

DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS ORGANIZACIONALES
PARA EL HOSPITAL SAN BERNABÉ, BUGALAGRANDE, VALLE DEL CAUCA

NIKOLE TATIANA SÁNCHEZ ESCOBAR
VALENTINA ÁLVAREZ DÍAZ

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
PROGRAMA ACADÉMICO DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
TULUÁ – VALLE
2025

DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS ORGANIZACIONALES
PARA EL HOSPITAL SAN BERNABÉ, BUGALAGRANDE, VALLE DEL CAUCA

NIKOLE TATIANA SÁNCHEZ ESCOBAR
VALENTINA ÁLVAREZ DÍAZ

Trabajo de Grado para obtener el título de:
ADMINISTRADORAS DE EMPRESAS

Director:
CRISTHIAN ANDRES BELTRAN ZUNIGA

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
PROGRAMA ACADÉMICO DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
TULUÁ – VALLE
2025

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	11
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.2.1 Formulación del problema.	14
1.2.2 Sistematización del problema.	14
1.3 OBJETIVOS	15
1.3.1 Objetivo general.....	15
1.3.2 Objetivos específicos.	15
1.4 JUSTIFICACIÓN	16
1.4.1 Justificación teórica.....	16
1.4.2 Justificación práctica.....	16
1.4.3 Justificación metodológica.	17
1.4.4. Justificación personal.....	17
2. MARCO REFERENCIAL	18
2.1 ESTADO DEL ARTE	18
2.2 MARCO TEÓRICO.....	30
2.2.1 Norma ISO 31000	30
2.2.2 Modelo COSO ERM (Enterprise Risk Management)	33
2.2.2.1 Componentes del Modelo COSO ERM	33
2.2.3 Norma ISO 9001: Sistemas de Gestión de la Calidad y el Ciclo PHVA	37
2.2.3.1 Principios.....	38
2.2.3.2 Enfoque a Procesos	38
2.2.3.3 El Ciclo PHVA en la Norma ISO 9001	39
2.2.3.4 Importancia de la Norma ISO 9001, el Enfoque a Procesos y el Ciclo PHVA	40
2.2.4 Modelo de las Tres Líneas de Defensa	40
2.2.4.1 Fundamentos del Modelo	41

2.2.4.2	Importancia del Modelo en la Gestión de Riesgos Hospitalarios	42
2.2.4.3	Ventajas de Implementar las Tres Líneas de Defensa	43
2.2.5	Norma ISO 45001 (Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo)	43
2.2.5.1	Fundamentos y objetivos de la Norma ISO 45001	43
2.2.5.2	Principios clave de la Norma ISO 45001	44
2.2.5.3	Enfoque en la mejora continua.....	45
2.2.5.4	Importancia de la Norma ISO 45001 para el Hospital San Bernabé.....	45
2.2.6	Teoría de la Gestión de Riesgos de Seguridad de la Información (ISO/IEC 27001).....	46
2.2.6.1	Objetivos de la Norma ISO/IEC 27001	46
2.2.6.2	Componentes Fundamentales del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI).....	46
2.2.6.3	Gestión de Riesgos de la Seguridad de la Información.....	47
2.2.6.4	Relevancia de ISO/IEC 27001 para el Hospital San Bernabé	48
2.3	MARCO CONCEPTUAL.....	48
2.3.1	Gestión de Riesgos Organizacionales	48
2.3.2	Riesgo.....	49
2.3.3	Norma ISO 31000: Gestión del Riesgo.....	49
2.3.4	Modelo de las Tres Líneas de Defensa	49
2.3.5	ISO 45001: Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)	50
2.3.6	Riesgo Clínico.....	50
2.3.7	Cultura Organizacional y de Gestión de Riesgos	50
2.4	MARCO CONTEXTUAL	51
2.5	MARCO EMPRESARIAL.....	52
2.5.1	Breve Reseña Histórica	52
2.5.2	Ubicación Geográfica.....	53
2.5.3	Sector/Industria.....	53
2.5.4	Mercado.....	53
2.5.5	Portafolio de Servicios	53

2.5.6 Estructura Organizacional.....	55
2.5.7 Planeación Estratégica	56
2.6 MARCO LEGAL	56
2.6.1 Constitución Política de Colombia (1991)	56
2.6.2 Ley 100 de 1993	56
2.6.3 Decreto 1011 de 2006	57
2.6.4 Resolución 3100 de 2019	57
2.6.5 Norma ISO 31000: Gestión del Riesgo.....	57
2.6.6 Ley 1122 de 2007	57
2.6.7 Ley 1438 de 2011	58
2.6.8 Norma ISO 45001: Seguridad y Salud en el Trabajo	58
3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	59
3.1 TIPO DE ESTUDIO	59
3.2 MÉTODO DE ESTUDIO.....	59
3.3 TÉCNICAS Y FUENTES DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	59
4. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS ORGANIZACIONALES QUE ENFRENTA EL HOSPITAL SAN BERNABÉ.....	63
4.1 ANÁLISIS DEL ENTORNO	63
4.1.1 Entorno político	65
4.1.2 Entorno económico	66
4.1.3 Entorno social	67
4.1.4 Entorno tecnológico	67
4.1.5 Entorno ecológico	68
4.1.6 Entorno legal.....	69
4.2 ANÁLISIS INTERNO DE LA ORGANIZACIÓN	70
4.2.1 Descripción de los resultados sobre el análisis interno.....	72
4.3 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS	82
4.4 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO	86
4.4.1 Análisis del Riesgo.....	86
4.4.2 Evaluación del nivel de riesgo	87

4.4.3 Opciones de tratamiento del riesgo	87
4.4.4. Plan de acción y monitoreo:.....	87
4.5 MATRIZ DE RIESGOS.....	88
4.5.1 Evaluación de riesgos.....	100
4.5.1 Mapa de riesgos	104
5. DISEÑAR UN PLAN DE ACCIÓN QUE INTEGRE LA ACTUALIZACIÓN DEL MARCO NORMATIVO, EL DISEÑO DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO Y UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN ESPECIALIZADO PARA FORTALECER LA GESTIÓN DE RIESGOS EN EL HOSPITAL SAN BERNABÉ.....	106
5.1 DISEÑO DEL PLAN DE ACCIÓN	107
5.2 COMUNICACIÓN Y CONSULTA	114
5.3 FASE DE IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN	118
5.3.1. Implementación del Plan de Acción	118
5.3.2 Seguimiento del Plan de Acción	118
5.3.3. Evaluación del Plan de Acción.....	119
5.3 CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN.....	120
5.4 PRESUPUESTO DEL PLAN DE ACCIÓN	121
6. INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y CONTROL PARA EVALUAR LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS.....	125
6.1 SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN	125
6.2 EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS	134
6.2.1 Metodologías de evaluación aplicables	134
6.3 MEJORA CONTINUA DEL SISTEMA	137
7. CONCLUSIONES	139
8. RECOMENDACIONES.....	141
BIBLIOGRAFÍA	143
ANEXOS.....	147

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 "Árbol de Problemas" (Elaboración propia, 2024).....	13
Figura 2. Principios, marco de referencia y proceso. (ISO,2018).....	31
Figura 3. Marco de gestión del riesgo empresarial de COSO. (COSO, 2018).....	33
Figura 4. Ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar. (ICONTEC, 2015).	39
Figura 5. Representación de la estructura de esta Norma Internacional con el ciclo PHVA. (ICONTEC, 2015).....	40
Figura 6. El modelo de las tres líneas de defensa. (IIA, 2020)	42
Figura 7. Relación entre el PHVA y el marco de referencia. (ISO, 2018)	44
Figura 8. Organigrama Hospital San Bernabé. (Tomado de Hospital San Bernabé, 2013).....	55
Figura 9. En mi área, la gestión de riesgos se maneja de manera estructurada y organizada dentro de una estrategia integral hospitalaria.	73
Figura 10. La descentralización en la gestión de riesgos dificulta la coordinación entre áreas.....	73
Figura 11. La falta de una estrategia centralizada impacta negativamente en la toma de decisiones y la respuesta ante eventos críticos.	74
Figura 12. Las políticas actuales de gestión de riesgos son claras y aplicables en la práctica diaria.....	75
Figura 13. Existen protocolos formales y bien definidos para manejar situaciones de riesgo críticas en mi área.....	75
Figura 14. La implementación de los protocolos de riesgo en mi área es efectiva y adecuada.	76
Figura 15. He recibido formación específica en gestión de riesgos en los últimos dos años.	77
Figura 16. La capacitación en gestión de riesgos ha sido suficiente para fortalecer mis competencias en la identificación y mitigación de riesgos.....	77
Figura 17. La falta de capacitación en gestión de riesgos afecta la seguridad del paciente y la eficiencia hospitalaria.....	78

Figura 18. Las herramientas tecnológicas disponibles en mi área son suficientes para gestionar los riesgos de manera eficiente.....	78
Figura 19. La falta de integración tecnológica dificulta la comunicación y el monitoreo de riesgos dentro del hospital.	79
Figura 20. La implementación de nuevas herramientas tecnológicas mejoraría la identificación y control de riesgos.	80
Figura 21. En el hospital existe una cultura organizacional que fomenta la gestión de riesgos en todos los niveles del personal.	80
Figura 22. Existen barreras que dificultan la adopción de una cultura de gestión de riesgos efectiva en la institución.	81
Figura 23. Se implementan estrategias adecuadas para fortalecer una cultura hospitalaria orientada a la prevención y gestión de riesgos.....	82
Figura 24. Tipo de riesgo	100
Figura 25. Riesgos según probabilidad.....	101
Figura 26. Riesgos según impacto.....	102
Figura 27. Nivel de riesgo	103
Figura 28. Mapa de riesgos	104

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Estudios previos.....	22
Tabla 2. Relación de fuentes primarias con objetivos.....	60
Tabla 3. Relación de fuentes secundarias con objetivos	61
Tabla 4. Matriz de operacionalización de variables para análisis del entorno externo.....	63
Tabla 5. Matriz PESTEL. Entorno político.....	65
Tabla 6. Matriz PESTEL. Entorno económico.....	66
Tabla 7. Matriz PESTEL. Entorno social.....	67
Tabla 8. Matriz PESTEL. Entorno tecnológico	68
Tabla 9. Matriz PESTEL. Entorno ecológico.....	69
Tabla 10. Matriz PESTEL. Entorno legal	69
Tabla 11. Matriz de operacionalización de variables para análisis del entorno interno.....	71
Tabla 12. Participantes y áreas para análisis del entorno interno.....	72
Tabla 13. Clasificación de Riesgos en el Hospital San Bernabé.....	83
Tabla 14. Matriz de riesgos.....	86
Tabla 15. Matriz de riesgos para evaluación	87
Tabla 16. Matriz de riesgos.....	89
Tabla 17. Plan de acción	108
Tabla 18. Formato acta de socialización.....	115
Tabla 19. Formato de circular interna	116
Tabla 20. Formato Informe de Resultados de la Consulta.....	117
Tabla 21. Cronograma General de Implementación del Plan de Acción.....	120
Tabla 22. Matriz de Indicadores de Seguimiento y Control – Hospital San Bernabé	126
Tabla 23. Ejemplo de ficha de evaluación de riesgos	136

INTRODUCCIÓN

El diseño de un sistema de gestión de riesgos organizacionales es fundamental para garantizar la estabilidad y sostenibilidad de cualquier entidad pública o privada, especialmente en el sector de la salud, en el que impera la necesidad de diseñar un sistema eficiente, capaz de atender a las dinámicas y necesidades de un entorno tan complejo como el hospitalario. En ese sentido, el Hospital San Bernabé, ubicado en el municipio de Bugalagrande, Valle del Cauca, se evidencian múltiples desafíos derivados de los riesgos clínicos, operacionales, financieros y tecnológicos, los cuales requieren de un manejo adecuado para poder minimizar su impacto en la operación diaria y en la calidad de los servicios prestados.

La Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas (2018), publicada por el Departamento Administrativo de la Función Pública, establece un marco metodológico para la gestión de riesgos en entidades del sector público, incluyendo instituciones hospitalarias como el Hospital San Bernabé. Según esta guía, la administración de riesgos implica la identificación, valoración y control de aquellos eventos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos organizacionales, abordando tanto riesgos operativos como estratégicos, y facilitando un enfoque preventivo en la toma de decisiones (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2018) .

El presente proyecto, tiene como objetivo principal diseñar un sistema de gestión de riesgos organizacionales para el Hospital San Bernabé, en el municipio de Bugalagrande, Valle del Cauca, pues se espera que este sistema permita identificar y evaluar los principales riesgos a los que se enfrenta la institución, proponiéndose controles efectivos que aseguren la continuidad de sus operaciones, el cumplimiento normativo y la sostenibilidad financiera. Es claro, que, a través de la implementación de esta propuesta, se busca optimizar los procesos internos del hospital, reducir la exposición a demandas y mejorar la capacidad de respuesta ante eventos críticos, todo bajo el marco de los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y en coherencia con el modelo de las tres líneas de defensa, los cuales promueven una gestión integral del riesgo (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2018).

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El Hospital San Bernabé, ubicado en el municipio de Bugalagrande, Valle del Cauca, es una empresa social del estado que presta los servicios de salud hospitalarios y ambulatorios. Como en la mayoría de las instituciones hospitalarias del país, dicho hospital enfrenta múltiples retos derivados de la complejidad del entorno hospitalario y del cumplimiento de normativas de calidad y seguridad exigidas por las entidades reguladoras. Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2018) “las características de los afiliados, los riesgos operativos de las EPS y los prestadores, las fallas de mercado en salud y los riesgos financieros entre otros afectan el riesgo en salud y la probabilidad de no obtener los resultados esperados” (p. 23). No obstante, uno de los principales desafíos que enfrenta la entidad de salud está relacionado con la gestión integral de los riesgos organizacionales, que abarcan desde riesgos clínicos hasta financieros y tecnológicos.

En lo que respecta a nivel nacional, la administración de riesgos en entidades públicas es un aspecto clave en la gestión institucional. Según la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas (2018), la gestión de riesgos debe ser un proceso integral que permita identificar, evaluar y mitigar los riesgos que pueden impactar el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la entidad. Esta guía establece que, para una adecuada gestión del riesgo, es indispensable contar con sistemas centralizados y estandarizados que faciliten el seguimiento y control de los riesgos en todas las áreas de la organización, lo cual no se evidencia en la gestión actual del Hospital San Bernabé.

En un mismo orden de ideas, es evidente que la falta de un sistema unificado para la gestión de riesgos, ha hecho que el hospital dependa de matrices de riesgo gestionadas de manera independiente por cada área, lo que limita la capacidad de realizar un monitoreo efectivo y de implementar controles que aborden los riesgos de forma proactiva. Igualmente, la ausencia de un sistema digital que integre las diferentes áreas ha ralentizado los procesos de respuesta y ha impedido una toma de decisiones ágil y fundamentada en información consolidada.

Por otro lado, la implementación de sistemas de gestión de riesgos organizacionales en el ámbito hospitalario se ha convertido en una necesidad imperante en el contexto actual, donde las instituciones de salud deben garantizar la calidad y seguridad de los servicios que prestan. Según Holguín Capera (2022) “la integración de los SGR en un SIGR para las IPS debe contribuir a la toma de decisiones en los

diferentes niveles de la organización desde lo estratégico hasta lo operativo, de tal manera que las decisiones que se tomen estén orientadas a la consecución de los objetivos...” (p. 119). En este sentido, el Hospital San Bernabé enfrenta el reto de adaptarse a las exigencias modernas de gestión, desarrollando un sistema que no solo centralice la información de riesgos, sino que permita a los directivos tomar decisiones basadas en datos confiables y actualizados.

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El principal problema que presenta el Hospital San Bernabé es la deficiente gestión de riesgos debido a la no estructuración y centralización de los procesos, lo que genera vulnerabilidad en áreas críticas. En ese sentido, existe un aumento considerable de vulnerabilidad operativa y financiera del hospital, lo que conlleva a otros efectos indirectos como: el incremento de demandas judiciales en área clínica, dificultad para cumplir con las obligaciones presupuestarias y la falta de control sobre los riesgos financieros, afectando la estabilidad económica. Igualmente, se evidencia una deficiencia en la capacidad de respuesta y control sobre los riesgos críticos, careciéndose de protocolos de emergencia eficientes, presentándose retrasos en la toma de decisiones ante situaciones de crisis y mostrándose una ineficiencia en la implementación de controles que mitiguen los riesgos clínicos.

Consecuentes con el planteamiento del problema y según el “Árbol de Problemas” presentado en la figura 1, el Hospital San Bernabé se enfrenta a tres causas principales: primero, la falta de centralización en el sistema de gestión de riesgos, por cuenta de una matriz de riesgos que ha sido implementada en Excel de manera independiente por cada área y la falta de un sistema automatizado que integre todos los procesos del hospital; segundo, las políticas de gestión de riesgos desactualizadas y de difícil acceso, pues estas no han sido actualizadas y mucho menos implementadas adecuadamente en todas las áreas, del mismo modo, se evidencia la falta de protocolos formales para manejar riesgos críticos; tercero y última causa, el personal posee una formación insuficiente en gestión de riesgos, pues las capacitaciones son muy generales y poco especializadas en la gestión de riesgos, sumado a lo anterior, es evidente la falta de comprensión profunda por parte de los líderes de proceso sobre cómo gestionar los riesgos.

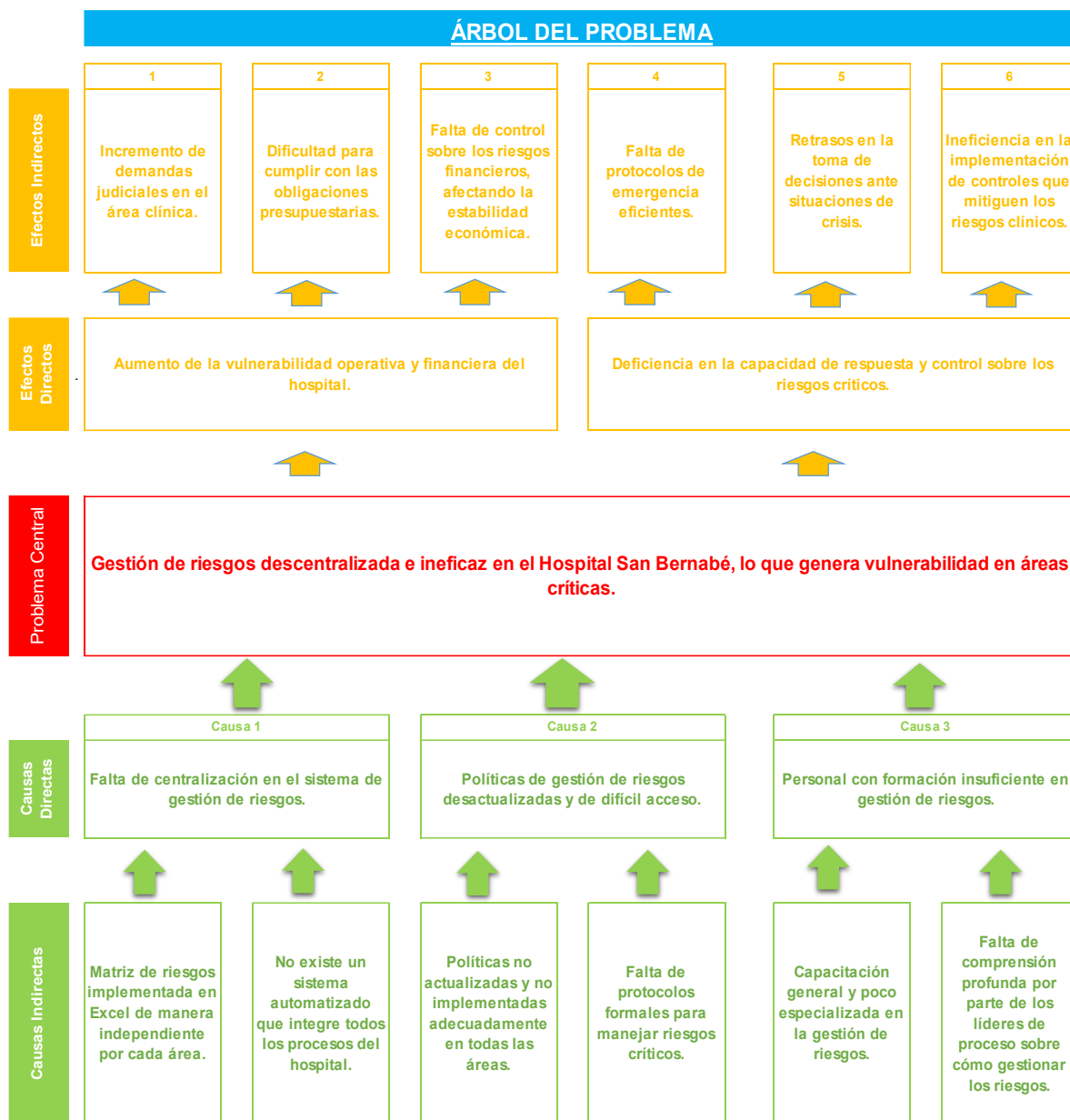


Figura 1 "Árbol de Problemas" (Elaboración propia, 2024)

La descripción específica del problema planteado para este caso, demuestra que, si no se toman medidas pertinentes a tiempo para poder corregir la situación actual, muy seguramente el Hospital San Bernabé continuará operando bajo un entorno de alto riesgo y vulnerabilidad, previendo consecuencias negativas como las que ya se han identificado. Además, el incremento de las demandas judiciales podría aumentar de manera significativa, impactando de manera negativa la reputación del hospital y comprometiendo la confianza de los pacientes. Igualmente, es evidente

que la falta de control sobre los riesgos financieros y las dificultades para cumplir con las obligaciones presupuestarias podría llevar a una crisis financiera, poniéndose en riesgo la prestación del servicio hospitalario a la comunidad del municipio de Bugalagrande. Sumado a lo anterior, se tiene que la ineficiencia en la implementación de controles pertenecientes a los riesgos clínicos y la falta de protocolos de emergencia podrían resultar en situaciones bastante complejas y críticas mal gestionadas, lo que daría como resultado un aumento en los indicadores de incidentes adversos y pondría en peligro la seguridad de los pacientes y el personal. Por consiguiente, este panorama conllevaría a una pérdida sustancial de recursos, reputación y calidad en la prestación de los servicios de salud, amenazando la sostenibilidad misma del hospital.

Lo anterior, obliga al hospital a tener que tomar acciones preventivas y eficientes que encaminen la situación hacia un futuro más seguro, haciéndose necesario la implementación de un sistema centralizado y automatizado de gestión de riesgos capaz de integrar todas las áreas del hospital, permitiéndose una identificación, evaluación y mitigación eficiente de los riesgos. En ese sentido, el presente proyecto propone como objetivo principal el diseño de un sistema de gestión de riesgos organizacionales que permita superar las limitaciones actuales. Dicho sistema, tendrá la capacidad de centralizar la información y mejorar sustancialmente el seguimiento de los riesgos, asegurando que todas y cada una de las áreas del hospital operen bajo un marco de control unificado. Además, tendrá que realizarse una actualización de las políticas de gestión de riesgos y la capacitación especializada del personal, permitiendo que los líderes de proceso comprendan y manejen los riesgos de manera más eficaz, optimizando la capacidad de respuesta ante situaciones críticas. En última instancia, este proyecto busca reducir la vulnerabilidad operativa y financiera del hospital, mejorar la calidad del servicio prestado y garantizar la seguridad de los pacientes y del personal.

1.2.1 Formulación del problema.

¿Cuáles son las estrategias necesarias para diseñar un sistema de gestión de riesgos que permita al hospital San Bernabé prevenir y controlar los riesgos organizacionales que afectan su operación y calidad de servicios?

1.2.2 Sistematización del problema.

- ¿Cuáles son los principales riesgos organizacionales que afectan las operaciones y la calidad de atención en el Hospital San Bernabé?

- ¿Qué acciones deben establecer en el plan de implementación para fortalecer la gestión de riesgos en el Hospital San Bernabé?
- ¿Qué indicadores son adecuados para evaluar la efectividad del sistema de gestión de riesgos y garantizar su mejora continua?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general.

Diseñar un sistema de gestión de riesgos organizacionales para el Hospital San Bernabé de Bugalagrande – Valle del Cauca.

1.3.2 Objetivos específicos.

1. Identificar los principales riesgos organizacionales que enfrenta el Hospital San Bernabé, categorizar su impacto en las operaciones y la calidad de atención.
2. Realizar un plan de acción que integre la actualización del marco normativo, el diseño de un sistema automatizado y un programa de capacitación especializado para fortalecer la gestión de riesgos en el Hospital San Bernabé.
3. Establecer indicadores de seguimiento y control para evaluar la efectividad del sistema de gestión de riesgos implementado, garantizando una mejora continua en la gestión de la seguridad y calidad de los servicios de salud.

1.4 JUSTIFICACIÓN

1.4.1 Justificación teórica.

En lo que corresponde a la justificación teórica, el diseño de un sistema de gestión de riesgos para el Hospital San Bernabé amerita un análisis detallado de las teorías que se fundamentan en la administración de riesgo organizacional, especialmente en el ámbito hospitalario, en donde se vuelve esencial prevenir eventos adversos relacionados con la calidad de los servicios de salud y la seguridad del paciente. En ese mismo sentido, la norma ISO 31000:2018, dicta los lineamientos pertenecientes a la administración de la gestión del riesgo, los cuales deben ser tratados como un proceso estructurado e integral, capaz de identificar, analizar y mitigar los riesgos en todas las áreas de la organización. Lo anterior, se alinea de manera congruente con los diferentes estudios y antecedentes analizados, en los que las recomendaciones señalan que un sistema eficiente de gestión del riesgo, no solo reduce la ocurrencia de eventos adversos, sino que también mejora la toma de decisiones y asegura el cumplimiento de las normativas legales y de calidad exigida por las entidades u organismos de control (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; Galán Bermúdez & Aponte Rangel, 2019). En últimas, este enfoque teórico permite reforzar la importancia de integrar en el Hospital San Bernabé, la gestión del riesgo con los demás sistemas de calidad y gobernanza corporativa, tal cual lo sugiere el modelo de las tres líneas de defensa, ampliamente utilizado en el sector de la salud.

1.4.2 Justificación práctica.

Otro punto es el nivel práctico, en donde con claridad se evidencia que el Hospital San Bernabé enfrenta diferentes desafíos relacionados con su gestión de riesgos, dada la falta de un sistema centralizado que tenga la capacidad de monitorear y controlar de manera eficiente todos los riesgos dentro las diferentes áreas. Por consiguiente, en la actualidad toda la gestión del riesgo se realiza de una manera fragmentada, incrementando de manera considerable la vulnerabilidad de la institución frente a los eventos clínicos, financieros y tecnológicos. En ese sentido, la implementación de un sistema integral de riesgos basado en los estándares y lineamientos internacionales como la ISO 31000, permitiría al hospital poder identificar y mitigar estos riesgos de manera más efectiva y oportuna, reduciendo la exposición de demandas judiciales y optimizando la operación diaria. Igualmente, la cultura organizacional también se ve comprometida en la medida en que un sistema de este tipo fomenta la prevención y mejora la capacidad de respuesta del hospital frente a situaciones críticas (Rodríguez Cuenca et al., 2023; Holguín Capera, 2022).

1.4.3 Justificación metodológica.

Por otro lado, la justificación metodológica implica que el proyecto se oriente bajo la necesidad de adoptar un enfoque sistemático para la identificación, análisis y mitigación de los riesgos en el ámbito hospitalario. Por consiguiente, este enfoque debe seguir de manera objetiva los lineamientos consagrados en la norma ISO 31000, que propone una estructura clara con respecto a la gestión de riesgos en el sector salud, y los lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, que establece un marco metodológico para la gestión de riesgos en entidades del sector público, incluyendo instituciones hospitalarias como el Hospital San Bernabé. En ese sentido, centralizar la información y permitir el acceso a datos en tiempo real, se convierte en una gran oportunidad para poder implementar políticas y controles más eficientes, capaces de atender a las necesidades y problemáticas del área. Además, de que podrá facilitar la capacitación continua e idónea del personal, promoviéndose una gestión proactiva y basada en datos verificables y confiables (Galán Bermúdez & Aponte Rangel, 2019; Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

1.4.4. Justificación personal.

Desde una perspectiva personal, este proyecto se convierte en una motivación social que va más allá del requisito exigido por la universidad, pues representa la oportunidad de poder contribuir de manera significativa en la mejora organizacional de una institución clave para el municipio. Además, el poderse diseñar un sistema de gestión de riesgos no solo mejorará la calidad de los servicios, sino también la calidad de vida de los usuarios y del personal de trabajo, permitiéndonos hacer uso de los conocimientos adquiridos en el programa de Administración de Empresas, para generar un impacto positivo tanto en la institución como en la carrera profesional. En últimas, este trabajo busca aportar un valor real al Hospital San Bernabé al proponer soluciones concretas que mejoren la sostenibilidad operativa y financiera de la institución, garantizando la seguridad y satisfacción de los pacientes y del personal.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 ESTADO DEL ARTE

El siguiente estado del arte tiene como propósito principal inventariar y sistematizar la producción de contenido con respecto al tema de desarrollo de un sistema estructurado para identificar, evaluar, gestionar y mitigar los riesgos dentro del hospital tanto en un contexto nacional como internacional, con el fin de compilar las diferentes metodologías empleadas, conclusiones y recomendaciones propuestas.

Inicialmente, se tiene a Carreño (2011), con el proyecto “Diseño e implementación del sistema de gestión de riesgos profesionales en la IPS de la Universidad Santo Tomás”, en donde se realizó un enfoque descriptivo y aplicado, basado en la identificación de riesgos y el diseño de procedimientos seguros. En cuanto a los resultados, permitieron mejorar el ambiente laboral en la IPS, minimizar accidentes y cumplir con los requisitos legales y normativos en materia de riesgos profesionales.

Seguido, se tiene a Sylvia Gabriela Martínez Verdezoto (2012), en su trabajo "Sistema de Gestión de Riesgos para la Prevención de Accidentes Laborales en el Hospital IESS de Ambato", presenta una investigación exploratoria y descriptiva, utilizando la entrevista como técnica principal de recolección de información. Además, la investigación se enfocó en la identificación de los riesgos laborales y el diseño de un sistema de gestión para su mitigación. Dejando como conclusión, la destacada importancia de implementar medidas preventivas para reducir los accidentes laborales y mejorar las condiciones de trabajo en el hospital, proponiéndose también un plan de contingencia para emergencias.

Con un propósito muy similar, Rubio y Soto (2013) desarrollaron el proyecto “Diseño de un sistema de gestión del riesgo en una IPS hospitalaria de primer nivel”, investigación de carácter descriptivo y documental. La metodología incluyó el análisis de normatividad hospitalaria y procedimientos, con el fin de diseñar un sistema de gestión de riesgos que permitiera mejorar la eficiencia y la implicación de los trabajadores. Por consiguiente, se destaca que el sistema propuesto logró mejorar los indicadores de calidad y la gestión interna en las instituciones evaluadas, contribuyendo a una mejor administración del riesgo operativo.

Por otra parte, se tiene a Guerra Manjarrés (2013) con el proyecto de investigación “Propuesta para el diseño de una metodología para la gestión del riesgo en la ESE Hospital Santa Clara considerando como apoyo la Norma NTC ISO 31000”. Esta investigación hizo uso de una metodología descriptiva y documental y se basó en la revisión de los riesgos inherentes a los procesos misionales del hospital. Dentro de sus conclusiones, se resalta la necesidad de adoptar una metodología estructurada

para la gestión de riesgos, especialmente en los servicios de cirugía y hemodinamia, lo que contribuye a mejorar la eficiencia en la atención médica.

Avanzando, se encuentra Ayala Medrano (2017) quien desarrolló la investigación titulada "Sistema de gestión de seguridad de información para mejorar el proceso de gestión del riesgo en un hospital nacional, 2017". Se pudo identificar una investigación de tipo aplicado, en el que se utilizó un diseño pre-experimental y aplicó una ficha de observación a los activos críticos de información en el proceso de gestión del riesgo. Finalmente, los resultados indicaron que la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI) mejora significativamente el proceso de gestión del riesgo en el Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz", reduciendo el nivel de riesgo y aumentando los controles aplicados.

Posteriormente, Christian Balbino Valencia Gamboa y Paula Juliana Mancera Galeano (2019) desarrollaron el proyecto de grado titulado "Gestión de riesgo asociado al uso de los dispositivos médicos en el Hospital Universitario del Valle Evaristo García", una investigación de tipo descriptivo y documental. Se aplicó la metodología para el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE), con el propósito de identificar y priorizar los riesgos relacionados con el uso de dispositivos médicos, realizando entrevistas al personal del hospital. Las conclusiones resaltan la importancia de implementar barreras de control para minimizar los riesgos y proponen un plan de capacitación para el personal médico y asistencial.

Arboleda Cuéllar (2020) desarrolló la investigación "Diseño de un sistema de gestión de riesgos con enfoque en la Norma Técnica Colombiana ISO 31000 versión 2018 para la empresa Transportadora La Prensa del Valle SAS". La metodología empleada fue descriptiva y se centró en la creación de una matriz de riesgos, la cual permite evaluar y controlar los riesgos inherentes y residuales de los procesos de la empresa, incrementando su competitividad en el sector de transporte terrestre.

Por otro lado, Irlenys Alexandra Perea Murillo (2020), presenta la tesis titulada "Gestión del riesgo en el área de urgencias del Hospital Eduardo Santos de Istmina-Chocó", en la que se llevó a cabo una investigación descriptiva de campo, empleándose encuestas y una matriz de riesgos para evaluar la situación del área de urgencias. Como resultado, identificó riesgos significativos y propuso un plan de mejoramiento continuo enfocado en la disminución de riesgos y accidentes laborales. Además, la autora destacó la necesidad de fortalecer las medidas de control en el hospital, particularmente en el área de urgencias, con el fin de prevenir enfermedades ocupacionales.

Lizbeth Gómez Samaniego (2020) presentó la "Propuesta de modelo de gestión de riesgos para mejorar el nivel de calidad del proceso de atención al paciente en el área de emergencia de un hospital en Lima". Esta investigación fue de tipo

descriptiva y como propuesta utilizó encuestas y observación directa para analizar el proceso de atención al paciente. En ese sentido, los resultados confirmaron una deficiencia en la gestión de riesgos, lo que motivó la propuesta de un modelo basado en la norma ISO 31000:2018. La autora concluye con que la implementación de dicho modelo mejoraría significativamente la calidad del servicio en emergencias y reduciría los riesgos para pacientes y personales.

En una misma línea investigativa, se tiene a Tesen Torres (2021) con el proyecto llamado "Sistema de gestión de residuos sólidos hospitalarios y su relación con los riesgos de accidentes laborales en el personal de limpieza del Hospital Nacional Arzobispo Loayza - Lima 2019", investigación de carácter aplicada, en el que se utilizó la observación y comprobación con una muestra de 60 colaboradores del hospital. Así mismo, en lo que respecta a las conclusiones de esta investigación se destaca que el sistema de gestión de residuos sólidos se encuentra en un nivel regular (91,7%) y que, a su vez, existe una relación positiva media entre el sistema de gestión de residuos sólidos hospitalarios y los principios básicos de bioseguridad del personal de limpieza. Por último, el autor propone, desarrollar capacitaciones y evaluaciones del manejo de residuos hospitalarios para mejorar y reducir los accidentes laborales.

Daniela Álvarez Álvarez (2021) elaboró el proyecto "Diseño del programa de gestión de riesgo y actualización del programa institucional de tecnovigilancia de la Clínica Palmira acorde a la normativa vigente", una investigación descriptiva y de campo. Se empleó la metodología AMFE en dispositivos médicos de alta complejidad, realizando entrevistas y análisis con el personal técnico de la clínica. Se concluyó con un plan de mejora para el programa de tecnovigilancia enfocado en aumentar la seguridad del paciente y la gestión de riesgos.

En este mismo año, Kevin Steven Garcés Galeano y Angie Natalia Molina Cabal (2021) presentaron el proyecto "Elaboración de un programa de gestión de riesgo relacionado al uso de equipos biomédicos en las áreas de hospitalización e imagenología del Hospital Universitario del Valle Evaristo García", un estudio descriptivo y cualitativo. La investigación utilizó la metodología AMFE para evaluar 11 equipos biomédicos seleccionados y priorizar fallas en el uso de los dispositivos. El estudio destacó la importancia de la capacitación del personal en la aplicación de esta metodología para reducir los riesgos asociados a la tecnología biomédica.

Al año posterior, Guzmán et al. (2022) realizó el proyecto denominado "Diseño e implementación del plan de gestión de riesgos para el laboratorio clínico Inmunolab ECG SAS", una investigación de tipo descriptiva y cualitativa. En dicha investigación, se utilizó una matriz de riesgos, se identificaron y priorizaron los riesgos en las diferentes fases del laboratorio, logrando reducir los riesgos en la fase preanalítica y aumentando la calidad del servicio y la seguridad de los pacientes.

Por último, se destaca la intervención y el compromiso del personal, los cuales fueron fundamentales para el éxito del programa.

Por otro lado, Vásquez Bazán (2022) presentó el estudio "Diseño de un sistema de gestión de riesgos ocupacionales en el personal de enfermería de la central de esterilización del Hospital Regional Lambayeque - 2021", una investigación que hizo uso de la metodología cuantitativa, transversal y descriptiva-propositiva, aplicando encuestas a 36 personas (entre ellos 8 enfermeras y 28 técnicos de enfermería) y utilizando un cuestionario validado por 8 expertos. En conclusiones, se determina que existen altos riesgos ocupacionales relacionados con la exposición a sangre y fluidos corporales (69%), sustancias químicas (78%) y posiciones repetitivas (75%), entre otras. Además, la gestión de riesgos ocupacionales se calificó como inadecuada en un 21% (riesgo alto) y 18% (riesgo medio).

El último y más reciente estudio, es el realizado por Santofimio Ruales (2023) quien presentó el proyecto titulado "Diseño de modelo para la gestión en riesgo, basado en la Norma ISO 31000:2018 enfocado en el contexto de una pequeña empresa comercial de Cali", definiendo metodológicamente un estudio descriptivo con un enfoque mixto. Este trabajo incluyó una prueba piloto en una comercializadora de prendas de vestir, donde se identifican los principales riesgos asociados a las operaciones comerciales, permitiendo la elaboración de un modelo de gestión que mejora la competitividad de la empresa mediante la identificación y mitigación de riesgos.

En la **tabla 1** se relacionan los autores y año, título de investigación, metodología, resultados y URL de ubicación de cada una de las investigaciones.

Tabla 1.
Estudios previos

Autores y Año	Titulo	Metodología	Resultados
José Luis Carreño González, 2011.	Diseño e implementación del sistema de gestión de riesgos profesionales en la IPS de la Universidad Santo Tomás.	Tipo de investigación: Descriptiva, aplicada. Método: Se diseñó e implementó un sistema de gestión de riesgos mediante la identificación y evaluación de riesgos en la IPS. Técnicas: Identificación de riesgos y desarrollo de procedimientos específicos en función de la normativa de riesgos profesionales.	Se logró minimizar los riesgos laborales en la IPS, generando un entorno seguro para los empleados. Se implementó un sistema de gestión de riesgos que cumple con los requisitos legales y normativos colombianos. Hubo una reducción de accidentes y enfermedades profesionales en la IPS. El sistema fue bien aceptado por la dirección y el personal, lo que facilitó su implementación.
Sylvia Gabriela Martínez Verdezoto, 2012.	Sistema de Gestión de Riesgos para la Prevención de Accidentes Laborales en el Hospital IESS de Ambato	Tipo de investigación: Exploratoria y Descriptiva. Método: Se utilizó la entrevista como instrumento de recolección de información a los empleados del hospital. Técnicas: Investigación de campo con entrevistas realizadas a los empleados del hospital.	Se identificaron los principales riesgos laborales en el hospital. Se desarrolló un sistema de gestión de riesgos que mejora las condiciones laborales. La investigación concluyó que la implementación de medidas de prevención disminuye los accidentes y mejora el bienestar de los trabajadores. Se propuso un plan de contingencia para emergencias laborales.

Tabla 2.
(Continuación)

Autores y Año	Titulo	Metodología	Resultados
Diego Antonio Rubio Bohórquez y Carolina Soto Guzmán, 2013.	Diseño de un sistema de gestión del riesgo en una IPS hospitalaria de primer nivel"	Tipo de investigación: Descriptiva y documental. Método: Se utilizó una metodología para diseñar un sistema de gestión de riesgos aplicable a una IPS de primer nivel. Técnicas: Análisis de normatividad y procedimientos hospitalarios aplicados a través de estudios de casos y análisis documental.	Se desarrolló un modelo de gestión del riesgo aplicable a instituciones hospitalarias de primer nivel. El modelo ayuda a mejorar la eficiencia en la prevención y manejo de riesgos. Se logró una mayor implicación de los trabajadores en el proceso de gestión de riesgos. Se mejoraron los indicadores de calidad en la IPS seleccionada.
Rafael José Guerra Manjarrés, 2013	Propuesta para el diseño de una metodología para la gestión del riesgo en la ESE Hospital Santa Clara considerando como apoyo la Norma NTC ISO 31000.	Tipo de investigación: Descriptiva y documental. Método: Se realizó una revisión documental de la norma NTC ISO 31000 y entrevistas a líderes de procesos. Técnicas: Análisis de procesos misionales mediante mapas de riesgos y entrevistas estructuradas.	La metodología existente no era estructurada ni documentada, lo que afectaba la gestión de riesgos. Se identificó que la cancelación de cirugías se debía a fallas en la infraestructura y organización. La propuesta incluye un diseño metodológico para gestionar riesgos en los procesos misionales y administrativos del hospital. El nuevo enfoque mejora la identificación, evaluación y mitigación de los riesgos hospitalarios.

Tabla 2.
(Continuación)

Autores y Año	Título	Metodología	Resultados
Christian Balbino Valencia Gamboa y Paula Juliana Mancera Galeano, 2019.	Gestión de riesgo asociado al uso de los dispositivos médicos en el Hospital Universitario del Valle Evaristo García	Tipo de investigación: Descriptiva y documental. Método: Se utilizó la metodología AMFE aplicada a dispositivos médicos seleccionados a partir de entrevistas con el personal del Hospital. Técnicas: Análisis de riesgo y entrevistas realizadas al personal médico y técnico durante la pasantía.	La investigación concluyó que la implementación de la metodología AMFE permitió identificar y priorizar los riesgos asociados al uso de dispositivos médicos. Se propusieron barreras de control y medidas preventivas que contribuyeron a la mitigación de los riesgos. El plan de capacitación orientado mejoró la conciencia sobre la importancia de la tecnovigilancia, incrementando el reporte de incidentes adversos. Los resultados también mostraron una mayor adhesión a los protocolos de seguridad dentro del hospital.
Cristian Fernando Arboleda Cuéllar, 2020	Diseño de un sistema de gestión de riesgos con enfoque en la Norma Técnica Colombiana ISO 31000 versión 2018 para la empresa Transportadora La Prensa del Valle SAS, ubicada en la ciudad de Yumbo.	Tipo de investigación: Descriptiva y documental.X Método: Diagnóstico y evaluación de riesgos en la empresa Transportadora La Prensa del Valle SAS. Técnicas: Matrices de riesgo, entrevistas y análisis de procesos.	Se diseñó una matriz de riesgos que permite evaluar tanto los riesgos perjudiciales como los residuales de la empresa. Los principales riesgos identificados se relacionan con el transporte de carga y las condiciones operativas. Se mejoró la gestión de riesgos mediante la implementación de un sistema de controles específicos para cada proceso. La empresa aumentó su competitividad tras mejorar la eficiencia en la gestión de sus riesgos operativos.

Tabla 2.
(Continuación)

Autores y Año	Titulo	Metodología	Resultados
Irlenys Alexandra Perea Murillo, 2020.	Gestión del riesgo en el área de urgencias del Hospital Eduardo Santos de Istmina-Chocó	Tipo de investigación: Descriptiva y de campo. Método: Evaluación mediante encuesta y matriz de riesgos aplicados a trabajadores del área de urgencias. Técnicas: Encuestas realizadas a los trabajadores del hospital y análisis de riesgos conforme a la resolución 0312 de 2019.	Se identificaron peligros laborales significativos en el área de urgencias. Se propuso un plan de mejoramiento continuo para disminuir riesgos y accidentes. Se destacó la necesidad de una mejor gestión del riesgo en el hospital, especialmente en urgencias. Se recomienda fortalecer las medidas de control y prevención para evitar enfermedades laborales.
Lizbeth Gómez Samaniego, 2020.	Propuesta de modelo de gestión de riesgos para mejorar el nivel de calidad del proceso de atención al paciente en el área de emergencia de un hospital, Lima-2020	Tipo de investigación: Descriptiva y de propuesta. Método: Encuestas y observación directa del proceso de atención. Técnicas: Análisis de riesgos y encuestas aplicadas a trabajadores y pacientes del área de emergencia.	Se identificó una deficiente gestión de riesgos en el proceso de atención al paciente en emergencias. La investigación propuso un modelo de gestión de riesgos basado en la norma ISO 31000:2018. Se confirmará la hipótesis de que una mejora en la gestión de riesgos incrementa la calidad del servicio. Se destacó la necesidad de implementar prácticas ágiles de gestión para mitigar los riesgos en el área.

Tabla 2.
(Continuación)

Autores y Año	Título	Metodología	Resultados
Miguel Ángel Ayala Medrano, 2017.	Sistema de gestión de seguridad de información para mejorar el proceso de gestión del riesgo en un hospital nacional, 2017.	Tipo de investigación: Aplicada. Método: Pre-experimental. Técnicas: Ficha de Observación aplicada a los activos críticos de información en el proceso de gestión del riesgo.	Implementación del SGSI mejora el proceso de gestión del riesgo en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”. La metodología SGSI influyó positivamente en la reducción del nivel de riesgo y en el aumento de controles aplicados.
Christian Rainier Tesen Torres, 2021.	Sistema de gestión de residuos sólidos hospitalarios y su relación con los riesgos de accidentes laborales en el personal de limpieza del Hospital Nacional Arzobispo Loayza - Lima 2019.	Tipo de investigación: Aplicativa. Método: Observación y comprobación con una muestra de 60 colaboradores del hospital. Técnicas: Análisis no experimental, correlacional.	El sistema de gestión de residuos sólidos se encuentra en un nivel regular (91,7%). Existe una relación positiva media entre el sistema de gestión de residuos sólidos hospitalarios y los principios básicos de bioseguridad del personal de limpieza. Se propone desarrollar capacitaciones y evaluaciones del manejo de residuos hospitalarios para mejorar y reducir los accidentes laborales.

Tabla 2.
(Continuación)

Autores y Año	Titulo	Metodología	Resultados
Daniela Álvarez Álvarez, 2021.	Diseño del programa de gestión de riesgo y actualización del programa institucional de tecnovigilancia de la Clínica Palmira acorde a la normativa vigente	Tipo de investigación: Descriptiva y de campo. Método: Se aplicó la metodología de gestión de riesgos utilizando el análisis AMFE en equipos biomédicos seleccionados de la Clínica Palmira. Técnicas: Revisión documental, análisis de criticidad y entrevistas con el personal biomédico durante la pasantía.	El diagnóstico inicial reveló debilidades en la documentación y gestión del programa institucional de tecnovigilancia. La implementación de mejoras a través de la metodología AMFE permitió priorizar los riesgos de los dispositivos médicos y desarrollar un plan de acción enfocado en mejorar la seguridad del paciente. Se evidencia un incremento en el reporte de incidentes adversos y una mejora significativa en la capacitación del personal médico y técnico. La actualización del programa de tecnovigilancia logró optimizar la gestión de riesgos, fortaleciendo la cultura de seguridad dentro de la clínica.
Kevin Steven Garcés Galeano y Angie Natalia Molina Cabal, 2021.	Elaboración de un programa de gestión de riesgo relacionado al uso de equipos biomédicos en las áreas de hospitalización e imagenología del Hospital Universitario del Valle Evaristo García	Tipo de investigación: Descriptiva y cualitativa. Método: Uso del AMFE en 11 dispositivos biomédicos en áreas específicas (hospitalización e imagenología). Técnicas: Aplicación de la metodología AMFE y entrevistas con el personal de hospitalización e imagenología.	El proyecto identificó y priorizó fallas potenciales en 11, utilizando la metodología AMFE. La capacitación del personal en la metodología AMFE fue efectiva, logrando un mayor nivel de comprensión y aplicación de las barreras de seguridad propuestas. Los resultados reflejan una reducción en el número de incidentes adversos al mal funcionamiento de los equipos biomédicos en las áreas evaluadas.

Tabla 2.
(Continuación)

Autores y Año	Título	Metodología	Resultados
Laura Paola Guzmán Torres, Nelson Fabián Muñoz Suescun, Juan Guillermo Barrantes Vera, Ivonne Nathaly Hurtado Triana, 2022	Diseño e implementación del plan de gestión de riesgos para el laboratorio clínico Inmunolab ECG SAS	Tipo de investigación: Descriptiva, cualitativa. Método: Se aplicó una matriz de riesgos identificando, evaluando, y midiendo probabilidades e impactos. Técnicas: Aplicación de encuestas y análisis cualitativo del personal involucrado en la operación del laboratorio clínico.	Se identificaron los principales riesgos en la fase preanalítica con un alto porcentaje de ocurrencia. Se implementó un programa para mitigar los riesgos en todas las fases del proceso. El compromiso del personal resultó fundamental para el éxito del programa de gestión de riesgos. Se logró una mejora significativa en la calidad del servicio del laboratorio y en la seguridad de los pacientes.
Denys Lizeth Vázquez Bazán, 2022.	Diseño de un sistema de gestión de riesgos ocupacionales en el personal de enfermería de la central de esterilización del Hospital Regional Lambayeque - 2021.	Tipo de investigación: Cuantitativa, transversal y descriptiva-propositiva. Método: Encuesta aplicada a 36 personas (8 enfermeras y 28 técnicos de enfermería). Técnicas: Cuestionario validado por 8 expertos en central de esterilización, confiabilidad determinada por Alfa de Cronbach (0,942).	Riesgos ocupacionales altos: exposición a sangre y fluidos corporales (69%), sustancias químicas (78%), posiciones repetitivas (75%), entre otros. La gestión de riesgos ocupacionales se calificó como inadecuada en un 21% (riesgo alto) y 18% (riesgo medio).

Tabla 2.
(Continuación)

Autores y Año	Titulo	Metodología	Resultados
Hernán Darío Santofimio Ruales, 2023	Diseño de modelo para la gestión en riesgo, basado en la Norma ISO 31000:2018 enfocado en el contexto de una pequeña empresa comercial de Cali.	Tipo de investigación: Descriptiva con enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo). Método: Se realizó una prueba piloto en una comercializadora de prendas de vestir. Técnicas: Entrevistas, revisión documental, observación participantes y cuestionarios.	Se identifican 12 riesgos asociados a la empresa, con una clasificación de 1 bajo, 7 moderados y 4 altos. Los riesgos más relevantes están relacionados con la obsolescencia de inventarios y demoras en procesos de abastecimiento. Se propuso un modelo de gestión de riesgos para mitigar los efectos negativos en los indicadores de desempeño. El modelo incluyó políticas y lineamientos de acción para implementar controles en las operaciones.

2.2 MARCO TEÓRICO

A continuación, se refieren las teorías y modelos relevantes en gestión del riesgo, control administrativo y proceso administrativo para abordar el tema “diseño de un sistema de gestión de riesgos organizacionales para el hospital San Bernabé”.

2.2.1 Norma ISO 31000

En principio, la Norma ISO 31000 es conocida como un estándar internacional, en la cual se establecen los principios y lineamientos necesarios para la gestión del riesgo en organizaciones de todo tipo, incluidas también las instituciones prestadoras de servicios de salud como el Hospital San Bernabé. Además, cumple con el propósito principal de ayudar a las organizaciones a gestionar de manera eficiente cada uno de los riesgos a los que pueden verse enfrentadas, mejorándose la capacidad de estas alcanzar sus objetivos y a su vez, crear valor. La norma fue publicada para el año 2018, basándose principalmente en los principios que integran la gestión de riesgos en todos los niveles organizacionales, lo que implica la gobernanza, el liderazgo y hasta la operación diaria, proporcionando un amplio marco de referencia para comprender y responder a los riesgos de manera efectiva y adaptada al contexto de las entidades, instituciones u organizaciones (ISO,2018).

Avanzando en el razonamiento lógico, y tomando el contexto hospitalario, bien se sabe que la operación diaria está constantemente expuesta a muchos riesgos complejos relacionados con la seguridad del paciente, así como la integridad del personal y la calidad del servicio, y es aquí donde la ISO 31000 se convierte en un recurso esencial. Por consiguiente, este enfoque les da la oportunidad a las instituciones de salud de poder identificar, evaluar y mitigar de manera continua, aquellos riesgos a los que se ven enfrentadas, considerándose en el proceso, factores internos y externos que afectan de manera directa o indirecta los servicios de salud. Un ejemplo muy claro de ello, está relacionado con el riesgo que existe en las instituciones de salud por cuenta de infecciones nosocomiales, que pueden ser minimizadas a través de protocolos rigurosos de higiene y desinfección, implementados conforme los lineamientos de la ISO 31000. Por último, la norma de alguna manera obliga e insta a la alta dirección a liderar el proceso de gestión de riesgos y asegurar que todos los niveles de la organización participen en esta práctica.

2.2.1.1 Estructura de la Norma y Principios Fundamentales

La Norma ISO 31000 plantea de manera estructural tres pilares de carácter fundamental, los cuales son: principios, marco de referencia y procesos de gestión de riesgos.

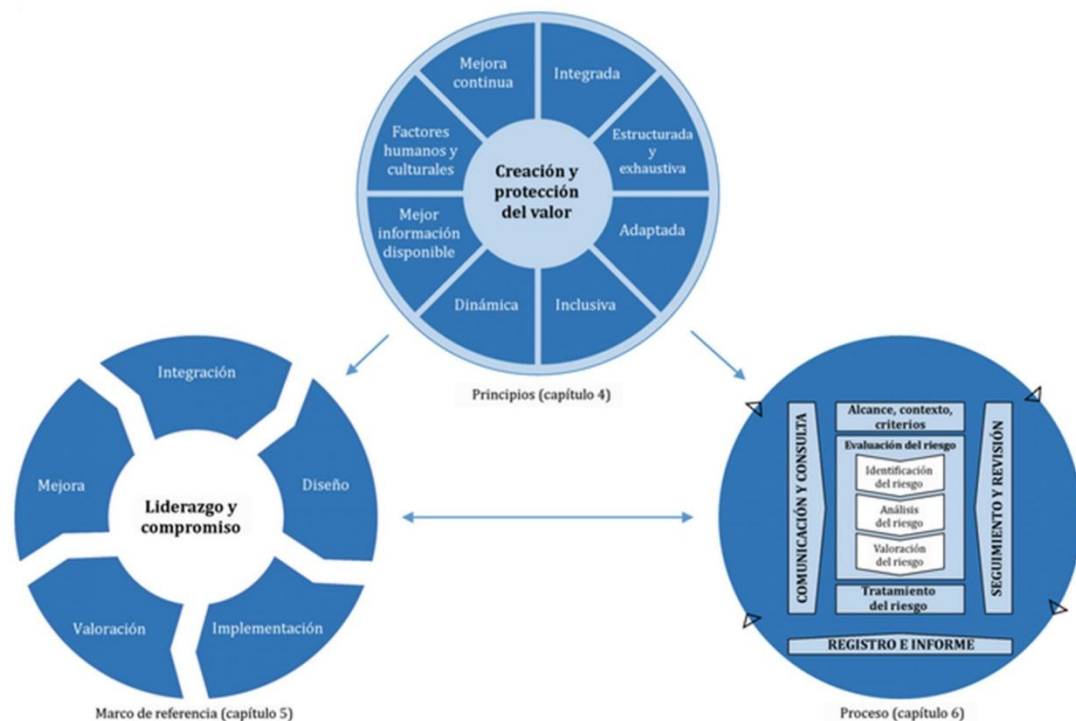


Figura 2. Principios, marco de referencia y proceso. (ISO,2018).

En ese orden de ideas, **los principios** resultan ser la base de la gestión de riesgos efectiva, por lo que entre ellos se destacan la integración del riesgo en todas y cada una de las actividades de la organización, seguido de la estructura y exclusividad del enfoque, así como la adaptación al contexto interno y externo de la organización, debe ser inclusiva, dinámica, con disponibilidad de la información, destacando los factores humanos y culturales. Estos principios ayudan a asegurar que el sistema sea robusto y adaptable a los cambios del entorno organizacional y a las necesidades específicas del hospital.

Por otro lado, se tiene el **marco de referencia** y en el cual se establece cómo es que la organización debe diseñar, implementar y evaluar la gestión de riesgos, promoviendo siempre la mejora continua, de manera que dicho marco le permitiría a un hospital, poder adaptar la gestión de riesgos a los procedimientos médicos, administrativos y de emergencia, considerando las especificidades de los pacientes, el personal y la infraestructura hospitalaria. Entonces, un diseño adecuado del marco de referencia permitiría a un hospital asignar responsabilidades claras para poder tratar los riesgos, de manera que cada departamento de este entienda su rol en la mitigación de estos (ISO,2018).

Otro punto está relacionado con el **proceso en la gestión de riesgos**, que descrito por la ISO 31000, incluye varias etapas claves como: identificación, evaluación, tratamiento, monitoreo y revisión de riesgos. Además, este resulta ser un proceso bastante iterativo, en el que las organizaciones deben adaptarlo y revisarlo constantemente o de manera periódica. En un ámbito como el hospitalario, este ciclo permite que se pueda identificar aquellos riesgos nuevos, como los que se derivan de las tecnologías emergentes o cambios en los protocolos de salud, y su integración en los planos de respuesta hospitalaria.

2.2.1.2 Implementación en el Hospital San Bernabé

Bajo la mirada de la ISO 31000, el hospital San Bernabé debe implementar dicha norma, incluyendo una serie de etapas: primero, el hospital debe comprender su contexto interno y externo de manera que pueda definir aquellos criterios de riesgo, considerando la probabilidad de eventos y su posible impacto en la operación; En segundo lugar, una vez el hospital ha podido definir sus criterios, debe proceder a la identificación de riesgos, catalogando las posibles amenazas que podrían afectar la atención de los pacientes, el bienestar del personal, o los recursos del hospital (ISO,2018).

Luego, se debe realizar un análisis exhaustivo y una evaluación de los riesgos, con el objetivo de poder priorizar aquellos que necesitan una mayor atención o una atención inmediata. Es decir, que el hospital podría considerar la posibilidad de optar por invertir en tecnología de desinfección y a su vez, capacitar al personal en mejores prácticas de higiene.

2.2.1.2 Beneficios de la Norma ISO 31000

Otro punto, es poder reconocer la importancia que tiene la ISO 31000 y como la implementación de esta beneficiaría al Hospital San Bernabé. En principio, la norma permitiría al hospital reducir la probabilidad de eventos adversos y responder con mayor rapidez y eficacia. Sin embargo, véase a continuación de manera más clara los beneficios:

- **Mejora en la seguridad de los pacientes y del personal:** Al minimizar los riesgos operacionales y clínicos, la norma reduce la ocurrencia de incidentes, garantizando así un entorno más seguro para todos.
- **Optimización de recursos:** Con una gestión de riesgos efectiva, el hospital puede asignar sus recursos de manera más eficiente, reduciendo costos derivados de errores o fallas operativas.

- **Cumplimiento normativo:** La implementación de esta norma ayuda al hospital a cumplir con los requisitos regulatorios y de auditoría en el ámbito de la salud.

2.2.2 Modelo COSO ERM (Enterprise Risk Management)

En cuanto a la gestión del riesgo, el Modelo COSO ERM resulta ser una guía fundamental para la gestión de riesgos empresariales, puesto que integra los riesgos a los objetivos estratégicos de una organización. Por consiguiente, este modelo promovido por el Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO), describe al riesgo no únicamente como una amenaza, sino que, por el contrario, lo define también como una oportunidad que puede añadir valor si se gestiona de la manera correcta (COSO,2018), eso quiere decir, que es un enfoque útil dentro del contexto hospitalario, donde bien se conoce la exposición a riesgos impacta tanto en la operación diaria como en la seguridad de los pacientes y el personal.

2.2.2.1 Componentes del Modelo COSO ERM

El Modelo Coso ha definido su estructura en base a cinco componentes clave, cada uno respaldado por principios específicos que guían su aplicación en el contexto organizacional:



Figura 3. Marco de gestión del riesgo empresarial de COSO. (COSO, 2018)

A. Gobierno y Cultura

Desde este componente, se busca principalmente crear una cultura organizacional capaz de promover la gestión de riesgos, al mismo tiempo que la gobernanza se encarga de establecer la estructura en la que se toman las decisiones y se gestionan los riesgos, mientras que la cultura define los valores y comportamientos que afectan cómo el personal responde a estos riesgos.

Este componente está respaldado por los siguientes 4 principios:

- **Ejercer la supervisión del riesgo:** La alta dirección debe demostrar su compromiso con la gestión de riesgos, estableciendo políticas y asignando roles para la supervisión continua.
- **Establecer los valores éticos:** La ética organizacional y los valores deben ser claros y promovidos en todos los niveles, asegurando que las acciones estén alineadas con los principios organizacionales.
- **Asegurar las competencias:** La organización debe contar con el personal adecuado y capacitado para gestionar riesgos de manera efectiva, desde los equipos operativos hasta los líderes.
- **Promover la cultura de gestión de riesgos:** La cultura debe fomentar una actitud proactiva hacia la gestión de riesgos, donde todos en la organización entiendan la importancia de identificar y tratar los riesgos.

Ahora, acercando dicho componente al caso del Hospital San Bernabé, es posible evidenciar que dichos principios se traducen en una estructura clara y precisa en la que tanto el médico personal como el administrativo conocen y cumplen con protocolos de seguridad, promoviéndose constantemente una cultura en la que los riesgos son abordados de manera oportuna y eficiente.

B. Estrategia y Establecimiento de Objetivos

En cuanto a este componente, es claro que los riesgos deben estar constantemente alineados con la estrategia y los objetivos de la organización, asegurándose de que se contemplen tanto las amenazas con las oportunidades de los riesgos potenciales.

La estrategia y el establecimiento de objetivos, se encuentra amparado por los siguientes principios:

- **Considerar el riesgo en la estrategia:** La gestión de riesgos debe ser un elemento clave al definir la estrategia organizacional, evaluando cómo los riesgos pueden afectar el logro de los objetivos estratégicos.

- **Establecer objetivos empresariales alineados con el riesgo:** Los objetivos de la organización deben reflejar su capacidad de aceptar riesgos y estar alineados con la estrategia global.
- **Definir el apetito y la tolerancia al riesgo:** La organización debe establecer claramente el nivel de riesgo que está dispuesta a asumir y comunicarlo para orientar las decisiones.

En cuanto al Hospital San Bernabé, este componente es clave dado que le permite poder definir sus objetivos estratégicos (mejorar la calidad de atención y reducir los tiempos de espera), teniendo en cuenta los riesgos asociados, lo que, a su vez, le permite establecer un umbral de tolerancia que guíe la toma de decisiones y el tratamiento de riesgos.

C. Desempeño

El desempeño según COSO EMR (2018) es un componente que logra abordar la identificación, evaluación y respuesta relacionada con los riesgos en función de su impacto y probabilidad, eso quiere decir, que a través de este se puede priorizar aquellos riesgos que podrían afectar la estrategia organizacional y diseñar una respuesta adecuada.

En cuanto a los principios del componente de desempeño, se tiene:

- **Identificar los riesgos:** La organización debe utilizar metodologías específicas para identificar riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos. Estas metodologías incluyen análisis DAFO, consultas con partes interesadas y estudios de tendencias.
- **Evaluar la gravedad de los riesgos:** Cada riesgo debe ser evaluado en términos de probabilidad e impacto, priorizando aquellos que representan una amenaza mayor.
- **Priorizar los riesgos:** Los recursos deben asignarse de acuerdo con la criticidad de cada riesgo, asegurando que los riesgos de alto impacto reciban una respuesta adecuada.
- **Implementar respuestas al riesgo:** La organización debe responder a los riesgos mediante acciones específicas, como evitarlos, reducirlos, transferirlos o aceptarlos, dependiendo de su evaluación y del apetito de riesgo.

- **Desarrollar una visión de riesgo de portafolio:** Los riesgos deben analizarse no solo de forma individual, sino también en su relación con otros riesgos, evaluando su posible impacto acumulativo en los objetivos estratégicos.

Finalmente, con este componente, el hospital San Bernabé, tiene la oportunidad de poder evaluar y clasificar los riesgos operaciones, tales como las posibles fallas en los equipos médicos críticos, y también le permitiría, desarrollar respuestas efectivas como la implementación de mantenimientos regulares y capacitar al personal en el manejo de emergencias.

D. Revisión y Monitoreo

Seguir y monitorear la efectividad de las estrategias de gestión de riesgos implementadas por la organización es un componente fundamental, ya que permite ajustar las políticas y procedimientos de gestión de riesgo en respuesta a aquellos cambios que se den en el contexto interno o externo de la misma.

En lo que corresponde a los principios que fundamentan el componente de revisión y monitoreo, se puede encontrar:

- **Revisión continua del desempeño de riesgos:** La organización debe monitorear y revisar periódicamente la efectividad de sus respuestas al riesgo y de las políticas implementadas.
- **Evaluación de cambios y de la adaptación a estos:** Los cambios en el contexto, como innovaciones tecnológicas o nuevos marcos regulatorios, deben ser monitoreados para actualizar los controles de riesgos en consecuencia.
- **Mejorar continuamente:** Basándose en la experiencia y los resultados, el modelo COSO ERM impulsa una mejora constante de la gestión de riesgos, ajustando los procesos y prácticas en función de nuevas lecciones aprendidas.

En el caso del Hospital San Bernabé, dicho componente resultaría bastante útil en la medida en que se generen las auditorías regulares, la revisión de incidentes de seguridad y ajustes de los protocolos de manejo de riesgos. En últimas, este componente permitiría asegurando que las estrategias se mantengan relevantes y efectivas en cada una de las circunstancias.

E. Información, Comunicación y Reporte

Siendo este componente uno de los más importantes en el Modelo COSO ERM, se espera que las organizaciones tengan una comunicación efectiva, lo cual es muy importante para la gestión del riesgo, puesto que permite que todos y cada uno de los niveles de la organización comprendan de manera asertiva y actúen en base a la función de los riesgos y respuestas planificadas. Lo anterior, se traduce en transparencia y la disponibilidad de información relevante y precisa sobre los riesgos y las medidas de control.

En ese mismo orden de ideas, el componente contempla los siguientes principios:

- **Utilizar información relevante y de calidad:** La organización debe asegurarse de que la información utilizada para la gestión de riesgos sea precisa, adecuada y esté basada en fuentes confiables.
- **Comunicar internamente la información sobre riesgos:** Todos los miembros de la organización deben estar informados sobre los riesgos, las políticas de respuesta y las responsabilidades individuales y colectivas.
- **Reportar de manera efectiva a las partes interesadas:** La organización debe comunicar a los interesados externos, como reguladores o la comunidad, la información clave sobre sus prácticas de gestión de riesgos y los resultados obtenidos.

El Hospital San Bernabé, ha presentado bastantes dificultades con respecto a este componente, por lo que resultaría bastante útil poder contemplarlo dentro de sus procesos de gestión del riesgo, en vista que el componente implica que los médicos, el personal de enfermería y el equipo administrativo estén informados sobre los riesgos relevantes y los procedimientos de respuesta, fomentándose una respuesta coordinada en las situaciones más difíciles o de crisis. Además, permite reportar a las entidades reguladoras sobre las prácticas de gestión de riesgos y el cumplimiento de normativas.

En conclusión, el modelo COSO ERM, se convierte en una herramienta muy útil para el Hospital San Bernabé, ya que no solo se limita a mitigar los riesgos, sino que por el contrario integra la gestión de riesgos en la estrategia y operación diaria de la organización, promoviendo una cultura de prevención. y mejora continua.

2.2.3 Norma ISO 9001: Sistemas de Gestión de la Calidad y el Ciclo PHVA

La Norma ISO 9001 es un estándar internacional orientado hacia los sistemas de gestión de calidad, cuyo propósito es poder asegurar que las organizaciones puedan proporcionar productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y las reglamentaciones aplicables. Por tanto, la ISO 9001 no solo establece un marco basado en procesos, sino que también se apoya en el ciclo PHVA (Planificar-

Hacer-Verificar-Actuar), buscando promover la mejora continua y el enfoque en la satisfacción del cliente (INCONTEC, 2015). La implementación de la norma ISO 9001, permite que las organizaciones estructuren sus procesos internos en aras de poder alcanzar consistencia y calidad, lográndose un mayor control en las operaciones y minimizándose los riesgos de errores o disminuyendo las inconformidades en la entrega del producto o los servicios ofrecidos.

2.2.3.1 Principios

En lo que corresponde a los principios de la Normas ISO 9001, es claro que se orientan hacia la gestión de la calidad, estos son: enfoque al cliente, liderazgo, compromiso de las personas, enfoque a procesos, mejora continua, toma de decisiones basada en evidencias y gestión de relaciones (ISO, 2015). Dichos principios, ayudan a las organizaciones en cuanto que les permite enfocarse en la eficiencia y en la adaptación a los cambios de contexto y de mercado, especialmente en el sector de la salud, donde la calidad en la gestión impacta directamente en el bienestar de los pacientes.

Para el caso puntual del Hospital San Bernabé, estos principios podrían aportar de manera significativa en el proceso de gestión administrativo del riesgo, en vista de que sería esencial para garantizar que los servicios médicos se ajusten a los estándares de calidad y seguridad, promoviéndose una cultura de mejora continua en todos los niveles organizacionales y fomentando la confianza entre pacientes y médico personal.

2.2.3.2 Enfoque a Procesos

La Norma ISO 9001, concibe los procesos como un sistema, capaz de contribuir de manera significativa en el logro de los resultados, por lo que un sistema de gestión de calidad, un proceso incluye todas las actividades interrelacionadas que transforman entradas en salidas, orientándose siempre hacia la satisfacción del cliente (INCONTEC, 2015). Este enfoque les permite a las organizaciones gestionar de manera eficiente y coherente sus actividades, asegurando que cada proceso se diseñe para añadir valor y cumplir con los objetivos de calidad establecidos.

En un mismo sentido, este enfoque le permite al Hospital San Bernabé, comprender las interacciones entre los diferentes procesos asistenciales y administrativos que se lleven a cabo. Además, puede facilitar la detección de oportunidades de mejor y optimización, promoviéndose un desempeño eficiente en cada una de las áreas del hospital. Entonces, ahondando en el sistema de gestión de calidad, el enfoque de procesos se implementa en conjunto con el ciclo PHVA, asegurando que cada uno de los procesos no solo se ejecuten de manera satisfactoria y adecuada, sino que también se supervisan, controlan y mejoran de manera continua.

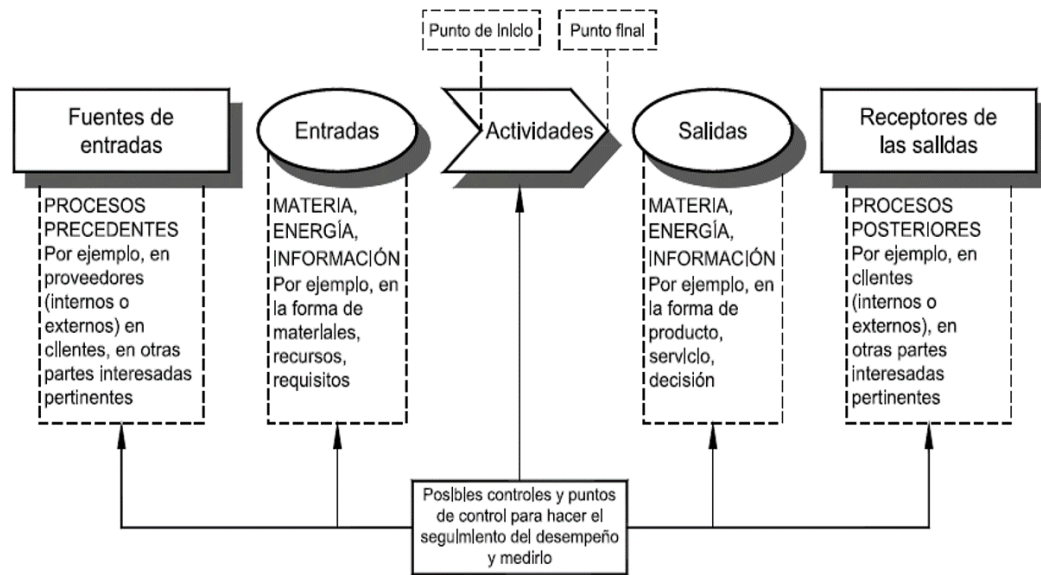


Figura 4. Ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar. (ICONTEC, 2015).

2.2.3.3 El Ciclo PHVA en la Norma ISO 9001

La norma ISO 9001 define el ciclo PHVA (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar) como la base de la gestión de calidad, en cuanto a que se considera una metodología de mejora continua. Lo anterior, permite deducir entonces que su aplicación garantiza que cada uno de los procesos no solo se implementen adecuadamente, sino que también se monitoreen y se optimicen de manera constante (ICONTEC, 2015).

A continuación, se presenta el ciclo PHVA y un acercamiento general de sus términos:

- **Planificar (P):** En esta fase, la organización establece objetivos y recursos, identificando y analizando los riesgos y oportunidades que podrían afectar la conformidad del servicio. En el contexto hospitalario, esto implica diseñar protocolos de atención que minimicen el riesgo de errores médicos y aseguren el cumplimiento de las normas de seguridad.
- **Hacer (H):** Se refiere a la implementación de los procesos planificados. En el hospital, esta etapa puede incluir la capacitación del personal en prácticas seguras y la aplicación de procedimientos estandarizados en todas las áreas de atención.
- **Verificar (V):** Consiste en monitorear y medir los procesos y resultados en relación con los objetivos y políticas de calidad establecidas. Esto se traduce

en auditorías internas, evaluaciones de desempeño y recopilación de datos sobre la satisfacción del paciente.

- **Actuar (A):** Con base en los hallazgos de la fase de Verificación, la organización toma acciones correctivas o de mejora para optimizar el sistema de gestión de la calidad y asegurar una respuesta proactiva a cualquier desviación observada.

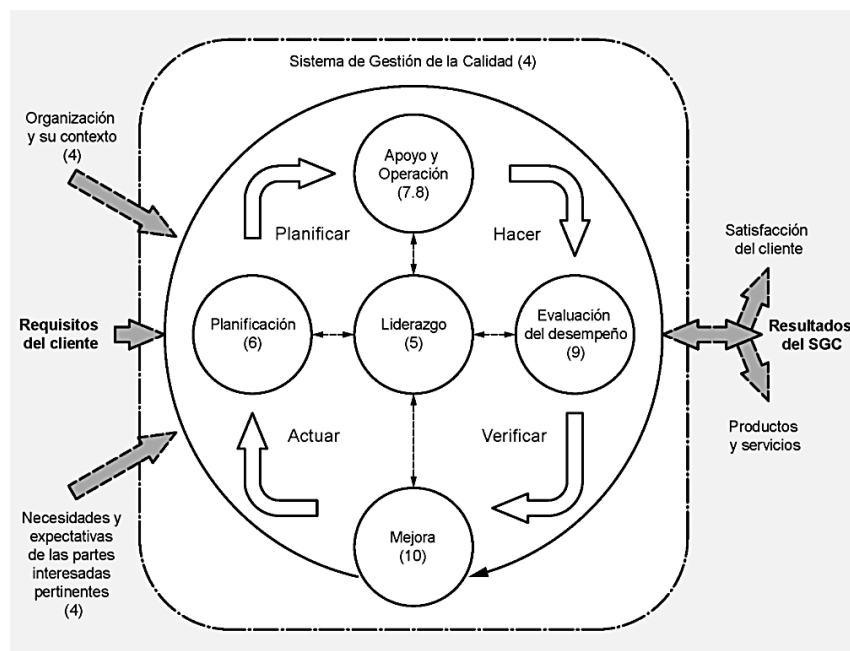


Figura 5. Representación de la estructura de esta Norma Internacional con el ciclo PHVA. (ICONTEC, 2015).

2.2.3.4 Importancia de la Norma ISO 9001, el Enfoque a Procesos y el Ciclo PHVA

En lo que respecta a la implementación de la Normas ISO 90001, el enfoque a procesos y el ciclo PHVA Hospital San Bernabé, es claro que responde de manera oportuna a la necesidad latente de estructurar y centralizar los procesos de gestión de riesgo y calidad. Este marco, permite realizar unas aproximaciones hacia el cumplimiento consistente de los requisitos de la calidad y la normatividad, brindando una atención de salud segura y eficiente. Igualmente, dicha norma puede proporcionar una base metodológica para abordar los problemas identificados en el diagnóstico del proyecto, tales como la falta de centralización en la gestión de riesgos y la fragmentación en los procesos.

2.2.4 Modelo de las Tres Líneas de Defensa

En lo que corresponde al Modelo de las Tres Líneas de Defensa, bien se conoce que es un marco ampliamente utilizado por las organizaciones que requieren una

gestión de riesgos y control eficiente, pues básicamente su objetivo es poder definir roles y responsabilidades muy específicas dentro de la organización, haciendo mucho más fácil la coordinación y asegurando que cada una de las áreas cumplan su función sin reprocesos, sobreesfuerzos o dejando brechas en el control (The Institute Of Internal Auditors, 2020). Además, este es un modelo que se estructura en tres niveles de defensa, cada uno con un rol único en la administración de riesgos y en la protección de los intereses de la organización. Lo anterior, promueve una estructura amplia para poder gestionar los riesgos de manera efectiva y objetiva, respondiendo especialmente a la complejidad y diversidad de los entornos modernamente cambiantes, con es el caso del sector de la salud en el cual opera el Hospital San Bernabé.

2.2.4.1 Fundamentos del Modelo

Como se mencionaba anteriormente, este modelo establece tres líneas o niveles de defensa para el manejo de los riesgos y controles, las cuales son:

- **Primera Línea de Defensa: Gestión Operativa**

En lo que corresponde a esta primera línea, se evidencia que está compuesta por las gerencias operativas y aquellos responsables directores de los procesos, quienes son los encargados de gestionar los riesgos en su operación diaria y tienen la responsabilidad de implementar controles internos y políticas operativas, adaptándolas a las metas organizacionales. Por ejemplo, abordando la línea en un contexto hospitalario, los responsables de las áreas de atención médica, serían quienes deben identificar, evaluar y mitigar riesgos específicos que estén relacionados con la seguridad y la calidad de servicio ofrecido a los usuarios o pacientes.

- **Segunda Línea de Defensa: Funciones de Gestión de Riesgos y Cumplimiento**

Esta segunda línea está compuesta por las funciones de supervisión y apoyo, tales como cumplimiento, control interno y gestión de riesgos. En ese sentido, son estas áreas las que deben ayudar a las unidades operativas en la identificación de riesgos y en la implementación de políticas y controles adecuados. Por consiguiente, en un caso real como el del Hospital San Bernabé, esta línea puede incluir al equipo de calidad y al área de cumplimiento normativo, dado que son los encargados de monitorizar el cumplimiento de las regulaciones del sector salud y asegurar que cada uno de los procesos del hospital cuenten con los estándares internos y externos (IIA, 2020, pág.4).

- **Tercera Línea de Defensa: Auditoría Interna**

La última y no menos importante línea de defensa, hace referencia a la auditoría interna, y está relacionada con la evaluación independiente sobre la efectividad de los sistemas de control y gestión de riesgos aplicados en toda la organización. Sin embargo, a diferencia de las dos primeras líneas de defensa, la auditoría interna tiene la capacidad de operar con un alto grado de independencia, reportando directamente a los organismos de gobierno corporativo o alta dirección. Por último, en este nivel, ya es posible verificar como están operando la primera y la segunda línea, en relación a los objetivos de la organización y si están cumpliendo con las normativas establecidas (IIA, 2020, p. 5).



Figura 6. El modelo de las tres líneas de defensa. (IIA, 2020)

2.2.4.2 Importancia del Modelo en la Gestión de Riesgos Hospitalarios

Bajo este análisis documental y teórico, entonces es posible argumentar que el Modelo de las Tres Líneas de Defensa es esencial para entornos hospitalarios, en la medida que permite una clara separación de responsabilidades en la gestión de riesgos. Es decir, que cada línea contribuye a la integridad y eficacia de los controles internos, y a la par, ayuda a prevenir falos y a reducir riesgos críticos en la atención de salud, como los relacionados con la seguridad del paciente y la protección de la información clínica. Así mismo, dicho modelo puede facilitar la detección temprana de riesgos operativos, de cumplimiento y de gobernanza, permitiendo al hospital implementar medidas preventivas y de mejora continua.

2.2.4.3 Ventajas de Implementar las Tres Líneas de Defensa

En últimas, la oportunidad que tiene el Hospital San Bernabé de adoptar este modelo, le permitiría beneficiarse de:

- **Claridad en Roles y Responsabilidades:** Cada línea tiene funciones bien definidas, evitando confusiones y garantizando una respuesta rápida ante cualquier incidente de riesgo.
- **Eficiencia y Eficacia en la Gestión de Riesgos:** La coordinación entre las tres líneas minimiza la duplicación de esfuerzos y optimiza los recursos disponibles para la gestión de riesgos.
- **Mejora en la Calidad del Servicio:** La claridad y estructura aportadas por este modelo fortalecen la calidad en la atención al paciente, dado que se aseguran controles eficaces en cada nivel.

2.2.5 Norma ISO 45001 (Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo)

Otro punto relevante para el desarrollo de este marco teórico, está relacionado con el estándar internacional de la Norma ISO 45001, en la cual se establecen los requisitos para implementar un sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SST), el fiel objetivo de poder crear en las organizaciones, condiciones laborales seguras y saludables, en las que se prevenga lesiones y enfermedades, así como también se pueda mejorar continuamente el desempeño en SST (ISO,2018). En ese sentido, este marco brinda una estructura sistemática que permite a las organizaciones poder gestionar los riesgos y oportunidades relacionadas con la SST, a la vez que cumple de manera eficiente todos y cada uno de los requisitos legales y normativos aplicables, adaptándose a los desafíos específicos del sector en el que operan.

2.2.5.1 Fundamentos y objetivos de la Norma ISO 45001

La ISO 45001 al igual que la ISO 9001, basa sus fundamentos en el ciclo PHVA (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar), en el que se promueve la mejora continua de los procesos de gestión de la SST. Por tanto, el hecho de que las organizaciones puedan implementar esta norma, les permite identificar y controlar los riesgos laborales, establecer políticas y objetivos claros de SST, así como también les permite promover una cultura de trabajo segura y saludable a todos los niveles organizativos (ISO, 2018). Para el caso puntual del Hospital San Bernabé, este estándar normativo ISO 45001, le brinda una guía bastante integral, ideal para salvaguardar la salud y la seguridad de los trabajadores en un entorno que presenta riesgos específicos inherentes al ámbito de la atención médica.

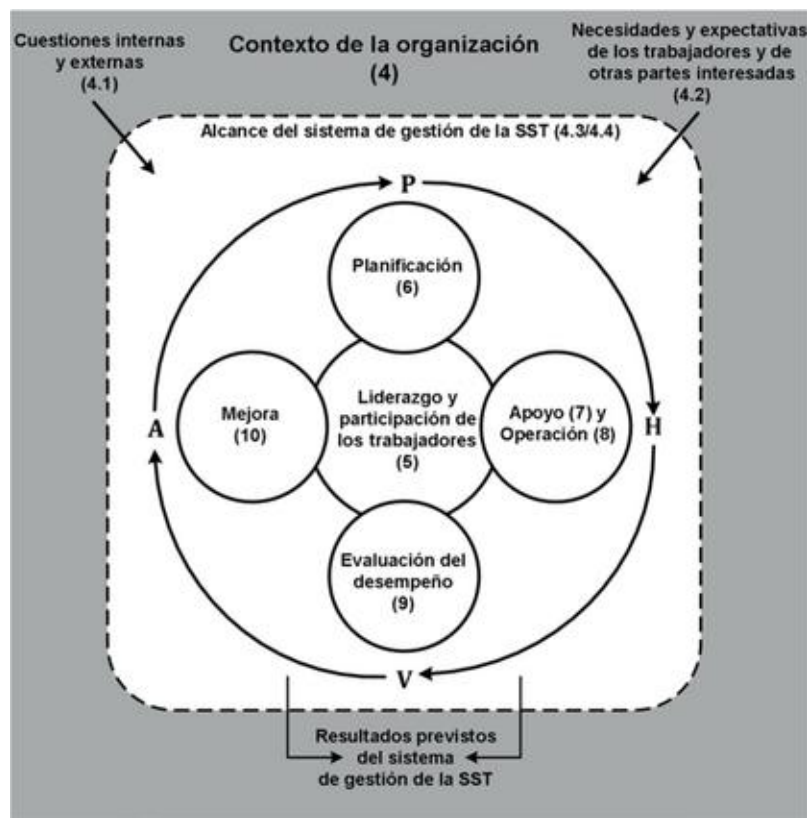


Figura 7. Relación entre el PHVA y el marco de referencia. (ISO, 2018)

2.2.5.2 Principios clave de la Norma ISO 45001

Hablar de la Norma ISO 45001, implica que se deban estudiar los siguientes principios:

A. Liderazgo y participación de los trabajadores: El estándar resalta la importancia de que se aborde los procesos desde un liderazgo comprometido que promueva a su vez, la cultura de seguridad en toda y cada una de las áreas de la organización. Así mismo, debe persistir el fomento de la participación activa de los empleados, integrándolos en el proceso de identificación de peligros y de mejora continua, por lo que este principio es clave cuando se busca identificar los riesgos específicos del entorno hospitalario (ISO, 2018, p. 11).

B. Identificación de peligros y evaluación de riesgos: En cuanto a este principio, la norma es clara al establecer los procesos de identificación y evaluación de los riesgos de manera sistemática, considerando en todo momento los factores relacionados con las condiciones de trabajo, los factores humanos y las situaciones de emergencia. Por ejemplo, para el Hospital San Bernabé, este principio implica que se deba evaluar los riesgos

biológicos, químicos y físicos, además de riesgos psicosociales que podrían afectar a los trabajadores del sector salud (ISO, 2018, p. 14).

C. Gestión del cambio: Este principio resulta ser sumamente importante en cuanto refiere que el aseguramiento de cualquier cambio en los procesos o estructuras de la organización debe tener en cuenta los posibles riesgos para la SST, empleando controles para reducirlos. De aquí, que este principio sea fundamental en el contexto hospitalarios, donde los cambios en protocolos o en la estructura de atención pueden impactar significativamente la seguridad del personal.

D. Preparación y respuesta ante emergencias: La ISO 45001 obliga en la implementación de la planificación para eventos imprevistos, en la que además se incluye la creación de planos de emergencia que preparan a la organización para responder efectivamente ante situaciones de riesgo. Para el caso del hospital, este principio implica que se establezcan protocolos de emergencia para situaciones como exposiciones a patógenos o accidentes con material biológico (ISO, 2018, p. 23).

2.2.5.3 Enfoque en la mejora continua

La ISO 45001 toma mayor relevancia, dado que uno de sus componentes más importantes está orientado hacia la mejora continua. Por consiguiente, este principio implica evaluar de manera constante el sistema de gestión de la SST para luego poder adaptarlo a cambios dentro del contexto organizacional y optimizar sus procesos. Lo anterior, conviene para el ámbito hospitalario, en cuanto a que la mejora continua permite ajustar los protocolos y controles de SST en función de la aparición de nuevos riesgos o de la evolución de los procedimientos médicos, asegurando un entorno seguro y saludable a largo plazo (ISO, 2018, p. 28).

2.2.5.4 Importancia de la Norma ISO 45001 para el Hospital San Bernabé

La oportunidad que tiene el Hospital San Bernabé de poder implementar un sistema de gestión de SST basado en la Norma ISO 45001, ofrece un amplio marco normativo para poder enfrentar los distintos riesgos laborales específicos de su contexto. Lo anterior, incluye los riesgos que existen por exposición a agentes infeccioso, uso de equipos médicos especializados y manejo de sustancias químicas, entre otros. Además, el hecho de que el Hospital pueda mejorar la seguridad del entorno de trabajo, también le permite poder disminuir la incidencia de accidentes y enfermedades laborales, mejorando la eficiencia y bienestar de sus trabajadores y, en consecuencia, la calidad de la atención brindada a los pacientes.

2.2.6 Teoría de la Gestión de Riesgos de Seguridad de la Información (ISO/IEC 27001)

En cuanto a la Norma ISO/IEC 27001, es un estándar internacional que especifica los requisitos para establecer, implementar, mantener y mejorar de forma continua un sistema de gestión de la seguridad de la información (SGSI). Así mismo, dicho sistema está diseñado para proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información mediante la gestión de riesgos (ICONTEC, 2013). En un mismo orden de ideas, esta norma puede ser aplicada a organizaciones de todos los sectores y tamaños, proporcionando un marco que ayuda a identificar los riesgos de seguridad de la información, establecer políticas y controles, y garantizar que se gestionen de manera eficaz para minimizar las amenazas.

2.2.6.1 Objetivos de la Norma ISO/IEC 27001

En lo que respecta al objetivo de la ISO/IEC 27001, se tiene que permite proteger la información frente a las amenazas, minimizando los riesgos y garantizando la continuidad de las operaciones. Sin embargo, la misma persigue otros objetivos claves como:

- **Confidencialidad:** Asegurar que la información solo sea accesible para las personas autorizadas.
- **Integridad:** Proteger la exactitud y completitud de la información y sus métodos de procesamiento.
- **Disponibilidad:** Asegurar que la información y los recursos asociados estén disponibles cuando se necesiten (ISO, 2013, p. 1).

Por consiguiente, dichos objetivos son esenciales en un contexto hospitalarios, donde la protección de los datos de pacientes y de otros recursos de información, que requieren el cumplimiento normativo y la confianza de los pacientes y el personal.

2.2.6.2 Componentes Fundamentales del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI)

En lo que corresponde a los componentes del SGSI, se tienen:

- **Contexto de la organización:** La organización *debe comprender las cuestiones internas y externas que pueden afectar su capacidad para gestionar la seguridad de la información*. Esto incluye identificar las expectativas de las partes interesadas y definir el alcance del SGSI (ICONTEC, 2013, p. 2).
- **Liderazgo y compromiso:** La alta dirección debe demostrar compromiso con el SGSI, asegurando la integración de la seguridad en todos los procesos

organizacionales. Además, es fundamental establecer una política de seguridad de la información y asignar responsabilidades para garantizar el cumplimiento de los objetivos de seguridad.

- **Planificación:** Implica identificar riesgos y oportunidades, definir objetivos de seguridad y establecer un plan para alcanzarlos. En el contexto hospitalario, los riesgos pueden incluir amenazas de ciberataques, fuga de información de pacientes y fallos en sistemas médicos electrónicos (ICONTEC, 2013, p. 4).
- **Soporte:** La norma subraya la importancia de recursos adecuados, competencias, toma de conciencia y comunicación interna para el éxito de SGSI.
- **Operación:** Incluye la planificación y el control operacional de los procesos de seguridad, asegurando que se implementen controles para mitigar los riesgos de seguridad de la información identificadas (ICONTEC, 2013, p. 8).
- **Evaluación del Desempeño:** La organización debe monitorear y evaluar regularmente el desempeño de SGSI mediante auditorías y revisiones internas para asegurar su efectividad.
- **Mejora Continua:** La norma enfatiza la mejora continua del SGSI mediante la implementación de acciones correctivas en respuesta a no conformidades y la evaluación de nuevas oportunidades de mejora.

2.2.6.3 Gestión de Riesgos de la Seguridad de la Información

La ISO/IEC 27001 introduce un enfoque integral de gestión de riesgos, que consta de tres etapas clave:

- **Valoración de Riesgos:** en cuanto a la primera etapa, se tiene que permite la identificación y valuación de los riesgos para poder determinar su probabilidad e impacto, de manera que se puedan tomar decisiones sobre la necesidad de tratamiento. Por ejemplo, para el caso puntual del Hospital San Bernabé, dicha valoración puede centrar en riesgos de acceso no autorizado, pérdida de datos sensibles de pacientes y fallos en sistemas críticos.
- **Tratamiento de Riesgos:** En esta etapa, se selecciona las medidas de control y acciones correctivas necesarias para reducir los riesgos identificados. Lo anterior, incluye la implementación de firewalls, políticas de acceso restringido y la encriptación de datos confidenciales.

- **Monitoreo y revisión:** Permite verificar la efectividad de los controles de seguridad y realizar ajustes en función de los resultados obtenidos, adaptando el SGSI a las necesidades cambiantes del hospital (ICONTEC, 2013, p. 6).

2.2.6.4 Relevancia de ISO/IEC 27001 para el Hospital San Bernabé

En definitiva, la implementación de la norma ISO/IEC 27001 en el Hospital San Bernabé, un marco efectivo para la protección de la información clínica y administrativa, aumentando la seguridad de los datos de los pacientes y cumpliendo con la normativa en salud. Además, el SGSI permite mejorar la confianza de los pacientes en la gestión de sus datos y proteger la infraestructura tecnológica del hospital frente a ciberamenazas, asegurando la disponibilidad de la información crítica para la atención médica.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Para la estructuración del marco conceptual del presente proyecto, será necesario establecer aquellos conceptos fundamentales que proveen una base sólida y justifican la necesidad de un sistema de gestión de riesgos en el Hospital San Bernabé, pues cada uno de los conceptos deben contribuir al entendimiento y la comprensión de los componentes claves para prevenir y mitigar los riesgos. A continuación, se presenta la redacción de los conceptos, con su respectiva contextualización.

2.3.1 Gestión de Riesgos Organizacionales

Según la Organización Internacional de Normalización [ISO] (2018), define la gestión de riesgos organizaciones como aquel proceso estructurado mediante el cual una organización logra identificar, evaluar y mitigar los riesgos que pueden afectar su capacidad para alcanzar cada uno de sus objetivos estratégicos y operativos. Por consiguiente, en lo que respecta a los entornos hospitalarios este proceso resulta esencial, pues la adecuada gestión de riesgos permite asegurar la continuidad en la prestación de los servicios de salud, así como también proteger la seguridad de los pacientes y del personal, optimizando a su vez, los recursos organizacionales. Por su parte, la ISO 31000 (2018) establece que la gestión de riesgos debe integrar en todo momento una serie de etapas que incluyen la identificación, evaluación, tratamiento, monitoreo y revisión de los riesgos, adaptándose a las condiciones internas y externas de la organización.

En ese mismo orden de ideas, el Hospital San Bernabé debe enfrentar sus desafíos en diversas áreas, tales como los riesgos operacionales, clínicos, financieros y tecnológicos que amenazan la sostenibilidad y calidad de los servicios ofrecidos, y para ello, será necesario la implementación de un sistema de gestión de riesgos organizacionales (ISO, 2018). En ese sentido, la gestión de riesgos permitiría al

hospital poder tomar decisiones informadas que protejan a los pacientes y al personal, además de asegurar la continuidad y estabilidad de sus operaciones.

2.3.2 Riesgo

El riesgo puede ser entendido como aquella posibilidad existente de que ocurra algún tipo de evento que tenga consecuencias adversas en el cumplimiento de los objetivos organizacionales (ISO, 2018). Para el contexto hospitalario, es cierto que los riesgos pueden llegar abarcar desde aspectos clínicos, que afectan directamente la salud y la seguridad de los pacientes, hasta riesgos financieros y operacionales que pueden impactar de manera significativa la estabilidad del hospital (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Igualmente, el riesgo es medido en función de su probabilidad de ocurrencia y el impacto potencial que este puede generar en la organización, por lo que su correcta identificación y evaluación, son elementos cruciales cuando se diseña un sistema de gestión de riesgos efectivo se trata.

2.3.3 Norma ISO 31000: Gestión del Riesgo

La Norma ISO 31000 resulta ser un estándar internacional que proporciona un marco amplio para la gestión de riesgos en cualquier tipo de organización, además de facilitar un enfoque sistémico y coherente (ISO, 2018). Dicho marco normativo busca a su vez, promover la integración de la gestión de riesgos en todos y cada uno de los niveles y áreas de la organización, asegurándose de que estos sean tratados de manera oportuna, minimizando su impacto en la consecución de los objetivos organizacionales.

Por lo tanto, la ISO 31000 establece dentro de sus fundamentos principios esenciales como el de asegurar la participación de todos los niveles organizacionales y la adaptación de la gestión de riesgos al contexto específico de cada entidad (ISO, 2018). En ese sentido y en el contexto del Hospital San Bernabé, adoptar esta norma, le permitiría poder crear un sistema centralizado de gestión de riesgos que aborde las particularidades del entorno hospitalario, es decir, desde la seguridad del paciente hasta la gestión de recursos financieros y tecnológicos.

2.3.4 Modelo de las Tres Líneas de Defensa

El Modelo de las Tres Líneas de Defensa resulta ser uno de los enfoques ampliamente utilizado en la gestión de riesgos y control, específicamente en organizaciones de alta complejidad como las hospitalarias. Lo anterior, se debe a que dicho modelo estructura la organización en tres niveles o "líneas" de defensa, en donde cada uno cumple con responsabilidades definidas en cuanto a la identificación, monitoreo y mitigación de riesgos (The Institute of Internal Auditors [IIA], 2020).

Avanzando en el razonamiento lógico, la primera línea de defensa está formada por los responsables operativos, encargados de manejar cada uno de los riesgos en su actividad diaria, la segunda línea incluye funciones de apoyo, como cumplimiento y gestión de riesgos, y la tercera línea es la auditoría interna, que brinda una evaluación independiente de la efectividad de las dos primeras líneas (IIA, 2020). Por consiguiente, en caso de que el Hospital San Bernabé, decida aplicar este modelo, le resultaría particularmente útil, en la medida en que le permitiría contar con una estructura clara y organizada en la que cada área del hospital colabora para prevenir y mitigar riesgos en diferentes niveles de operación y control.

2.3.5 ISO 45001: Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)

En lo que respecta a la Norma ISO 4500, este marco normativo establece los requisitos para un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, con el objetivo de poder crear entornos laborales mucho más seguros y saludables (ISO, 2018). En ese sentido, para un contexto como el hospitalario, esta norma es crucial en la medida en que existen altos riesgos a los que está expuesto el personal de salud, desde agentes biológicos, hasta peligros químicos y psicosociales. La aplicación de esta norma al Hospital San Bernabé, permitiría facilitar la protección de los trabajadores y a su vez, mejorar el desempeño del del hospital en términos de seguridad y salud ocupacional, contribuyendo también a la sostenibilidad de los servicios de salud que ofrece (ISO, 2018).

2.3.6 Riesgo Clínico

En lo que se refiere del riesgo clínico, este se encuentra relacionado con todos los eventos potenciales que puedan afectar la salud y seguridad del paciente dentro de una institución de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Por tanto, este riesgo puede darse por algún tipo de error médico, infecciones nosocomiales, fallos en los procedimientos o el mal funcionamiento de equipos médicos. Entonces, véase ello como una oportunidad para el Hospital San Bernabé, puesto que la gestión del riesgo clínico es una prioridad en el diseño de un sistema de gestión de riesgos, pues es bien sabido que un adecuado manejo de este riesgo asegura que el hospital pueda ofrecer servicios de calidad y reducir la incidencia de eventos adversos.

2.3.7 Cultura Organizacional y de Gestión de Riesgos

Un punto destacado dentro del marco conceptual, es el de la cultura organizacional y de gestión de riesgos, dado que son aquel conjunto de valores, actitudes, y prácticas que determinan cómo una organización enfrenta los riesgos y la seguridad. En ese sentido, en lo que se refiere al contexto hospitalario, una cultura sólida de gestión de riesgos implica que todos y cada uno de los miembros del hospital, es decir, desde la alta dirección hasta el personal de atención, deben estar comprometidos con la identificación y mitigación de riesgos para proteger la salud y seguridad de los pacientes (Holguín Capera, 2022).

En cuanto a la implementación de una cultura organizacional de gestión de riesgos en el Hospital San Bernabé, está permitiendo que todo el personal este consciente de los riesgos inherentes en sus funciones y de la importancia de adoptar medidas preventivas. Por lo tanto, el hospital deberá esforzarse por incluir capacitaciones constantes y la participación activa en la gestión de riesgos, promoviendo en todo momento una mejora continua en la calidad y seguridad de los servicios de salud.

2.4 MARCO CONTEXTUAL

Bugalagrande es un municipio del departamento del Valle del Cauca, fundado en 1621, y su evolución ha estado durante todo este tiempo, marcada por distintas actividades de carácter agrícolas y comerciales. Además, su historia ha sido marcada profundamente por su vinculación con las tradiciones culturales del Valle del Cauca, destacándose por celebraciones locales y una gastronomía característica que refleja la identidad de su población (Wallens, 1983).

En lo que corresponde a la ubicación geográfica y contexto general, el Hospital San Bernabé está ubicado en el municipio de Bugalagrande, específicamente al norte del departamento del Valle del Cauca, Colombia. Además, este municipio se encuentra delimitado por los ríos Cauca y Bugalagrande. Dicho municipio cuenta con una extensión territorial de aproximadamente 369 Km² y una densidad poblacional promedio de 58 habitantes por Km² (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2014). Por su parte, Bugalagrande cuenta con una estratégica ubicación al facilitar el acceso a otros municipios como Andalucía y Tuluá, lo cual es relevante para la atención en salud en la región (Vivas Caicedo, 2006).

Por otra parte, Bugalagrande es un municipio muy importante a nivel regional, pues es conocido como un centro agrícola e industrial, el cual se ha destacado por la presencia de la fábrica Nestlé, quien se encarga de aportar significativamente al desarrollo económico local. Sin embargo, existen otros sectores que en términos sociales enfrenta varios desafíos, tal es el caso del acceso a servicios de salud, la calidad educativa y las condiciones de vida, puestos estos resultan ser factores que afectan directamente la gestión de riesgos hospitalarios (Vivas Caicedo, 2006).

En lo que respecta a la infraestructura y la salud pública del municipio, Bugalagrande cuenta con una cobertura en salud del 92.8 %, según el Departamento Nacional de Planeación, que además cuenta con una red de atención que incluye instituciones públicas y privadas. En ese sentido, el municipio cuenta con el Hospital San Bernabé como el principal centro asistencial, y el cual es clave para garantizar los servicios básicos y especializados. Sin embargo, es evidente que este enfrenta algunas dificultades relacionadas con los recursos humanos,

tecnológicos y financieros, lo que incrementa la necesidad de un sistema eficiente de gestión de riesgos (DANE, 2014; Vivas Caicedo, 2006).

Finalmente, el contexto espacial plantea la gran necesidad de tener que implementarse un sistema de gestión de riesgos organizacionales. Lo anterior, entendiendo que este hospital opera en un municipio donde se presentan grandes desafíos estructurales relacionados con temas de salud y limitaciones económicas, este, además, beneficia tanto a la población local como a habitantes de municipios cercanos. Por consiguiente, esto subraya la importancia de garantizar la continuidad y calidad de los servicios prestados.

2.5 MARCO EMPRESARIAL

2.5.1 Breve Reseña Histórica

El Hospital San Bernabé, tiene sus raíces en el año 1770, cuando en su lugar se encontraba la iglesia de San Bernabé, la cual era llamada de ese modo en honor al santo patrono del municipio. Para el 26 de agosto de 1952, la antigua iglesia fue destruida por un incendio voraz al haberse convertido en un depósito de cartón. Años más tarde, el hospital fue construido en 1961 y oficialmente inaugurado el 22 de mayo de 1964.

Entre los años 1968 y 1970, el hospital pudo integrarse a la red de servicio departamental de salud, iniciando programas de atención primaria. Luego, en 1993, gracias a la Beneficencia del Valle, el hospital logró construir áreas de cirugía y partos, las cuales fueron inauguradas en 1996. Posterior, para el año 1997, se añadió la sala de hospitalización Rafael Arias Sarria, cuya inauguración fue celebrada con un desfile en el municipio.

El hospital ha podido ampliar su impacto a través de la gestión de residuos, programas de salud educativos y actividades de desarrollo y bienestar del personal. En el año 2008, el hospital pudo iniciar un proceso de calidad, y actualmente tiene habilitadas áreas como hospitalización, consulta externa, urgencias, diagnóstico y promoción de la salud.

Finalmente, para el año 2010 con apoyo del gobierno departamental, se inauguró una nueva sala de urgencias bajo la gerencia del Dr. Julio César Rojas Trujillo. Así mismo, el 4 de mayo de 2012, ICONTEC certificó al hospital bajo la norma ISO 9001:2008 en varios servicios de salud. Hoy en día, el Hospital San Bernabé, como institución pública de baja complejidad, sigue comprometido con la mejora de la calidad de vida de la comunidad de Bugalagrande, enfocándose en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, y brindando una atención segura y humanizada.

2.5.2 Ubicación Geográfica

El Hospital San Bernabé, se encuentra ubicado en la dirección Carrera 7 Calle 6 Esquina del Barrio San Bernabé, específicamente en municipio de Bugalgrande, Valle del Cauca, Colombia. Cabe destacar que dicha ubicación es una zona central estratégica, en cuanto a que le permite atender tanto a la población de Bugalgrande como a otras comunidades circundantes y rurales.

2.5.3 Sector/Industria

En lo que corresponde al sector, el hospital pertenece al sector salud, específicamente en el ámbito de la salud pública y la atención hospitalaria, y opera como Empresa Social del Estado (ESE). Es contundente, que este sector ha experimentado en los últimos años un incremento en la regulación y normativas, dada la necesidad de elevar los estándares de calidad y seguridad. Para el contexto colombiano, es evidente que las instituciones de salud cada día enfrentan más desafíos en la optimización de sus servicios, administración de recursos limitados y mitigación de riesgos asociados a la atención clínica, operativa y financiera. Según, Moreno (2024) arguye que:

El sector salud en Colombia ha enfrentado una serie de desafíos durante el primer trimestre de 2024. La combinación de deudas históricas no saldadas, déficits crecientes en el financiamiento y la presión constante sobre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) ha creado un entorno de crisis que exige atención inmediata y soluciones estructurales. (Párr., 1)

2.5.4 Mercado

El mercado objetivo del Hospital San Bernabé, incluye a población del municipio de Bugalgrande y otros municipios aledaños, así como cualquier otro tipo de persona que requiera atención médica inmediata y de calidad. Además, los pacientes que atiende el hospital, pueden ser de diversos perfiles socioeconómicos y en su mayoría acceden a servicios médicos a través del sistema de salud pública. También, se debe tener en cuenta que, al estar dirigido a satisfacer las necesidades de la comunidad local, el hospital se posiciona como una institución esencial en el acceso a la salud, aunque el porcentaje exacto de usuarios atendidos frente al total de la demanda en la región no está detallado en los informes públicos.

2.5.5 Portafolio de Servicios

El Hospital San Bernabé está habilitado para la prestación de servicios ambulatorios y hospitalarios del primer nivel de atención. A continuación, se presenta su portafolio de servicios:

A. Promoción y Mantenimiento de la Salud

- Participación e Integración Social en las Áreas de

Bienestar y Programas de Salud.

- Visita domiciliaria
- Educación en Salud.

B. Atención en los siguientes programas de Salud:

- Programa ampliado de inmunizaciones PAI
- Salud oral
- Atención del parto
- Atención al recién nacido
- Programa Materno Infantil.
- Atención al menor de 10 años (Programa de Crecimiento y Desarrollo)
- Atención de enfermedades prevalentes en la infancia AIEPI
- Atención de adolescentes y jóvenes de 10 a 29 años.
- Asesoría y consulta en planificación familiar hombres y mujeres
- Prevención y Control de la aparición de Cáncer de cuello uterino
- Atención al adulto mayor de 45 años.
- Atención de las alteraciones de la agudeza visual
- Programa de atención a enfermedades crónicas No transmisibles (Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus).

C. Programas de Prevención y Control de:

- Tuberculosis
- Enfermedad de Hansen (lepra)
- Malaria

- Dengue
- Enfermedades de Transmisión sexual.
- VIH (Sida)

D. Atención primaria en salud (APS)

E. Servicios Amigables

F. Vigilancia en Salud Pública

- VIH
- Tuberculosis
- Mortalidad materna y perinatal
- Lepra
- Mortalidad infantil
- Meningitis
- Mortalidad por EDA e IRA
- Leishmaniasis
- Reacciones post vacunales
- Dengue
- IRA
- EDA
- Varicela

G. Medicina General

H. Fisioterapia

- Hidroterapia (Tanque de Remolino).
- Mecanoterapia (Barras Paralelas - Pesas - Colchoneta - Escalerilla de mano - Tracción Cervical).
- Modalidades de Calor (Paquetes Fríos y Calientes - Ultrasonido
- Tanque de Parafina (Electroterapia (Microdine – TENS)

- Terapia Respiratoria (Nebulización y Terapia complementaria)
- Rehabilitación Neurológica.

J. Farmacia

K. Laboratorio Clínico

L. Trabajo de parto, parto y puerperio. (Hospital San Bernabé, 2019)

I. Odontología

2.5.6 Estructura Organizacional

El Hospital San Bernabé cuenta con una estructura organizacional orientada a la administración pública de servicios de salud. A continuación, se presenta su organigrama:

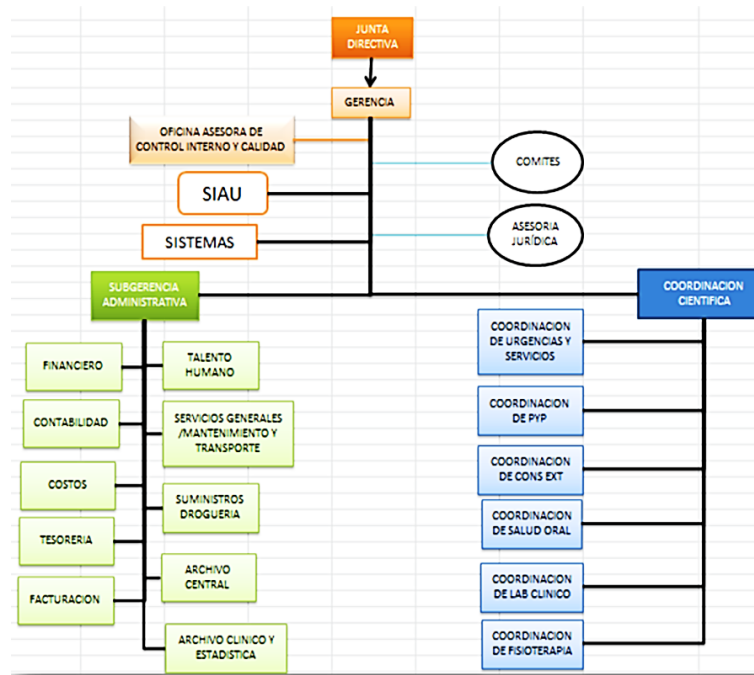


Figura 8. Organigrama Hospital San Bernabé. (Tomado de Hospital San Bernabé, 2013).

Por otra parte, presenta un mapa de procesos organizado de la siguiente manera:

- **Procesos de direccionamiento estratégico**
- **Procesos Misionales:** Gestión de servicios de apoyo y diagnóstico, gestión de servicios hospitalarios y urgencias, y gestión de servicios ambulatorios y salud pública.
- **Procesos de Apoyo:** Gestión financiera, gestión de recursos, gestión de la información, gestión de bienes y gestión jurídica.

- **Procesos Transversales:** control y mejora, salud y comunicaciones, seguridad y salud en el trabajo, y seguridad del paciente y humanización de servicios.

2.5.7 Planeación Estratégica

Misión: el Hospital San Bernabé de Bugalagrande Valle, es una Empresa Social del Estado, de baja complejidad que busca prestar servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, orientados a mejorar el estado de salud de sus habitantes, con una atención segura, humanizada, con calidad y calidez (Hospital San Bernabé, 2019, p. 1).

Visión: El hospital san Bernabé E.S.E, será reconocido en el mercado para el año 2023, como una IPS publica autosostenible, con políticas estratégicas eficientes y eficaces, encaminadas a garantizar su objeto social, atendiendo los desafíos del sector, enmarcadas en la búsqueda de un Hospital Seguro y Humanizado (Hospital San Bernabé, 2019, p. 1).

Objetivos Estratégicos: En lo que corresponde a este punto, el Hospital San Bernabé ha decidido aplicar los principios de sostenibilidad financiera, los cuales le permitan a la Institución ser viable en el desarrollo y cumplimiento de su misión sin dejar de lado los compromisos medioambientales con el Estado y la sociedad bugalagrandeña.

2.6 MARCO LEGAL

Para el desarrollo del marco legal, será necesario analizar algunas bases normativas y regulatorias bajos los cuales se enmarca el proyecto de investigación. En ese sentido, el proyecto se fundamenta principalmente en la regulación de la prestación de los servicios de salud, la gestión de riesgos y los estándares de calidad y seguridad.

2.6.1 Constitución Política de Colombia (1991)

En cuanto a la Constitución Política de Colombia, se tiene el artículo 49, el cual establece que la salud es un derecho fundamental y un servicio público a cargo del Estado. Por consiguiente, este debe organizar, dirigir y regular la prestación de servicios de salud, asegurándose de que la calidad y la eficiencia en dichos servicios sea eficiente (Constitución Política de Colombia, 1991). Igualmente, para el caso del Hospital San Bernabé, este decreto obliga a la entidad a tener que garantizar una atención segura y de calidad, mediante sistemas de gestión de riesgos que prevengan eventos adversos y promuevan la seguridad del paciente.

2.6.2 Ley 100 de 1993

Mediante la Ley 100 de 1993, fue posible que se creara el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se estableciera el marco normativo para poder prestarse los servicios de salud en Colombia. Según esta ley, las instituciones

prestadoras de servicios de salud (IPS) como el Hospital San Bernabé tienen la gran responsabilidad de implementar procesos que de alguna manera garanticen la calidad de la atención, a su vez, minimizando riesgos para los usuarios y optimizando recursos (Congreso de la República de Colombia, 1993).

2.6.3 Decreto 1011 de 2006

En cuanto al Decreto 1011 de 2006, este establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, lo que implica la implementación de estándares de habilitación, auditoría para el mejoramiento de la calidad y sistemas de información en salud. En ese mismo orden de ideas, dicho decreto obliga a las IPS a tener que implementar procesos que permitan identificar, analizar y mitigar cualquiera que sea el riesgo y este asociado a la prestación de servicios de salud, lo cual es un eje central del diseño propuesto para el Hospital San Bernabé (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006).

2.6.4 Resolución 3100 de 2019

La Resolución 3100 de 2019 establece aquellos requisitos de habilitación que deben ser aplicados para la prestación de servicios de salud, así como también se destaca la importancia de la gestión de medidas de riesgos y la adopción de medidas que garantizan la seguridad del paciente y la calidad en la atención. Igualmente, dicho marco normativo, regula varios aspectos clave que son necesarios a la hora de aplicar el diseño del sistema de gestión de riesgos del Hospital San Bernabé (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

2.6.5 Norma ISO 31000: Gestión del Riesgo

En cuanto al marco normativo internacional, se tiene la Normas ISO 31000, en las cuales se proporciona todas las directrices para la gestión de los riesgos, incluyendo su identificación, evaluación, tratamiento, monitoreo y revisión. Lo más importante de esta norma, es que para un contexto como el del Hospital San Bernabé, ayudaría a establecer un marco bastante adaptable para la gestión de los riesgos del entorno hospitalario, alineándose con cada uno de los objetivos estratégicos del Hospital San Bernabé (Organización Internacional de Normalización [ISO], 2018).

2.6.6 Ley 1122 de 2007

Por su parte, la Ley 1122 de 2007 reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ello implica que se halla incorporado la necesidad de desarrollar políticas orientadas a mejorar la calidad de la atención y prevenir los riesgos asociados a la prestación de servicios de salud. Por consiguiente, esta norma se vuelve fundamental en la medida en que refuerza la necesidad de implementar sistemas integrados de gestión de riesgos como parte de la estrategia institucional de las IPS (Congreso de la República de Colombia, 2007).

2.6.7 Ley 1438 de 2011

Con el ánimo de complementar las disposiciones de la Ley 1122 de 2007 anteriormente mencionada, la Ley 1438 de 2011 se enfoca en la atención primaria en salud y la promoción de los servicios integrales. En ese sentido, dicha ley también promueve la gestión del riesgo, pero como una herramienta fundamental a la hora de garantizar la sostenibilidad y la calidad de los servicios de salud, un componente que puede resultar clave en el desarrollo del sistema de gestión del Hospital San Bernabé (Congreso de la República de Colombia, 2011).

2.6.8 Norma ISO 45001: Seguridad y Salud en el Trabajo

Avanzando en el razonamiento lógico, el diseño de un sistema de gestión de riesgos para el hospital San Bernabé, implica estudiar la Norma ISO 45001, en la cual se establece el marco normativo para la gestión de seguridad y salud en el trabajo, destacando la necesidad de identificar y mitigar riesgos laborales. En ese sentido, dicha norma es crucial para el proyecto, ya que el Hospital San Bernabé debe garantizar la seguridad del personal médico y administrativo como parte de su sistema de gestión de riesgos (Organización Internacional de Normalización [ISO], 2018).

En conclusión, este marco legal establece aquellos principios que son importantes para poder diseñar el sistema de gestión de riesgos organizacionales en el Hospital San Bernabé, pues dicho sistema no solo cumpliría con las normativas colombianas, como la Ley 100 de 1993 y el Decreto 1011 de 2006, sino que también incorpora estándares internacionales como las normas ISO 31000 e ISO 45001, garantizando una gestión integral y eficiente de los riesgos en la prestación de servicios de salud.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Para el desarrollo de la presente investigación, se realizará un estudio de tipo **descriptivo-explicativo**, en el que se logre identificar y detallar cada una de las características y causas de los riesgos organizacionales que afectan el Hospital San Bernabé. Igualmente, bajo el exhausto análisis de la información recopilada, será posible explicar cómo estos riesgos impactan de manera directa o indirecta el desempeño hospitalario y establece a su vez, las estrategias de mitigación efectivas.

3.2 MÉTODO DE ESTUDIO

En lo que corresponde al método que se empleará en el proyecto, este será de carácter **analítico-sintético**. Analítico, puesto que será posible analizar los riesgos organizacionales en sus componentes para poder comprender su naturaleza, magnitud e interrelaciones, mientras que, de manera sintética, el estudio realizará una integración de los resultados analizados, en un diseño de un sistema unificado de gestión de riesgos adaptado al hospital.

Por otra parte, el enfoque de la investigación será de cohorte **mixto (cualitativo y cuantitativo)**. Cuantitativo, buscando poder explorar aspectos relacionados con la percepción del personal sobre la gestión de riesgos y la cultura organizacional. Cualitativo, para poder evaluar y categorizar los riesgos, de acuerdo a la probabilidad e impacto, por lo que será necesario herramientas como las matrices de riesgos.

3.3 TÉCNICAS Y FUENTES DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

En cuanto a las técnicas de recolección de la información, se hará uso de fuentes **primarias** como: la encuesta aplicada a líderes de procesos y responsables del área administrativa del hospital. Por otra parte, se hará también uso de fuentes **secundarias** como: la revisión documental, en el análisis del marco técnico y normativo nacional e internacional. Por último, se utilizará la **técnica específica** matriz de riesgo, para poder categorizar y priorizar los riesgos en términos de probabilidad e impacto.

A continuación, en la **tabla 2** se relacionan las diferentes técnicas que serán aplicadas para la recolección de la información de las fuentes primarias, así como el propósito de cada una de estas:

Tabla 2.
Relación de fuentes primarias con objetivos

OBJETIVO	TÉCNICA	PROPÓSITO	ACTOR
Diseñar un sistema de gestión de riesgos organizacionales para el Hospital San Bernabé de Bugalagrande – Valle del Cauca.			
1. Identificar los principales riesgos organizacionales que enfrenta el Hospital San Bernabé, categorizar su impacto en las operaciones y la calidad de atención.	2 encuestas (una para lo externo y la otra para lo externo)	Identificar la percepción del personal sobre la situación externa e interna que afectan la operación del hospital. <i>(El diseño de estas encuestas están en los anexos)</i>	Encargada del área y líderes de procesos
2. Diseñar un plan de acción que integre la actualización del marco normativo, el diseño de un sistema automatizado y un programa de capacitación especializado para fortalecer la gestión de riesgos en el Hospital San Bernabé.	Revisión documental	Diseñar estrategias que permitan el mejoramiento de las operaciones del Hospital	Autoras del trabajo de grado
3. Establecer indicadores de seguimiento y control para evaluar la efectividad del sistema de gestión de riesgos implementado, garantizando una mejora continua en la gestión de la seguridad y calidad de los servicios de salud.	Matriz de riesgos	Proponer un sistema de evaluación y control que permita al equipo directivo hacer un seguimiento del proceso	Equipo directivo y personal involucrado en la gestión de riesgos.

Elaboración propia (2024)

Por otra parte, la **tabla 3** refleja los detalles de las fuentes de consulta de información secundaria y aquellas bases teóricas que se consideran fundamentales para el desarrollo de cada objetivo específico de investigación.

Tabla 3.
Relación de fuentes secundarias con objetivos

OBJETIVO	FUENTES DE CONSULTA	MARCO TEÓRICO
	-DANÉ.	
1. Identificar los principales riesgos organizacionales que enfrenta el Hospital San Bernabé, categorizar su impacto en las operaciones y la calidad de atención.	- Gobernación del Valle del Cauca. - Departamento Nacional de Planeación. - Informes de auditoría interna del hospital. - Estudios sectoriales sobre riesgos en instituciones de salud. - Textos académicos (Baca Urbina, Hopkin, Kaplan & Mikes). - Revistas económicas y científicas (Journal of Risk Management, The Lancet). - Informes de control interno y normatividad hospitalaria.	Gestión de riesgos organizacionales (ISO 31000:2018). Análisis de riesgos y sus impactos en las organizaciones (Hopkin, 2018).
2. Diseñar un plan de acción que integre la actualización del marco normativo, el diseño de un sistema automatizado y un programa de capacitación especializado para fortalecer la gestión de riesgos en el Hospital San Bernabé.	- Normas internacionales (ISO 31000, ISO 45001). - Manuales de gestión de calidad hospitalaria (OMS, Ministerio de Salud). - Bases de datos académicos (Scopus, PubMed, EBSCO).	Diseño de sistemas de gestión (Basañez & Rodríguez, 2015)
3. Establecer indicadores de seguimiento y control para evaluar la efectividad del sistema de gestión de riesgos implementado, garantizando una mejora continua en la gestión de la seguridad y calidad de los servicios de salud.	- Estudios académicos sobre gestión de riesgos hospitalarios. - Bases de datos del sector salud (DANE, SISPRO, Ministerio de Salud). - Documentos internos del hospital (matrices de riesgos previos). - Textos académicos especializados (Kaplan & Mikes, 2012). - Guías de mejores prácticas internacionales.	Metodologías de priorización de riesgos (Méndez, 2016). Estrategias de mitigación de riesgos organizacionales (Kaplan & Mikes, 2012).

- Normas específicas de gestión hospitalaria.

- Revistas del sector salud (BMJ, JAMA).

Elaboración propia (2024)

3.4 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Como se plantea en el proceso de investigación, a continuación, se presentan las siguientes hipótesis:

1. La falta de un sistema centralizado de gestión de riesgos en el Hospital San Bernabé incrementa la vulnerabilidad operativa y financiera de la institución.
2. La implementación de un sistema automatizado, basado en normas internacionales de gestión de riesgos, reducirá significativamente la incidencia de eventos adversos y optimizará la capacidad de respuesta ante situaciones críticas.
3. La formación especializada del personal en gestión de riesgos contribuye a una mejora en la identificación y mitigación de riesgos organizacionales.

4. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS ORGANIZACIONALES QUE ENFRENTA EL HOSPITAL SAN BERNABÉ

Administrar un hospital implica enfrentar una serie de desafíos que pueden afectar su estabilidad y la calidad del servicio, y el Hospital San Bernabé no es la excepción, su entorno cambia constantemente, y con él, surgen riesgos que pueden comprometer desde la seguridad del paciente hasta la sostenibilidad financiera de la institución sin olvidar el impacto en la organización interna y la eficiencia operativa, por ello, este capítulo se centra en examinar tanto los factores internos como externos que influyen en su funcionamiento, identificando amenazas y categorizando su impacto real en el día a día del hospital, desde la gestión de recursos y la infraestructura hasta el marco normativo y el contexto socioeconómico.

4.1 ANÁLISIS DEL ENTORNO

Teniendo en cuenta las particularidades del Hospital San Bernabé y su actividad económica, es importante inicialmente identificar las variables de estudio, que permiten analizar el entorno externo de la entidad tomando como referencia la matriz PESTEL que brinda la posibilidad de estudiar la variable política, económica, social, tecnológica, ecológica y legal. En la tabla 4 se presenta la matriz de operacionalización con esta identificación.

Tabla 4. Matriz de operacionalización de variables para análisis del entorno externo

VARIABLE (PESTEL)	CONCEPTOS	DIMENSIÓN
Política (P)	Regulaciones nacionales en salud (Ley 100 de 1993, Decreto 1011 de 2006, Resolución 3100 de 2019).	Cumplimiento normativo en salud.
	Requerimientos normativos internacionales (ISO 31000, 45001, 9001).	Implementación de estándares de gestión de calidad y riesgos.
	Supervisión de entidades gubernamentales y marco legal colombiano.	Control y vigilancia estatal en la operación hospitalaria.
Económica (E)	Situación financiera del sector salud (crisis de EPS e IPS).	Liquidez y solvencia del hospital.
	Recursos limitados y retos de sostenibilidad financiera.	Capacidad de inversión y gestión de recursos.

VARIABLE (PESTEL)	CONCEPTOS	DIMENSIÓN
Social (S)	Perfil socioeconómico de la población atendida.	Accesibilidad de los servicios de salud.
	Retos en acceso a salud, educación y bienestar en Bugalagrande.	Nivel de equidad en la prestación del servicio.
Tecnológica (T)	Adopción de sistemas digitales integrados para gestión de riesgos.	Digitalización y modernización hospitalaria.
	Tecnología avanzada en desinfección y seguridad del paciente.	Infraestructura tecnológica para control de infecciones.
Ecológica (E)	Gestión de residuos hospitalarios y sostenibilidad ambiental.	Manejo adecuado de residuos biológicos y hospitalarios.
	Implementación de estándares internacionales en gestión ambiental.	Uso de prácticas sostenibles en el hospital.
Legal (L)	Cumplimiento de estándares legales en calidad, seguridad laboral y gestión de riesgos.	Regulaciones en seguridad del paciente y riesgos laborales.
	Legislación vigente que afecta la operación (Leyes 100, 1122, 1438).	Aplicación de normatividad en la administración hospitalaria.

Fuente: elaboración de las autoras.

La matriz PESTEL es una herramienta útil para entender el entorno en el que opera una organización, en este caso, el Hospital San Bernabé, por lo tanto, el propósito analizar cómo cada una de las variables y dimensiones identificadas puede representar un riesgo o, en algunos casos, una oportunidad. Desde cambios en la regulación hasta la estabilidad económica del sector salud, pasando por avances tecnológicos o retos ambientales, todos estos elementos influyen en la sostenibilidad y el desempeño del hospital.

En el Anexo A se presenta la encuesta estructurada para recopilar información sobre la percepción del personal del Hospital San Bernabé respecto a los riesgos organizacionales derivados de cada variable PESTEL. Este instrumento permite que el personal del hospital identifique y valore las amenazas y oportunidades del entorno externo (factores políticos, económicos, sociales, tecnológicos, ecológicos y legales) que afectan la operación del hospital, pero que no están bajo su control.

A partir de la encuesta del Anexo A, que recogió las opiniones del personal sobre los riesgos organizacionales derivados de cada variable PESTEL, se elaboró una matriz que agrupa y clasifica los factores externos –políticos, económicos, sociales, tecnológicos, ecológicos y legales– basándose en la tendencia observada en el contexto colombiano y de Bugalagrande, en el impacto que generan y en las razones detrás de ello, lo que facilita identificar de forma clara las amenazas y oportunidades que, al estar fuera del control directo del hospital, inciden en su operación y orientan la toma de decisiones estratégicas

4.1.1 Entorno político

El entorno político se refiere al conjunto de normativas, políticas públicas y decisiones gubernamentales que afectan directamente la forma en que opera el hospital.

En este análisis se consideraron dos variables clave que se resumen en la Tabla 5 donde las regulaciones en salud en Colombia son rigurosas y se actualizan con frecuencia lo que en Bugalagrande obliga al Hospital San Bernabé a reorganizar sus procesos y ajustar sus contratos para cumplir con nuevas exigencias generando un alto impacto al requerir revisiones constantes y, al mismo tiempo, los cambios en las políticas públicas de salud, propios de un ambiente político siempre cambiante, introducen incertidumbre en la planificación y la asignación de recursos provocando inestabilidad en la operación del hospital y dificultando la proyección a largo plazo lo que evidencia la necesidad de que la institución se mantenga en constante adaptación a este dinámico escenario.

Tabla 5. Matriz PESTEL. Entorno político

Clasificación	Variable	Tendencia	Impacto	¿Por qué?
Político	Regulaciones gubernamentales en salud	En Colombia las normas son rigurosas y se actualizan con frecuencia; en Bugalagrande, esto obliga a la institución a adaptarse mediante reorganización y cambios contractuales.	Alto impacto	Porque estos ajustes requieren una revisión constante de procesos y contratos para cumplir con nuevas exigencias.
Político	Cambios en políticas públicas de salud	Las modificaciones, propias del dinámico ambiente político	Inestabilidad	Porque la incertidumbre en el marco regulatorio

Clasificación	Variable	Tendencia	Impacto	¿Por qué?
		colombiano, generan incertidumbre en la planificación del hospital en Bugalagrande.		dificulta la proyección a largo plazo y la asignación adecuada de recursos.

Fuente: elaboración de las autoras con base en entrevista.

4.1.2 Entorno económico

El entorno económico hace referencia al conjunto de condiciones macroeconómicas que inciden en la operatividad y sostenibilidad de instituciones como el Hospital San Bernabé, pues en Colombia se evidencia que la crisis financiera del sector salud, manifestada en demoras en los pagos a EPS y restricciones presupuestales en regiones como Bugalagrande, tiene un impacto negativo al limitar la liquidez y la capacidad operativa del hospital, mientras que la situación económica nacional, caracterizada por inflación, altas tasas de interés y devaluación del peso, impone retos importantes en la adquisición de insumos y en el pago de salarios, generando presión sobre el presupuesto institucional y encareciendo los costos operativos, razón por la que ambos factores se clasifican respectivamente como un impacto negativo y desafiante

Tabla 6. Matriz PESTEL. Entorno económico

Clasificación	Variable	Tendencia	Impacto	¿Por qué?
Económico	Crisis financiera del sector salud	Se evidencia en demoras en los pagos a EPS y restricciones presupuestales que afectan a instituciones en regiones como Bugalagrande.	Negativa	Porque limita la liquidez y la capacidad operativa, afectando el funcionamiento normal del hospital.
Económico	Situación económica nacional	Factores como la inflación, altas tasas de interés y devaluación del peso imponen retos importantes en la adquisición de insumos y pago de salarios.	Desafiante	Porque estos elementos encarecen los costos operativos y generan presión en el presupuesto hospitalario.

Fuente: elaboración de las autoras con base en entrevista.

4.1.3 Entorno social

El entorno social tiene que ver con las características demográficas y culturales que influyen en cómo la población consume servicios de salud y en este análisis se consideraron dos variables fundamentales; por un lado, el perfil socioeconómico de la población atendida, que en Bugalagrande, pese a la diversidad económica, no impone barreras significativas para el acceso a la atención médica ya que la demanda se mantiene predecible y sin limitaciones críticas en la prestación de servicios, y por otro, los cambios demográficos en la religión, donde a pesar de la marcada diversidad cultural, estos no han modificado de forma considerable la demanda de servicios de salud, manteniéndose una tendencia estable dado que no se han observado variaciones relevantes en los patrones de consumo

Tabla 7. Matriz PESTEL. Entorno social

Clasificación	Variable	Tendencia	Impacto	¿Por qué?
Social	Perfil socioeconómico de la población atendida	A pesar de la diversidad económica en Bugalagrande, el perfil de la población no impone barreras significativas para el acceso a los servicios hospitalarios.	Estable	Porque la demanda se mantiene predecible sin generar limitaciones críticas en la prestación de servicios.
Social	Cambios demográficos en la religión	Aunque hay diversidad cultural, estos cambios no han modificado significativamente la demanda de servicios de salud en la región.	Estable	Porque no se han observado variaciones relevantes que alteren los patrones de consumo de atención médica.

Fuente: elaboración de las autoras con base en entrevista.

4.1.4 Entorno tecnológico

El entorno tecnológico engloba el conjunto de innovaciones y desarrollos que impulsan la prestación de servicios en salud y en este análisis se consideraron dos variables; por un lado, los avances tecnológicos en salud, que se reflejan en la incorporación de nuevas herramientas y sistemas que han mejorado la calidad y seguridad del servicio en Bugalagrande, generando un impacto positivo al facilitar diagnósticos y tratamientos más precisos, a pesar de las limitaciones de inversión,

y por otro, la adopción de tecnología médica, la cual ha enfrentado restricciones financieras que han limitado su renovación, aunque la gerencia ha gestionado proyectos para paliar este efecto y actualizar el equipamiento de manera progresiva, resultando en un impacto moderado que se puede mitigar con el tiempo.

Tabla 8. Matriz PESTEL. Entorno tecnológico

Clasificación	Variable	Tendencia	Impacto	¿Por qué?
Tecnológico	Avances tecnológicos en salud	La incorporación de nuevas tecnologías ha mejorado la calidad y seguridad del servicio, incluso con limitaciones de inversión en Bugalagrande.	Positiva	Porque facilitan diagnósticos y tratamientos, elevando los estándares de atención a pesar de desafíos económicos.
Tecnológico	Adopción de tecnología médica	Las restricciones financieras han limitado la renovación tecnológica, aunque se gestionan proyectos para paliar este efecto.	Moderada (mitigable)	Porque, pese a las dificultades económicas, la gerencia implementa estrategias que permiten actualizar progresivamente el equipamiento.

Fuente: elaboración de las autoras con base en entrevista.

4.1.5 Entorno ecológico

El entorno ecológico se refiere a las condiciones ambientales que rodean la operación del hospital, abarcando desde las exigencias en el manejo de residuos y la adopción de prácticas sostenibles hasta la variabilidad en la disponibilidad de recursos naturales como agua y energía, en nuestro análisis se consideraron dos variables clave siendo la regulación ambiental, que impone altos estándares y eleva los costos operativos pero al mismo tiempo mejora la imagen del hospital al impulsar prácticas sostenibles, y la disponibilidad de recursos naturales esenciales, donde la fluctuación en el acceso a elementos vitales se ha enfrentado mediante alternativas estratégicas que mitigan sus limitaciones.

Tabla 9. Matriz PESTEL. Entorno ecológico

Clasificación	Variable	Tendencia	Impacto	¿Por qué?
Ecológico	Regulación ambiental	La normativa exige altos estándares en el manejo de residuos y prácticas sostenibles, lo que implica mayores costos pero también mejora la imagen del hospital.	Mixta (desafío y oportunidad)	Porque, si bien aumenta la carga operativa, impulsa medidas que diferencian positivamente al hospital en términos de sostenibilidad.
Ecológico	Disponibilidad de recursos naturales esenciales	La disponibilidad de recursos como agua y energía es variable en la región, pero se han implementado alternativas para mitigar limitaciones.	Mitigable	Porque la aplicación de estrategias alternativas ayuda a reducir el impacto negativo de la variabilidad en estos recursos.

Fuente: elaboración de las autoras con base en entrevista.

4.1.6 Entorno legal

El entorno legal engloba el conjunto de leyes, normas y políticas que regulan la calidad, la seguridad y la dinámica laboral en el sector salud, y en este análisis se han considerado dos variables esenciales; la primera, "Regulaciones sobre calidad y seguridad en salud", se caracteriza por impulsar mejoras continuas en el servicio hospitalario en Bugalagrande, ya que estas normativas obligan al hospital a mantener altos estándares que benefician la atención a los pacientes, constituyéndose en una oportunidad, mientras que la segunda variable, "Cambios en la legislación laboral", ha mostrado un efecto mínimo en la estabilidad del personal, manteniéndose relativamente constantes en la región y sin alterar significativamente la dinámica del equipo hospitalario, lo que se traduce en un impacto estable.

Tabla 10. Matriz PESTEL. Entorno legal

Clasificación	Variable	Tendencia	Impacto	¿Por qué?
Legal	Regulaciones sobre calidad y seguridad en salud	Las leyes y normativas en calidad y seguridad son vistas como impulsores de mejoras continuas en el servicio hospitalario en Bugalagrande.	Oportunidad	Porque obligan al hospital a mantener altos estándares, beneficiando la atención al paciente.

Clasificación	Variable	Tendencia	Impacto	¿Por qué?
Legal	Cambios en la legislación laboral	Las modificaciones han tenido un efecto mínimo en la estabilidad del personal, manteniéndose relativamente constantes en la región.	Estable	Porque no han alterado de manera significativa la dinámica laboral ni la estabilidad del equipo hospitalario.

Fuente: elaboración de las autoras con base en entrevista.

De acuerdo con lo anterior, la matriz PESTEL muestra que el Hospital San Bernabé tiene oportunidades interesantes en el ámbito tecnológico, ecológico y legal, donde las innovaciones en salud digital, el cumplimiento de normas de calidad y la adopción de prácticas sostenibles pueden mejorar tanto la eficiencia como la imagen institucional, mientras que la inestabilidad política y económica, que se traduce en retrasos en los pagos y dificultades para adquirir insumos, representa una amenaza que complica la planificación y genera incertidumbre en la asignación de recursos, lo que me lleva a concluir que es esencial diseñar un sistema de gestión de riesgos que centralice la información y optimice la respuesta ante situaciones críticas, transformando estos desafíos en una vía para reforzar la resiliencia organizacional.

4.2 ANÁLISIS INTERNO DE LA ORGANIZACIÓN

Para comprender los riesgos organizacionales en el Hospital San Bernabé, es clave examinar los factores internos que influyen en su desempeño diario, por lo tanto, la matriz de operacionalización de variables permite visualizar elementos como la gestión de riesgos, la infraestructura, el talento humano y la tecnología, destacando tanto fallas que comprometen la eficiencia como áreas con potencial de mejora, esto permitirá no solo se evidenciar debilidades que pueden afectar la calidad del servicio, sino también fortalezas que sirven para optimizar procesos y mejorar la institución en el largo plazo.

Tabla 11. Matriz de operacionalización de variables para análisis interno

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN
Gestión de riesgos organizacionales	Falta de centralización en la gestión de riesgos, lo que limita el control integral.	Coordinación y monitoreo de riesgos en las diferentes áreas.
Políticas y protocolos de gestión	Deficiencias en la actualización e implementación de políticas y protocolos de gestión de riesgos.	Nivel de actualización y aplicación de normativas internas.
Capacitación del personal	Insuficiente formación en gestión de riesgos clínicos y operativos.	Frecuencia y calidad de los programas de capacitación.
Infraestructura hospitalaria	Condiciones físicas del hospital, disponibilidad de espacios adecuados y mantenimiento de equipos.	Estado y adecuación de la infraestructura hospitalaria.
	Capacidad instalada para atender la demanda de pacientes.	Nivel de adecuación de instalaciones para una prestación segura del servicio.
Gestión de recursos humanos	Disponibilidad, estabilidad y rotación del personal hospitalario.	Tasa de rotación de personal en áreas críticas.
	Nivel de satisfacción y compromiso del personal con la gestión hospitalaria.	Estabilidad laboral y clima organizacional.
Disponibilidad y gestión de insumos médicos	Capacidad de abastecimiento y control de inventarios de medicamentos y equipos médicos.	Continuidad en la provisión de insumos esenciales.
	Calidad y control en la adquisición y almacenamiento de insumos médicos.	Eficiencia en la gestión del stock hospitalario.
Estrategias de comunicación interna	Mecanismos utilizados para la difusión de información relevante sobre riesgos y protocolos.	Canales de comunicación y nivel de acceso a la información institucional.
	Eficiencia en la transmisión de directrices sobre gestión de riesgos.	Nivel de comprensión y aplicación de protocolos comunicados.
Falta de integración tecnológica	Ausencia de un sistema digital que permita consolidar y automatizar la información de riesgos.	Uso de tecnología en la gestión de riesgos organizacionales.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN
Cultura organizacional en gestión de riesgos	Falta de una cultura sólida en todos los niveles del hospital respecto a la gestión de riesgos.	Nivel de compromiso y sensibilización del personal con la gestión de riesgos.
Gestión financiera interna	Capacidad del hospital para administrar sus recursos y garantizar sostenibilidad operativa.	Control presupuestal y planificación financiera.
	Dependencia de fuentes externas de financiamiento y nivel de endeudamiento.	Autonomía financiera y capacidad de inversión.

Fuente: elaboración propia

En el Anexo B se presenta la entrevista estructurada, que busca profundizar en los factores internos que impactan los riesgos organizacionales del Hospital San Bernabé, la cual está dirigida a directivos, jefes de área y personal clave, y diseñada con preguntas que facilitan identificar no solo las causas de los problemas, sino también su efecto en los procesos hospitalarios.

Se logró la participación de siete (7) funcionarios de diferentes áreas de la entidad en referencia:

Tabla 12. Participantes y áreas para análisis del entorno interno

Nombres y apellidos	Área donde trabaja
Claudia Morales	Almacén
Paula Andrea Bolaños Martínez	Urgencias
Angela Valderrama	Calidad
Diana Milena Barraza Alvarado	Odontología
Yoana Andrea Urrea Quintero	Talento Humano
Yesid Zorrilla Bolaños	Control Interno
Jairo Alberto Trigueros Victoria	Subgerencia Administrativa

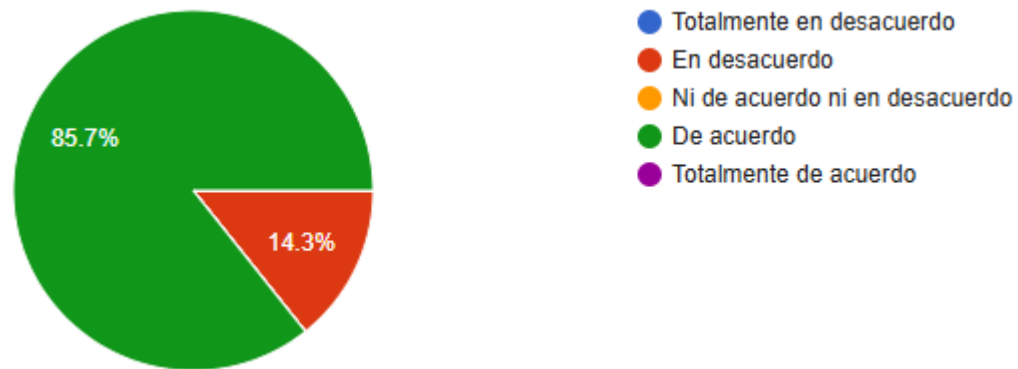
Fuente: entrevista estructurada.

4.2.1 Descripción de los resultados sobre el análisis interno

Los resultados a la primera pregunta muestran que la mayoría de los entrevistados (85,7% o 6 de 7) indica que en sus áreas la gestión de riesgos se lleva a cabo de manera estructurada y organizada mediante una estrategia integral, indicando un control efectivo en las distintas dependencias y sugiere que los procedimientos se han implementado de forma adecuada, mientras que un pequeño grupo (14,3% o 1

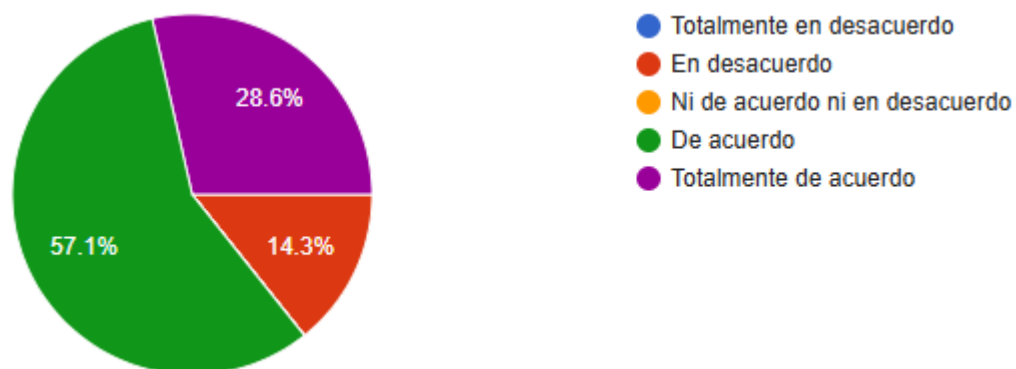
de 7) piensa contrariamente y señala posibles brechas en la aplicación uniforme de estos procesos relacionados con la gestión del riesgo (ver Figura 9).

Figura 9. En mi área, la gestión de riesgos se maneja de manera estructurada y organizada dentro de una estrategia integral hospitalaria.



Por su parte, los resultados indican que la gran mayoría del personal percibe que la descentralización dificulta la coordinación entre áreas, ya que 4 de 7 (57,1%) se mostraron de acuerdo y 2 de 7 (28,6%) estuvieron totalmente de acuerdo, sumando un 85,7% de respuestas en esa línea, mientras que solo 1 de 7 (14,3%) expresó estar en desacuerdo (ver figura 10), lo que sugiere que existe un consenso importante sobre este obstáculo en la gestión de riesgos que podría afectar la eficiencia operativa del hospital.

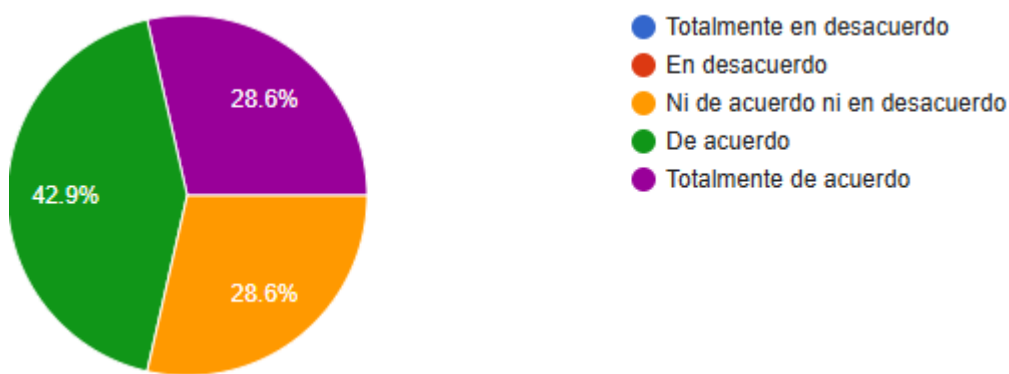
Figura 10. La descentralización en la gestión de riesgos dificulta la coordinación entre áreas.



Además, los resultados muestran que la mayoría de los participantes perciben que la ausencia de una estrategia centralizada impacta negativamente en la toma de

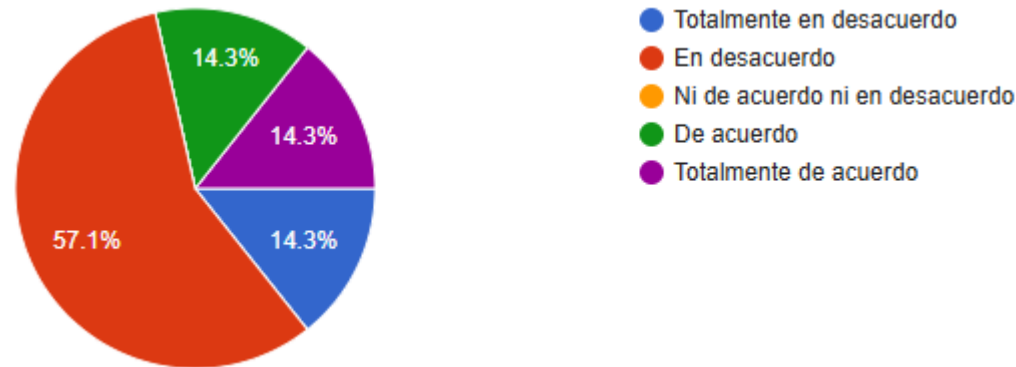
decisiones y la respuesta ante eventos críticos, ya que el 42,9% se mostró de acuerdo y el 28,6% estuvo totalmente de acuerdo, lo que significa que alrededor del 71,5% respalda esta afirmación; además, un 28,6% se posicionó de manera neutral (ver figura 11), lo que sugiere cierta incertidumbre o falta de experiencia en la materia, y ninguno expresó desacuerdo, lo que evidencia un consenso considerable sobre la importancia de centralizar la gestión para mejorar la efectividad en la respuesta ante situaciones críticas.

Figura 11. La falta de una estrategia centralizada impacta negativamente en la toma de decisiones y la respuesta ante eventos críticos.



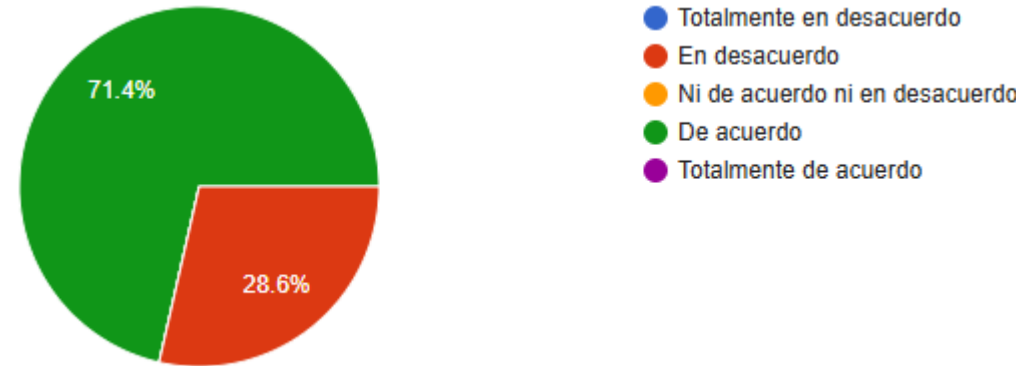
También se apreció que la mayoría de los encuestados no percibe las políticas actuales de gestión de riesgos como claras ni aplicables en la práctica diaria, ya que 5 de 7 participantes (71,4%) se mostraron en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, mientras que solo 2 de 7 (28,6%) expresaron acuerdo o total acuerdo (ver figura 12), lo que significa que existe una preocupación generalizada sobre la efectividad y la claridad de estas políticas, lo que hace necesario su revisión y fortalecimiento para mejorar su implementación en el hospital.

Figura 12. Las políticas actuales de gestión de riesgos son claras y aplicables en la práctica diaria.



Adicionalmente, los entrevistados indican que, en cuanto a la existencia de protocolos formales y bien definidos para manejar situaciones de riesgo críticas en sus áreas, el 71,4% de los encuestados (5 de 7) se mostraron de acuerdo, mientras que el 28,6% (2 de 7) se posicionaron en desacuerdo (ver figura 13), lo que quiere decir que la mayoría percibe que existen directrices claras para enfrentar riesgos críticos, aunque la opinión en desacuerdo de casi un tercio del grupo hace evidente que en algunas áreas se pueden presentar dudas o deficiencias que podrían requerir ajustes a estos protocolos.

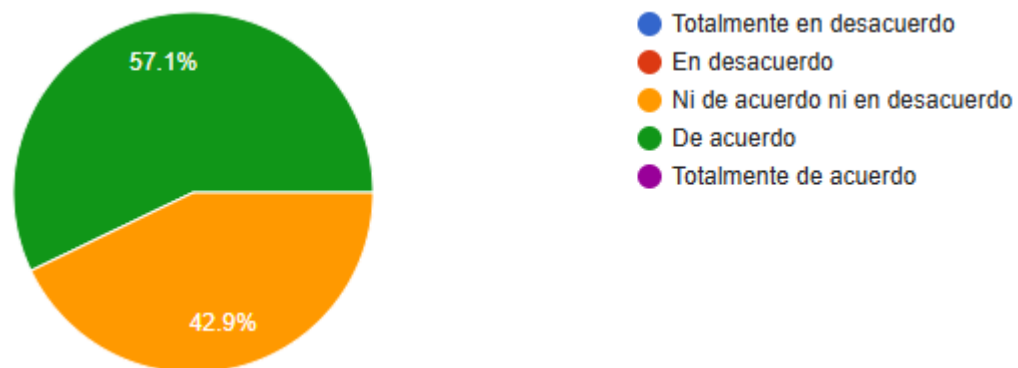
Figura 13. Existen protocolos formales y bien definidos para manejar situaciones de riesgo críticas en mi área.



Igualmente se encontró que el 57,1% (4 de 7) de los encuestados se inclina a considerar que la implementación de los protocolos de riesgo en su área es efectiva

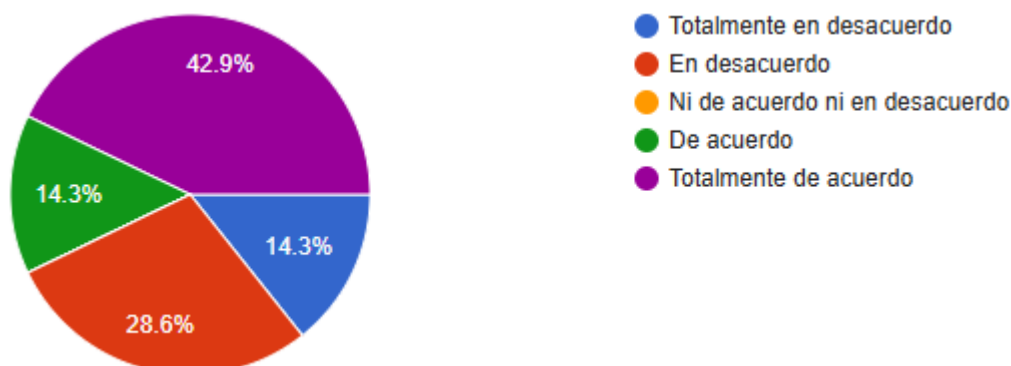
y adecuada, mientras que el 42,9% (3 de 7) se mantuvo neutral al respecto, lo que significa que, aunque la mayoría tiene una percepción positiva, aún existe cierto grado de incertidumbre sobre la efectividad de la implementación, lo que quiere decir que se requiere mejorar en aspectos comunicacionales o capacitación para fortalecer la confianza en dichos protocolos.

Figura 14. La implementación de los protocolos de riesgo en mi área es efectiva y adecuada.



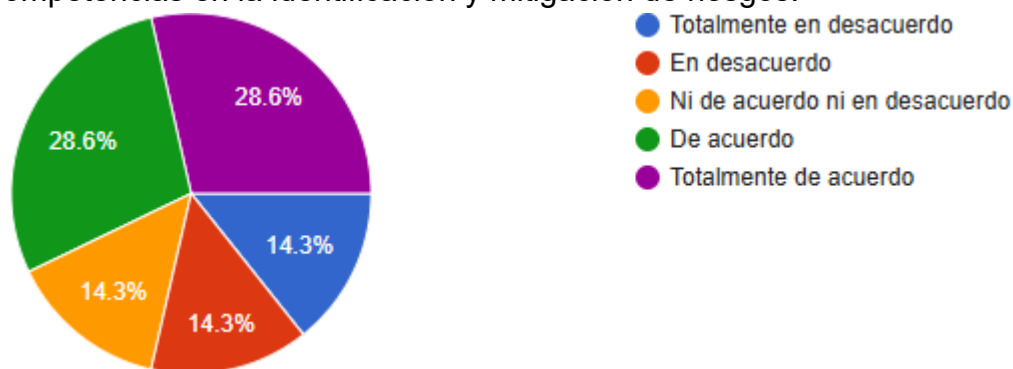
Los resultados también muestran que 3 de cada 7 participantes (42,9%) se manifestaron "totalmente de acuerdo" y 1 (14,3%) "de acuerdo", lo que suma un 57,2% que afirma haber recibido formación específica en gestión de riesgos en los últimos dos años, mientras que 2 de 7 (28,6%) estuvieron "en desacuerdo" y 1 (14,3%) "totalmente en desacuerdo", evidenciando que aunque la mayoría opina positivamente (ver figura 15), casi la mitad del personal percibe que la capacitación en esta área es insuficiente o poco uniforme, lo que sugiere la necesidad de reforzar y estandarizar los programas de formación para mejorar la gestión de riesgos en el hospital.

Figura 15. He recibido formación específica en gestión de riesgos en los últimos dos años.



También se encontró que 4 de 7 participantes (57,1%) manifestaron opiniones positivas (combinando "totalmente de acuerdo" y "de acuerdo") sobre que la capacitación en gestión de riesgos ha fortalecido sus competencias, mientras que 1 de 7 (14,3%) se mostró neutral y 2 de 7 (28,6%) expresaron desacuerdo (sumando "en desacuerdo" y "totalmente en desacuerdo") (ver figura 16), lo que significa que, una parte proporción considerable no siente que sea suficiente la capacitación para potenciar como debe ser sus habilidades en la identificación y mitigación de riesgos.

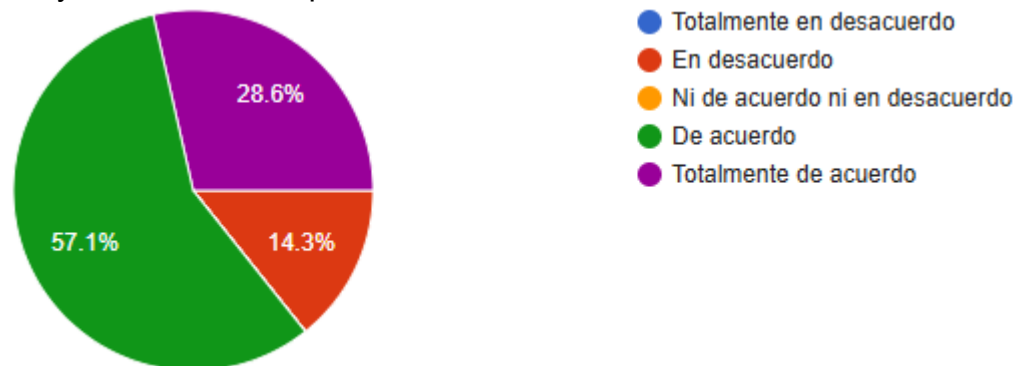
Figura 16. La capacitación en gestión de riesgos ha sido suficiente para fortalecer mis competencias en la identificación y mitigación de riesgos.



La mayoría de los encuestados percibe que la falta de capacitación en gestión de riesgos impacta negativamente en la seguridad del paciente y la eficiencia hospitalaria, ya que el 28,6% se manifestó totalmente de acuerdo y el 57,1% de acuerdo, sumando un 85,7% de opiniones que señalan esta deficiencia, mientras que solo el 14,3% expresó desacuerdo (ver figura 17); esto quiere decir que existe

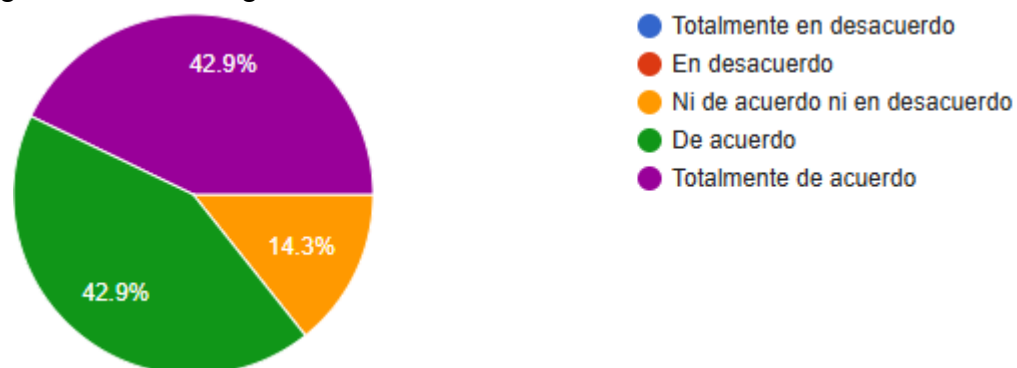
un consenso amplio sobre la importancia de contar con programas de formación que fortalezcan las competencias en gestión de riesgos para el mejoramiento de la calidad del servicio y la protección de la atención al paciente.

Figura 17. La falta de capacitación en gestión de riesgos afecta la seguridad del paciente y la eficiencia hospitalaria.



También se encontró que la mayoría del personal tiene una opinión positiva sobre las herramientas tecnológicas en sus áreas, ya que el 42,9% se manifestó "totalmente de acuerdo" y otro 42,9% indicó "de acuerdo", sumando un 85,7% de respuestas favorables, mientras que solo el 14,3% tiene una posición neutral, lo que significa que casi todos consideran que los recursos tecnológicos actuales son adecuados para gestionar los riesgos de manera eficiente aunque el pequeño porcentaje neutral podría indicar una ligera incertidumbre que se debe considerar.

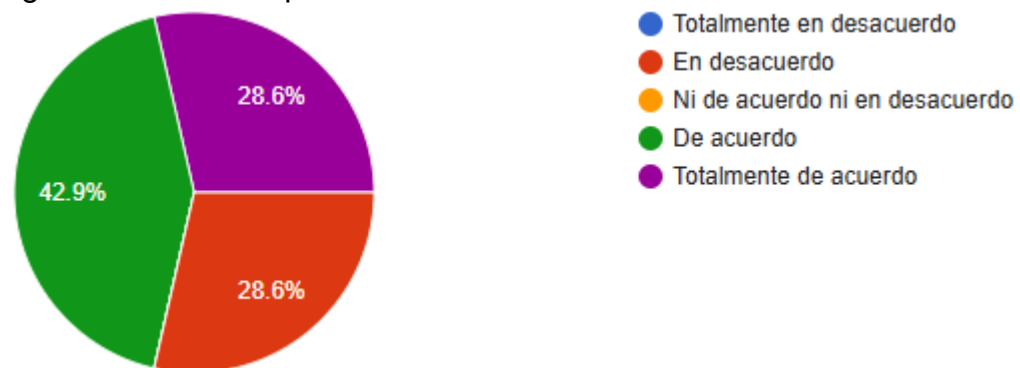
Figura 18. Las herramientas tecnológicas disponibles en mi área son suficientes para gestionar los riesgos de manera eficiente.



Los resultados muestran que la mayoría de los participantes perciben que la falta de integración tecnológica dificulta la comunicación y el monitoreo de riesgos en el hospital, ya que el 28,6% se manifestó "totalmente de acuerdo" y el 42,9% "de

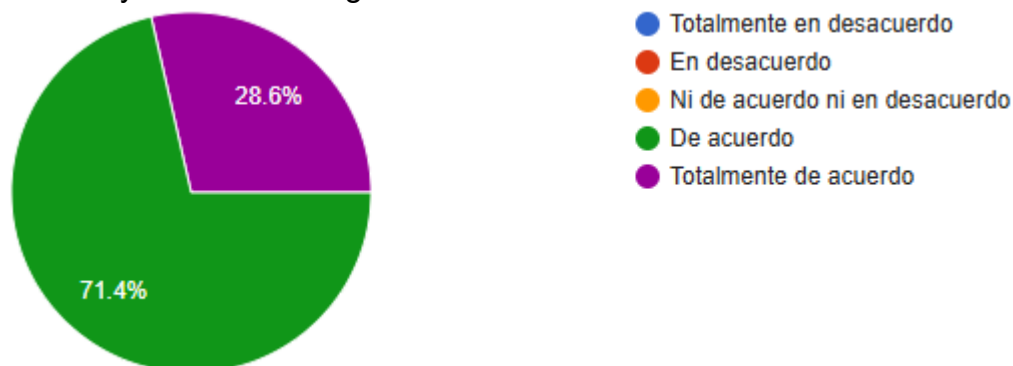
acuerdo", sumando un 71,4% de opiniones favorables, mientras que el 28,6% se posicionó en desacuerdo, lo que sugiere que, aunque hay un consenso mayoritario acerca de que la carencia de integración afecta la eficiencia en la gestión de riesgos, todavía existe un grupo significativo que no comparte esta percepción y podría estar experimentando mejores prácticas en sus áreas o simplemente tener una experiencia diferente, lo que plantea la necesidad de explorar más a fondo las causas de estas discrepancias para mejorar la interconexión de los sistemas tecnológicos en toda la institución.

Figura 19. La falta de integración tecnológica dificulta la comunicación y el monitoreo de riesgos dentro del hospital.



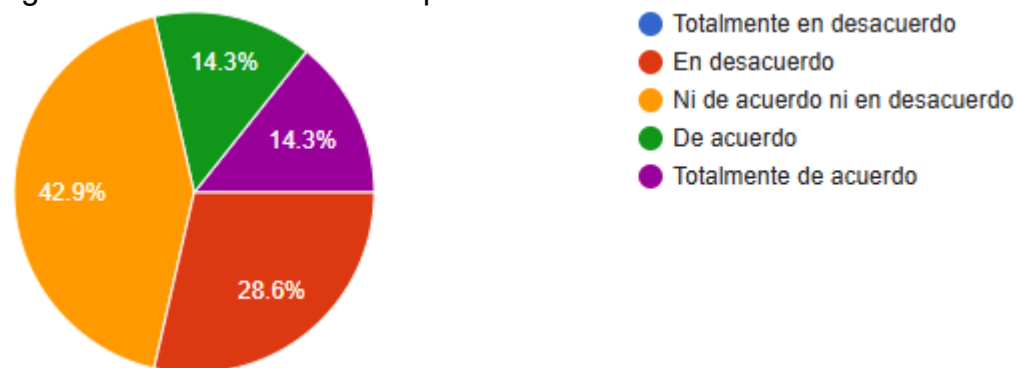
Igualmente se encontró que la implementación de nuevas herramientas tecnológicas se percibe de forma positiva, ya que 5 de 7 participantes (71,4%) se manifestaron "de acuerdo" y 2 de 7 (28,6%) "totalmente de acuerdo" (ver figura 20), lo que indica un consenso sobre que la incorporación de estas innovaciones mejoraría significativamente la identificación y el control de riesgos, lo que sugiere que invertir en tecnología avanzada podría fortalecer la capacidad del hospital para gestionar de manera más eficaz sus procesos de riesgo y, por ello, se ve como una oportunidad clave para optimizar el sistema de gestión de riesgos organizacionales.

Figura 20. La implementación de nuevas herramientas tecnológicas mejoraría la identificación y control de riesgos.



No obstante, existe una opinión dividida entre los encuestados respecto a la existencia de una cultura organizacional que fomente la gestión de riesgos en todos los niveles del personal en el Hospital, ya que el 28,6% (2 de 7) se mostró en desacuerdo, el 42,9% (3 de 7) adoptó una postura neutral y el 28,6% restante (1 de 7 "de acuerdo" y 1 de 7 "totalmente de acuerdo") manifestó acuerdo, lo que significa que aunque existe un sector que reconoce la presencia de esta cultura, una parte importante del personal permanece indecisa o en desacuerdo, evidenciando la necesidad de fortalecer la comunicación y la integración de prácticas de gestión de riesgos en toda la organización.

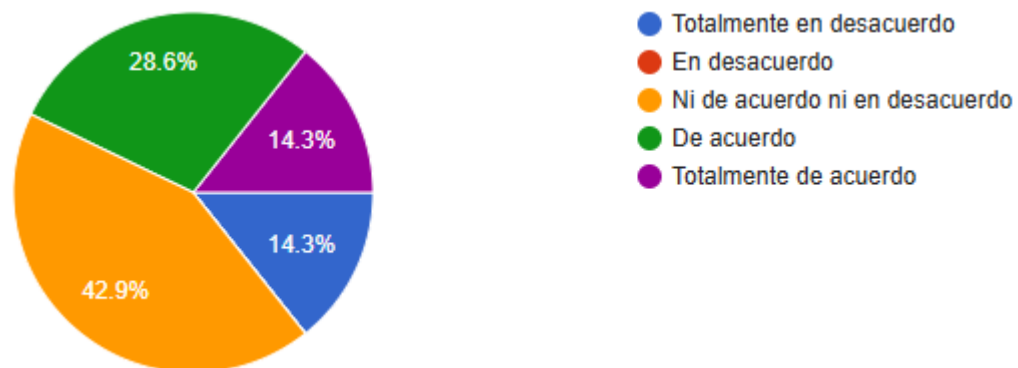
Figura 21. En el hospital existe una cultura organizacional que fomenta la gestión de riesgos en todos los niveles del personal.



Por su parte, la percepción sobre la existencia de barreras para adoptar una cultura de gestión de riesgos efectiva es variada, ya que el 42,9% de los encuestados se mantuvo neutral, un 28,6% estuvo de acuerdo y un 14,3% totalmente de acuerdo,

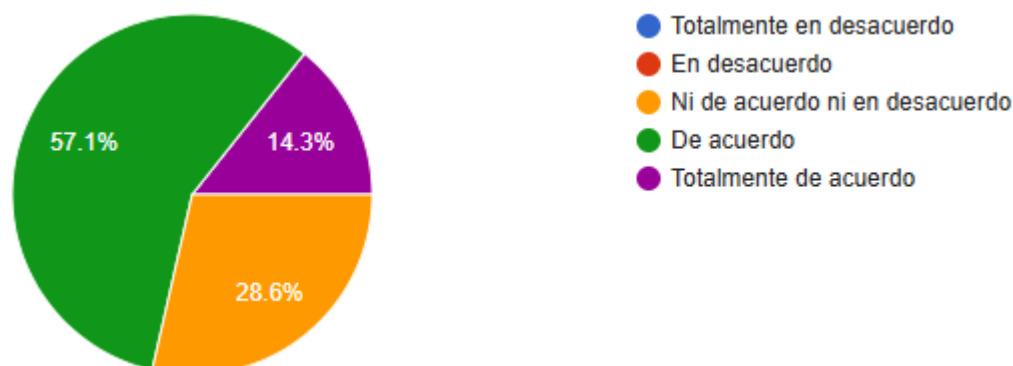
mientras que el 14,3% se manifestó totalmente en desacuerdo, lo que sugiere que aunque alrededor del 42,9% reconoce la presencia de dificultades, existe un grupo considerable que se muestra indeciso o que no percibe dichas barreras en el Hospital, lo que representa la necesidad de considerar las características de cada área para identificar y abordar de forma efectiva los obstáculos que impiden el desarrollo de una cultura sólida en la gestión de riesgos.

Figura 22. Existen barreras que dificultan la adopción de una cultura de gestión de riesgos efectiva en la institución.



Finalmente, se encontró que la mayoría de los participantes tiene una percepción positiva sobre la implementación de estrategias adecuadas para fortalecer una cultura hospitalaria orientada a la prevención y gestión de riesgos, ya que el 57,1% se mostró de acuerdo, sumado al 14,3% que expresó total acuerdo, alcanzando un 71,4% de respuestas favorables, mientras que el 28,6% se posicionó de manera neutral (ver figura 23), lo que quiere decir que aunque la mayoría opina que existen estrategias, aún hay un grupo significativo que no tiene una opinión afirmativa, lo que corrobora la necesidad de fortalecer estas iniciativas en algunas áreas para lograr una adopción más uniforme de la cultura de gestión de riesgos en el Hospital San Bernabé.

Figura 23. Se implementan estrategias adecuadas para fortalecer una cultura hospitalaria orientada a la prevención y gestión de riesgos.



4.3 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Para la clasificación de riesgos del Hospital San Bernabé, se siguió un proceso que inició con la revisión del diagnóstico interno y externo mediante la matriz PESTEL y los resultados de la entrevista estructurada, esto para entender qué amenazas rodean al hospital y cómo estas podrían incidir en la operatividad.

Una vez definidos los riesgos, se organizó todo según la clasificación establecida por Mejía Delgado (2011). Se diferenciaron aquellos de origen natural, tecnológico o social, así como los que surgen por regulaciones, conflictos políticos o incluso por el propio personal de la organización. Cada uno se ubicó dentro de una categoría específica, permitiendo una visión más clara y ordenada de las amenazas potenciales.

Después, se describió cada riesgo con una explicación sobre su impacto en la operatividad del hospital. También se determinó si su origen era interno o externo, lo que ayuda a comprender si la institución tiene cierto control sobre él o si depende de factores externos como normativas o cambios económicos (ver tabla 13)

Tabla 13. Clasificación de Riesgos en el Hospital San Bernabé

Nº	Tipo de Riesgo	Descripción	Origen
1	Riesgo político	Cambios en regulaciones gubernamentales que requieren ajustes constantes en procesos y contratos.	Externo
2	Riesgo político	Modificaciones en políticas públicas de salud que generan incertidumbre en la planificación y asignación de recursos.	Externo
3	Riesgo económico	Crisis financiera del sector salud que limita la liquidez y la capacidad operativa del hospital.	Externo
4	Riesgo económico	Inflación y altas tasas de interés que encarecen costos operativos y afectan la sostenibilidad financiera.	Externo
5	Riesgo social	Cambios demográficos y culturales que pueden modificar la demanda de servicios de salud.	Externo
6	Riesgo tecnológico	Dificultades en la adopción de nuevas tecnologías médicas debido a restricciones financieras.	Externo
7	Riesgo tecnológico	Dependencia de sistemas tecnológicos que pueden fallar o quedar obsoletos.	Interno
8	Riesgo ecológico	Regulaciones ambientales estrictas que elevan costos operativos y requieren inversiones en sostenibilidad.	Externo
9	Riesgo ecológico	Disponibilidad variable de recursos naturales como agua y energía que afecta la operación hospitalaria.	Externo
10	Riesgo legal	Cambios en normativas de calidad y seguridad en salud que demandan constantes actualizaciones en procedimientos.	Externo
11	Riesgo legal	Modificaciones en la legislación laboral que pueden afectar la estabilidad del personal.	Externo
12	Riesgo financiero	Reducción de pagos por parte de EPS, afectando el flujo de caja del hospital.	Externo
13	Riesgo financiero	Dependencia de recursos públicos con retrasos en su asignación.	Externo
14	Riesgo de cumplimiento	Posibles sanciones por incumplimiento de normativas del sector salud.	Interno
15	Riesgo de gobernabilidad	Descentralización en la gestión de riesgos que dificulta la coordinación entre áreas.	Interno

Nº	Tipo de Riesgo	Descripción	Origen
16	Riesgo de gobernabilidad	Falta de un sistema centralizado de gestión de riesgos que afecta la respuesta ante eventos críticos.	Interno
17	Riesgo de recursos humanos	Falta de personal capacitado para la implementación de nuevas tecnologías.	Interno
18	Riesgo de recursos humanos	Desgaste y estrés laboral del personal debido a la sobrecarga de trabajo.	Interno
19	Riesgo de integridad	Posibilidad de corrupción o fraude en la asignación de recursos y contratación de personal.	Interno
20	Riesgo de integridad	Deficiencias en la gestión de información que afectan la confiabilidad de los datos clínicos y administrativos.	Interno
21	Riesgo operacional	Falta de insumos médicos debido a problemas en la cadena de suministro.	Externo
22	Riesgo operacional	Interrupciones en el servicio por fallas en la infraestructura hospitalaria.	Interno
23	Riesgo de imagen y reputación	Pérdida de confianza de la comunidad por deficiencias en la calidad del servicio.	Externo
24	Riesgo de imagen y reputación	Casos de mala praxis médica que pueden afectar la percepción del hospital.	Interno
25	Riesgo tecnológico	Ciberataques o fallos en la seguridad informática que comprometan información de pacientes.	Interno
26	Riesgo de seguridad laboral	Accidentes laborales dentro de las instalaciones del hospital.	Interno
27	Riesgo de seguridad laboral	Exposición del personal a enfermedades infecciosas.	Interno
28	Riesgo logístico	Retrasos en la entrega de medicamentos y equipos médicos esenciales.	Externo
29	Riesgo financiero	Aumento en los costos de mantenimiento de equipos biomédicos.	Interno
30	Riesgo político	Cambios en políticas de contratación de personal médico especializado.	Externo
31	Riesgo social	Problemas de accesibilidad geográfica que dificultan la atención de pacientes.	Externo
32	Riesgo ecológico	Posibles sanciones por manejo inadecuado de residuos hospitalarios.	Interno
33	Riesgo de cumplimiento	Auditorías externas que pueden revelar incumplimientos normativos.	Externo
34	Riesgo financiero	Fluctuaciones en la tasa de cambio que afectan la adquisición de equipos importados.	Externo

Nº	Tipo de Riesgo	Descripción	Origen
35	Riesgo de información	Brechas en la interoperabilidad de sistemas de información hospitalarios.	Interno
36	Riesgo social	Cambios en el perfil epidemiológico de la población que aumentan la demanda de ciertos servicios.	Externo
37	Riesgo operacional	Fallos en la climatización que afectan la conservación de medicamentos y muestras biológicas.	Interno
38	Riesgo de imagen y reputación	Difusión de información negativa en redes sociales sobre la calidad del servicio.	Externo
39	Riesgo financiero	Posibles demandas legales que generen indemnizaciones costosas.	Interno
40	Riesgo de cumplimiento	Falta de protocolos adecuados para el manejo de emergencias.	Interno
41	Riesgo tecnológico	Fallas en sistemas de telemedicina que dificultan el acceso a especialistas.	Interno
42	Riesgo social	Migración de población a otras ciudades en busca de mejores servicios de salud.	Externo
43	Riesgo político	Cambios en políticas de financiamiento de hospitales públicos.	Externo
44	Riesgo ecológico	Contaminación del agua utilizada en procedimientos médicos.	Externo
45	Riesgo financiero	Disminución de recursos provenientes de convenios interinstitucionales.	Externo
46	Riesgo legal	Conflictos laborales que deriven en demandas contra el hospital.	Interno
47	Riesgo operacional	Errores en la gestión de citas médicas que afecten la atención al paciente.	Interno
48	Riesgo de seguridad laboral	Violencia intrahospitalaria que afecte la seguridad de los trabajadores.	Interno
49	Riesgo financiero	Falta de diversificación en fuentes de ingresos del hospital.	Interno
50	Riesgo de cumplimiento	Ineficiencia en la gestión de historias clínicas y registros médicos.	Interno

Fuente: elaboración de las autoras, con base en diagnóstico realizado.

4.4 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO

Para la selección de la metodología requerida en el análisis y valoración del riesgo se tuvieron en cuenta la norma ISO 31000:2018 y la ISO 31010.

La ISO 31000:2018 es un estándar internacional que proporciona principios y directrices para la gestión del riesgo en cualquier tipo de organización. No es una norma certificable, pero establece un marco general para integrar la gestión del riesgo en los procesos organizacionales, tomando en cuenta el contexto, la cultura y los objetivos estratégicos. Su enfoque es flexible y adaptable a diferentes sectores, promoviendo la toma de decisiones basada en riesgos y la mejora continua.

Por otro lado, la ISO 31010 complementa la ISO 31000 y se centra específicamente en las técnicas de evaluación del riesgo. Proporciona un conjunto de metodologías para identificar, analizar y evaluar los riesgos, incluyendo herramientas como análisis FMEA (Failure Modes and Effects Analysis), árboles de decisión, análisis de escenarios y muchas más. Su propósito es ayudar a seleccionar el método más adecuado según la naturaleza del riesgo y el contexto organizacional.

4.4.1 Análisis del Riesgo

En esta fase se evalúa la naturaleza y el impacto de cada riesgo identificado.

- Determinación de la probabilidad y el impacto: Se utilizará la matriz de riesgos de ISO 31010, considerando:

Probabilidad (P): Frecuencia con la que puede ocurrir el riesgo.

Impacto (I): Consecuencia sobre la operatividad del hospital.

Tabla 14. Matriz de riesgos

Probabilidad	Definición	Impacto	Definición
1. Muy Baja	Ocorre en casos excepcionales	1. Bajo	No afecta la operatividad
2. Baja	Puede ocurrir raramente	2. Moderado	Impacto menor, recuperable
3. Media	Ocorre ocasionalmente	3. Alto	Afecta procesos claves
4. Alta	Es frecuente	4. Crítico	Paraliza operaciones o causa daños graves

Fuente: ISO 31010

4.4.2 Evaluación del nivel de riesgo

Se calculará el nivel de riesgo (NR) mediante la fórmula:

$$NR = P \times I$$

Los valores obtenidos se ubicarán en la siguiente matriz de riesgos:

Tabla 15. Matriz de riesgos para evaluación

Impacto ↓ / Probabilidad →	1. Muy Baja	2. Baja	3. Media	4. Alta
4. Crítico	Moderado	Alto	Crítico	Crítico
3. Alto	Bajo	Moderado	Alto	Crítico
2. Moderado	Bajo	Bajo	Moderado	Alto
1. Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Moderado

Fuente: ISO 31010

Según el resultado, se definirán acciones de mitigación.

Evaluación y Tratamiento del Riesgo

Basado en los resultados del análisis, se establecen estrategias para gestionar cada riesgo.

4.4.3 Opciones de tratamiento del riesgo

- Evitar el riesgo: Modificar procesos o eliminar actividades que generen alto riesgo.
- Reducir el riesgo: Implementar controles internos y medidas de mitigación.
- Compartir el riesgo: Transferir riesgos mediante seguros o acuerdos con terceros.
- Aceptar el riesgo: Cuando es menor y no justifica medidas adicionales.

4.4.4. Plan de acción y monitoreo:

- Se asignarán responsables para la gestión de cada riesgo identificado.
- Se establecerán indicadores clave de desempeño (KPI) para el seguimiento.
- Se implementará un sistema de reporte periódico para evaluar la evolución del riesgo.

4.5 MATRIZ DE RIESGOS

Con base en la metodología planteada en el punto 4.4 del documento, que adopta la norma ISO 31000:2018 y utiliza la matriz de riesgos de ISO 31010 para determinar la probabilidad (P) y el impacto (I) de cada evento, se construyó la Tabla 16 con 50 riesgos organizacionales clasificados, evaluados y jerarquizados para el Hospital San Bernabé. A partir de esta matriz, es posible desarrollar un análisis exhaustivo y comprensivo que permita identificar los riesgos más frecuentes, sus causas, consecuencias y el nivel de riesgo ($NR = P \times I$) asociado a cada uno, priorizando aquellos considerados críticos.

Como parte fundamental para el desarrollo del sistema de gestión de riesgos organizacionales del Hospital San Bernabé, se llevó a cabo una actividad de evaluación y clasificación de los riesgos identificados. Esta labor fue realizada mediante una sesión virtual de trabajo entre las integrantes del equipo de investigación y la funcionaria encargada del direccionamiento estratégico del hospital.

La reunión se desarrolló el día 9 de abril de 2025, a través de la plataforma Google Meet, y contó con la participación de la señora Viviana Izquierdo Pérez, quien se desempeña como Profesional de Apoyo a Direccionamiento Estratégico del hospital. Durante esta sesión, se realizó una revisión detallada de cada uno de los riesgos previamente identificados, con el propósito de determinar su nivel de impacto y probabilidad de ocurrencia.

La metodología empleada consistió en la lectura y análisis conjunto de cada riesgo por parte de las investigadoras, mientras que la profesional Viviana Izquierdo brindaba sus aportes técnicos y clasificaba los riesgos con base en su conocimiento del contexto organizacional. Esta interacción permitió realizar una clasificación fundamentada, validada por una funcionaria con experiencia directa en los procesos estratégicos de la institución.

Los resultados de dicha evaluación se consolidaron posteriormente en el mapa de riesgos presentado en este documento, el cual constituye la base para la elaboración del presente plan de acción, centrado en los riesgos de nivel crítico, que requieren atención prioritaria por parte de la alta dirección del hospital.

Tabla 16. Matriz de riesgos

Nro	Descripción	Tipo de riesgo	Origen	Causas	Factor del riesgo externo	Factor del riesgo interno	Consecuencias	Tipo de impacto	Probabilidad	Impacto	NR = P x I
R1	Cambios en regulaciones gubernamentales que requieren ajustes constantes en procesos y contratos.	Riesgo político	Externo	Reformas legales imprevistas, cambios de administración, nuevas políticas de salud pública.	Inestabilidad normativa del sector salud	N/A	Aumento de costos administrativos, necesidad de ajustes en contratos y procesos internos	Financiero, operativo	4. Alta	3. Alto	Crítico
R2	Modificaciones en políticas públicas de salud que generan incertidumbre en la planificación y asignación de recursos.	Riesgo político	Externo	Inestabilidad en el marco normativo, falta de consenso en políticas sectoriales, cambios en prioridades gubernamentales.	Inestabilidad en políticas de salud	N/A	Dificultad en la planificación financiera y operativa	Financiero, estratégico	3. Media	2. Moderado	Moderado
R3	Crisis financiera del sector salud que limita la liquidez y la capacidad operativa del hospital.	Riesgo económico	Externo	Déficit en el financiamiento estatal, retrasos en pagos de EPS, mala gestión de recursos en el sistema de salud.	Falta de financiamiento sostenible en el sector salud	N/A	Reducción de servicios, afectación en la calidad del servicio	Financiero, operacional	4. Alta	3. Alto	Crítico
R4	Inflación y altas tasas de interés que encarecen costos operativos y afectan la sostenibilidad financiera.	Riesgo económico	Externo	Políticas monetarias restrictivas, devaluación de la moneda, aumento en costos de insumos médicos y servicios públicos.	Volatilidad macroeconómica	N/A	Aumento en costos operativos, posible reducción de inversión en tecnología y recursos humanos	Financiero	1. Muy Baja	1. Bajo	Bajo
R5	Cambios demográficos y culturales que pueden modificar la demanda de servicios de salud.	Riesgo social	Externo	Envejecimiento poblacional, crecimiento de enfermedades crónicas, migración de poblaciones vulnerables.	Transformaciones sociodemográficas	N/A	Desbalance en la oferta y demanda de servicios, necesidad de adaptación de infraestructura y personal	Estratégico, operacional	4. Alta	2. Moderado	Alto

Nro	Descripción	Tipo de riesgo	Origen	Causas	Factor del riesgo externo	Factor del riesgo interno	Consecuencias	Tipo de impacto	Probabilidad	Impacto	NR = P x I
R6	Dificultades en la adopción de nuevas tecnologías médicas debido a restricciones financieras.	Riesgo tecnológico	Externo	Alto costo de equipos e infraestructura, dependencia de proveedores externos, bajo presupuesto en innovación.	Dependencia tecnológica del mercado externo	N/A	Desactualización en tratamientos médicos, pérdida de competitividad del hospital	Financiero, operativo	3. Media	1. Bajo	Bajo
R7	Dependencia de sistemas tecnológicos que pueden fallar o quedar obsoletos.	Riesgo tecnológico	Interno	Falta de actualización de software, infraestructura tecnológica deficiente, mantenimiento inadecuado.	N/A	Falta de inversión en TI	Fallas en sistemas de gestión hospitalaria, errores en diagnósticos y administración	Tecnológico, operativo	1. Muy Baja	1. Bajo	Bajo
R8	Regulaciones ambientales estrictas que elevan costos operativos y requieren inversiones en sostenibilidad.	Riesgo ecológico	Externo	Cambios en normativas ambientales, costos elevados de adaptación, necesidad de certificaciones ambientales.	Endurecimiento de normativas ambientales	N/A	Multas y sanciones, necesidad de inversión en tecnologías limpias	Financiero, cumplimiento	1. Muy Baja	1. Bajo	Bajo
R9	Disponibilidad variable de recursos naturales como agua y energía que afecta la operación hospitalaria.	Riesgo ecológico	Externo	Escasez de recursos hídricos, racionamientos energéticos, dependencia de fuentes de energía inestables.	Crisis energética y ambiental	N/A	Interrupción de servicios médicos, mayor costo en generación de energía alternativa	Operacional, financiero	1. Muy Baja	1. Bajo	Bajo
R10	Cambios en normativas de calidad y seguridad en salud que demandan constantes actualizaciones en procedimientos.	Riesgo legal	Externo	Nuevas exigencias regulatorias, auditorías más estrictas, mayor supervisión gubernamental.	Aumento de estándares regulatorios	N/A	Necesidad de capacitación constante, posibles sanciones por incumplimiento	Cumplimiento, operativo	3. Media	2. Moderado	Moderado
R11	Modificaciones en la legislación laboral que pueden afectar la	Riesgo legal	Externo	Cambios en contratos colectivos, nuevas obligaciones patronales,	Reforma en leyes laborales	N/A	Aumento en costos laborales, dificultades en contratación y	Financiero, organizacional	2. Baja	2. Moderado	Bajo

Nro	Descripción	Tipo de riesgo	Origen	Causas	Factor del riesgo externo	Factor del riesgo interno	Consecuencias	Tipo de impacto	Probabilidad	Impacto	NR = P x I
	estabilidad del personal.			restricciones en contratación.			retención de personal				
R12	Reducción de pagos por parte de EPS, afectando el flujo de caja del hospital.	Riesgo financiero	Externo	Déficit financiero en las EPS, demoras en procesos administrativos, falta de control sobre cobros y facturación.	Falta de liquidez del sistema de salud	N/A	Retrasos en pagos a proveedores, reducción de inversión en infraestructura	Financiero, operacional	4. Alta	3. Alto	Crítico
R13	Dependencia de recursos públicos con retrasos en su asignación.	Riesgo financiero	Externo	Procesos burocráticos lentos, ajustes en presupuestos gubernamentales, corrupción o mala gestión de recursos.	Ineficiencia en el financiamiento estatal	N/A	Riesgo de incumplimiento de compromisos financieros, recorte en servicios	Financiero	1. Muy Baja	1. Bajo	Bajo
R14	Posibles sanciones por incumplimiento de normativas del sector salud.	Riesgo de cumplimiento	Interno	Falta de capacitación en normativas, deficiencias en auditorías internas, incumplimiento de protocolos.	N/A	Falta de control interno en cumplimiento normativo	Multas y sanciones, daño reputacional	Cumplimiento, financiero	2. Baja	2. Moderado	Bajo
R15	Descentralización en la gestión de riesgos que dificulta la coordinación entre áreas.	Riesgo de gobernabilidad	Interno	Falta de liderazgo, ausencia de un sistema centralizado, escasa comunicación interdepartamental.	N/A	Falta de integración en la gestión organizacional	Respuestas ineficientes ante crisis, duplicación de esfuerzos	Operacional, estratégico	4. Alta	3. Alto	Crítico
R16	Falta de un sistema centralizado de gestión de riesgos que afecta la respuesta ante eventos críticos.	Riesgo de gobernabilidad	Interno	Deficiencias en infraestructura digital, falta de protocolos estandarizados, resistencia al cambio.	N/A	Falta de planificación en gestión de riesgos	Respuesta lenta ante emergencias, aumento en pérdidas económicas	Operacional, cumplimiento	4. Alta	3. Alto	Crítico

Nro	Descripción	Tipo de riesgo	Origen	Causas	Factor del riesgo externo	Factor del riesgo interno	Consecuencias	Tipo de impacto	Probabilidad	Impacto	NR = P x I
R17	Falta de personal capacitado para la implementación de nuevas tecnologías.	Riesgo de recursos humanos	Interno	Deficiencias en formación técnica, limitaciones presupuestarias para capacitaciones, resistencia del personal al cambio.	N/A	Déficit en capacitación tecnológica	Baja productividad, errores en el uso de sistemas hospitalarios	Operacional, tecnológico	2. Baja	1. Bajo	Bajo
R18	Desgaste y estrés laboral del personal debido a la sobrecarga de trabajo.	Riesgo de recursos humanos	Interno	Déficit de personal, turnos prolongados, malas condiciones laborales.	N/A	Sobrecarga y agotamiento del personal	Aumento en errores médicos, alta rotación de empleados	Organizacional, operacional	2. Baja	1. Bajo	Bajo
R19	Posibilidad de corrupción o fraude en la asignación de recursos y contratación de personal.	Riesgo de integridad	Interno	Falta de transparencia en procesos administrativos, ausencia de auditorías efectivas, cultura organizacional permisiva.	N/A	Falta de controles internos sólidos	Pérdida de recursos, sanciones legales, daño reputacional	Financiero, cumplimiento	2. Baja	3. Alto	Moderado
R20	Deficiencias en la gestión de información que afectan la confiabilidad de los datos clínicos y administrativos.	Riesgo de integridad	Interno	Falta de digitalización, errores en bases de datos, sistemas informáticos obsoletos.	N/A	Baja calidad en la gestión de datos	Errores en diagnósticos, afectación en la toma de decisiones	Tecnológico, operativo	4. Alta	3. Alto	Crítico
R21	Falta de insumos médicos debido a problemas en la cadena de suministro.	Riesgo operacional	Externo	Dependencia de proveedores únicos, restricciones logísticas, aumento en costos de importación.	Dependencia de proveedores únicos, restricciones logísticas, aumento en costos de importación.	N/A	Disminución en calidad de la atención, retrasos en tratamientos, mayor mortalidad en pacientes críticos.	Operacional, financiero.	3. Media	2. Moderado	Moderado

Nro	Descripción	Tipo de riesgo	Origen	Causas	Factor del riesgo externo	Factor del riesgo interno	Consecuencias	Tipo de impacto	Probabilidad	Impacto	NR = P x I
R22	Interrupciones en el servicio por fallas en la infraestructura hospitalaria.	Riesgo operacional	Interno	Falta de mantenimiento preventivo, antigüedad de las instalaciones, deficiencias en planeación de obras.	N/A	Falta de mantenimiento preventivo, antigüedad de las instalaciones, deficiencias en planeación de obras.	Riesgos para la seguridad del paciente, suspensión de procedimientos médicos, daño en equipos médicos.	Operacional, reputacional.	2. Baja	1. Bajo	Bajo
R23	Pérdida de confianza de la comunidad por deficiencias en la calidad del servicio.	Riesgo de imagen y reputación	Externo	Quejas de pacientes, fallas en la atención, mala gestión de crisis.	Quejas de pacientes, fallas en la atención, mala gestión de crisis.	N/A	Reducción en la demanda de servicios, menor apoyo gubernamental, afectación de la imagen institucional.	Reputacional, social.	4. Alta	3. Alto	Crítico
R24	Casos de mala praxis médica que pueden afectar la percepción del hospital.	Riesgo de imagen y reputación	Interno	Falta de protocolos de seguridad, errores médicos, deficiencia en supervisión.	N/A	Falta de protocolos de seguridad, errores médicos, deficiencia en supervisión.	Demandas legales, sanciones económicas, pérdida de confianza en el personal médico.	Legal, reputacional.	4. Alta	3. Alto	Crítico
R25	Ciberataques o fallos en la seguridad informática que comprometan información de pacientes.	Riesgo tecnológico	Interno	Falta de sistemas de seguridad robustos, accesos no controlados, software desactualizado.	N/A	Falta de sistemas de seguridad robustos, accesos no controlados, software desactualizado.	Pérdida de información, sanciones legales, robo de datos sensibles de pacientes.	Tecnológico, legal.	4. Alta	3. Alto	Crítico
R26	Accidentes laborales dentro de las instalaciones del hospital.	Riesgo de seguridad laboral	Interno	Falta de protocolos de seguridad, infraestructura inadecuada, descuidos del personal.	N/A	Falta de protocolos de seguridad, infraestructura inadecuada, descuidos del personal.	Lesiones al personal, aumento en costos por incapacidades, demandas laborales.	Seguridad y salud en el trabajo, legal.	3. Media	2. Moderado	Moderado

Nro	Descripción	Tipo de riesgo	Origen	Causas	Factor del riesgo externo	Factor del riesgo interno	Consecuencias	Tipo de impacto	Probabilidad	Impacto	NR = P x I
R27	Exposición del personal a enfermedades infecciosas.	Riesgo de seguridad laboral	Interno	Falta de equipos de protección personal, inadecuado manejo de desechos biológicos, deficiencias en capacitación.	N/A	Falta de equipos de protección personal, inadecuado manejo de desechos biológicos, deficiencias en capacitación.	Aumento en enfermedades laborales, reducción del personal disponible, incremento en costos por incapacidades.	Seguridad y salud en el trabajo, operacional.	2. Baja	3. Alto	Moderado
R28	Retrasos en la entrega de medicamentos y equipos médicos esenciales.	Riesgo logístico	Externo	Problemas con proveedores, demoras en trámites aduaneros, crisis en la cadena de suministro.	Problemas con proveedores, demoras en trámites aduaneros, crisis en la cadena de suministro.	N/A	Falta de tratamientos oportunos, aumento en la mortalidad hospitalaria, incremento de costos por compras de urgencia.	Logístico, financiero.	3. Media	2. Moderado	Moderado
R29	Aumento en los costos de mantenimiento de equipos biomédicos.	Riesgo financiero	Interno	Falta de contratos de mantenimiento preventivo, equipos obsoletos, dependencia de repuestos importados.	N/A	Falta de contratos de mantenimiento preventivo, equipos obsoletos, dependencia de repuestos importados.	Fallos en equipos críticos, incremento en gastos imprevistos, interrupción de servicios médicos.	Financiero, operacional.	2. Baja	1. Bajo	Bajo
R30	Cambios en políticas de contratación de personal médico especializado.	Riesgo político	Externo	Nuevas regulaciones en contratación, restricciones salariales, escasez de profesionales en el sector.	Nuevas regulaciones en contratación, restricciones salariales, escasez de profesionales en el sector.	N/A	Dificultades para cubrir turnos críticos, reducción en la calidad del servicio, fuga de talentos hacia otros países o sectores.	Político, estratégico.	1. Muy Baja	2. Moderado	Bajo

Nro	Descripción	Tipo de riesgo	Origen	Causas	Factor del riesgo externo	Factor del riesgo interno	Consecuencias	Tipo de impacto	Probabilidad	Impacto	NR = P x I
R31	Problemas de accesibilidad geográfica que dificultan la atención de pacientes.	Riesgo social	Externo	Infraestructura vial deficiente, falta de transporte público adecuado, ubicación lejana de poblaciones vulnerables.	Infraestructura vial deficiente, falta de transporte público adecuado, ubicación lejana de poblaciones vulnerables.	N/A	Reducción en la atención a pacientes, aumento de complicaciones médicas, disminución en la cobertura de salud.	Social, operacional.	2. Baja	1. Bajo	Bajo
R32	Posibles sanciones por manejo inadecuado de residuos hospitalarios.	Riesgo ecológico	Interno	Falta de capacitación en gestión de residuos, incumplimiento de normativas ambientales, infraestructura inadecuada para el tratamiento de desechos.	N/A	Falta de capacitación en gestión de residuos, incumplimiento de normativas ambientales, infraestructura inadecuada para el tratamiento de desechos.	Multas y sanciones, impacto ambiental negativo, deterioro de la reputación institucional.	Ecológico, legal, reputacional.	2. Baja	3. Alto	Moderado
R33	Auditorías externas que pueden revelar incumplimientos normativos.	Riesgo de cumplimiento	Externo	Falta de control interno, incumplimiento de protocolos, deficiencias en registros y documentación.	Falta de control interno, incumplimiento de protocolos, deficiencias en registros y documentación.	N/A	Multas, pérdida de acreditaciones, impacto en la confianza de los financiadores y la comunidad.	Cumplimiento, financiero, reputacional.	2. Baja	3. Alto	Moderado
R34	Fluctuaciones en la tasa de cambio que afectan la adquisición de equipos importados.	Riesgo financiero	Externo	Dependencia de proveedores internacionales, inestabilidad económica, aumento en costos de importación.	Dependencia de proveedores internacionales, inestabilidad económica, aumento en costos de importación.	N/A	Incremento en costos operativos, retrasos en adquisición de tecnología médica, necesidad de buscar alternativas de menor calidad.	Financiero, estratégico.	3. Media	2. Moderado	Moderado

Nro	Descripción	Tipo de riesgo	Origen	Causas	Factor del riesgo externo	Factor del riesgo interno	Consecuencias	Tipo de impacto	Probabilidad	Impacto	NR = P x I
R35	Brechas en la interoperabilidad de sistemas de información hospitalarios.	Riesgo de información	Interno	Sistemas desactualizados, falta de estándares tecnológicos comunes, errores en la integración de bases de datos.	N/A	Sistemas desactualizados, falta de estándares tecnológicos comunes, errores en la integración de bases de datos.	Errores en historiales clínicos, dificultad en la toma de decisiones médicas, riesgo de pérdida de información crítica.	Tecnológico, operacional.	4. Alta	3. Alto	Crítico
R36	Cambios en el perfil epidemiológico de la población que aumentan la demanda de ciertos servicios.	Riesgo social	Externo	Aumento de enfermedades crónicas, nuevas pandemias, envejecimiento poblacional.	Aumento de enfermedades crónicas, nuevas pandemias, envejecimiento poblacional.	N/A	Saturación de servicios de salud, déficit de recursos médicos, necesidad de adaptación en la infraestructura y personal.	Social, estratégico.	4. Alta	3. Alto	Crítico
R37	Fallos en la climatización que afectan la conservación de medicamentos y muestras biológicas.	Riesgo operacional	Interno	Falta de mantenimiento en sistemas de refrigeración, infraestructura obsoleta, cortes de energía frecuentes.	N/A	Falta de mantenimiento en sistemas de refrigeración, infraestructura obsoleta, cortes de energía frecuentes.	Pérdida de medicamentos costosos, afectación en la calidad de pruebas diagnósticas, impacto en la seguridad del paciente.	Operacional, financiero.	2. Baja	2. Moderado	Bajo
R38	Difusión de información negativa en redes sociales sobre la calidad del servicio.	Riesgo de imagen y reputación	Externo	Quejas de pacientes, mala gestión de crisis de comunicación, difusión de noticias falsas o sesgadas.	Quejas de pacientes, mala gestión de crisis de comunicación, difusión de noticias falsas o sesgadas.	N/A	Daño en la reputación del hospital, disminución de confianza en los servicios, posible reducción en la demanda de atención.	Reputacional, social.	4. Alta	3. Alto	Crítico

Nro	Descripción	Tipo de riesgo	Origen	Causas	Factor del riesgo externo	Factor del riesgo interno	Consecuencias	Tipo de impacto	Probabilidad	Impacto	NR = P x I
R39	Posibles demandas legales que generen indemnizaciones costosas.	Riesgo financiero	Interno	Mala praxis médica, incumplimiento de normativas laborales, conflictos con pacientes o empleados.	N/A	Mala praxis médica, incumplimiento de normativas laborales, conflictos con pacientes o empleados.	Pérdidas financieras por indemnizaciones, afectación de la reputación, sanciones regulatorias.	Financiero, legal.	4. Alta	3. Alto	Crítico
R40	Falta de protocolos adecuados para el manejo de emergencias.	Riesgo de cumplimiento	Interno	Ausencia de planes de contingencia, capacitación insuficiente del personal, falta de simulacros y pruebas de respuesta.	N/A	Ausencia de planes de contingencia, capacitación insuficiente del personal, falta de simulacros y pruebas de respuesta.	Respuesta ineficiente ante emergencias, aumento de riesgos para pacientes y personal, incumplimiento de normativas de seguridad.	Cumplimiento, seguridad y salud en el trabajo.	2. Baja	3. Alto	Moderado
R41	Fallas en sistemas de telemedicina.	Riesgo tecnológico	Interno	Conectividad inestable, equipos desactualizados, falta de capacitación en el uso de plataformas digitales.	N/A	Conectividad inestable, equipos desactualizados, falta de capacitación en el uso de plataformas digitales.	Interrupciones en la atención remota, pérdida de confianza en la telemedicina, dificultad en el acceso a servicios de salud.	Tecnológico, operacional.	2. Baja	1. Bajo	Bajo
R42	Migración de población a otras ciudades en busca de mejores servicios de salud.	Riesgo social	Externo	Deficiencias en la calidad del servicio, saturación de hospitales locales, falta de especialistas médicos en la región.	Deficiencias en la calidad del servicio, saturación de hospitales locales, falta de especialistas médicos en la región.	N/A	Disminución de la demanda local, reducción en la financiación del hospital, impacto en la economía de la región.	Social, financiero.	4. Alta	2. Moderado	Alto

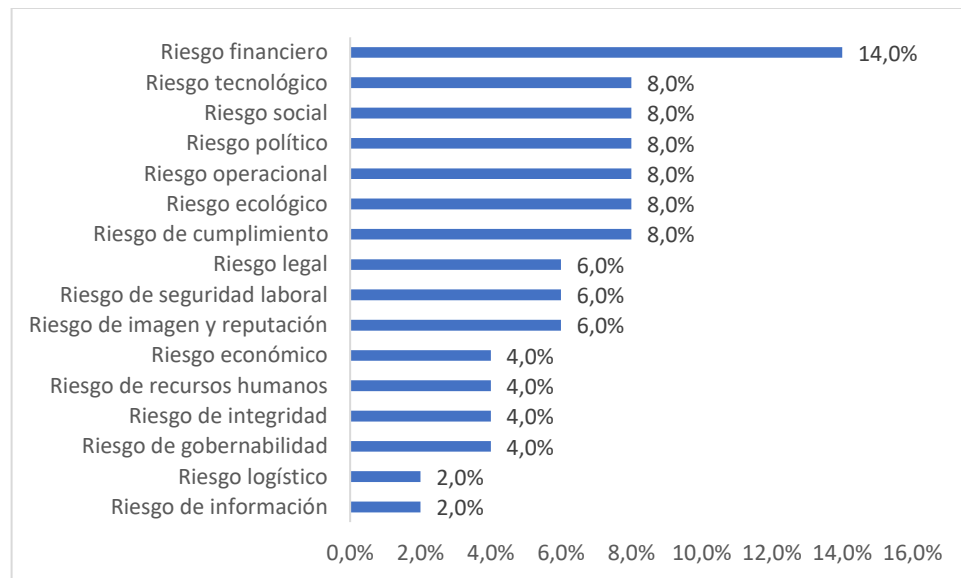
Nro	Descripción	Tipo de riesgo	Origen	Causas	Factor del riesgo externo	Factor del riesgo interno	Consecuencias	Tipo de impacto	Probabilidad	Impacto	NR = P x I
R43	Cambios en políticas de financiamiento de hospitales públicos.	Riesgo político	Externo	Ajustes presupuestarios del gobierno, reducción de fondos destinados a salud, priorización de otros sectores.	Ajustes presupuestarios del gobierno, reducción de fondos destinados a salud, priorización de otros sectores.	N/A	Falta de recursos para mejoras en infraestructura y personal, reducción de servicios médicos, posible cierre de programas de atención.	Político, financiero.	2. Baja	2. Moderado	Bajo
R44	Contaminación del agua utilizada en procedimientos médicos.	Riesgo ecológico	Externo	Falta de control en fuentes de abastecimiento, fallos en sistemas de filtración, contaminación ambiental en la región.	Falta de control en fuentes de abastecimiento, fallos en sistemas de filtración, contaminación ambiental en la región.	N/A	Infecciones hospitalarias, riesgos para la salud de pacientes y personal, sanciones por incumplimiento normativo.	Ecológico, sanitario, legal.	2. Baja	3. Alto	Moderado
R45	Disminución de recursos provenientes de convenios interinstitucionales.	Riesgo financiero	Externo	Reestructuración de acuerdos de financiamiento, reducción de presupuesto en entidades aliadas, falta de continuidad en proyectos.	Reestructuración de acuerdos de financiamiento, reducción de presupuesto en entidades aliadas, falta de continuidad en proyectos.	N/A	Déficit financiero, afectación en programas de salud, necesidad de buscar nuevas fuentes de financiación.	Financiero, estratégico.	2. Baja	3. Alto	Moderado
R46	Conflictos laborales que deriven en demandas contra el hospital.	Riesgo legal	Interno	Desacuerdos en condiciones salariales, incumplimiento de normativas laborales, ambiente de trabajo deteriorado.	N/A	Desacuerdos en condiciones salariales, incumplimiento de normativas laborales, ambiente de trabajo deteriorado.	Afectación en la prestación de servicios por huelgas o renunciaciones, pérdida de reputación, costos por litigios y sanciones.	Legal, financiero, reputacional.	2. Baja	2. Moderado	Bajo

Nro	Descripción	Tipo de riesgo	Origen	Causas	Factor del riesgo externo	Factor del riesgo interno	Consecuencias	Tipo de impacto	Probabilidad	Impacto	NR = P x I
R47	Errores en la gestión de citas médicas que afecten la atención al paciente.	Riesgo operacional	Interno	Falta de un sistema eficiente de turnos, errores en bases de datos, mala planificación del flujo de pacientes.	N/A	Falta de un sistema eficiente de turnos, errores en bases de datos, mala planificación del flujo de pacientes.	Congestión en servicios de salud, demoras en atención, insatisfacción de los usuarios.	Operacional, reputacional.	2. Baja	2. Moderado	Bajo
R48	Violencia intrahospitalaria que afecte la seguridad de los trabajadores.	Riesgo de seguridad laboral	Interno	Falta de medidas de seguridad, aumento de agresiones por parte de pacientes o familiares, ausencia de protocolos de manejo de conflictos.	N/A	Falta de medidas de seguridad, aumento de agresiones por parte de pacientes o familiares, ausencia de protocolos de manejo de conflictos.	Riesgos físicos y psicológicos para el personal, afectación en la calidad del servicio, posible deserción laboral.	Seguridad laboral, social.	2. Baja	2. Moderado	Bajo
R49	Falta de diversificación en fuentes de ingresos del hospital.	Riesgo financiero	Interno	Dependencia de pagos de EPS y fondos públicos, ausencia de estrategias para generación de ingresos alternativos, escasez de alianzas con el sector privado.	N/A	Dependencia de pagos de EPS y fondos públicos, ausencia de estrategias para generación de ingresos alternativos, escasez de alianzas con el sector privado.	Riesgo de inestabilidad financiera, limitación en la inversión en infraestructura y tecnología, reducción en la capacidad de atención.	Financiero, estratégico.	4. Alta	3. Alto	Crítico
R50	Ineficiencia en la gestión de historias clínicas y registros médicos.	Riesgo de cumplimiento	Interno	Falta de digitalización de documentos, errores en la administración de archivos, incompatibilidad entre sistemas informáticos.	N/A	Falta de digitalización de documentos, errores en la administración de archivos, incompatibilidad entre sistemas informáticos.	Pérdida de información crítica, dificultad en la continuidad del tratamiento de los pacientes, posibles sanciones por incumplimiento normativo.	Cumplimiento, tecnológico, operacional.	3. Media	3. Alto	Alto

4.5.1 Evaluación de riesgos

En primer lugar, se evidencia que los riesgos financieros son los más recurrentes, representando el 14% del total (7 de 50). Le siguen riesgos tecnológicos, sociales, políticos, operacionales, ecológicos y de cumplimiento, cada uno con un 8% de incidencia (ver figura 24).

Figura 24. Tipo de riesgo



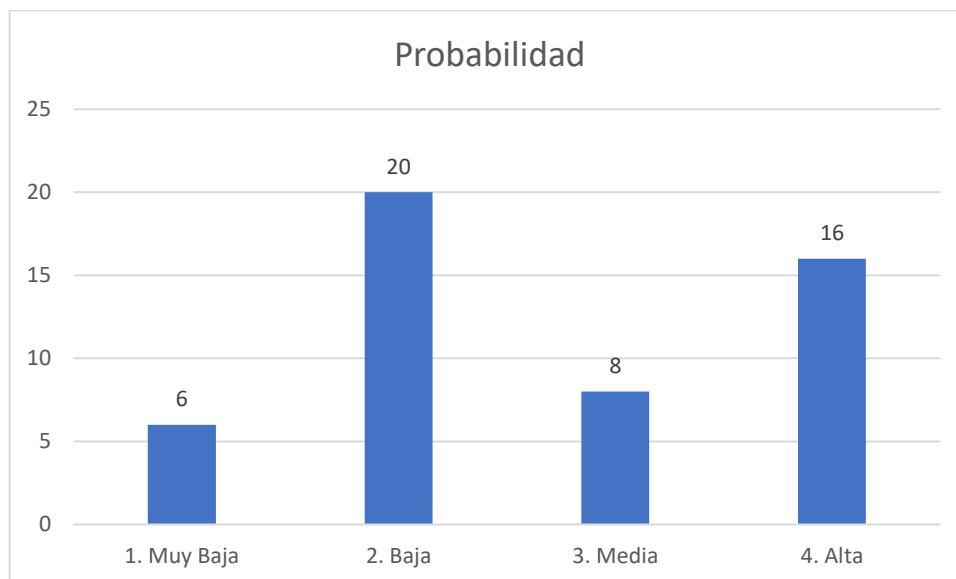
Fuente: elaboración de las autoras

Esta distribución señala que los aspectos económicos y financieros —como la reducción de pagos por parte de EPS, la dependencia de recursos públicos y la inestabilidad en la asignación presupuestal— son amenazas latentes para la sostenibilidad del hospital.

Con base en la información de la Tabla 16, se identifican 16 riesgos con probabilidad alta, lo cual corresponde al 32% del total de 50 riesgos evaluados (ver figura 25). Este grupo representa aquellos eventos que tienen una alta posibilidad de ocurrir dentro del Hospital San Bernabé y, por tanto, requieren atención prioritaria. Entre los más destacados se encuentra el riesgo político por cambios en regulaciones gubernamentales (R1), que puede desestabilizar los procesos administrativos; el riesgo económico por crisis en el sector salud (R3), que afecta la sostenibilidad financiera; el riesgo de integridad por deficiencias en la gestión de historias clínicas (R20); el riesgo reputacional por baja calidad en el servicio (R23); el riesgo por mala

praxis médica (R24); y el riesgo tecnológico por ciberataques (R25). Estos riesgos no solo tienen alta probabilidad de ocurrir, sino que también podrían tener consecuencias graves sobre la atención al paciente, la imagen institucional y la viabilidad operativa del hospital, por lo cual deben ser considerados prioritarios dentro del plan de acción.

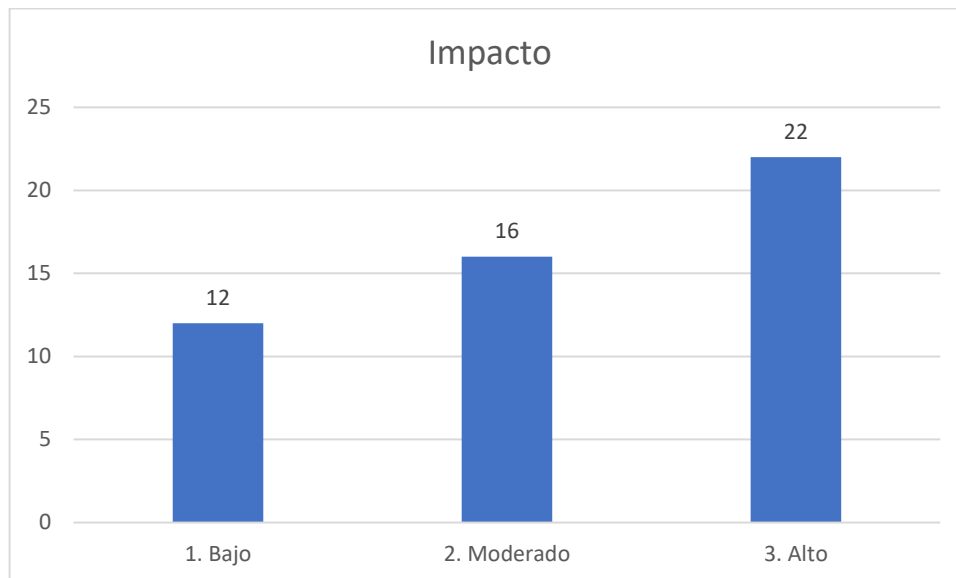
Figura 25. Riesgos según probabilidad



Fuente: elaboración de las autoras

Adicionalmente, 22 riesgos fueron clasificados con impacto alto, lo cual representa el 44% del total de los 50 riesgos evaluados (ver figura 26). Esto indica que casi la mitad de los riesgos identificados en el Hospital San Bernabé tienen el potencial de generar consecuencias graves en sus operaciones, finanzas, reputación o en la atención a los pacientes. Entre los más relevantes se encuentran el riesgo de mala praxis médica (R24), que puede derivar en demandas legales y daño institucional; el riesgo por ciberataques (R25), que pone en peligro la confidencialidad y disponibilidad de la información clínica; el riesgo por fallos en la gestión de historias clínicas (R20), que afecta la continuidad y calidad del servicio; el riesgo político (R1), que puede alterar las reglas del sistema de salud; y el riesgo por falta de integración en la gestión de riesgos (R16), que debilita el control institucional. Estos riesgos requieren especial atención dentro del plan de gestión, ya que su impacto puede comprometer seriamente la misión del hospital y su capacidad para responder a las necesidades de la comunidad.

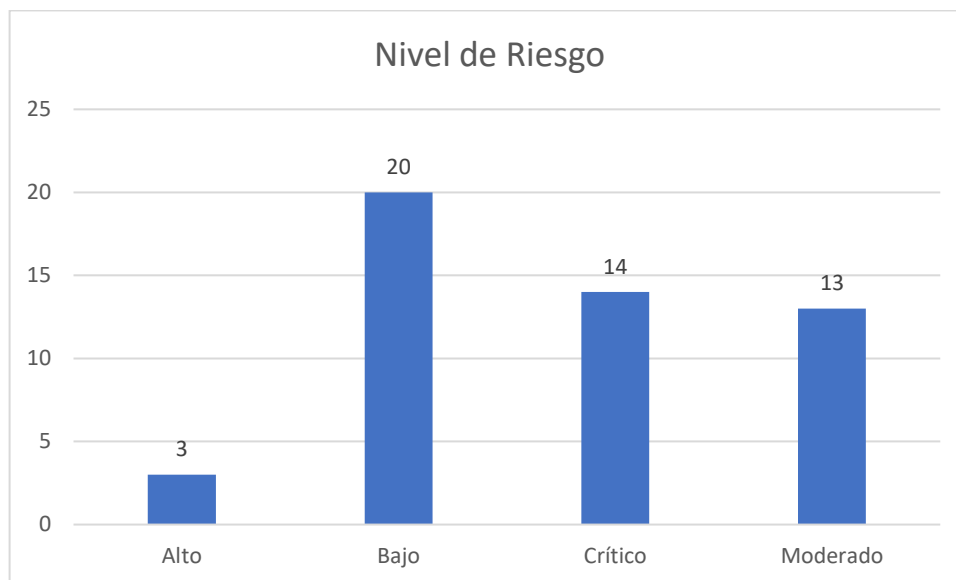
Figura 26. Riesgos según impacto



Fuente: elaboración de las autoras

Con relación al nivel de riesgo, es decir, el resultado de evaluar la probabilidad por el impacto, se encontraron un total de 14 riesgos de los 50, es decir, el 28% (ver Figura 27). Entre los riesgos con mayor nivel de criticidad se destacan, por ejemplo, el riesgo político relacionado con cambios en regulaciones gubernamentales (R1), que obtuvo un NR de 12 ($P=4$, $I=3$), lo cual lo posiciona como "Crítico". Este riesgo se origina externamente, con causas como reformas legales imprevistas y nuevas políticas de salud pública, y puede generar un aumento de costos administrativos y desajustes en contratos y procesos internos, afectando tanto el componente financiero como el operativo del hospital.

Figura 27. Nivel de riesgo



Fuente: elaboración de las autoras

Otros riesgos con nivel crítico incluyen el riesgo económico derivado de la crisis financiera del sector salud (R3), que también presenta un NR de 12, reflejando una alta probabilidad e impacto significativo. Las causas de este riesgo se relacionan con factores estructurales del sistema de salud colombiano, como la crisis de las EPS, lo que limita la liquidez y capacidad operativa del hospital. Consecuencias directas incluyen la imposibilidad de atender adecuadamente a los pacientes, reduciendo la cobertura y eficiencia institucional. De igual modo, el riesgo financiero asociado a la falta de diversificación en las fuentes de ingreso (R49) también fue catalogado como crítico (NR=12), lo que pone en evidencia la fragilidad estructural del modelo de financiación institucional.

Asimismo, es importante mencionar riesgos de origen interno que, aunque con menor frecuencia, poseen un impacto relevante. Por ejemplo, el riesgo de cumplimiento (R50), relacionado con la ineficiencia en la gestión de historias clínicas y registros médicos, tiene un NR alto de 9 ($P=3$, $I=3$). Este riesgo evidencia deficiencias en la digitalización de documentos, errores en la administración de archivos y la incompatibilidad entre sistemas informáticos, lo cual puede conllevar a sanciones, pérdida de información crítica y dificultades en la continuidad del tratamiento de pacientes, afectando los aspectos tecnológico, operativo y normativo.

En términos generales, el análisis detallado permite concluir que los riesgos con mayor criticidad, es decir, aquellos con un NR entre 9 y 12, deben ser priorizados dentro del plan de acción. Se recomienda establecer estrategias específicas como la implementación de controles internos, rediseño de procesos, actualización normativa y digitalización de sistemas, así como la capacitación continua del personal. Estos riesgos no solo representan una amenaza para la estabilidad financiera y operativa del hospital, sino que comprometen la calidad del servicio y la seguridad del paciente, por lo que su gestión adecuada es esencial para fortalecer la resiliencia organizacional.

4.5.1 Mapa de riesgos

El mapa de riesgos presentado en la figura 28 permite visualizar de forma clara la relación entre la probabilidad de ocurrencia y el nivel de impacto de cada uno de los 50 riesgos identificados en el Hospital San Bernabé.

Figura 28. Mapa de riesgos

Impacto ↓ / Probabilidad →	1. Muy Baja	2. Baja	3. Media	4. Alta
4. Crítico	Moderado	Alto	Crítico	Crítico
3. Alto	Bajo	Moderado: R19, R27, R32, R33, R40, R44, R45	Alto: R50	Crítico: R1, R3, R12, R15, R16, R20, R23, R24, R25, R35, R36, R38, R39, R49
2. Moderado	Bajo: R30	Bajo: R11, R14, R37, R43, R46, R47, R48	Moderado: R2, R10, R21, R26, R28, R34	Alto: R5, R42
1. Bajo	Bajo: R4, R7, R8, R9, R13	Bajo: R17, R18, R22, R29, R31, R41	Bajo: R6	Moderado

Fuente: elaboración de las autoras

Esta herramienta facilita priorizar la atención sobre aquellos eventos que representan un mayor peligro para la institución. En particular, se observa que 14 riesgos han sido clasificados como críticos (28%), es decir, aquellos con combinaciones de impacto alto o crítico y probabilidad alta. Entre estos se

encuentran riesgos como el riesgo político (R1), crisis en el sector salud (R3), ciberataques (R25), mala praxis médica (R24), y fallas en la gestión de información clínica (R20), los cuales podrían generar consecuencias severas a nivel operativo, económico, legal, y reputacional.

Este trabajo se enfocará específicamente en estos riesgos críticos, debido a que representan las mayores amenazas para la estabilidad institucional y la calidad en la atención a los usuarios del hospital, no obstante, también se consideran los riesgos con nivel alto y moderado. La elaboración del plan de acción se centrará en proponer medidas de prevención, mitigación, respuesta y monitoreo para estos riesgos priorizados, con el fin de fortalecer la capacidad del hospital para anticiparse y gestionar eventos adversos de forma eficaz, reduciendo su probabilidad de ocurrencia y/o su impacto potencial sobre la organización.

5. DISEÑAR UN PLAN DE ACCIÓN QUE INTEGRE LA ACTUALIZACIÓN DEL MARCO NORMATIVO, EL DISEÑO DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO Y UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN ESPECIALIZADO PARA FORTALECER LA GESTIÓN DE RIESGOS EN EL HOSPITAL SAN BERNABÉ.

Este capítulo presenta el Plan de Acción diseñado para la gestión de los riesgos organizacionales identificados en el Hospital San Bernabé, en el marco de la implementación de un sistema integral de gestión del riesgo. El propósito principal de este plan es establecer un conjunto de acciones estratégicas y operativas orientadas a prevenir, mitigar, transferir o aceptar los riesgos que podrían afectar la estabilidad operativa, financiera y reputacional de la institución.

De manera estructurada, el plan contiene las actividades específicas, responsables directos, indicadores clave de desempeño (KPI), metas definidas, y los recursos humanos, técnicos y financieros requeridos para su ejecución. Este diseño busca asegurar una mejora continua en la gestión institucional, mediante el fortalecimiento de las capacidades internas para anticiparse, responder y adaptarse frente a eventos adversos.

Como elemento innovador, el presente plan de acción incluye la formulación de controles específicos como mecanismos de tratamiento del riesgo, con el propósito de garantizar el seguimiento, supervisión y efectividad de cada acción propuesta. Asimismo, se contemplan diferentes enfoques de tratamiento como evitar, reducir, compartir o aceptar el riesgo, en función de su naturaleza, impacto y probabilidad.

En concordancia con los lineamientos definidos en el documento base de esta investigación, este capítulo también incorpora tres componentes fundamentales: la actualización del marco normativo vigente en materia de gestión del riesgo, el diseño de un sistema automatizado para la identificación, análisis y monitoreo de riesgos, y un programa de capacitación especializado dirigido al personal clave del hospital, con el fin de fortalecer su conocimiento y competencias en la materia.

Además, el plan establece mecanismos de seguimiento y revisión periódica, especificando la frecuencia de evaluación de los riesgos, los responsables del monitoreo y los comités encargados de validar la efectividad del sistema de gestión. Finalmente, se incluye una estimación preliminar del presupuesto requerido y el tiempo de ejecución, como parte integral de la propuesta, lo que permite garantizar su viabilidad técnica y financiera dentro del contexto institucional.

Este capítulo, por tanto, representa el componente operativo y estratégico de la propuesta de intervención, sobre el cual se construirá una cultura organizacional más resiliente, preparada para enfrentar los desafíos y cambios propios del entorno hospitalario.

5.1 DISEÑO DEL PLAN DE ACCIÓN

El plan de acción se propone para los riesgos clasificados con un nivel Crítico, Alto y Moderado según el mapa de riesgos construido en el anterior capítulo, lo cuales son un total de 30, específicamente, 14 críticos, 3 altos y 13 moderados. A continuación se detalla dicho plan.

Este plan se construyó identificando y clasificando los riesgos del Hospital San Bernabé según su probabilidad de ocurrencia e impacto, utilizando estándares internacionales como la norma ISO 31000. Cada riesgo fue analizado en detalle y se definieron estrategias para tratarlo, como evitar, reducir, compartir o aceptar el riesgo. Además, se asignaron responsables, actividades específicas, indicadores para medir avances y recursos necesarios. Esto se hizo para garantizar que cada área y proceso del hospital cuente con medidas claras para gestionar los riesgos y mejorar su operación y seguridad. En la tabla 17 se presenta el plan diseñado.

Tabla 17. Plan de acción

Nro.	Nombre o Descripción del Riesgo	Objetivo del Plan de Acción	Actividad o Acción Correctiva/Preventiva	Tipo de Tratamiento del Riesgo	Responsable (s)	Indicadores de Seguimiento (KPI)	Meta o Resultado Esperado	Plazo de Ejecución	Recursos Necesarios	Frecuencia y Método de Seguimiento
R5	Cambios demográficos y culturales que pueden modificar la demanda de servicios de salud.	Garantizar que los servicios se ajusten a las necesidades cambiantes de la población.	Realizar un análisis periódico del perfil poblacional y ajustar la oferta de servicios conforme a las tendencias demográficas identificadas.	Reducir el riesgo	Dirección de planificación estratégica y líderes de áreas críticas.	Informes demográficos anuales y ajustes en la cartera de servicios.	Lograr un 90% de alineación entre la oferta y la demanda de servicios de salud.	6 meses	Recursos para análisis poblacional, sistemas de gestión de datos, presupuesto para reestructuración.	Revisión semestral mediante reuniones de planificación estratégica.
R42	Migración de población a otras ciudades en busca de mejores servicios de salud.	Retener pacientes con servicios de alta calidad y accesibilidad mejorada.	Implementar campañas de comunicación para mejorar la percepción de los servicios y aumentar la inversión en equipamiento moderno.	Reducir el riesgo	Departamento de comunicaciones y gerencia hospitalaria.	Índice de retención de pacientes (%).	Mejorar la retención al menos en un 15% en el próximo año.	12 meses	Recursos para campañas publicitarias, fondos para modernización de servicios.	Monitoreo trimestral mediante análisis de indicadores de retención.
R50	Ineficiencia en la gestión de historias clínicas y registros médicos.	Mejorar la gestión y conservación de historias y registros clínicos para reducir errores.	Digitalizar las historias clínicas, capacitar al personal sobre el uso de sistemas y modernizar el software de gestión.	Reducir el riesgo	Área de tecnología médica y recursos humanos	Tiempo promedio de búsqueda y actualización de registros clínicos.	Reducción del tiempo de gestión de historias a menos de 5 minutos por registro.	8 meses	Software de gestión, presupuesto para digitalización, capacitación del personal.	Auditorías mensuales de uso y eficiencia del sistema tecnológico implementado.
R1	Cambios en regulaciones gubernamentales que requieren ajustes constantes en procesos y contratos.	Adaptar los procesos del hospital a las normativas para garantizar cumplimiento.	Establecer un equipo dedicado al monitoreo de cambios regulatorios; capacitación periódica sobre nuevas normativas; actualización continua de políticas y contratos.	Reducir el riesgo	Dirección Jurídica y Contratación.	Cumplimiento del 100% de las normativas en auditorías regulatorias.	Evitar sanciones relacionadas con incumplimientos normativos.	6 meses	Consultorías legales, herramientas de gestión de contratos.	Informe mensual y auditorías internas.
R3	Crisis financiera del sector salud que limita la liquidez y la capacidad operativa del hospital.	Garantizar la sostenibilidad financiera del hospital.	Implementar una estrategia de diversificación de ingresos; optimizar procesos financieros internos; reestructurar deudas con EPS y	Reducir el riesgo	Dirección Financiera	Relación ingresos/egresos y reducción de cuentas morosas.	Lograr un flujo de caja estable y una reducción de deudas en un 20%.	12 meses	Consultores financieros, software de gestión, capacitación en contabilidad hospitalaria.	Revisión trimestral de indicadores financieros.

Nro.	Nombre o Descripción del Riesgo	Objetivo del Plan de Acción	Actividad o Acción Correctiva/Preventiva	Tipo de Tratamiento del Riesgo	Responsable (s)	Indicadores de Seguimiento (KPI)	Meta o Resultado Esperado	Plazo de Ejecución	Recursos Necesarios	Frecuencia y Método de Seguimiento
			mejorar la cobranza de facturación.							
R12	Reducción de pagos por parte de EPS, afectando el flujo de caja del hospital.	Incrementar la captación y estabilidad de recursos.	Implementar planes de financiamiento; negociaciones con EPS para condiciones más justas en pagos; establecer acuerdos con aliados estratégicos.	Reducir el riesgo	Dirección Financiera y Relaciones Públicas.	Alcance del 90% de pagos realizados en el tiempo estipulado por contratos.	Reducir el plazo promedio de pagos a 60 días.	9 meses	Sistemas de facturación eficientes, personal negociador experto.	Monitoreo continuo y reuniones de seguimiento con EPS quincenales.
R15	Descentralización en la gestión de riesgos que dificulta la coordinación entre áreas.	Garantizar una gestión de riesgos unificada para optimizar la respuesta.	Crear una plataforma digital integrada de gestión de riesgos; estandarizar protocolos en todas las áreas; capacitaciones conjuntas para todo el personal hospitalario.	Reducir el riesgo	Dirección Estratégica	Índices de coordinación eficiente entre áreas (%).	Lograr un nivel de coordinación eficiente superior al 85%.	8 meses	Desarrollo de software, recursos tecnológicos, sesiones de capacitación.	Evaluaciones mensuales del nivel de integración del sistema implementado.
R16	Falta de un sistema centralizado de gestión de riesgos que afecta la respuesta ante eventos críticos.	Centralizar la gestión de riesgos para aumentar la capacidad de respuesta.	Diseñar e implementar un sistema automatizado para seguimiento, evaluación y reportes; establecer un equipo centralizado de gestión de riesgos; simulacros regulares.	Reducir el riesgo	Dirección de TI y Gestión de Riesgos.	Número de eventos críticos gestionados en tiempo objetivo (indicador de desempeño).	Reducir en un 50% los tiempos de respuesta a eventos críticos.	12 meses	Infraestructura de TI, presupuesto para software, formaciones especializadas.	Revisión trimestral de indicadores del sistema implementado.
R20	Deficiencias en la gestión de información que afectan la confiabilidad de los datos clínicos y administrativos.	Asegurar la integridad y confiabilidad de la información hospitalaria.	Migrar a un sistema integral de historias clínicas digitales; capacitar al personal en administración de datos; implementar controles de calidad en la información.	Reducir el riesgo	Área de Informática y Archivo General.	Tiempo promedio para localizar y verificar historia clínica.	Reducir el tiempo de localización a menos de 10 minutos por registro.	10 meses	Recursos de digitalización, licencias de software, auditorías de calidad internas.	Evaluaciones semestrales con revisión en tiempo real.
R23	Pérdida de confianza de la comunidad por deficiencias en la calidad del servicio.	Mejorar la calidad percibida por los usuarios del hospital.	Realizar encuestas de satisfacción; aplicar auditorías de calidad periódicas; aumentar la comunicación sobre mejoras implementadas al servicio.	Reducir el riesgo	Dirección de Servicio al Cliente.	Índice de satisfacción del usuario (% de encuestados satisfechos).	Incrementar el índice de satisfacción por encima del 85%.	6 meses	Recursos para encuestas, equipo de mejora de calidad, campañas de comunicación.	Revisión semestral basada en indicadores de satisfacción.

Nro.	Nombre o Descripción del Riesgo	Objetivo del Plan de Acción	Actividad o Acción Correctiva/Preventiva	Tipo de Tratamiento del Riesgo	Responsable (s)	Indicadores de Seguimiento (KPI)	Meta o Resultado Esperado	Plazo de Ejecución	Recursos Necesarios	Frecuencia y Método de Seguimiento
R24	Casos de mala praxis médica que pueden afectar la percepción del hospital.	Garantizar la seguridad del paciente y mejorar protocolos clínicos.	Revisar y actualizar protocolos médicos; capacitar al personal clínico en seguridad del paciente; realizar auditorías regulares en los servicios médicos.	Reducir el riesgo	Dirección Médica y Calidad.	Número de incidentes adversos registrados.	Reducir en un 50% los registros de incidentes adversos.	9 meses	Consultores especializados, simulacros prácticos, diseño de protocolos renovados.	Auditorías trimestrales y control de incidentes.
R25	Ciberataques o fallos en la seguridad informática que comprometan información de pacientes.	Proteger los sistemas y datos hospitalarios contra amenazas cibernéticas.	Establecer firewalls, encriptación de datos; realizar auditorías de seguridad cibernética frecuentes; implementar protocolos de recuperación ante desastres informáticos.	Reducir el riesgo	Gerencia de Tecnología e Innovación.	Número de intentos de acceso no autorizado bloqueados.	Mantener tasa de accesos no autorizados detectados por debajo del 1%.	6 meses	Infraestructura de ciberseguridad, licencias de software especializados, entrenamientos.	Monitoreos mensuales y auditorías anuales de ciberseguridad.
R35	Brechas en la interoperabilidad de sistemas de información hospitalarios.	Garantizar una integración eficaz de sistemas clínicos y administrativos.	Adquirir y configurar un sistema interoperable; estandarizar formatos y bases de datos; ofrecer talleres de formación en tecnología hospitalaria.	Reducir el riesgo	Dirección de TIC.	Tasa de interoperabilidad entre sistemas internos (% de interconexión funcional).	Aumentar la interoperabilidad al 95%.	12 meses	Software interoperable, formación técnica para equipo de soporte administrativo.	Informes semestrales y revisión de funcionalidad operativa.
R36	Cambios en el perfil epidemiológico de la población que aumentan la demanda de ciertos servicios.	Adecuar los recursos y servicios a las necesidades epidemiológicas emergentes.	Realizar estudios epidemiológicos regulares; ajustar la capacidad de atención del hospital; reforzar los servicios solicitados (ej: crónicos o pediátricos).	Reducir el riesgo	Dirección de Planificación Clínica.	Reporte anual de adaptación de servicios a las necesidades detectadas.	Lograr un 90% de coincidencia entre oferta y demanda epidemiológica.	18 meses	Recursos para estudios, presupuesto para ajustes en el servicio.	Evaluaciones anuales de implementación de medidas correctivas.
R38	Difusión de información negativa en redes sociales sobre la calidad del servicio.	Fortalecer la reputación digital del hospital mediante una gestión proactiva.	Crear un equipo de monitoreo de redes sociales; diseñar campañas de comunicación; responder proactivamente a quejas y gestionar crisis de reputación con estrategias claras.	Reducir el riesgo	Departamento de Comunicación y Estrategias Digitales.	Opiniones positivas en redes sociales superan el 80%.	Lograr disminuir en un 70% las publicaciones negativas verificadas.	6 meses	Software de monitoreo digital, personal capacitado en gestión de crisis.	Informes mensuales y evaluaciones trimestrales de reputación.

Nro.	Nombre o Descripción del Riesgo	Objetivo del Plan de Acción	Actividad o Acción Correctiva/Preventiva	Tipo de Tratamiento del Riesgo	Responsable (s)	Indicadores de Seguimiento (KPI)	Meta o Resultado Esperado	Plazo de Ejecución	Recursos Necesarios	Frecuencia y Método de Seguimiento
R39	Posibles demandas legales que generen indemnizaciones costosas.	Disminuir la incidencia de demandas legales por fallas internas.	Establecer auditorías legales preventivas; revisar y reforzar contratos laborales; aplicar protocolos robustos de atención al paciente.	Reducir el riesgo	Gerencia Jurídica y Asesoría Legal.	Número de litigios reportados y costos asociados (% de reducción).	Reducir la ocurrencia de demandas en un 40%.	9 meses	Asesorías legales profesionales, programas de formación para el equipo médico y legal.	Auditorías legales semestrales y revisión anual del impacto logrado.
R49	Falta de diversificación en fuentes de ingresos del hospital.	Garantizar ingresos estables mediante estrategias diversificadas.	Crear alianzas con el sector privado; promover servicios especializados de alta demanda; desarrollar programas de captación de fondos.	Reducir el riesgo	Dirección Financiera y Relaciones Externas.	Aumento en un 20% de ingresos alternativos al sistema tradicional (EPS).	Lograr que los ingresos alternativos representen al menos el 25% del total.	14 meses	Recursos para investigación de mercado, formación en diseño de propuesta de servicios.	Seguimiento trimestral de metas financieras alcanzadas.
R2	Modificaciones en políticas públicas de salud que generan incertidumbre en la planificación.	Garantizar la adaptabilidad ante cambios en políticas de salud.	Monitorear cambios en políticas públicas; realizar reuniones trimestrales con expertos en normatividad; ajustar protocolos según los cambios.	Reducir el riesgo	Dirección Jurídica y Planeación.	Número de actualizaciones realizadas exitosamente al mes.	Minimizar los tiempos de ajustes a políticas a menos de 10 días hábiles.	6 meses	Equipo de asesoría normativa, capacitaciones sobre normativas.	Informes bimestrales y auditorías internas.
R10	Cambios en normativas de calidad y seguridad que demandan actualizaciones constantes.	Mantener al hospital alineado con normativas de calidad.	Actualizar protocolos de seguridad; reforzar políticas de cumplimiento; establecer capacitaciones periódicas sobre normativas ISO e internas.	Reducir el riesgo	Dirección de Calidad y Cumplimiento.	Auditorías regulatorias exitosas (% de cumplimiento).	Alcanzar el 100% de cumplimiento normativo en auditorías externas.	8 meses	Consultorías legales, presupuesto para capacitaciones continuas.	Informes mensuales de cumplimiento y auditorías semestrales.
R19	Posibilidad de corrupción o fraude en la asignación de recursos y contratación de personal.	Garantizar transparencia en la gestión de recursos y procesos.	Implementar políticas anticorrupción; realizar auditorías trimestrales independientes; establecer un canal de denuncias anónimas.	Reducir el riesgo	Dirección Administrativa y Financiera.	Número de auditorías realizadas y hallazgos identificados.	Disminuir las irregularidades detectadas en un 80%.	10 meses	Recursos para auditorías externas, formación en ética y buenas prácticas.	Revisión trimestral de resultados a través de informes.
R21	Falta de insumos médicos debido a problemas en la cadena de suministro.	Asegurar la disponibilidad continua de insumos médicos esenciales.	Diversificar proveedores; establecer contratos a largo plazo con proveedores confiables; crear un	Reducir el riesgo	Dirección de Logística y Abastecimiento.	Porcentaje de insumos críticos disponibles en stock.	Mantener un mínimo del 95% de disponibilidad de insumos médicos.	3 meses	Presupuesto para aumento de stock de seguridad, sistemas de	Seguimiento semanal del inventario mediante reportes.

Nro.	Nombre o Descripción del Riesgo	Objetivo del Plan de Acción	Actividad o Acción Correctiva/Preventiva	Tipo de Tratamiento del Riesgo	Responsable (s)	Indicadores de Seguimiento (KPI)	Meta o Resultado Esperado	Plazo de Ejecución	Recursos Necesarios	Frecuencia y Método de Seguimiento
			inventario de seguridad para insumos críticos.						gestión de inventarios.	
R26	Accidentes laborales dentro de las instalaciones del hospital.	Reducir la tasa de accidentes laborales y proteger al personal.	Implementar capacitaciones en seguridad laboral; evaluar y actualizar infraestructura; establecer protocolos de actuación frente a accidentes laborales.	Reducir el riesgo	SST (Seguridad y Salud en el Trabajo).	Tasa de accidentes laborales por semestre (%).	Reducir la tasa de accidentes en un 50%.	9 meses	Recursos para formación en SST, presupuesto para mejora de infraestructura.	Evaluaciones semestrales de incidentes y cumplimiento.
R27	Exposición del personal a enfermedades infecciosas.	Proteger la salud del personal frente a enfermedades infecciosas.	Adquirir y distribuir equipos de protección personal (EPP); realizar campañas de vacunación interna; implementar protocolos de desinfección estrictos.	Reducir el riesgo	Dirección de Recursos Humanos y SST.	Número de EPP distribuidos y porcentaje de personal vacunado.	Alcanzar un 100% de cobertura en vacunación y dotación de EPP.	6 meses	Presupuesto para EPP, campañas de sensibilización y vacunación.	Controles quincenales de uso de EPP y actualizaciones de protocolos.
R28	Retrasos en la entrega de medicamentos y equipos médicos esenciales.	Mejorar la gestión logística para asegurar entregas puntuales.	Formalizar acuerdos con proveedores para entregas prioritarias; establecer un sistema de monitoreo logístico que permita identificar retrasos en tiempo real.	Reducir el riesgo	Dirección de Logística.	Número de entregas realizadas en el tiempo establecido (%).	Reducir los retrasos logísticos en un 90%.	4 meses	Sistemas de monitoreo logístico, acuerdos comerciales con proveedores.	Revisión mensual del desempeño logístico.
R32	Posibles sanciones por manejo inadecuado de residuos hospitalarios.	Cumplir con las normativas de gestión de residuos para evitar sanciones.	Capacitar al personal en manejo adecuado de residuos; contratar servicios certificados para la disposición de residuos; realizar auditorías ambientales internas.	Reducir el riesgo	Dirección de SST y Ambiental.	Auditorías ambientales positivas (% de cumplimiento con normativas).	Garantizar el 100% de cumplimiento en la gestión de residuos.	7 meses	Presupuesto para capacitación en gestión ambiental, servicios de disposición adecuados.	Auditorías trimestrales de gestión de residuos.
R33	Auditorías externas que pueden revelar incumplimientos normativos.	Evitar sanciones y garantizar la conformidad normativa en auditorías.	Revisar y actualizar protocolos normativos; realizar simulacros de auditorías externas; corregir hallazgos con rapidez y eficiencia.	Reducir el riesgo	Dirección Jurídica y Cumplimiento.	Número de desacuerdos encontrados en auditorías reales (%).	Reducir al mínimo los hallazgos negativos en auditorías externas.	4 meses	Recursos para revisiones internas, simulacros y capacitaciones normativas.	Auditorías internas mensuales y simulacros bimestrales.
R34	Fluctuaciones en la tasa de cambio que afectan la	Proteger las finanzas del hospital ante	Crear un fondo de emergencia para cubrir cambios de costos;	Reducir el riesgo	Dirección Financiera.	Porcentaje de adquisiciones exitosas sin	Reducir en un 80% el impacto de fluctuaciones	8 meses	Fondos de emergencia, acuerdos con	Revisión trimestral de impacto

Nro.	Nombre o Descripción del Riesgo	Objetivo del Plan de Acción	Actividad o Acción Correctiva/Preventiva	Tipo de Tratamiento del Riesgo	Responsable (s)	Indicadores de Seguimiento (KPI)	Meta o Resultado Esperado	Plazo de Ejecución	Recursos Necesarios	Frecuencia y Método de Seguimiento
	adquisición de equipos importados.	fluctuaciones cambiarias.	negociar contratos en moneda local o incluir cláusulas de ajuste monetario.			sobrecostos por cambio.	de tasa de cambio.		proveedores y bancos locales.	financiero por fluctuaciones.
R40	Falta de protocolos adecuados para el manejo de emergencias.	Fortalecer la capacidad del hospital para manejar emergencias eficientemente.	Diseñar e implementar protocolos estándar para emergencias; realizar simulacros regulares; capacitar al personal en gestión de crisis y emergencias.	Reducir el riesgo	Área de Seguridad y Calidad.	Número de simulacros realizados y evaluaciones positivas.	Alcanzar un 95% de cumplimiento en evaluaciones de simulacros.	6 meses	Recursos para diseño de protocolos y simulacros regulares.	Monitoreo trimestral de simulacros y su efectividad.
R44	Contaminación del agua utilizada en procedimientos médicos.	Garantizar el uso seguro de agua en los procedimientos hospitalarios.	Realizar pruebas regulares de calidad del agua; instalar sistemas de filtración; establecer acuerdos con proveedores confiables de insumos de purificación.	Reducir el riesgo	Dirección Ambiental y Seguridad.	Resultados de pruebas de calidad del agua (% de cumplimiento).	Asegurar la disponibilidad de agua segura en un 100%.	6 meses	Equipos de filtración, acuerdos con proveedores y recursos para monitoreo.	Controles quincenales de calidad del agua.
R45	Disminución de recursos provenientes de convenios interinstitucionales.	Diversificar las fuentes de financiación del hospital.	Promover la creación de nuevos convenios con el sector privado; desarrollar proyectos autosostenibles; buscar financiamiento externo para programas estratégicos.	Reducir el riesgo	Dirección de Relaciones Externas.	Incremento en los ingresos por nuevos convenios (millones por año).	Generar un aumento del 15% en fuentes alternativas de ingresos.	12 meses	Recursos para negociaciones, diseño de proyectos especializados.	Revisión semestral de ingresos obtenidos y convenios realizados.

5.2 COMUNICACIÓN Y CONSULTA

Una vez diseñado el plan de acción para la gestión de los riesgos organizacionales del Hospital San Bernabé, resulta fundamental llevar a cabo la fase de comunicación y consulta, la cual tiene como propósito principal asegurar la comprensión, apropiación y compromiso de todos los actores institucionales involucrados en su implementación. Esta etapa es coherente con los lineamientos de la norma ISO 31000:2018, donde se establece que la comunicación y la consulta deben estar presentes de forma transversal en todo el proceso de gestión del riesgo, con énfasis especial antes de la ejecución de las acciones correctivas.

Durante esta fase se realiza la socialización formal del plan de acción ante la alta dirección, líderes de procesos, responsables operativos, comités técnicos y demás dependencias implicadas. Esta socialización incluye la presentación de los riesgos priorizados, las actividades planteadas para su tratamiento, los responsables asignados, los indicadores de seguimiento y los recursos definidos. El objetivo es que cada actor conozca con claridad su rol, entienda el propósito de cada acción y se identifique con los objetivos institucionales de mitigación y control del riesgo.

Asimismo, esta fase incluye un componente de consulta interna, en el cual se habilitan espacios para que los responsables designados y los equipos operativos puedan expresar observaciones, hacer sugerencias y resolver inquietudes respecto a las actividades propuestas. Esta retroalimentación resulta crucial para fortalecer la viabilidad técnica del plan, ajustar tiempos o recursos si es necesario, y generar un mayor sentido de pertenencia y participación institucional.

Para su adecuada ejecución, se propone realizar la fase de comunicación y consulta en un lapso de dos a cuatro semanas, mediante reuniones presenciales y virtuales, talleres interdepartamentales y entrega de material informativo. Los resultados de esta etapa quedarán consignados en actas, memorandos o informes internos que validen la aceptación del plan por parte de los responsables institucionales.

En síntesis, esta fase garantiza que el plan de acción no solo sea técnicamente sólido, sino también socialmente apropiado y funcional dentro de la cultura organizacional del hospital, lo cual aumenta significativamente las probabilidades de éxito en su implementación.

A continuación se proponen los formatos que pueden utilizarse para esta etapa del proceso.

Tabla 18. Formato acta de socialización

ACTA DE SOCIALIZACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS ORGANIZACIONALES	
Lugar:	[Nombre del lugar]
Fecha:	[dd/mm/aaaa]
Hora:	[hh:mm a hh:mm]
Objetivo de la reunión: Presentar el plan de acción institucional y recoger aportes de los actores responsables para su implementación.	
Participantes:	
N.º	

1	
2	
...	
Agenda desarrollada:	
1. Presentación de los riesgos críticos priorizados.	
2. Explicación general del plan de acción (objetivos, responsables, indicadores y recursos).	
3. Comentarios y sugerencias de los asistentes.	
4. Compromisos y conclusiones.	
Observaciones y aportes registrados:	
Participante	

Compromisos establecidos:	
Actividad	

Elaboró: [Nombre del relator]	
Revisó y aprobó: [Nombre del director o jefe de área]	

Fuente: elaboración de las autoras

Tabla 19. Formato de circular interna

CIRCULAR INTERNA – SOCIALIZACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN
Número de Circular: [CIR-001-2025]
Fecha: [dd/mm/aaaa]
Para: Coordinadores de área, líderes de proceso, personal administrativo y asistencial
De: Dirección General / Oficina de Gestión de Riesgos
Asunto: Socialización del Plan de Acción para la Gestión de Riesgos
Contenido:
A través de la presente, se informa que se ha finalizado el diseño del Plan de Acción para la gestión de los riesgos organizacionales del Hospital San Bernabé.
Se convoca a las áreas responsables a participar en las sesiones de socialización, según el siguiente cronograma, con el fin de garantizar una implementación efectiva y participativa del plan.
Cronograma de sesiones:
Fecha

Anexos: Documento del Plan de Acción (versión preliminar).
Formulario de observaciones.
Firma del responsable: [Nombre y cargo]

Fuente: elaboración de las autoras

Tabla 20. Formato Informe de Resultados de la Consulta

INFORME DE RESULTADOS – FASE DE COMUNICACIÓN Y CONSULTA DEL PLAN DE ACCIÓN
Responsable del informe: [Nombre]
Cargo: [Cargo]
Fecha de elaboración: [dd/mm/aaaa]
Resumen ejecutivo: Breve descripción del propósito de la consulta, alcance, actores involucrados y resultados generales.
Metodología aplicada:
- Reuniones virtuales y presenciales.
- Formulario de recolección de observaciones.
- Revisión participativa de la matriz de acciones.
Participación institucional:
Total de participantes consultados: []
Áreas involucradas: []
Porcentaje de asistencia: []
Resultados generales:
Tema abordado -----
Conclusiones y recomendaciones:
- Nivel de aceptación del plan: [Alta / Media / Baja]
- Recomendaciones para la implementación: []
- Compromisos institucionales asumidos: []
Anexos: Copias de actas, formularios diligenciados, registro fotográfico, etc.

Fuente: elaboración de las autoras

5.3 FASE DE IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

5.3.1. Implementación del Plan de Acción

La ejecución del plan de acción inicia con la activación de los recursos, responsables y estrategias definidas para cada riesgo priorizado. Esta etapa contempla:

- Asignación formal de responsabilidades: cada área o dependencia deberá asumir su rol según lo establecido en la matriz, con respaldo institucional y compromiso explícito.
- Activación de recursos: financieros, tecnológicos y humanos necesarios para desarrollar las acciones correctivas/preventivas, tales como la adquisición de software, contratación de consultores o diseño de protocolos.
- Inicio de actividades: se pondrán en marcha las acciones propuestas en los plazos definidos, desde capacitaciones, ajustes operativos y campañas, hasta inversiones en infraestructura y tecnología.

La implementación será escalonada y priorizada conforme al nivel de criticidad del riesgo y la disponibilidad de recursos institucionales.

5.3.2 Seguimiento del Plan de Acción

El seguimiento tiene como propósito verificar el cumplimiento de las actividades, medir su efectividad e identificar barreras. Este proceso será permanente y sistemático, y se desarrollará mediante:

- Evaluación periódica de indicadores (KPI): Cada responsable debe entregar informes sobre los avances, cumpliendo la frecuencia definida en la matriz (mensual, trimestral o semestral).
- Monitoreo institucional: a cargo de la Dirección Estratégica y la Oficina de Gestión de Riesgos, con apoyo del área de Calidad. Esta instancia consolidará los resultados y realizará informes globales.

- Sistema de información y reportes: se implementará un sistema digital (propuesto en el plan) para centralizar la información, facilitar el análisis comparativo y generar alertas ante desviaciones.

Además, se establecerá un comité de revisión y control del plan, conformado por directivos estratégicos, representantes de áreas críticas y la oficina de auditoría interna, que se reunirá trimestralmente.

5.3.3. Evaluación del Plan de Acción

Al cierre de cada ciclo anual de implementación se realizará una evaluación integral, orientada a:

- Determinar la reducción del nivel de riesgo: comparando el Nivel de Riesgo (NR) inicial y el actualizado tras las intervenciones.
- Valorar el cumplimiento de metas: verificando el logro de los resultados esperados por cada acción (porcentaje de cumplimiento de KPI, eficacia de controles, satisfacción del usuario, etc.).
- Identificar impactos institucionales: tanto positivos como dificultades surgidas, con el fin de retroalimentar el proceso.
- Reformulación y actualización del plan: con base en los resultados, se ajustarán acciones, se incluirán nuevos riesgos o se eliminarán medidas que no hayan sido efectivas.

Esta evaluación debe concluir con un informe técnico que resuma logros, aprendizajes, costos de ejecución, tiempos utilizados y propuestas de mejora para el siguiente ciclo. Será responsabilidad del comité de revisión su presentación ante la gerencia y la alta dirección.

La implementación del plan no se limita a ejecutar actividades, sino que implica una transformación cultural institucional hacia la gestión proactiva del riesgo. Por tanto, se recomienda fortalecer la participación de todos los niveles del personal, garantizar la transparencia en los reportes, y fomentar la mejora continua como principio transversal del modelo.

5.3 CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN

A continuación, se presenta el cronograma general de implementación del Plan de Acción diseñado para el Hospital San Bernabé. Este cronograma está estructurado en fases y contempla la ejecución escalonada de las actividades previstas en la matriz, considerando los plazos definidos, el nivel de criticidad de los riesgos y la disponibilidad de recursos. Se agrupan las acciones por tipo y se establecen hitos clave en un horizonte de 18 meses, asegurando el despliegue progresivo y el seguimiento sistemático.

Tabla 21. Cronograma General de Implementación del Plan de Acción

Fase	Periodo	Actividades Clave	Riesgos Asociados	Responsables
1. Preparación y asignación de responsabilidades	Mes 1	- Socialización del plan con directivos y equipos operativos.	Todos los riesgos	Dirección General
		- Nombramiento formal de responsables.		Dirección Estratégica
		- Confirmación de recursos disponibles.		Talento Humano
2. Inicio de ejecución de riesgos críticos de alto impacto y alta probabilidad	Meses 2–4	- Diseño y puesta en marcha del sistema automatizado de gestión de riesgos.	R1, R3, R5, R20, R23, R24, R25, R50	Dirección TI
		- Inicio de digitalización de historias clínicas.		Planeación Estratégica
		- Inicio de campañas de comunicación y estrategias de retención.		Comunicaciones
		- Medidas contra ciberataques y fallas informáticas.		Archivo Clínico
3. Desarrollo de acciones operativas prioritarias	Meses 5–8	- Protocolos de manejo de emergencias.	R26, R27, R28, R32, R33, R40	SST
		- Gestión de insumos críticos.		Logística
		- Capacitación en normativas y auditorías internas.		Jurídica
		- Inicio de mejora en infraestructura para seguridad laboral.		Calidad
4. Consolidación del sistema de	Meses 9–12	- Evaluación del sistema centralizado	R10, R15, R16, R35, R2	Dirección TIC

Fase	Periodo	Actividades Clave	Riesgos Asociados	Responsables
gestión de riesgos y controles integrales		de gestión de riesgos.		
		- Interoperabilidad de sistemas de información.		Calidad
		- Simulacros y auditorías internas.		Planeación Clínica
		- Seguimiento a nuevas normativas y cambios regulatorios.		
5. Acciones estratégicas complementarias	Meses 13–15	- Diversificación de fuentes de ingresos.	R12, R19, R36, R39, R45, R49	Dirección Financiera
		- Gestión de convenios.		Relaciones Externas
		- Análisis epidemiológico actualizado.		Jurídica
		- Reforzamiento de protocolos anticorrupción y transparencia.		
6. Seguimiento, evaluación y cierre del primer ciclo	Meses 16–18	- Evaluación de indicadores y resultados.	Todos los riesgos gestionados	Comité de Gestión de Riesgos
		- Informes de cumplimiento.		Auditoría Interna
		- Revisión de eficacia del plan.		Alta Dirección
		- Ajustes al nuevo ciclo.		

Fuente: elaboración de las autoras.

De acuerdo con lo anterior, las acciones comienzan por los riesgos más críticos, con alta probabilidad e impacto. Se establece una fase media de implementación para los riesgos operacionales y logísticos, mientras que las actividades estratégicas de largo plazo (diversificación, convenios, cambio epidemiológico) se despliegan en la segunda mitad del plan. El ciclo culmina con una evaluación integral, que servirá como base para retroalimentar y ajustar el plan de acción.

5.4 PRESUPUESTO DEL PLAN DE ACCIÓN

A continuación, se presenta una tabla de presupuesto estimada basada en el plan de acción propuesto para el Hospital San Bernabé. Los valores son supuestos y reflejan un contexto general para una institución pública en Colombia, siendo ajustables según las condiciones específicas:

Tabla 22. Presupuesto estimado para el plan de acción

Actividad/Concepto	Detalle	Costo Estimado (COP)	Observaciones
Implementación del Sistema Automático de Gestión de Riesgos	Diseño, instalación y licencias de software especializado	\$50,000,000	Incluye capacitación y mantenimiento inicial
Digitalización de historias clínicas	Escaneo, organización y adquisición de software de gestión	\$40,000,000	Requiere modernización
Capacitación del Personal	Cursos en normativas, gestión de emergencias y manejo de sistemas	\$20,000,000	Enfocado a personal clave del hospital
Campañas de comunicación estratégica	Promoción de los servicios y retención de pacientes	\$15,000,000	Incluye material publicitario
Protocolos de emergencias	Desarrollo de guías y simulacros	\$10,000,000	Evaluaciones periódicas
Mejoras en infraestructura y seguridad laboral	Equipamiento y adecuación de espacios	\$25,000,000	Para condiciones seguras y efectivas
Gestión de insumos críticos	Aumento del stock de seguridad e introducción de seguimiento digital	\$15,000,000	Supervisión semanal
Monitoreo y evaluación del plan de acción	Uso de indicadores (KPI), auditorías internas	\$10,000,000	Trimestral, con equipos especializados
Consultorías y apoyo técnico	Asesoramiento externo en gestión de riesgos	\$10,000,000	Contratación de expertos
Total		\$195,000,000	

Fuente: elaboración de las autoras.

Análisis costo beneficio de la implementación

Comportamiento histórico de los recursos asignados al Hospital San Bernabé

Año	Recursos asignados por año a la IPS	Variación Absoluta	Variación Porcentual
2021	\$ 209.236.756	---	---
2022	\$ 226.917.262	\$ 17.680.506	8,45
2023	\$ 247.793.650	\$ 20.876.388	9,20
2024	\$ 279.684.693	\$ 31.891.043	12,87

Fuente: Datos de la Gobernación del Valle acorde al presupuesto anual del Valle del Cauca a las IPS públicas

La tabla muestra la evolución de los recursos financieros asignados al Hospital San Bernabé durante el periodo 2021-2024, evidenciando una tendencia de crecimiento progresivo. En 2021, la asignación fue de \$209.236.756 y aumentó anualmente, alcanzando en 2024 un total de \$279.684.693. Este comportamiento refleja un incremento absoluto sostenido, con una variación porcentual del 8,45 % en 2022, del 9,20 % en 2023 y del 12,87 % en 2024. Estos datos indican un esfuerzo institucional y gubernamental por fortalecer el financiamiento del hospital, incrementando sus capacidades operativas y administrativas para enfrentar los desafíos del entorno sanitario.

Este crecimiento presupuestal respalda la viabilidad financiera de implementar un sistema de gestión de riesgos organizacionales, ya que el aumento de recursos permite proyectar inversiones sostenibles a mediano plazo. La tendencia positiva en las asignaciones contribuye a justificar la ejecución del plan de acción propuesto, que implica gastos en infraestructura tecnológica, capacitación, automatización de procesos y fortalecimiento institucional. En ese sentido, el análisis costo-beneficio no solo se sustenta en la expectativa de mejorar la seguridad, eficiencia y calidad del servicio, sino también en un contexto de disponibilidad creciente de recursos públicos, lo que favorece la sostenibilidad y el retorno social de la inversión.

Comparativo escenario base vs escenario trabajo de grado

Año	Escenario Base	Escenario Base Variación %	Escenario Trabajo de grado	Escenario trabajo de grado Variación %	Diferencia escenarios
2024	\$ 209.236.756	--	\$ 209.236.756	--	--
2025	\$ 236.437.534	13%	\$ 251.084.107	20%	--
2026	\$ 269.538.789	14%	\$ 326.409.339	30%	\$ 56.870.550
2027	\$ 309.969.607	15%	\$ 456.973.075	40%	\$ 147.003.468
Ingresos Marginales Obtenidos de la Implementación del Plan					\$ 203.874.018
Costos asociados a la implementación del plan					\$ 195.000.000
Relación costo / Beneficio					1,05

Fuente: Elaboración propia

La tabla comparativa entre el escenario base y el escenario proyectado con la implementación del sistema de gestión de riesgos organizacionales para el Hospital San Bernabé permite evidenciar los beneficios financieros esperados a partir del trabajo de grado. En el escenario base, los ingresos del hospital crecen de manera moderada con incrementos anuales entre el 13 % y el 15 %, alcanzando en 2027 un total proyectado de \$309.969.607. En contraste, el escenario con la implementación del plan muestra un crecimiento acelerado, pasando de \$251.084.107 en 2025 a \$456.973.075 en 2027, con variaciones porcentuales que ascienden al 30 % y 40 % respectivamente. Esto se traduce en una diferencia acumulada de \$147.003.468 en 2027, comparado con el escenario sin intervención.

El análisis también calcula los ingresos marginales generados por la implementación del plan, los cuales ascienden a \$203.874.018 en el periodo considerado. Al comparar este valor con el costo estimado del plan de acción (\$195.000.000), se obtiene una relación costo-beneficio de 1,05, lo que significa que por cada peso invertido, se generará un retorno adicional de cinco pesos. Si bien el margen no es amplio, el beneficio es significativo si se considera que los efectos del plan trascienden lo meramente financiero, mejorando también la eficiencia operativa, la seguridad del paciente, la calidad del servicio y la reputación institucional. Por tanto, la implementación no solo es viable, sino estratégicamente conveniente.

6. INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y CONTROL PARA EVALUAR LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS

Una vez implementadas las acciones definidas en el plan de acción para la gestión de riesgos organizacionales del Hospital San Bernabé, resulta indispensable establecer un mecanismo sistemático de seguimiento y control, evaluación y mejora continua, que garantice la efectividad del sistema y su capacidad de adaptación frente a nuevas condiciones del entorno. Esta fase responde a los principios de la norma ISO 31000:2018, en la cual se resalta la importancia de monitorear continuamente la evolución de los riesgos y de revisar los controles aplicados, a fin de promover decisiones informadas y sostenibles en el tiempo.

6.1 SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN

El seguimiento consiste en la observación continua y sistemática del grado de cumplimiento de las actividades propuestas en el plan. Para ello, se utilizarán los indicadores clave de desempeño (KPI) definidos en la matriz de acciones, así como reportes periódicos elaborados por los responsables designados. Se propone establecer una periodicidad de seguimiento mensual, trimestral o semestral, según la naturaleza y criticidad del riesgo. Este monitoreo permitirá verificar el avance de las metas, el uso adecuado de los recursos asignados y la adherencia a los cronogramas establecidos.

Los resultados del seguimiento serán presentados a un Comité de Revisión y Evaluación del Riesgo, conformado por miembros de la Dirección General, Planeación Estratégica, Gestión de Calidad, Gestión de Riesgos y líderes de las áreas operativas involucradas. Este comité tendrá la función de analizar los informes de progreso y emitir recomendaciones correctivas o preventivas, según corresponda.

Tabla 23. Matriz de Indicadores de Seguimiento y Control – Hospital San Bernabé

Nro.	Riesgo Identificado	Indicador (Fórmula / Unidad de Medida)	Descripción del Indicador	Meta Esperada	Control	Plazo
R5	Cambios demográficos y culturales	% de alineación entre servicios ofertados y necesidades poblacionales = $(\text{Servicios alineados} / \text{Total de servicios ofertados}) * 100$ Unidad: Porcentaje (%)	Mide el grado de ajuste de la oferta de servicios al perfil poblacional actualizado	90% de alineación	Revisión semestral de informes demográficos	6 meses
R42	Migración por búsqueda de mejores servicios	Tasa de retención de pacientes = $(\text{Pacientes actuales} / \text{Pacientes del periodo anterior}) * 100$ Unidad: Porcentaje (%)	Evalúa la retención de pacientes frente a la migración hacia otras instituciones	Incrementar en un 15% la retención anual	Análisis trimestral de flujo de pacientes	12 meses
R50	Gestión ineficiente de historias clínicas	Tiempo promedio de búsqueda de historias clínicas = $(\text{Suma de tiempos de búsqueda} / \text{Total de historias revisadas})$ Unidad: Minutos	Indica la eficiencia en el acceso a los registros clínicos digitalizados	< 5 minutos por historia	Auditoría mensual del sistema clínico	8 meses
R1	Cambios normativos constantes	% de cumplimiento normativo = $(\text{Número de normas cumplidas} / \text{Total de normas evaluadas}) * 100$	Proporción de normas aplicadas correctamente respecto al total de obligaciones	100% de cumplimiento	Auditorías internas y externas mensuales	6 meses

Nro.	Riesgo Identificado	Indicador (Fórmula / Unidad de Medida)	Descripción del Indicador	Meta Esperada	Control	Plazo
		Unidad: Porcentaje (%)				
R3	Crisis financiera en el sector salud	Reducción de cartera EPS = $((\text{Cartera previa} - \text{Cartera actual}) / \text{Cartera previa}) * 100$ Relación ingresos/egresos = $(\text{Ingresos} / \text{Egresos})$ Unidad: Porcentaje (%) y razón	Evalúa la sostenibilidad financiera y eficiencia en recuperación de cartera	Reducción de deudas en un 20%	Análisis financiero trimestral	12 meses
R12	Reducción de pagos de EPS	% de pagos oportunos = $(\text{Pagos recibidos dentro del plazo} / \text{Total de pagos esperados}) * 100$ Unidad: Porcentaje (%)	Mide la puntualidad de los pagos realizados por EPS	90% de pagos oportunos < 60 días	Reuniones quincenales con EPS	9 meses
R15	Descentralización de la gestión de riesgos	% de coordinación eficiente = $(\text{N}^\circ \text{ de acciones coordinadas exitosas} / \text{Total de acciones requeridas}) * 100$ Unidad: Porcentaje (%)	Grado de articulación entre áreas en temas de gestión de riesgos	> 85% eficiencia	Evaluaciones mensuales interáreas	8 meses
R16	Ausencia de sistema centralizado de riesgos	% de eventos gestionados a tiempo = $(\text{Eventos gestionados dentro del tiempo objetivo} /$	Mide la eficiencia del sistema automatizado ante eventos críticos	Reducción del 50% en tiempos de respuesta	Reportes del sistema y simulacros	12 meses

Nro.	Riesgo Identificado	Indicador (Fórmula / Unidad de Medida)	Descripción del Indicador	Meta Esperada	Control	Plazo
		Total de eventos críticos) * 100 Unidad: Porcentaje (%)				
R20	Deficiencias en información clínica	Tiempo promedio de localización = (Suma de tiempos de búsqueda / Total de historias clínicas localizadas) Unidad: Minutos	Determina la facilidad de acceso a los datos clínicos del paciente	< 10 minutos por registro	Auditoría semestral de archivos digitales	10 meses
R23	Desconfianza por mala calidad del servicio	% de satisfacción del usuario = (Número de encuestas positivas / Total de encuestas respondidas) * 100 Unidad: Porcentaje (%)	Mide la percepción positiva del servicio por parte de los usuarios	> 85% satisfacción	Encuestas semestrales y buzón de PQRS	6 meses
R24	Mala praxis médica	Nº de incidentes adversos registrados Unidad: Conteo absoluto	Cuantifica los eventos médicos con afectación al paciente	Reducir en un 50% los incidentes	Auditorías clínicas trimestrales	9 meses
R25	Ciberataques a sistemas de información	% de accesos no autorizados = (Nº de accesos no autorizados / Total de intentos de acceso) * 100 Unidad: Porcentaje (%)	Mide la capacidad del sistema para bloquear accesos no permitidos	Mantener < 1% de intentos exitosos	Monitoreo de seguridad mensual	6 meses
R35	Interoperabilidad deficiente	% de integración funcional = (Sistemas interoperables /	Evalúa qué tanto los sistemas internos comparten	95% de interoperabilidad	Informes semestrales de TIC	12 meses

Nro.	Riesgo Identificado	Indicador (Fórmula / Unidad de Medida)	Descripción del Indicador	Meta Esperada	Control	Plazo
		Total de sistemas evaluados) * 100 Unidad: Porcentaje (%)	información eficientemente			
R36	Cambios en perfil epidemiológico	% de coincidencia = (Servicios alineados con perfil epidemiológico / Total de servicios ofertados) * 100 Unidad: Porcentaje (%)	Mide la adecuación de servicios a condiciones prevalentes de salud	90% de coincidencia	Reporte anual de planificación clínica	18 meses
R38	Reputación digital afectada	% de publicaciones negativas = (Publicaciones negativas verificadas / Total de publicaciones sobre el hospital) * 100 Unidad: Porcentaje (%)	Analiza la percepción negativa en redes sociales y su evolución	Reducción del 70% de menciones negativas	Reportes mensuales de redes sociales	6 meses
R39	Demandas legales e indemnizaciones	% de reducción de litigios = ((N° de demandas previas – N° de demandas actuales) / N° de demandas previas) * 100 Unidad: Porcentaje (%)	Controla la frecuencia y costo de las acciones legales contra el hospital	Reducción del 40% en demandas	Auditoría legal semestral	9 meses
R49	Falta de diversificación de ingresos	% de ingresos alternativos = (Ingresos alternativos /	Porcentaje de ingresos no dependientes de EPS respecto al total	25% de ingresos por nuevas fuentes	Reportes financieros trimestrales	14 meses

Nro.	Riesgo Identificado	Indicador (Fórmula / Unidad de Medida)	Descripción del Indicador	Meta Esperada	Control	Plazo
		Ingresos totales) * 100 Unidad: Porcentaje (%)				
R2	Cambios en políticas públicas	Tiempo de reacción = (Días transcurridos desde el cambio normativo hasta la implementación de ajustes) Unidad: Días hábiles	Evalúa la agilidad institucional para ajustar protocolos a nuevas políticas	< 10 días hábiles por cambio	Auditorías bimestrales de cumplimiento	6 meses
R10	Actualizaciones en normativas de calidad	% de cumplimiento en auditorías = (Normas cumplidas / Total de normas evaluadas) * 100 Unidad: Porcentaje (%)	Mide el cumplimiento de estándares normativos externos (ej. ICONTEC, ISO)	100% cumplimiento	Auditorías semestrales	8 meses
R19	Corrupción o fraude interno	% de reducción de hallazgos = ((Hallazgos previos – Hallazgos actuales) / Hallazgos previos) * 100 Unidad: Porcentaje (%)	Controla la aparición de irregularidades en procesos críticos	80% de disminución de hallazgos	Auditorías internas trimestrales	10 meses
R21	Faltantes de insumos médicos	% de disponibilidad de insumos = (Insumos críticos disponibles / Total de insumos críticos requeridos) * 100 Unidad: Porcentaje (%)	Mide la eficiencia del abastecimiento frente a la demanda real	95% de disponibilidad	Reporte semanal de inventarios	3 meses

Nro.	Riesgo Identificado	Indicador (Fórmula / Unidad de Medida)	Descripción del Indicador	Meta Esperada	Control	Plazo
R26	Accidentes laborales	Tasa de accidentes laborales = (Número de accidentes registrados / Total de trabajadores) * 100 Unidad: Porcentaje (%) o n° por semestre	Cuantifica eventos de riesgo en el entorno laboral hospitalario	Reducción del 50%	Evaluación semestral de SST	9 meses
R27	Exposición a enfermedades infecciosas	% de cobertura de EPP y vacunas = (Personal con EPP y vacunación completa / Total de personal expuesto) * 100 Unidad: Porcentaje (%)	Evalúa el nivel de protección del personal ante riesgos biológicos	100% de cobertura	Reportes quincenales de SST	6 meses
R28	Retrasos logísticos en entrega de medicamentos	% de entregas puntuales = (Número de entregas a tiempo / Total de entregas programadas) * 100 Unidad: Porcentaje (%)	Indica la eficiencia logística en la entrega de insumos médicos	Reducción del 90% de retrasos	Revisión mensual de entregas	4 meses
R32	Sanciones por residuos mal gestionados	% de cumplimiento ambiental = (Requisitos ambientales cumplidos / Total de requisitos auditados) * 100 Unidad: Porcentaje (%)	Verifica el cumplimiento de normativas sobre residuos peligrosos	100% cumplimiento	Auditoría trimestral ambiental	7 meses

Nro.	Riesgo Identificado	Indicador (Fórmula / Unidad de Medida)	Descripción del Indicador	Meta Esperada	Control	Plazo
R33	Hallazgos en auditorías externas	% de hallazgos negativos = (Número de hallazgos negativos / Total de ítems auditados) * 100 Unidad: Porcentaje (%)	Mide la conformidad institucional ante evaluaciones externas	Reducción de hallazgos al mínimo	Auditorías internas mensuales	4 meses
R34	Impacto de fluctuaciones cambiarias	% de adquisiciones con sobrecostos = (Adquisiciones con sobrecosto por cambio / Total de adquisiciones externas) * 100 Unidad: Porcentaje (%)	Evalúa el impacto financiero de la tasa de cambio en compras externas	Reducción del 80% del impacto	Reportes trimestrales de compras	8 meses
R40	Ausencia de protocolos ante emergencias	% de cumplimiento en simulacros = (Procedimientos correctamente ejecutados / Total de procedimientos esperados) * 100 Unidad: Porcentaje (%)	Mide la preparación institucional ante eventos críticos	95% de cumplimiento	Simulacros trimestrales	6 meses
R44	Agua contaminada para uso médico	% de pruebas de agua aprobadas = (Pruebas de agua aprobadas / Total de pruebas realizadas) * 100 Unidad: Porcentaje (%)	Garantiza que el agua utilizada cumple parámetros sanitarios	100% de agua segura	Pruebas quincenales de laboratorio	6 meses

Nro.	Riesgo Identificado	Indicador (Fórmula / Unidad de Medida)	Descripción del Indicador	Meta Esperada	Control	Plazo
R45	Disminución de convenios interinstitucionales	% de aumento en ingresos por convenios = $\frac{((\text{Ingresos actuales} - \text{Ingresos anteriores}) / \text{Ingresos anteriores}) * 100}{\text{Unidad: Porcentaje (\%)}}$	Mide la eficacia para captar fondos externos mediante alianzas	Aumento del 15% en ingresos	Revisión semestral de convenios	12 meses

Fuente: elaboración de las autoras.

6.2 EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

La evaluación de los resultados constituye una etapa esencial dentro del ciclo de gestión del riesgo, ya que permite determinar la efectividad real de las acciones implementadas frente a los riesgos organizacionales previamente identificados. Esta fase va más allá del seguimiento operativo, al buscar medir el impacto estructural de las intervenciones sobre el funcionamiento del hospital en términos de calidad, eficiencia, resiliencia institucional y sostenibilidad financiera.

6.2.1 Metodologías de evaluación aplicables

Para asegurar una evaluación adecuada y objetiva, se recomienda aplicar un enfoque mixto y multivariable, combinando métodos cuantitativos y cualitativos (Mejía, Nuñez, & Martins, 2017). A continuación se detallan los más relevantes para este contexto:

1. Comparación del Nivel de Riesgo (NR) Inicial vs. Nivel Residual

- Se evalúa si el tratamiento del riesgo ha logrado reducir su probabilidad de ocurrencia y/o impacto.
- Se utiliza la fórmula: $NR = Probabilidad \times Impacto$
- Luego del plan de acción, se calcula un NR residual usando los mismos criterios de la matriz ISO 31010.
- Si el NR residual se reduce en al menos una categoría (por ejemplo, de Crítico a Alto), se considera efectivo.

2. Análisis de cumplimiento de metas e indicadores (KPI)

- Se recopilan los valores de los KPI definidos en la matriz de seguimiento.
- Se calcula el porcentaje de cumplimiento respecto a la meta establecida. Ejemplo: $Cumplimiento (\%) = (Valor \text{ alcanzado} / Meta \text{ esperada}) \times 100$
- Este análisis se puede desagregar por dimensión: clínica, financiera, administrativa, tecnológica, etc.

3. Evaluación de resultados cualitativos

- Se analizan efectos no cuantificables directamente, como:
 - Mejora en la percepción del usuario.

- Incremento en la coordinación entre áreas.
- Fortalecimiento de la cultura organizacional en torno al riesgo.
- Se recomienda aplicar técnicas como:
 - Entrevistas a responsables.
 - Encuestas internas de percepción.
 - Revisión documental de procesos ajustados.

4. Identificación de riesgos emergentes y persistentes

- Durante la evaluación, deben señalarse:
 - **Riesgos mitigados con éxito:** NR residual bajo.
 - **Riesgos persistentes:** sin mejora significativa.
 - **Nuevos riesgos:** surgidos durante o después de la implementación.
- Esto permite retroalimentar la matriz de riesgos para el siguiente ciclo.

En la tabla 23 se presenta un ejemplo de ficha de evaluación de riesgos, a partir de valores supuestos para ilustrar de qué manera puede realizarse esta fase evaluativa del plan de acción.

Tabla 24. Ejemplo de ficha de evaluación de riesgos

Nro.	Riesgo Identificado	NR Inicial	NR Residual	KPI	Valor Alcanzado	Meta Esperada	Cumplimiento (%)	Semaforización	Observaciones Técnicas
R1	Cambios en regulaciones gubernamentales	12	6	% de cumplimiento normativo en auditorías	100	100%	100		Se logró el cumplimiento normativo completo según las auditorías.
R3	Crisis financiera del sector salud	12	8	Relación ingresos/egresos	Estable	Estabilidad financiera y reducción 20%	40		La relación ingresos/egresos ha mejorado, pero la deuda con EPS aún persiste.
R24	Casos de mala praxis médica	9	4	Número de incidentes adversos registrados	Reducción del 60%	Reducción del 50%	120		La reducción fue superior a la meta establecida.
R25	Ciberataques o fallos en la seguridad informática	12	3	% de accesos no autorizados bloqueados	<1%	<1%	100		El sistema de seguridad ha sido efectivo; sin incidentes registrados.
R50	Ineficiencia en la gestión de historias clínicas	9	7	Tiempo promedio de gestión de historias clínicas	6 minutos	<5 minutos	80		Mejoras en digitalización redujeron el tiempo pero persiste el problema.

Fuente: elaboración de las autoras.

6.3 MEJORA CONTINUA DEL SISTEMA

La fase de mejora continua permite ajustar el plan de acción, fortalecer los controles implementados, y mantener actualizado el mapa de riesgos institucional. Esta etapa implica revisar y actualizar la matriz de riesgos con base en los hallazgos de la evaluación, incorporar nuevas amenazas detectadas y modificar o suprimir aquellas acciones que no generaron el impacto esperado.

De esta manera, se establece un ciclo virtuoso de planificación, acción, revisión y mejora, que asegura que el sistema de gestión del riesgo del Hospital San Bernabé evolucione en consonancia con las transformaciones del contexto interno y externo. Esta dinámica de aprendizaje organizacional se convierte en un pilar clave para consolidar una cultura de prevención, responsabilidad y resiliencia institucional.

6.4 VERIFICACIÓN DE LAS HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

La verificación de hipótesis en estudios descriptivos con enfoque cualitativo y mixto (como este) no se hace mediante pruebas estadísticas, sino a través de la triangulación entre resultados empíricos, revisión documental y marco teórico.

En esta sección se presenta la verificación de las hipótesis formuladas en el diseño metodológico del proyecto, las cuales orientaron el análisis de la situación actual del Hospital San Bernabé y sustentaron la propuesta de diseño del sistema de gestión de riesgos organizacionales. La verificación se realizó a partir de los hallazgos obtenidos en la aplicación de instrumentos (encuestas, entrevistas y observación), así como de la revisión documental y normativa que acompañó cada fase del proyecto.

Hipótesis 1: La ausencia de un sistema centralizado y automatizado de gestión de riesgos incrementa la vulnerabilidad organizacional del Hospital San Bernabé.

Verificación: Esta hipótesis fue confirmada. Los resultados obtenidos en el análisis del entorno interno (Capítulo 4) evidencian que cada área del hospital gestiona los riesgos de manera independiente, a través de matrices en Excel que no están integradas ni estandarizadas. Esta fragmentación limita la coordinación interinstitucional y genera debilidades en la toma de decisiones oportunas, como se reflejó en los datos de las encuestas (Figuras 10 y 11), donde más del 60% del personal manifestó que la descentralización dificulta la respuesta ante situaciones

críticas. Esta situación sustenta la necesidad de un sistema automatizado y centralizado, como el propuesto en el plan de acción.

Hipótesis 2: Las políticas de gestión de riesgos del Hospital San Bernabé están desactualizadas y no son aplicadas eficazmente en todos los procesos.

Verificación: También fue confirmada. Durante la fase de diagnóstico se identificó que las políticas existentes no han sido actualizadas ni difundidas de manera efectiva en todas las áreas del hospital. Los resultados de la encuesta mostraron que una parte importante del personal desconoce los lineamientos institucionales de gestión de riesgos (Figura 12), y además considera que los protocolos, cuando existen, no se aplican adecuadamente (Figura 13). Estos hallazgos fueron complementados con las entrevistas realizadas a líderes de procesos, quienes señalaron la falta de herramientas claras para implementar las políticas en el día a día. Esto justifica la propuesta de actualización normativa incluida en el plan de acción (Capítulo 5).

Hipótesis 3: La falta de capacitación específica del personal en gestión de riesgos limita la capacidad de prevención y respuesta ante eventos adversos.

Verificación: Esta hipótesis fue confirmada con base en los datos empíricos obtenidos. En el análisis del entorno interno (Capítulo 4), más del 50% de los encuestados indicó que no ha recibido formación reciente en gestión de riesgos (Figura 15), y un porcentaje similar consideró que la capacitación brindada ha sido insuficiente para fortalecer sus competencias (Figura 16). Esta situación incide directamente en la capacidad del personal para actuar con criterio frente a eventos adversos. Por ello, uno de los componentes fundamentales del plan de acción propuesto es el diseño de un programa de formación especializada, enfocado en el desarrollo de competencias técnicas y operativas en gestión de riesgos hospitalarios.

7. CONCLUSIONES

El presente trabajo de grado tiene como objetivo principal diseñar un sistema de gestión de riesgos organizacionales para el Hospital San Bernabé, ubicado en el municipio de Bugalagrande, Valle del Cauca. Esta iniciativa surge ante la necesidad de fortalecer la capacidad institucional para anticiparse, mitigar y responder de forma eficaz a eventos adversos que puedan comprometer la calidad del servicio, la seguridad del paciente, la estabilidad financiera y la reputación institucional. Para ello, se establecieron tres objetivos específicos que guiaron el desarrollo del estudio: (1) identificar los principales riesgos organizacionales que enfrenta el hospital y categorizar su impacto en las operaciones y en la calidad de atención; (2) diseñar un plan de acción que integre la actualización del marco normativo, el desarrollo de un sistema automatizado y un programa de capacitación especializado; y (3) establecer indicadores de seguimiento y control que permitan evaluar la efectividad del sistema implementado, garantizando una mejora continua en la gestión de riesgos en el contexto hospitalario.

El cumplimiento del primer objetivo permitió realizar un diagnóstico profundo y detallado de la situación actual del hospital frente a los riesgos que enfrenta en su operación cotidiana. A través de una metodología de análisis basada en la matriz de riesgos (evaluando probabilidad e impacto), se identificaron un total de 50 riesgos organizacionales, clasificados según su origen (interno o externo) y su naturaleza (políticos, económicos, sociales, tecnológicos, ecológicos y legales). Esta caracterización permitió visibilizar una amplia variedad de amenazas que afectan o podrían afectar el normal funcionamiento del hospital. Como resultado del análisis, 14 riesgos fueron catalogados como críticos, debido a su alto impacto y elevada probabilidad de ocurrencia. Entre estos se destacan la crisis financiera del sector salud, la exposición a ciberataques, los errores de mala praxis médica, los problemas en la gestión de información clínica, y la falta de respuesta efectiva ante cambios normativos. Esta priorización fue determinante para enfocar los recursos institucionales hacia los puntos más vulnerables y urgentes, sentando las bases para la construcción de un sistema de gestión robusto.

Para abordar el segundo objetivo, se diseñó un plan de acción estructurado y aplicable, orientado a transformar la gestión de riesgos del hospital en una práctica institucional integrada, coherente y sostenible. Este plan fue elaborado en concordancia con los principios de la norma ISO 31000, lo que le otorga un enfoque sistemático, proactivo y basado en la mejora continua. Entre sus componentes se

destaca la implementación de un sistema automatizado de gestión de riesgos que centralice la información, facilite la trazabilidad de eventos y genere alertas oportunas; la digitalización de las historias clínicas para garantizar el acceso ágil y seguro a la información del paciente; y un programa de capacitación dirigido tanto a líderes de área como al personal asistencial y administrativo, con el propósito de desarrollar una cultura organizacional orientada a la prevención y la corresponsabilidad. Este plan fue acompañado de un cronograma de implementación a 18 meses, distribuido en fases escalonadas según el nivel de criticidad de los riesgos, así como de un presupuesto detallado y realista que contempla la inversión en recursos humanos, tecnológicos, infraestructura y consultorías especializadas.

El tercer objetivo se concretó mediante la formulación de una batería de indicadores de seguimiento y control (KPI), diseñados para monitorear el avance, evaluar el cumplimiento de metas y detectar desviaciones a tiempo. Cada indicador fue construido con base en fórmulas precisas, unidades de medida claras, metas cuantificables, mecanismos de control definidos y horizontes de tiempo específicos. Los indicadores abarcan dimensiones como la reducción de cartera EPS, la mejora en la interoperabilidad de sistemas, la disminución de incidentes médicos adversos, la disponibilidad de insumos críticos, el cumplimiento normativo, la percepción del usuario y la eficiencia logística, entre otros. Esta estructura permite evaluar el sistema desde múltiples ángulos y facilita la toma de decisiones fundamentadas. Además, se planteó la creación de un comité institucional de seguimiento al plan de acción, con participación de directivos, responsables de área y el equipo de auditoría interna, asegurando así un control transversal y participativo del modelo propuesto.

Más allá de su componente técnico, este trabajo representa una oportunidad valiosa para aplicar los conocimientos adquiridos en el campo de la administración de empresas al sector salud. La construcción del sistema de gestión de riesgos implicó la articulación de herramientas propias de la planeación estratégica, el análisis organizacional, la formulación y evaluación de proyectos, la gestión del talento humano, la auditoría interna y el control de gestión. Asimismo, permitió reconocer la importancia de los enfoques interdisciplinarios en la solución de problemas complejos, donde la administración no se limita a lo financiero o logístico, sino que contribuye de manera sustantiva al fortalecimiento institucional, a la calidad del servicio y a la sostenibilidad de las organizaciones públicas.

8. RECOMENDACIONES

Con base en los hallazgos obtenidos durante el desarrollo del plan de acción, se plantean las siguientes recomendaciones dirigidas al Hospital San Bernabé.

1. Implementar un sistema centralizado de gestión de riesgos.

Es indispensable que el hospital cuente con un sistema automatizado y unificado que concentre toda la información relacionada con riesgos. Un sistema que integre procesos clínicos, administrativos, logísticos y financieros, dado que actualmente existe fragmentación, y eso limita la capacidad de respuesta. Con una plataforma centralizada, se podrá identificar, monitorear y actuar frente a los riesgos de forma más rápida y efectiva.

2. Actualizar el marco normativo institucional.

El hospital debe revisar sus políticas internas. Urge alinearlas con estándares internacionales, como la norma ISO 31000. Pero no se trata solo de copiar una norma; se trata de adaptarla a las realidades del hospital. La actualización normativa debe ser clara, aplicable, y conocida por todas las áreas, no solo por el área jurídica, es decir, debe ser transversal.

3. Fortalecer la capacitación del personal.

Se recomienda establecer un programa de formación continua sobre gestión de riesgos. No solo para los líderes, también para el personal asistencial, administrativo, operativo. Todos deben entender qué es un riesgo, cómo se gestiona y por qué es importante actuar a tiempo. Y sí, la capacitación debe ser práctica, contextual, útil.

4. Establecer indicadores claros de seguimiento.

Se debe implementar un sistema de monitoreo basado en indicadores clave (KPI) como los que se propusieron en este trabajo para tomar decisiones. Este sistema permitirá evaluar regularmente la efectividad del plan de acción y hacer ajustes si algo no está funcionando, considerando que no basta con ejecutar, hay que saber si se está mejorando.

5. Fomentar una cultura organizacional orientada al riesgo.

Se necesita compromiso, desde la gerencia hasta el personal de servicios generales. Todos deben sentir que gestionar riesgos es parte del trabajo, por lo tanto, campañas de sensibilización, espacios de participación, reconocimiento de

buenas prácticas, todo suma y todo ayuda a construir una cultura sólida y preventiva.

6. Optimizar la infraestructura, los recursos tecnológicos y financieros.

Algunos riesgos identificados tienen su origen en limitaciones estructurales: equipos obsoletos, falta de conectividad, espacios mal adaptados. Por ello, se sugiere una inversión progresiva, priorizada, que modernice la operación del hospital. Pero también se necesita una gestión financiera estratégica, que asegure la sostenibilidad de estos cambios en el tiempo.

7. Establecer protocolos para emergencias.

Se deben desarrollar guías prácticas, actualizadas, claras, para actuar ante emergencias, clínicas o no clínicas. Además, el personal debe estar entrenado y deben hacerse simulacros.

8. Mejorar la percepción de los usuarios sobre el hospital.

Se recomienda diseñar campañas de comunicación que muestren lo que se está haciendo bien, que expliquen los esfuerzos por mejorar y que fortalezcan la confianza de la comunidad. No se trata de “vender una imagen”, sino de comunicar con transparencia los avances reales.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Álvarez, D. (2021). Diseño del programa de gestión de riesgo y actualización del programa institucional de tecnovigilancia de la Clínica Palmira acorde a la normativa vigente. Universidad Autónoma de Occidente, Santiago de Cali.
- Arboleda Cuéllar, CF. (2020). Diseño de un sistema de gestión de riesgos con enfoque en la Norma Técnica Colombiana ISO 31000 versión 2018 para la empresa Transportadora La Prensa del Valle SAS [Tesis de pregrado, Universidad del Valle].
- Ayala Medrano, MA. (2017). Sistema de gestión de seguridad de información para mejorar el proceso de gestión del riesgo en un hospital nacional, 2017 [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. <https://www.ucv.edu.pe>
- Carreño, JL. (2011). Diseño e implementación del sistema de gestión de riesgos profesionales en la IPS de la Universidad Santo Tomás. Universidad Pontificia Bolivariana.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. Bogotá, Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1122 de 2007. Bogotá, Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. Bogotá, Colombia.
- Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway (COSO). (2018). Gestión del riesgo empresarial: Integrando estrategia y desempeño. COSO.
- Departamento Administrativo de la Función Pública. (2018). Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2014). Ficha municipal de Bugalagrande. Recuperado de www.dane.gov.co

- Galán Bermúdez, II, & Aponte Rangel, LJ. (2019). Diseño de un modelo de gestión integral del riesgo basado en la norma ISO 31000:2018 en la Clínica Girón ESE. Universidad de Santander.
- Garcés Galeano, KS y Molina Cabal, AN. (2021). Elaboración de un programa de gestión de riesgos relacionados al uso de equipos biomédicos en las áreas de hospitalización e imagenología del Hospital Universitario del Valle Evaristo García. Universidad Autónoma de Occidente, Santiago de Cali.
- Gómez Samaniego, L. (2020). Propuesta de modelo de gestión de riesgos para mejorar el nivel de calidad del proceso de atención al paciente en el área de emergencia de un hospital, Lima-2020. Universidad Continental.
- Guerra Manjarrés, RJ. (2013). Propuesta para el diseño de una metodología para la gestión del riesgo en la ESE Hospital Santa Clara considerando como apoyo la Norma NTC ISO 31000 [Tesis de maestría, Universidad Libre]. Universidad Libre.
- Guzmán, LP, Muñoz, NF, Barrantes, JG, & Hurtado, IN. (2022). Diseño e implementación del plan de gestión de riesgos para el laboratorio clínico Inmunolab ECG SAS. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.
- Holguín Capera, ZM. (2022). Propuesta de integración de sistemas de gestión del riesgo para instituciones prestadoras de servicios de salud en Bogotá Colombia 2021. Pontificia Universidad Javeriana.
- ICONTEC. (2013). Norma Técnica Colombiana NTC-ISO-IEC 27001: Sistemas de gestión de la seguridad de la información - Requisitos.
- ICONTEC. (2015). Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001: Sistemas de gestión de la calidad - Requisitos.
- IIA (Instituto de Auditores Internos). (2020). Las tres líneas de defensa para una gestión efectiva de riesgos y control.
- ISO. (2013). ISO/IEC 27001:2013 Sistemas de gestión de seguridad de la información – Requisitos.
- ISO. (2015). ISO 9001:2015 Sistemas de gestión de la calidad - Requisitos.

- ISO. (2018). ISO 45001:2018 Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo — Requisitos con orientación para su uso.
- Organización Internacional de Normalización (ISO). (2018). ISO 31000:2018, Gestión de riesgos — Lineamientos guía (2ª ed.). ISO.
- Organización Internacional de Normalización. (2018). ISO 31000:2018: Gestión del riesgo – Directrices. Ginebra, Suiza: ISO.
- Martínez Verdezoto, SG. (2012). Sistema de gestión de riesgos para la prevención de accidentes laborales en el Hospital IESS de Ambato. Universidad Técnica de Ambato.
- Mejía, R., Nuñez, M., & Martins, I. (2017). *Administración de riesgos empresariales en Colombia, México y Argentina*. Medellín: Eafit. Obtenido de https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/11721/administracion_riesgos_empresariales_colombia_mexico_argentina.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2006). Decreto 1011 de 2006. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Gestión integral del riesgo en salud: Perspectiva desde el aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 3100 de 2019. Bogotá, Colombia.
- Perea Murillo, IA. (2020). Gestión del riesgo en el área de urgencias del Hospital Eduardo Santos de Istmina-Chocó. Universidad Católica de Manizales.
- República de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá, Colombia.
- Rodríguez Cuenca, FC, Iguarán, Y., & González Mayorga, MA. (2023). Manual técnico institucional de gestión del riesgo clínico-AMFE. Secretaría Distrital de Salud, Bogotá.

- Rubio, DA y Soto, C. (2013). Diseño de un sistema de gestión del riesgo en una IPS hospitalaria de primer nivel. Universidad EAN.
- Santofimio Ruales, HD. (2023). Diseño de modelo para la gestión en riesgo, basado en la Norma ISO 31000:2018 enfocado en el contexto de una pequeña empresa comercial de Cali [Trabajo de grado, Universidad Autónoma de Occidente]. Universidad Autónoma de Occidente.
- Tesén Torres, CR. (2021). Sistema de gestión de residuos sólidos hospitalarios y su relación con los riesgos de accidentes laborales en el personal de limpieza del Hospital Nacional Arzobispo Loayza - Lima 2019 [Tesis de pregrado, Universidad Señor de Sipán]. <https://orcid.org/0000-0001-6778-0732>
- Valencia Gamboa, CB, y Mancera Galeano, PJ. (2019). Gestión de riesgo asociado al uso de los dispositivos médicos en el Hospital Universitario del Valle Evaristo García. Universidad Autónoma de Occidente, Santiago de Cali.
- Vásquez Bazán, DL. (2022). Diseño de un sistema de gestión de riesgos ocupacionales en el personal de enfermería de la central de esterilización del Hospital Regional Lambayeque - 2021 [Tesis de maestría, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. <https://www.unprg.edu.pe>
- Vivas Caicedo, NL (2006). Análisis socioeconómico del municipio de Bugalagrande con énfasis en salud. Universidad Autónoma de Occidente.
- Wallens, LP (1983). Bugalagrande histórica: su gente y sus viviendas.

ANEXOS

Anexo A. Encuesta sobre percepción del entorno externo y su impacto en el hospital San Bernabé

Objetivo:

- Identificar la percepción del personal sobre las oportunidades y amenazas externas que afectan la operación del hospital, con base en la metodología PESTEL.

SECCIÓN 1: FACTORES POLÍTICOS

1. ¿Cómo considera que las regulaciones gubernamentales en salud afectan la operación del hospital?
 - ☐ Mejoran la calidad y seguridad en los servicios.
 - ☐ Aumentan la carga administrativa y los costos.
 - ☐ No tienen un impacto relevante en la operación del hospital.
 - ☐ Otro (explique): _____
2. ¿Qué impacto tienen los cambios en las políticas públicas de salud en la estabilidad del hospital?
 - ☐ Facilitan acceso a recursos y programas.
 - ☐ Generan incertidumbre financiera y operativa.
 - ☐ No han afectado de manera significativa al hospital.
 - ☐ Otro (explique): _____

SECCIÓN 2: FACTORES ECONÓMICOS

4. ¿Cómo afecta la crisis financiera del sector salud al hospital?
 - ☐ Retrasa los pagos de EPS y limita la sostenibilidad financiera.
 - ☐ Fomenta la eficiencia en la gestión hospitalaria.

☐ No ha generado un impacto significativo.

☐ Otro (explique): _____

5. ¿El hospital ha enfrentado dificultades debido a la situación económica nacional (inflación, tasas de interés, devaluación del peso)?

☐ Sí, ha dificultado la compra de insumos y el pago de salarios.

☐ Sí, pero solo en ciertos aspectos como la inversión en tecnología.

☐ No ha representado un problema relevante.

☐ Otro (explique): _____

SECCIÓN 3: FACTORES SOCIALES

7. ¿Cómo impacta el perfil socioeconómico de la población atendida en la prestación de los servicios de salud?

☐ Permite fortalecer programas de salud pública.

☐ Limita la capacidad de pago y genera alta demanda de servicios subsidiados.

☐ No afecta significativamente la operación del hospital.

☐ Otro (explique): _____

8. ¿El aumento en la demanda de servicios de salud ha sido influenciado por cambios demográficos en la región?

☐ Sí, ha generado mayor presión sobre la infraestructura hospitalaria.

☐ Sí, pero se ha logrado manejar con recursos disponibles.

☐ No se ha notado un cambio significativo.

☐ Otro (explique): _____

SECCIÓN 4: FACTORES TECNOLÓGICOS

10. ¿Cómo percibe el impacto de los avances tecnológicos en la operación del hospital?

☐ Mejoran la calidad del servicio y la seguridad del paciente.

☐ Su costo es elevado y requieren personal capacitado.

☐ No han tenido un impacto significativo.

☐ Otro (explique): _____

11. ¿El hospital ha enfrentado dificultades en la adopción de tecnología médica debido a factores externos?

☐ Sí, debido a restricciones presupuestarias.

☐ Sí, debido a regulaciones y normativas que dificultan la adquisición.

☐ No, la implementación tecnológica ha sido adecuada.

☐ Otro (explique): _____

SECCIÓN 5: FACTORES ECOLÓGICOS

13. ¿Considera que la regulación ambiental ha generado desafíos en la gestión hospitalaria (manejo de residuos, normativas ambientales, costos de cumplimiento)?

☐ Sí, porque aumenta costos y complejidad en la operación.

☐ Sí, pero mejora la sostenibilidad y la imagen del hospital.

☐ No ha sido un problema relevante.

☐ Otro (explique): _____

14. ¿Ha percibido cambios en la disponibilidad de recursos naturales esenciales para la operación del hospital (agua, energía, insumos biodegradables)?

☐ Sí, han afectado la estabilidad operativa del hospital.

☐ Sí, pero se han encontrado alternativas para mitigarlo.

☐ No ha habido cambios significativos.

☐ Otro (explique): _____

SECCIÓN 6: FACTORES LEGALES

16. ¿Las regulaciones externas sobre calidad y seguridad en salud han representado un desafío para el hospital?

- ☐ Sí, porque aumentan la carga regulatoria y los costos.
- ☐ Sí, pero para mejorar la calidad del servicio.
- ☐ No han tenido un impacto significativo.
- ☐ Otro (explique): _____

17. ¿Ha notado que los cambios en la legislación laboral afectan la estabilidad del personal en el hospital?

- ☐ Sí, han dificultado la contratación y retención de personal.
- ☐ Sí, pero se han implementado estrategias para minimizar su impacto.
- ☐ No han generado cambios significativos.
- ☐ Otro (explique): _____

Anexo B. Instrumento de Evaluación de Factores Internos y su Impacto en los Procesos Hospitalarios

Objetivo: Evaluar la percepción del personal sobre cómo los factores internos del Hospital San Bernabé afectan la gestión de riesgos y la calidad de los procesos hospitalarios.

Ítem	Afirmación	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
1	En mi área, la gestión de riesgos se maneja de manera estructurada y organizada dentro de una estrategia integral hospitalaria.	☐	☐	☐	☐	☐
2	La descentralización en la gestión de riesgos dificulta la coordinación entre áreas.	☐	☐	☐	☐	☐
3	La falta de una estrategia centralizada impacta negativamente en la toma de decisiones y la respuesta ante eventos críticos.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Las políticas actuales de gestión de riesgos son claras y aplicables en la práctica diaria.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Existen protocolos formales y bien definidos para manejar situaciones de	☐	☐	☐	☐	☐

Ítem	Afirmación	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
	riesgo críticas en mi área.					
6	La implementación de los protocolos de riesgo en mi área es efectiva y adecuada.	☐	☐	☐	☐	☐
7	He recibido formación específica en gestión de riesgos en los últimos dos años.	☐	☐	☐	☐	☐
8	La capacitación en gestión de riesgos ha sido suficiente para fortalecer mis competencias en la identificación y mitigación de riesgos.	☐	☐	☐	☐	☐
9	La falta de capacitación en gestión de riesgos afecta la seguridad del paciente y la eficiencia hospitalaria.	☐	☐	☐	☐	☐
10	Las herramientas tecnológicas disponibles en mi área son suficientes para gestionar los riesgos de manera eficiente.	☐	☐	☐	☐	☐
11	La falta de integración tecnológica dificulta la comunicación y el monitoreo de riesgos dentro del hospital.	☐	☐	☐	☐	☐

Ítem	Afirmación	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
12	La implementación de nuevas herramientas tecnológicas mejoraría la identificación y control de riesgos.	☐	☐	☐	☐	☐
13	En el hospital existe una cultura organizacional que fomenta la gestión de riesgos en todos los niveles del personal.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Existen barreras que dificultan la adopción de una cultura de gestión de riesgos efectiva en la institución.	☐	☐	☐	☐	☐
15	Se implementan estrategias adecuadas para fortalecer una cultura hospitalaria orientada a la prevención y gestión de riesgos.	☐	☐	☐	☐	☐