIGADOR PRINCIPAL POSICIONAMIENTO ESTRATÉGICO - INVESTIGACIÓN FR - PEIN - 26 / V :01
---	--

Bogotá, 30 de septiembre 2024

Ingeniera
Yenny Tatiana Peña Parra
 Investigadora principal

Acta N°94
722-24R

Ref. Respuesta Evaluación Comité de Ética de la Investigación

Reciba un cordial saludo.

El Comité de Ética de la Investigación de HOMI Fundación Hospital Pediátrico La Misericordia, el cual se constituyó mediante acta No. 02-02-10 el 12 de febrero de 2010, el cual está regido por la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia en donde se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y la Resolución 2378 del 27 de junio de 2008 en donde se adoptan las Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos, certifica que:

Evaluó la solicitud para el desarrollo del proyecto de investigación **"Modelos de gestión integral del riesgo en Fundación Hospital Pediátrico la Misericordia-HOMI"**, considerando viable desde el punto de vista ético y metodológico su desarrollo en HOMI, motivo por el cual da su concepto de **APROBACIÓN**.

Se revisan los siguientes documentos:

1. Formato para presentación de estudios observacionales
2. Carta de sometimiento inicial
3. Acuerdo para garantizar la mención de HOMI
4. Declaración conflicto de interés.
5. Hoja de vida del investigador Yenny Tatiana Peña Parra
6. Verificación de requisitos y condiciones para proyectos de investigación y reportes de caso

Consideraciones:

- El CEI considera importante definir y describir el prepuesto para el proyecto de investigación.

El presente proyecto fue evaluado y aprobado por los siguientes miembros del Comité:

N°	Miembro del CEI	Cargo
1	Fernando Fierro Ávila	Presidente del CEI – Cirujano Pediatra - Bioético
2	Doris Valencia	Fisiatra Infantil - Epidemióloga
3	Nelson Aponte	Oncohematólogo Pediatra – Epidemiólogo
4	Carlos Alberto Pardo	Oncohematólogo Pediatra
5	Milena Villamil	Neumóloga Pediatra – Epidemióloga
6	Jhon Fredy Castañeda	Ortopedista y Traumatólogo – Epidemiólogo - Bioestadista
7	Laura Lorena Alba	Coordinadora de Docencia servicio - Fisioterapeuta
8	Camila Bonilla	Abogada
9	Luis Ángel Cárdenas	Químico farmacéutico



COMUNICACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN HACIA EL INVESTIGADOR PRINCIPAL

POSICIONAMIENTO ESTRATÉGICO - INVESTIGACIÓN

FR - PEIN - 26 / V :01

Nota: Según Guía Operativa del Comité de Ética de la Investigación CEI podrá sesionar y deliberar cuando esté presente la mitad más uno de la totalidad de los miembros activos con voz y voto elegidos para el periodo.

Aclaraciones:

Al darse el inicio de las actividades de este proyecto se da por aceptado por parte del investigador principal el compromiso de entrega de un informe de avance al 50% de transcurrido el tiempo de ejecución de la investigación aprobada, así como la entrega del informe final al cierre del estudio. Así mismo, se deberá informar al CEI la presentación de resultados en eventos académicos, comunidades editoriales y medios de comunicación; en cumplimiento a los artículos 3 y 4 de los estatutos del CEI.

El investigador principal deberá informar cualquier cambio a este proyecto, lo cual es considerado una enmienda y no podrá ejecutarlo hasta no tener aprobación nuevamente del CEI, a menos que esto implique minimizar o suprimir un riesgo grave para los sujetos participantes. Se deberá notificar cualquier situación que implique un riesgo para los sujetos o la comunidad en la cual se lleva a cabo la investigación e informar cualquier evento adverso serio y/o desviación que se presente según los lineamientos institucionales.

La custodia de los datos que comprenden la historia clínica de los usuarios de la Fundación Hospital Pediátrico la Misericordia, están salvaguardados bajo las garantías de la Resolución 1995 de 1999, la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y la Resolución 839 de 2017. Por lo tanto, es importante aclarar que la institución y el CEI no le han cedido la custodia de los registros clínicos a los investigadores de manera parcial o permanente, y le recuerda que dicha información le pertenece solo al usuario titular del registro clínico (paciente). Los datos que dan lugar a la presente investigación no pueden ser reutilizados para fines comerciales ni para el desarrollo de otra investigación. La violación a los deberes anteriormente mencionados dará lugar a la apertura de una investigación, notificación a directivas institucionales y a la imposición de sanciones de acuerdo con el debido proceso según el Capítulo VIII de los Estatutos del CEI.

Cordialmente,

Fernando Fierro M.D. MSc.

Especialista en Cirugía Pediátrica, Bioéticoista, Profesor Asociado UN

Presidente Comité de Ética de la Investigación HOMI

VoBo: Secretaria técnica del CEI HOMI (E) c.eticadelainvestigacion@homifundacion.org.co

Fuente: (Fundación hospital pediátrico la misericordia, 2022).