

# **PRIMER SEGUIMIENTO GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO**

## **OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**

**JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS**

**Jefe Oficina Asesora de Control Interno**

**HOSPITAL  
UNIVERSITARIO  
DE SANTANDER**  

---

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**



## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
I. SEGUIMIENTO Y CONTROL .....	3
II. OBJETIVOS DEL SEGUIMIENTO .....	3
III. ALCANCE .....	3
IV. ANTECEDENTES.....	4
V. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO .....	4
5.1. RIESGOS DE PROCESOS.....	5
5.2. RIESGOS DE CORRUPCIÓN.....	15
5.3. RIESGOS ESTRATÉGICOS.....	17
5.4. RIESGOS DE ESTÁNDARES Y EJES DE ACREDITACIÓN .....	19
5.5. RIESGOS DE DEFENSA JURÍDICA.....	21
5.6. RIESGOS AMBIENTALES.....	22
5.7. RIESGOS DE SEGURIDAD DIGITAL, DATOS PERSONALES Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN ..	23
5.8. RIESGOS SARLAFT .....	25
5.9. RIESGOS DE DESASTRES .....	26
5.10. RIESGOS PRODUCTOS SANITARIOS .....	29
5.11. RIESGOS DE BRAQUITERAPIA .....	34
5.12. RIESGOS POBLACIONALES SEGÚN PAÍS Y MÍAS – GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD GIRS 35	
5.13. RIESGOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL.....	35
5.14. RIESGOS CLÍNICOS .....	36
RECOMENDACIONES .....	44
CONCLUSIONES.....	44

## **INTRODUCCIÓN**

La Oficina de Control Interno de la ESE Hospital Universitario de Santander, en cumplimiento a lo dispuesto por el Decreto 1499 de 2017 donde se actualizó el Modelo Estándar de Control Interno –MECI para todas las entidades del Estado, donde la “Evaluación del Riesgo” ha sido contemplada como uno de los componentes de la nueva estructura del MECI, como ente evaluador independiente, en aras de fortalecer el trabajo institucional, de dar un marco de referencia para el buen gobierno, ha verificado la efectividad y el respectivo cumplimiento del Plan de Manejo de Riesgos de la ESE HUS, el sistema de administración del Riesgo y las estrategias implementadas para asegurar la mitigación de toda situación que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones, que impiden el logro de los objetivos estratégicos y el cumplimiento de la misión institucional.

En este sentido, la Oficina de Control Interno ejerce su rol de seguimiento permanente a las actividades implementadas por los diferentes responsables de la entidad, encaminadas al fortalecimiento, desarrollo e implementación de una Política de Administración del Riesgo, colaborando así en la consolidación de un entorno organizacional orientado hacia la prevención.

Este informe se encuentra delimitado entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2021 y muestra el avance del HUS en tema de la Gestión Integral del Riesgo.

### **I. SEGUIMIENTO Y CONTROL**

El seguimiento y el control a las acciones contenidas en el Plan de manejo de riesgos del HUS, es adelantado por la Oficina de Control Interno de la ESE Hospital Universitario de Santander, donde se publicó en la página web de la Entidad los resultados de dichas acciones.

### **II. OBJETIVOS DEL SEGUIMIENTO**

- Establecer el nivel de cumplimiento de las acciones propuestas en la Política de Gestión del Riesgo de la ESE HUS.
- Identificar las acciones de mejora necesarias para dar cumplimiento a todas las acciones propuestas y a los estándares exigidos.

### **III. ALCANCE**

Hacer seguimiento a la gestión adelantada durante el primer semestre de 2021, con respecto al cumplimiento al elemento MECI: Evaluación del Riesgo analizando la actualización del Mapa de Riesgos, la formulación de una Política para la Administración de los riesgos identificados y la implementación de Acciones Preventivas para mitigarlos.

#### IV. ANTECEDENTES

En atención a la segunda línea de defensa que ejerce las funciones de monitoreo, Gestión Integral del Riesgo ha realizado las siguientes acciones:

- La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional realiza las capacitaciones a todos los líderes de los procesos, durante el primer semestre se han ejecutaron dos (2) capacitaciones generales virtuales durante el mes de marzo, adicionalmente en los meses de abril, mayo y junio se realizaron capacitaciones personalizadas por cada proceso.
- Se realizan seguimientos trimestrales y los resultados han sido socializados en el comité de Gestión y Desempeño.
- El líder de Gestión del Riesgo continuamente dicta capacitaciones, brinda acompañamiento y realiza los seguimientos respectivos a los líderes de procesos y sistemas, a su vez establece continua comunicación para así culminar con éxito la meta trazada para la vigencia por sistema y a su vez como eje de Acreditación.

#### V. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

Se evidenció la implementación de la Política de Gestión del Riesgo identificando e implementando los siguientes sistemas de riesgos:

	<b>Sistema</b>	<b>Responsable</b>	<b>Modelo de Gestión</b>	<b>Programa</b>	<b>Matriz</b>	<b>Seguimiento</b>
1	RIESGOS DE PROCESOS O GESTIÓN	Desarrollo Institucional	DAFP	Si	Si	Si
2	CORRUPCIÓN	Desarrollo Institucional	DAFP	Si	Si	Si
3	RIESGOS ESTRATÉGICOS	Desarrollo Institucional	DAFP	Si	Si	Si
4	RIESGOS ESTÁNDARES Y EJES DE ACREDITACIÓN	Gestión de Calidad	AMFE	Si	Si	Si
5	RIESGOS DE DEFENSA JURÍDICA	Gestión Jurídica	DAFP	Si	Si	Si
6	RIESGOS AMBIENTALES	Ambiente Físico	ISO 14001	Si	Si	Si
7	SEGURIDAD DIGITAL, DATOS PERSONALES Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	Tecnología e Información	DAFP	Si	Si	Si
	<b>Sistema</b>	<b>Responsable</b>	<b>Modelo de Gestión</b>	<b>Programa</b>	<b>Matriz</b>	<b>Seguimiento</b>
8	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Talento Humano	GTC 45	Si	Si	Si
9	SARLAFT	Gestión Administrativa	UIAF	Si	Si	No

10	GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES	Ambiente Físico	GTC 45	Si	Si	No
11	RIESGOS DE PRODUCTOS SANITARIOS	Gestión de Calidad	AMFE	Si	Si	Si
12	RIESGOS DE BRAQUITERAPIA SEGÚN LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE MINAS Y ENERGÍA.	Alto Costo - Oncología	MINMINAS	Si	Si	Si
13	RIESGOS POBLACIONALES SEGÚN LINEAMIENTOS PAIS MIAS - GIRS	PACAS	MPS	No	No	No
14	RIESGOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL.	Tecnología e Información	DAFP	Si	Si	Si
15	RIESGOS CLÍNICOS		AMFE	Si	Si	Si

*Tabla 1. Sistemas de Riesgos en la ESE HUS. Fuente: Informe Desarrollo Institucional*

## 5.1. RIESGOS DE PROCESOS

El enfoque que tiene este sistema, consiste en analizar los factores que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos del proceso.

### 5.1.1. Documentación analizada

Se elaboraron los siguientes documentos:

- GDI-PLA-PG-01 PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO
- GDI-PLA-IN-03 INSTRUCTIVO PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO POR PROCESOS

### 5.1.2. Implementación

El sistema de riesgos de proceso es gestionado a través de la plataforma ALMERA, realizándose, a través del líder de Gestión Integral del Riesgo la identificación, análisis, evaluación y tratamiento a los 45 procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander para la vigencia 2021, dando como resultado un total de 109 riesgos. La valoración para la zona de riesgo residual da como resultado 25 riesgos en nivel aceptable, 57 riesgos en nivel moderado, 19 riesgos en nivel alto y 8 riesgos en nivel extremo del total de los 109 riesgos identificados:

Los controles junto con su respectiva evaluación aplicados a cada uno de los riesgos identificados en el sistema de riesgos a través de la plataforma ALMERA.

Respecto a los indicadores, se obtuvieron los siguientes resultados:

- El porcentaje de efectividad planes de acción por sistema de riesgo de procesos es de 100% para el primer semestre de la vigencia 2021.
- El porcentaje de cobertura en divulgación y capacitación en los funcionarios y ejecutores del proceso en la gestión del riesgo del sistema de riesgos es de 50,15% para el primer semestre de la vigencia 2021.
- El porcentaje de adherencia de la cultura del riesgo en los funcionarios y ejecutores del proceso que laboran en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander 99,28 % para el primer semestre de la vigencia 2021.
- El porcentaje de efectividad de los controles del sistema de riesgos de procesos en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander para el primer semestre de la vigencia 2021 es del es 38,69%.

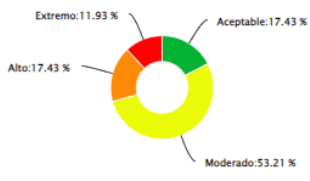
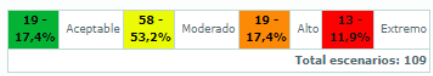
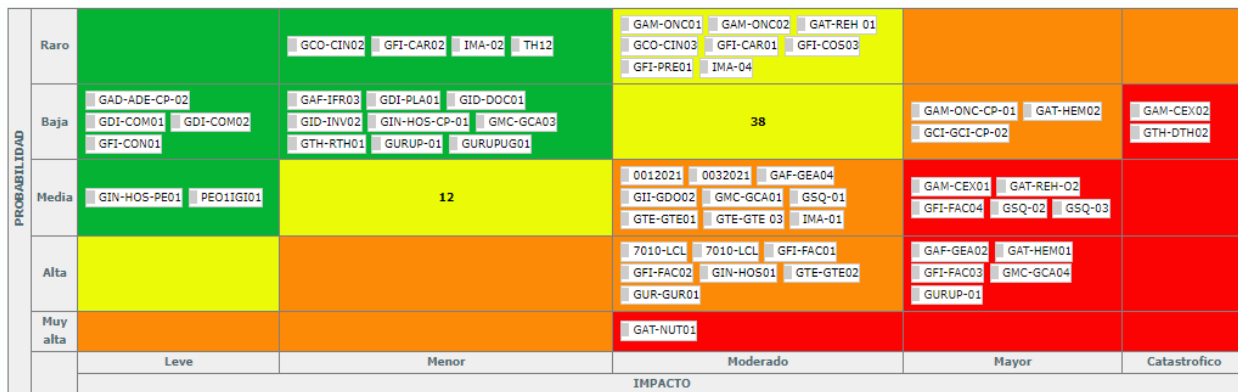


Imagen 1. Mapa de calor Riesgos HUS en ALMERA.  
Fuente: ALMERA

El sistema de riesgos por procesos cuenta con 27 riesgos priorizados cada uno de ellos con su respectivo plan de mejoramiento.

En seguida se evidencia las acciones y avances de las misma de cada uno de los planes de mejora para los respectivos riesgos priorizados.

No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
1	Probabilidad de no recaudo de dinero por prestación de servicios de salud a usuarios particulares debido a pagarés mal diligenciado o no verificación de datos del deudor por parte del admisionista.	1P. Analizar el proceso actual de pagarés y presentar un diagnóstico, definiendo a partir de éste las actividades a realizar.	100%
		2H. Generar compromisos a partir de la revisión del procedimiento de pagarés.	100%
		3V. Verificar compromisos a partir de realización de mesas de trabajo periódicas.	0%
		4A. Tomar las acciones pertinentes frente a las desviaciones encontradas.	0%

No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
2	Probabilidad de incumplimiento en la ruta de atención de pacientes oncológicos frente a un posible caso de COVID-19 por la no adherencia del personal a los procesos institucionales.	1P. Definir estrategia de socialización del protocolo de atención del paciente con probable o confirmación diagnóstica COVID-19.	100%
		2H. Socializar el protocolo de atención del paciente con probable o confirmación diagnóstica de COVID-19.	15%
		3V. Medir la adherencia al protocolo de atención del paciente con probable o confirmación diagnóstica de COVID-19.	0%
		4A. Tomar decisiones en base a las desviaciones encontradas.	0%
3	Probabilidad de incumplimiento en el protocolo GAT-HEM-PR-04 procedimiento recepción de donantes, manejo y despacho de hemocomponentes contingencia COVID-19, debido a falta de adherencia al procedimiento.	1. Actualizar Infografía COVID-19.	100%
		2. Socializar Infografía actualizada.	50%
		3. Evaluar la adherencia al proceso.	60%
		4. Actuar de acuerdo a lo observado.	0%
4	Probabilidad de incumplimiento del personal asistencial al protocolo de atención frente a un posible caso de COVID-19 o insuficiencia respiratoria aguda en UCIA y UCIP por desconocimiento de los protocolos establecidos por la institución.	1P. Definir estrategia de socialización del protocolo de atención del paciente con probable o confirmación diagnóstica COVID-19.	100%
		2H. Socializar el protocolo de atención del paciente con probable o confirmación diagnóstica de COVID-19.	15%
		3V. Medir la adherencia al protocolo de atención del paciente con probable o confirmación diagnóstica de COVID-19	0%
		4A. Tomar decisiones en base a las desviaciones encontradas.	0%
5	Probabilidad de recibir GLOSAS por errores en el cargue, cantidad o liquidación de valores de los procedimientos y/o servicios prestados al usuario por deficiencia en la revisión previa a la generación	1P. Establecer los diferentes criterios y normatividad para la liquidación de cuentas hospitalarias.	100%
		2H. Realizar el cargue y liquidación de los servicios prestados por la ESE HUS en concordancia con los criterios y normatividad	40%

No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
	de la factura o procesos mecanizados del liquidador.	para la liquidación de cuentas.	
		3V. Verificar la idoneidad de la factura en cuanto a cargue, cantidad y valores de procedimientos e insumos liquidados con respecto a los servicios prestados según anexos y registros	40%
		4A. Tomar las decisiones frente a las desviaciones encontradas	0%
6	Inoportunidad en el reporte de los indicadores normativos.	1P. Definir las estrategias para identificar y gestionar los patrones no deseados desde los mecanismos de medición estandarizados en la institución y la oportunidad de entrega de información por parte de los procesos institucionales para alimentar los indicadores normativos.	100%
		2H. Implementar la estrategia definida para la entrega de información por parte de los procesos institucionales para alimentar los indicadores normativos.	0%
		4V. Monitorizar los indicadores normativos y de procesos por medio de la herramienta ALMERA	25%
		5A. Actuar de acuerdo a los resultados encontrados	0%
7	Probabilidad de congestión en la sala de espera del Servio de Consulta Externa, por fallas en la frecuencia horaria de asignación de citas, lo cual aumentaría la posibilidad de contagio por COVID-19.	1P. Identificar las mejoras a realizar en el Servicio de Consulta Externa para mitigar el contagio por COVID-19	100%
		2H. Ejecutar las acciones de mejora planeadas para mitigar el contagio por COVID-19	100%
		3V. Supervisar la aplicación de las acciones de mejora definidas para el Servicio de Consulta Externa, para mitigar el contagio por COVID-19	50%
		4A. Tomar decisiones frente a las desviaciones encontradas	0%
8	Incumplimiento en la normatividad vigente en Seguridad y Salud en el Trabajo.	1P. Definir las actividades de fortalecimiento del autocuidado en el sistema de gestión de SST.	100%
		2H. Implementar las actividades de fortalecimiento del autocuidado definidas en el sistema de gestión de SST.	100%



No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
		3V. Monitorizar la ejecución de las actividades del sistema de SST.	100%
		4V. Evaluar los resultados de la ejecución de las actividades del sistema de SST.	100%
		5A. Actuar frente a las desviaciones encontradas.	100%
9	Posibilidad de afectación económica por multa y sanción del ente regulador debido al incumplimiento técnico en la recepción de medicamentos y dispositivos médicos con defectos mayores, críticos, fraudulentos, sin requisitos legales y almacenados sin criterios técnicos.	1P. Identificar mensualmente el cumplimiento de la aplicación de la tabla militar estándar, revisando los registros durante la recepción de los productos farmacéuticos en la bodega de la farmacia. Evidencia: (Tabla Militar Estándar).	100%
		2H. Hacer la revisión mensual de los registros de la aplicación de la tabla militar estándar en la recepción de los productos farmacéuticos en la bodega de la farmacia. Evidencia: (Actas de recepción técnica administrativa mensual).	0%
		3V. Supervisar la correcta utilización de la tabla militar estándar en la recepción de productos farmacéuticos. Evidencia: (tamaño de muestra de acuerdo al tamaño del lote).	0%
		4A. Actuar y realizar los ajustes pertinentes de acuerdo a lo observado.	0%
10	Probabilidad de inoportunidad en la entrega de información a procesos generadores de informes a entes externos de vigilancia y control, exponiendo a una sanción por parte de estos.	1P. Definir las estrategias para identificar y gestionar los patrones no deseados desde los mecanismos de medición estandarizados en la institución y la oportunidad de entrega de información por parte de los procesos institucionales para alimentar los indicadores normativos.	100%
		2H. Implementar la estrategia definida para la entrega de información por parte de los procesos institucionales para alimentar los indicadores normativos.	0%
		3H. Realizar seguimiento previo y posterior a las fechas de cargue de informes a los entes de control de acuerdo al plan de gerencia y flujo de información.	0%
		4V. Verificar el cumplimiento en los tiempos de	0%

No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
		entrega del cargue de los informes.	
		5A. Tomar decisiones frente lo encontrado.	0%
11	Insuficiencia de recipientes que faciliten la segregación de residuos biológicos y ropa contaminada generados en la atención de pacientes COVID-19.	1P. Planear la dotación de recipientes en las áreas definidas para la atención de pacientes COVID-19.	100%
		2H. Realizar requerimiento para el suministro de recipientes para las áreas COVID-19.	100%
		3V. Verificar la adquisición de recipientes para la segregación de residuos y ropa contaminada COVID-19.	100%
		4A. Actuar de acuerdo a las desviaciones presentadas en el suministro de recipientes para las áreas COVID-19.	0%
12	Probabilidad de deterioro del estado nutricional del paciente por ausencia en la identificación del riesgo nutricional, debido a inadecuado diligenciamiento de la herramienta de tamizaje nutricional al ingreso del paciente en hospitalización en servicios de urgencias.	1. P. Fortalecer la aplicabilidad de la herramienta de tamizaje nutricional a los profesionales de salud en la E.S.E HUS.	100%
		2. 1H. Hacer revisión y ajuste de parámetros de las herramientas de tamizaje nutricional en DINAMICA, para su aplicabilidad por los profesionales de salud en la E.S.E. HUS.	100%
		3. 2H. Socializar los ajustes y aplicabilidad de las herramientas de tamizaje nutricional a los profesionales de salud en la E.S.E HUS.	0%
		4. V. Evaluar la aplicabilidad de la herramienta de tamizaje nutricional a pacientes con ingreso a internación en la ESE HUS.	0%
		5. A. Tomar decisiones según las desviaciones detectadas.	0%
13	Probabilidad de no realizar la transferencia documental por parte de los procesos de la E.S.E. HUS.	1. Definir el cronograma para realizar las transferencias documentales de las diferentes áreas del Hospital Universitario.	100%
		2. Ejecutar el cronograma de trabajo con los diferentes procesos.	15%
		3. Presentar el proyecto de actualización de las Tablas de Retención Documental al Consejo Departamental de Archivo.	100%

No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
		4. Verificar el desarrollo de las actividades del cronograma de transferencias y de las TRD.	40%
		5. Tomar decisiones frente a los resultados obtenidos.	0%
14	Posibilidad de afectación en la salud del paciente por cancelación en los procedimientos, debido a la inadecuada preparación previa y evaluación clínica del paciente programado para cirugía.	1. Definir estrategias de sensibilización al personal médico que pertenece a la Subgerencia de Servicios Quirúrgicos	100%
		2. Realizar sensibilización al personal médico de la Subgerencia de Servicios Quirúrgicos mediante los diferentes grupos primarios.	100%
		3. Verificar en la reunión mensual de cirugía segura que no se repita la evaluación clínica inadecuada como causa de cancelación de cirugía.	0%
		4. Actuar según las desviaciones presentadas.	0%
15	Probabilidad de afectación económica y/o en la salud del paciente, por sanciones de los entes de control y/o generación de un evento adverso, debido al incumplimiento a las actividades relacionadas con la metrología legal vigente.	1P. Planear a través de referenciación la calificación de instalación y operación de equipos biomédicos adquiridos que aplique	100%
		2H. Documentar las especificaciones para calificación de instalación y operación de equipos biomédicos adquiridos que aplique	100%
		3H. Implementar las especificaciones identificadas para calificación de instalación y operación de equipos biomédicos adquiridos que aplique	100%
		4V. Evaluar la funcionalidad del instrumento para medir la calificación de instalación y operación de equipos adquiridos	100%
		5A. Tomar acciones según las desviaciones encontradas.	100%
16	Probabilidad de afectación de la capacidad resolutive de las áreas de expansión, por el incumplimiento de la dotación hospitalaria, debido a la no disponibilidad de recursos económicos.	1. Identificar las áreas de expansión para pacientes con COVID-19.	10%
		2. Realizar autoevaluación del estándar de dotación de habilitación.	0%
		3. Elaborar informe con la dotación faltante en las áreas de expansión.	0%

No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
		4. Radicar las necesidades a la subgerencia administrativa.	0%
		5. realizar seguimiento al requerimiento tramitado.	0%
		6. actuar según las desviaciones encontradas.	0%
17	Probabilidad de falla en la atención de pacientes víctimas de violencia sexual por el incumplimiento en la ejecución de la aplicación del LISTA DE CHEQUEO PROTOCOLO A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL y PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DE VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL en el servicio urgencias de la ESE HUS dada la falta de adherencia de protocolo en la atención de pacientes víctimas de violencia sexual.	1P. Planear estrategias para fortalecer implementación, seguimiento y la monitorización del abordaje y manejo integral a víctimas de maltratos.	100%
		2H. Implementar las estrategias para el seguimiento y la monitorización del abordaje y manejo integral a víctimas de maltratos.	100%
		3V. Evaluar la implementación, seguimiento y la monitorización del abordaje y manejo integral a víctimas de maltratos.	0%
		4A. Tomar decisiones de acuerdo a los resultados observados.	0%
18	Probabilidad de afectación económica por la Subutilización de las consultas en el Servicio de Atención Ambulatoria por el comportamiento de la contratación respecto de la oferta del servicio.	1P. Definir el informe de Gestión de la Subutilización de las horas mes por especialidad	100%
		2H. Documentar el informe de Gestión de la Subutilización de las horas mes por especialidad.	50%
		3H. Socializar el informe de la Subutilización de las horas mes por especialidad en el Grupo Primario de Coordinadores de la Subgerencia	50%
		4V. Supervisar que el análisis de la Subutilización de las horas mes por especialidad sea incluido en el acta de Grupo Primario de Coordinadores de la Subgerencia.	50%
		5A. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones observadas	0%
19	Probabilidad de contagio por COVID-19 en el personal del servicio de Rehabilitación en la realización de los procedimientos	1P. Identificar las acciones de mejora a realizar en el servicio de rehabilitación enfocadas a atributos de seguridad en la prestación de servicios.	100%

No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
	de atención a los usuarios ambulatorio y de internación debido a el no cumplimiento de los protocolos de bioseguridad establecidos en la E.S.E. HUS.	2H. Ejecutar las acciones de mejora planteadas en el proceso de rehabilitación para garantizar atención segura.	50%
		3V. Supervisar la aplicación de las acciones de mejora propuestos.	10%
		4A. Tomar acciones según las desviaciones encontradas.	0%
20	Probabilidad de contagio de COVID-19 en el personal del servicio del área de quirófanos por uso indebido de elementos de protección personal.	1. Definir estrategias para fortalecer la sensibilización al personal de la subgerencia quirúrgica, acerca de la importancia del uso adecuado de EPP	100%
		2. Implementar estrategias de sensibilización definidas, acerca de la importancia del uso adecuado de los EPP a todo el personal de la subgerencia quirúrgica.	100%
		3. Evaluar al personal de la subgerencia quirúrgica acerca de la importancia del uso adecuado de EPP	0%
		4. Actuar según las desviaciones observadas.	0%
21	Probabilidad de la inadecuada manipulación de la vía aérea e intubación a paciente con sospecha o diagnóstico de infección por COVID-19, debido al desconocimiento del protocolo institucional por parte de los colaboradores del servicio.	1. Definir estrategias de socialización al personal asistencial del área quirúrgica, acerca del protocolo de manipulación de vía aérea e intubación a paciente con sospecha o diagnóstico de COVID-19.	100%
		2. Implementar estrategias de sensibilización al personal asistencial del área quirúrgica, acerca del protocolo de manipulación de vía aérea e intubación a paciente con sospecha o diagnóstico de COVID-19.	100%
		3. Evaluar al personal asistencial del área quirúrgica acerca del protocolo de manipulación de vía aérea e intubación a paciente con sospecha o diagnóstico de COVID-19	0%
		4. Actuar según las desviaciones observadas.	0%
22	Probabilidad de no cumplir la solicitud, identificación, toma, conservación y transporte de muestras biológicas del laboratorio	1. Identificar estrategias de divulgación para que todos los colaboradores de la ESEHUS conozcan y apliquen el procedimiento de solicitud, recepción, toma, conservación y	100%

No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
	clínico.	transporte de muestras del laboratorio clínico.	
		2. Elaborar un cronograma de capacitaciones mediante plataformas educativas (MOODLE, etc.) y sesiones breves en equipos primarios en cada uno de los servicios de internación de la E.S.E. HUS.	100%
		3. Medir el grado de conocimiento de los colaboradores capacitados en cada uno de los servicios de la E.S.E. HUS.	50%
		4. Supervisar mediante listas de chequeo y/ o auditorias, la adherencia de los colaboradores al procedimiento de solicitud, recepción, toma, conservación y transportarte de muestras biológicas del laboratorio clínico.	50%
		5. Tomar decisiones de acuerdo a lo observado.	0%
23	Posibilidad de demora en el diagnóstico del paciente por una inadecuada identificación de las muestras debido el incumplimiento del procedimiento de manejo seguro de las muestras y resultados en el laboratorio de patología.	1. Planear estrategias para evitar errores en la identificación de las muestras.	100%
		2. Implementar las estrategias para evitar errores en la identificación de las muestras.	40%
		3. Monitorear los eventos adversos asociados a error en la identificación de muestras.	0%
		4. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas.	0%
24	Probabilidad de alto índice de obsolescencia de la tecnología, por la afectación en la integridad de la prestación del servicio, evento adverso y/o afectación en la resolutividad en las decisiones médicas, debido al incumplimiento en la cobertura de la política de renovación de la tecnología	1P. Fortalecer la implementación de la matriz de índice de obsolescencia	100%
		2H. Aplicar el índice de obsolescencia a los equipos del servicio de quirófanos.	100%
		3V. Verificar los resultados obtenidos del índice de obsolescencia.	100%
		4A. Tomar acciones según las desviaciones encontradas.	100%
25	Probabilidad de inaccesibilidad a las salas de aislamiento para la ubicación de los pacientes que ingresan al servicio con patologías confirmadas que requieran	1. Articular las necesidades identificadas que fueron autorizadas en Gerencia para su ejecución.	100%
		2. Realizar solicitud al área encargada los avances referentes a las adecuaciones	50%

No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
	aislamiento protector, de contacto debido a que no se cuenta con dichas áreas.	aprobadas en el comité de Gerencia.	
		3. Verificar el cumplimiento de las adecuaciones solicitadas para las áreas de aislamiento.	0%
		4. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas.	0%
26	Incumplimiento en la segregación de residuos hospitalarios por parte del personal de la ESE HUS con ocasión a la implementación del nuevo código de colores	1P. Diseñar estrategias para actualizar el código de colores y su manejo seguro de la ESE HUS de acuerdo a la nueva normatividad	100%
		2H. Actualizar el código de colores y su manejo seguro del documento PGIRASA.	100%
		3H. Implementar las estrategias para brindar información y educación ambiental a los colaboradores sobre el nuevo código de colores	0%
		5A. Tomar acciones de mejora de acuerdo a los resultados encontrados asociados al cambio del código de colores y su manejo seguro.	0%
27	Posibilidad de insuficiencia en la captación de donantes voluntarios de sangre para suplir la demanda de la E.S.E. HUS, debido a falta de estrategias que promuevan la donación de sangre en el departamento de Santander.	1. Realizar Cronograma de Jornadas de Donación mensualmente.	60%
		2. Ejecutar las Jornadas de Donación Voluntaria de Sangre.	60%
		3. Evaluar el indicador de porcentaje de Jornadas de Donación.	50%
		4. Actuar de acuerdo a lo Encontrado	0%

Tabla2. Sistemas de Riesgos de gestión en la ESE HUS. Fuente: Informe Desarrollo Institucional

## 5.2. RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Este sistema de Riesgos está enfocado a identificar aquellas situaciones que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.

### 5.2.1. Documentación analizada – Enfoque

Se cuenta con el documento GDI-PLA-PG-01 PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS

### 5.2.2. Implementación

Se realizó el proceso de identificación, análisis, evaluación y tratamiento a los riesgos de corrupción en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander para la vigencia 2021, dando como resultado un total de 24 riesgos identificados. Se priorizaron

3 riesgos, los cuales cuentan con su respectivo plan de acción. En cuanto a los indicadores, se obtuvieron los siguientes resultados:

- El porcentaje de efectividad planes de acción por sistema de riesgo de corrupción es de 35,71% para el primer semestre de la vigencia 2021.
- El porcentaje de riesgos de minimizados del sistema de riesgos de corrupción en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander para el primer semestre de la vigencia 2021 es del 25%.
- El porcentaje de efectividad de los controles del sistema de riesgos de corrupción en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander para la vigencia 2021 es del es 61,11%.

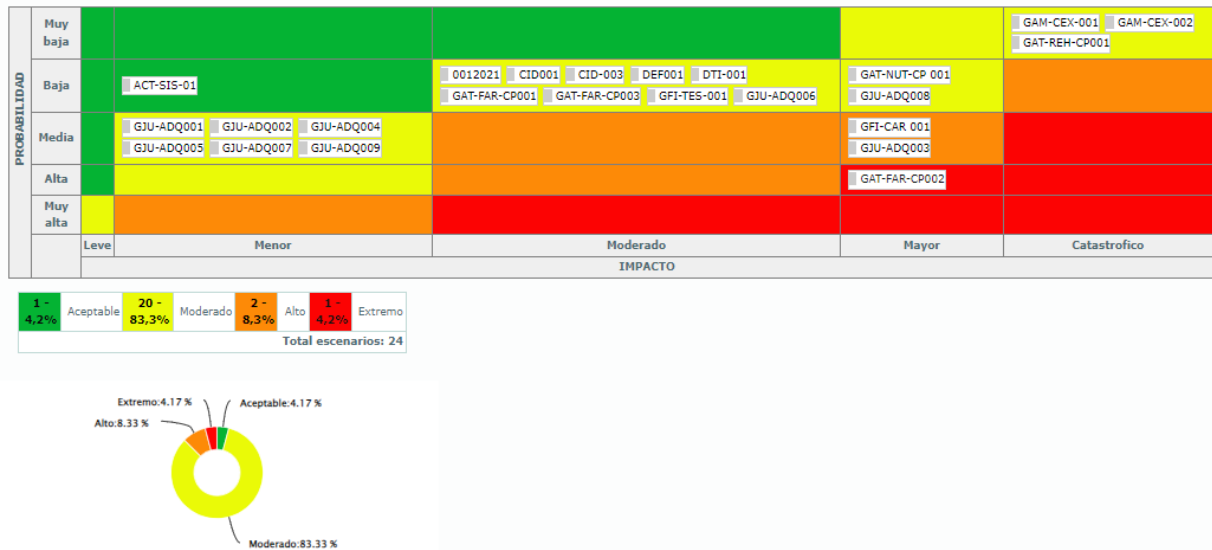


Imagen2.

Cantidad de riesgos de corrupción identificados y valores según metodología DAFP. Fuente propia.

**5.2.3. Resultados**

El sistema de riesgos anticorrupción cuenta con 3 riesgos priorizados cada uno de ellos con su respectivo plan de acción. En seguida se evidencia las acciones y avances de las misma de cada uno de los planes de acción para los respectivos riesgos priorizados.

No.	Nombre del riesgo	Plan de acción	Avance
	Probabilidad de desviación de dineros públicos por alteración de cuentas por cobrar para beneficio propio o de los	1P. Establecer un cronograma de conciliación de saldo de cartera con contabilidad.	100%
		2H. Elaborar documentos de conciliación de los saldos de cartera.	30%
		3V. Verificar el cumplimiento de la conciliación de los saldos de cartera.	0%
		4A. Tomar decisiones frente a las desviaciones.	0%
	Probabilidad de no	1P. Establecer el documento para la	



2	cumplimiento con el principio de transparencia de las actuaciones administrativas relacionadas con convocatorias públicas y contratación directa.	verificación de los contratos publicados en SECOP	100%
		2H. Realizar el documento para la verificación de los contratos publicados en SECOP	100%
		3V. Verificar la implementación del documento para la verificación de los contratos publicados en SECOP	0%
		4A. Tomar decisiones según desviaciones encontradas	0%
3	Probabilidad de afectación económica por multa y sanción del ente regulador debido a pérdidas de productos farmacéuticos.	1P. Estructurar el control de préstamos e inventarios, asignando grupos de medicamentos y dispositivos médicos a Regente y Auxiliares de Farmacia.	100%
		2H. Asignar los diferentes grupos de medicamentos y dispositivos Médicos a Regentes y Auxiliares de Farmacia.	100%
		3H. Realizar cada 15 días el inventario de la farmacia asignado a Regentes y Auxiliares de Farmacia.	0%
		4H. Obtener de DGH, el informe de movimientos de préstamos realizado por la Farmacia a Servicios Asistenciales y entidades externas de salud.	0%
		5V. Supervisar y controlar el movimiento de préstamos e inventarios de medicamentos y dispositivos médicos en el periodo definido.	0%
		6A. Ajustar las desviaciones encontradas.	0%

Tabla 3. Resultados Plan de acción Sistema de Riesgos de Corrupción.  
Fuente Almera.

### 5.3. RIESGOS ESTRATÉGICOS

El enfoque de este sistema consiste en la identificación de riesgos asociados a la administración de la Entidad, a la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la definición de políticas, y el diseño de lineamientos que respondan a las necesidades de los grupos de valor e interés.

#### 5.3.1. Documentación analizada – Enfoque

Se cuenta con el documento GDI-PLA-PG-01 PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS

#### 5.3.2. Implementación

Se identificaron en Almera los siguientes riesgos estratégicos:

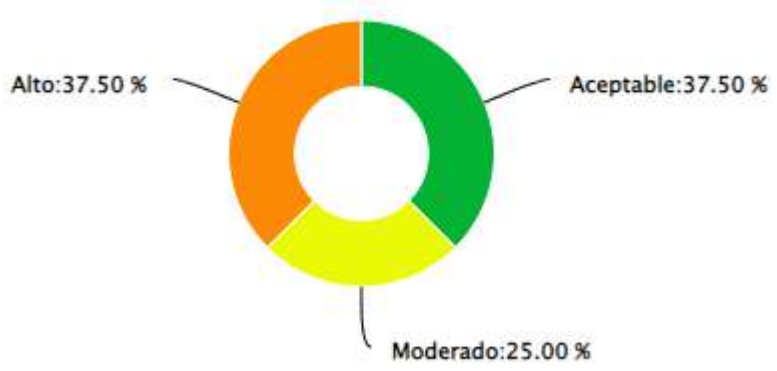
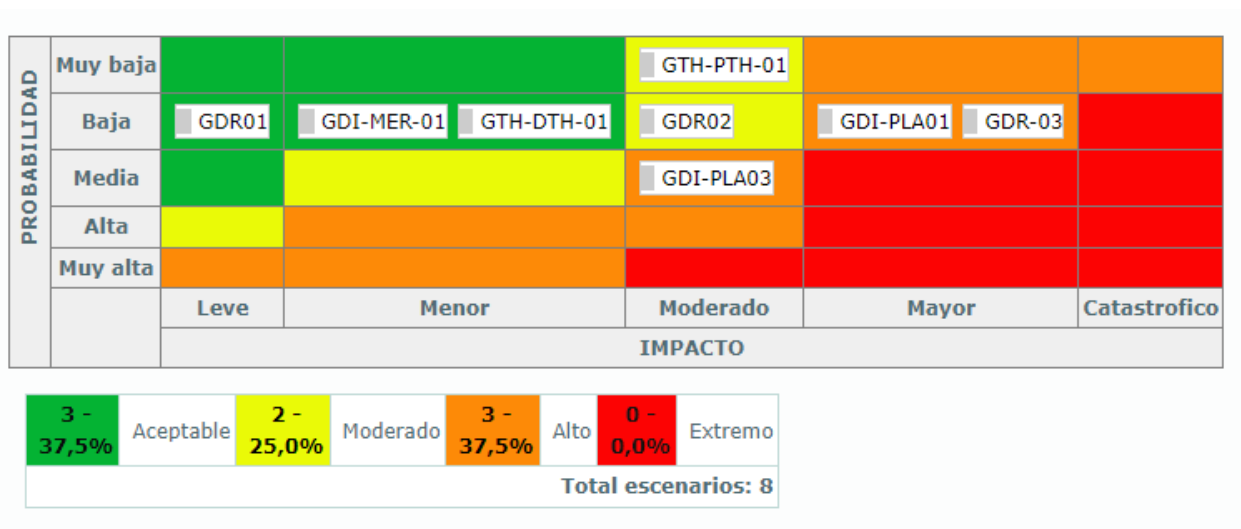


Imagen 3. Cantidad de riesgos identificados y valores según metodología DAFP. Fuente: ALMERA.

### 5.3.3. Resultados

El sistema de riesgos estratégicos cuenta con 3 riesgos priorizados cada uno de ellos consu respectivo plan de acción. En seguida se evidencia las acciones y avances de las misma de cada uno de los planesde acción para los respectivos riesgos priorizados:

No.	Nombre del riesgo	Plan de acción	Avance
1	Posibilidad de afectación de la imagen institucional por incumplimiento a los objetivos estratégicos institucionales	1P. Definir la estrategia de difusión del logro de las metas y objetivos institucionales.	100%
		2H. Ejecutar la estrategia de difusión del logro de las metas y objetivos institucionales.	100%
		3V. Verificar el cumplimiento de la estrategia de la difusión del logro de las metas y objetivos.	100%
		4A. Tomar decisiones de acuerdo a lo observado.	100%
	Posibilidad de afectación	1P. Definir los Planes de Acciones	

2	económica y de la imagen institucional por incumplimiento a la Normatividad Legal Vigente relacionada con la elaboración, publicación, ejecución y seguimiento a los Planes	Institucional para la vigencia y el cumplimiento a las metas del Plan Operativo Anual.	100%
		2H. Seguimiento trimestral a los Planes de Acción Institucional y las metas de Plan Operativo Anual.	0%
	Operativos Anuales y Planes de Acción Institucionales debido a la no aplicación de la metodología y lineamientos.	3V. Verificar el cumplimiento del avance de los Planes de Acción Institucional y las metas del Plan Operativo Anual.	0%
		4A. Toma de decisiones según las desviaciones encontradas.	0%
	Probabilidad de afectación en la imagen institucional por incumplimiento de la Gestión E.S.E. HUS debido a Desconocimiento de la normatividad aplicable.	1P. Estructurar el plan de trabajo de gestión del riesgo para la vigencia 2021 de la E.S.E. HUS.	100%
		2H. Ejecutar el plan de trabajo de gestión del riesgo para la vigencia 2021 de la E.S.E. HUS.	33%
		3V. Verificar el cumplimiento de la gestión de los riesgos priorizados por medio del indicador del proceso para la vigencia 2021.	0%
		4A. Tomar decisiones de acuerdo a lo observado y evaluado	0%

Tabla 4. Plan de acción del sistema de Riesgos Estratégicos. Fuente: ALMERA.

En cuanto a los indicadores del sistema tenemos:

- El porcentaje de efectividad planes de acción por sistema de riesgo estratégicos es de 50% a corte de 30 de junio de 2021.
- El porcentaje de riesgos de minimizados del sistema de riesgos estratégicos en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander para la vigencia 2021 es del 20%.

#### 5.4. RIESGOS DE ESTÁNDARES Y EJES DE ACREDITACIÓN

Para el sistema Ejes de acreditación se trabaja bajo la metodología Análisis de Modo de Efectos y Fallas (AMFE), la cual se caracteriza por tener un enfoque preventivo lo que permite desarrollar actividades preventivas para evitar o reducir la probabilidad de ocurrencia de los riesgos.

El método AMFE se caracteriza por:

-Tener carácter preventivo, ya que al aplicar este método podemos anticiparnos a la ocurrencia del fallo, porque tenemos la gran oportunidad de actuar antes de que sucedan los problemas.

-Es sistemático, tiene un enfoque estructurado que se puede adoptar al aplicar este método ya que garantiza todas las posibilidades de fallo que han sido consideradas.

-Es participativo, al elaborar el método AMFE se debe hacer en equipo porque se requiere de la puesta en común para todos los conocimientos de cada una de las áreas que han sido afectadas.

Para llevar a cabo la metodología, la ESE HUS cuenta con el documento GDI-PLA-IN-04 INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA ANÁLISIS DE MODO FALLA Y EFECTOS. Asimismo, cada profesional que apoya el proceso de acreditación se reúne con el líder y equipo de trabajo de cada uno de los Ejes de acreditación para realizar la identificación de los riesgos.

#### 5.4.1. Documentación analizada – Enfoque

Se cuenta con el documento GDI-PLA-IN-04 INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DE AMFE

#### 5.4.2. Implementación

Unidad de riesgo	Falla potencial del proceso (Riesgo)	Ocurrencia	Severidad	Detectabilidad	Nivel de riesgo	Controles
6. Grupo de Estándares de Gerencia de la Información	Probabilidad de falla operación de los equipos primarios de mejoramiento (EPM)	Alta	Moderada	Moderada	Alto (36)	0
7. Grupo de Estándares del Proceso Asistencial - PACAS Hospitalario y Ambulatorio	Falla en la implementación de los mecanismos de información a los usuarios en la preparación previa de los diferentes procedimientos	Alta	Importante	Moderada	Alto (48)	0
5. Grupo de Estándares de Gerencia de la Tecnología	Falla en la medición de cultura de las vigilancias sanitarias	Moderada	Importante	Moderada	Alto (36)	0
6. Grupo de Estándares de Gerencia de la Información	Probabilidad de incumplimiento de la norma en documentar siglas y acrónimos en la Historia clínica	Moderada	Importante	Moderada	Alto (36)	0
6. Grupo de Estándares de Gerencia de la Información	Ineficiencia en la medición del proceso de comunicación interna	Alta	Moderada	Moderada	Alto (36)	0

Imagen 4. Cantidad de riesgos de acreditación identificados y valores según metodología AMFE en ALMERA. Fuente Almera.

#### 5.4.3. Resultados

A continuación, se relaciona tabla resumen del nivel de riesgo por cada grupo de Eje para el año 2021

GESTIÓN DEL RIESGO EJES ACREDITACIÓN 2021					
Grupo De Estándar	Número De Riesgos Identificados	Riesgos Nivel Alto	Riesgos Nivel Medio	Riesgos Nivel Bajo	Nº total Acciones A ejecutar en el año
Eje Humanización	7	3	2	2	13
Eje Responsabilidad Social	3	0	3	0	0
Eje Gestión Del Riesgo	2	0	1	1	0
Gestión De La Tecnología	3	1	2	0	4
Cultura Organizacional	1	0	1	0	0

Atención Centrada en el Usuario Y Su Familia	3	2	1	0	9
Gestión Clínica Excelente Y Segura	3	3	0	0	14
Mejoramiento Continuo	6	1	2	2	4
<b>Total, de acciones a ejecutar</b>					<b>44</b>

A continuación, se relaciona tabla resumen del nivel de riesgo por cada grupo de Ejea corte de 30 de junio, equivalente el primer semestre del año 2021:

<b>GESTIÓN DEL RIESGO EJES DE ACREDITACIÓN PRIMER SEMESTRE 2021</b>						
<b>Grupo de Estándar</b>	<b>Número De Riesgos Identificados</b>	<b>Riesgos Nivel Alto</b>	<b>Riesgos Nivel Medio</b>	<b>Riesgos Nivel Bajo</b>	<b>N° Acciones A 30 De junio</b>	<b>N° Acciones ejecutadas A 30 De junio</b>
Eje Humanización	7	3	2	2	6	4
Eje Responsabilidad Social	3	0	3	0	0	0
Eje Gestión Del Riesgo	2	0	1	1	0	0
Gestión De La Tecnología	3	1	2	0	1	1
Cultura Organizacional	1	0	1	0	0	0
Atención Centrada en el Usuario Y Su Familia	3	2	1	0	9	7
Gestión Clínica Excelente Y Segura	3	3	0	0	11	11
Mejoramiento Continuo	6	1	2	2	1	1
<b>Total de acciones a ejecutar</b>					<b>28</b>	<b>24</b>

Tabla 5. Plan de acción del sistema de Riesgos de acreditación. Fuente: ALMERA.

En cuanto a los indicadores del sistema tenemos:

% Efectividad planes de acción del Sistema:  $(24/28) * 100 = 86\%$

## 5.5. RIESGOS DE DEFENSA JURÍDICA

El enfoque de este sistema consiste en la identificación de aquellas situaciones que puedan tener impacto en la litigiosidad de la Entidad, para ello se debe tener en cuenta las acciones y causas por las cuales es vinculada la Entidad en las diferentes actuaciones judiciales, solicitudes de conciliación y otros temas que estén relacionados con la litigiosidad de la Institución.

### 5.5.1. Documentación analizada – Enfoque

Se cuenca con el documento GDI-PLA-IN-04 INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DE AMFE

### 5.5.2. Implementación

El sistema de riesgos de defensa jurídica es gestionado a través de la plataforma ALMERA, dentro de la vigencia se identificó 1 riesgos, el cual se evidencian en la siguiente tabla:

No.	Unidad de riesgo	Riesgo identificado
1	Defensa Judicial y Extrajudicial	Probabilidad de procesos ejecutivos originados en facturas aceptadas por la E.S.E. HUS, suscritas a favor de contratistas de la entidad y que son ejecutadas en la jurisdicción ordinaria civil.

Tabla 6. Riesgos identificados en el sistema de Riesgos de Defensa Jurídica en ALMERA.

## 5.6. RIESGOS AMBIENTALES

Este sistema tiene como objetivo abordar eficazmente los riesgos y oportunidades mediante la integración de la gestión ambiental a sus procesos de negocio, dirección estratégica y toma de decisiones, alineándolos con otras prioridades de negocio, e incorporando la gobernanza ambiental a su sistema de gestión global.

### 5.6.1. Documentación analizada – Enfoque

Se evidencia la elaboración del documento GAF-GEA-IN-01 INSTRUCTIVO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS AMBIENTALES

### 5.6.2. Implementación

El sistema de riesgos de impactos ambientales es gestionado a través de la plataforma ALMERA, dentro de la vigencia se identificaron 4 riesgos, los cuales se evidencian en la siguiente tabla.

No.	Unidad de riesgo	Aspecto Ambiental
1	Gestión Ambiental	Vertimiento de aguas residuales no domésticas.
2	Gestión Ambiental	Consumo de papel – cartón.
3	Gestión Ambiental	Vertimiento de aguas residuales domésticas.
4	Gestión Ambiental	Generación de Residuos Biomédicos- Residuos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos-RAEE y Posconsumo

Tabla 7. Riesgos identificados en el sistema de Riesgos Ambientales en ALMERA.

### 5.6.3. Resultados

El sistema de riesgos de impactos ambientales cuenta con 2 riesgos priorizados cada uno de ellos con su respectivo plan de acción.

En seguida se evidencia las acciones y avances de las misma de cada uno de los planes de acción para los respectivos riesgos priorizados.

No.	Riesgo	Plan de acción	Avance
1	Vertimiento de aguas residuales no domésticas.	1P. Planear estrategias para la elaboración del requerimiento de contratación de análisis físico-químico del vertimiento.	100%
		2H. Realizar las labores administrativas pertinentes para contratar el laboratoriocertificado para caracterizar los parámetros físico-químico del vertimiento.	100%
		3V. Verificar la contratación de un laboratorio certificado para realizar la caracterización de los parámetros físico químicos del vertimiento.	100%
		4A. Actuar de acuerdo a las desviaciones encontradas en el proceso de la caracterización de los parámetros físico químicos del vertimiento	100%
2	Vertimiento de aguas residuales domésticas.	1P. Planear estrategias para la elaboración del requerimiento de contratación de análisis físico-químico del vertimiento.	100%
		2H. Realizar las labores administrativas pertinentes para contratar el laboratorio certificado para caracterizar los parámetros físico-químico del vertimiento.	100%
		3V. Verificar la contratación de un laboratorio certificado para realizar la caracterización de los parámetros físico- químicos del vertimiento	100%
		4A. Actuar de acuerdo a las desviaciones encontradas en el proceso de la caracterización de los parámetros físico químicos del vertimiento	100%

Tabla 8. Plan de acción del sistema de Riesgos Ambientales en ALMERA.

En cuanto a los indicadores del sistema tenemos:

% Efectividad planes de acción del Sistema = 100%

% Porcentaje de riesgos minimizados = 33,33%

## 5.7. RIESGOS DE SEGURIDAD DIGITAL, DATOS PERSONALES Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

El enfoque de este sistema consiste en identificar y valorar los activos respecto a la confidencialidad, integridad y disponibilidad e identificar su nivel de importancia o criticidad para el proceso.

### 5.7.1. Documentación analizada – Enfoque

Se cuenta con los documentos:

- GDI-PLA-PG-01 PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS
- GII-SIS-PL-04 PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

### 5.7.2. Implementación

El sistema de riesgos de seguridad digital, datos personales y seguridad de la información es gestionado a través de la plataforma ALMERA, dentro de la vigencia se identificaron 3 riesgos, los cuales se evidencian en la siguiente tabla:

PROBABILIDAD	Raro (1)					
	Improbable (2)					
	Posible (3)	001	001 002			
	Probable (4)					
	Casi seguro (5)					
		Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
IMPACTO						

0 - 0,0%	Alto	1 - 33,3%	Aceptable	0 - 0,0%	Extremo	2 - 66,7%	Moderado
Total escenarios: 3							

### 5.8 RIESGOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Su enfoque está determinado en identificar los posibles daños a los que están expuestos los trabajadores, el personal que se involucre con la ESE HUS y los elementos materiales que componen la entidad. Además, evalúa y jerarquiza los riesgos y controles y determina medidas de prevención para evitar o disminuir los daños eventuales.

#### 5.7.3. Documentación analizada – Enfoque

Se cuenta con los siguientes documentos:

- MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS RIESGOS GTH-DTH-FO-08, Versión 1
- PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PELIGROS, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS RIESGOS DE LAS ÁREAS DE LA ESE HUS GTH-SST-PR-01

#### 5.7.4. Implementación

Se evidenció en Almera la siguiente matriz de Riesgos:



PROBABILIDAD	Bajo (B)		47	122	129
	Medio (M)		132	434	118
	Alto (A)	R 6502	27	138	21
	Muy Alto (MA)		R 5179 R 4859		R 5474
		Mortal o catastrófico (M)	Muy grave (MG)	Grave (G)	Leve (L)
CONSECUENCIA					

773 - 66,0%	No aceptable o Aceptable con control específico	369 - 31,5%	Aceptable	30 - 2,6%	No aceptable
<b>Total escenarios: 1172</b>					

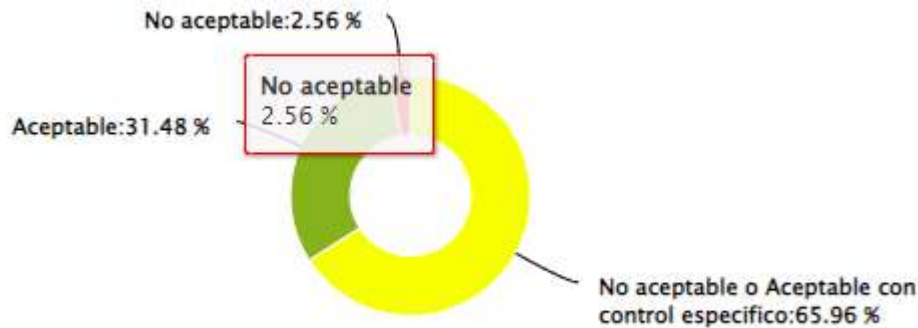


Imagen 6.. Riesgos del sistema de Riesgos Seguridad y Salud en el Trabajo. Fuente: ALMERA.

El sistema de riesgo de seguridad y salud en el trabajo no presenta planes de acción en la plataforma de Almera.

En cuanto a los indicadores tenemos:

- El porcentaje de riesgos de minimizados del sistema de riesgos de seguridad y salud en el trabajo en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander para la vigencia 2021 es del 9,09%.

## 5.8. RIESGOS SARLAFT

El objetivo de este sistema consiste en prevenir que se introduzcan al sistema financiero recursos provenientes de actividades relacionadas con el lavado de activos y/o de la financiación del terrorismo – LA/FT al detectar y reportar operaciones que se pretendan realizar o se hayan realizado, para intentar dar apariencia de legalidad a operaciones vinculadas a LA/FT.

### 5.8.1. Documentación analizada – Enfoque

Se cuenta con la siguiente documentación:

- GDR-GDR-PR-04 PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE RIESGOS SARLAFT
- GD-GE-PR-09 PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICACIÓN, SELECCIÓN Y VINCULACIÓN DE NUEVOS CLIENTES Y PROVEEDORES
- GD-GE-PR-08 PROCEDIMIENTO PARA DETECCIÓN DE OPERACIONES INUSUALES Y SOSPECHOSAS
- GD-GE-PR-07 PROCEDIMIENTO IDENTIFICACIÓN, MEDICIÓN, EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO RIESGOS SARLAFT
- GD-GE-MA-05 MANUAL DE SARLAFT
- GD-GE-FO-08 INST.DILIGENCIAMIENTO FORMATO MATRIZ DE RIESGOS INHERENTES Y RESIDUAL INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO
- GD-GE-FO-08 FORMATO MATRIZ DE RIESGOS SARLAFT
- GD-GE-FO-07 FORMATO BASE DE DATOS ALERTAS TEMPRANAS
- GD-GE-FO-06 FORMATO MATRIZ SEGMENTACIÓN FACTORES DE RIESGO

### 5.8.2. Implementación

Se cuenta con una matriz en Excel diligenciada:

PROBABILIDAD	Muy baja					
	Baja			GFI 01	GFI 02	
	Media					
	Probable					
	Muy alta					
			Leve	Menor	Moderado	Mayor
IMPACTO						

0 - 0,0%	Aceptable	2 - 100,0%	Moderado	0 - 0,0%	Alto	0 - 0,0%	Extremo
<b>Total escenarios: 2</b>							

El sistema de riesgos de SARLAFT no cuenta con riesgo priorizados por lo que no existen planes de acción para la vigencia.

### 5.9. RIESGOS DE DESASTRES

Su objetivo es determinar los posibles daños sociales, ambientales y económicos en una comunidad específica en determinado periodo, en función de la amenaza y la vulnerabilidad

#### 5.9.1. Documentación analizada – Enfoque

Se cuenta con el documento GAF-IFR-IN-02 INSTRUCTIVO PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

#### 5.9.2. Resultados

El sistema de riesgos de emergencias y desastres cuenta con dos riesgos priorizados y cuatro riesgos materializados, cada uno de ellos con su respectivo plan de acción.

En seguida se evidencia las acciones y avances de las misma de cada uno de los planes de acción para los respectivos riesgos priorizados y materializados.

No.	NOMBRE DEL RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	AVANCE
1	Probabilidad de ocurrencia de un incendio en la E.S.E. HUS.	1. Planear las acciones que realiza la E.S.E. HUS para disminuir el riesgo de incendio en la E.S.E. HUS.	100%
		2. Implementar las acciones planeadas para disminuir el riesgo de incendio en la E.S.E. HUS.	15%
		3. Verificar las acciones planeadas para disminuir el riesgo de incendio en la E.S.E. HUS.	50%
		4. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas.	50%
2	Probabilidad de generación de picos de energía eléctrica.	1. Identificar las acciones que la E.S.E. HUS realiza para disminuir los picos de corriente eléctrica.	100%
		2. Implementar las acciones planeadas.	55%
		3. Verificar de las acciones planeadas seanejecutadas.	50%
		4. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas.	50%
3	Probabilidad de ocurrencia de falla en el suministro de agua	1P. Identificar las acciones que la E.S.E. HUS realiza para disminuir fallas en el suministro de agua.	100%
		2H. Implementar las acciones planeadas.	50%
		3V. Verificar que las acciones planeadas sean ejecutadas.	0%
		4A. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas.	0%
4	Probabilidad de Ocurrencia de fallo de comunicaciones de telefonía.	1P. Identificar las acciones que realiza la ESE HUS para fortalecer la capacidad de respuesta en comunicaciones de telefonía de Voz- IP.	100%
		2H. Implementar las acciones planeadas.	100%
		3V. Verificar las acciones planeadas.	0%
		4A. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas.	0%
	Probabilidad de falla en el suministro de oxígeno	1P. Identificar las acciones que la E.S.E. HUS realiza para disminuir la probabilidad de emergencias por fallas en el suministro de oxígeno.	100%

5		2H. Implementar las acciones planeadas.	28%
		3V. Verificar que las acciones planeadas seanejecutadas.	0%
		4. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas.	0%
6	Falla en el servicio de ascensores	1P. Identificar las acciones que la E.S.E. HUS realiza para disminuir la vulnerabilidad y fortalecer la capacidad de respuesta frente a falla en el servicio de ascensores.	100%
		2H. Implementar las acciones planeadas.	25%
		3V. Verificar que las acciones planeadas seanejecutadas.	0%
		4A. Toma decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas.	0%

Los siguientes son riesgos que se han materializado:

Riesgo	¿Cómo se materializo?	¿Qué acciones se han tomado	Avance
Probabilidad de Ocurrencia de fallo de comunicaciones de telefonía.	El 26 de enero de 2021. Se presenta daño en hardware del servidor principal y estas fallas se replicaron al servidor de respaldo, por tal motivo el servicio de telefonía se interrumpió en los diferentes servicios de la E.S.E. HUS.	Configuración y parametrización de servidor de producción y servidor de contingencia de la plataforma de telefonía IP, que se implementó en la institución.	100%
Falla en el servicio de ascensores	21 de marzo 2021. Se presento ruptura de tubo de agua en tercer piso, los ascensores se inundaron y quedaron tres ascensores sin funcionamiento.	El 3 de mayo se implementa el registro diario de eventos y situaciones que afectan los ascensores, se realiza evaluación de mayo y junio.	25%
Probabilidad de ocurrencia de falla en el suministro de agua	21 de marzo 2021. Un auxiliar de enfermería por no dejar caer un paciente se resbala y rompe un tubo del agua del tercer piso presentando una inundación del tercer piso y ascensores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se actualizo el Plan Hospitalario de Emergencias</li> <li>Se capacito al personal en el cierre de las llaves</li> </ul>	50%

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Se señalaron las llaves de corte de agua</li> </ul>	
Probabilidad de falla en el suministro de oxígeno.	3 de abril 2021. Se presenta ruptura de la red de oxígeno en el tercer piso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza la compra de reguladores de alto flujo para fortalecer la capacidad de respuesta de la red de oxígeno, reguladores ingresan el 18 de mayo a la institución.</li> </ul> <p>Se realiza actualización del Plan de contingencia del suministro de oxígeno, que hace parte constitutiva del Plan Hospitalario de Emergencias</p>	28,56%

En cuanto a los indicadores del sistema tenemos:

- El porcentaje de efectividad planes de mejoramiento por sistema de riesgo de emergencias y desastres es del 25% a corte de 30 de junio de 2021.
- El porcentaje de riesgos minimizados es cero, puesto que no hubo una variación en cuanto a cantidad, sin embargo, si cambio los riesgos que se priorizaron de un año al otro, debido a la pandemia de COVID-19.

## 5.10. RIESGOS PRODUCTOS SANITARIOS

Este sistema busca identificar y evaluar los riesgos asociados al uso de los Dispositivos Médicos, tomando decisiones que permitan prevenir la generación de eventos e incidentes adversos en el paciente, mediante la valoración del impacto o severidad y la probabilidad o frecuencia de ocurrencia de tal forma que se puedan reducir los riesgos.

### 5.10.1. Documentación analizada – Enfoque

Se cuenta con el documento GDI-PLA-IN-04 INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DE AMFE.

### 5.10.2. Implementación Riesgos de Biovigilancia:

Esta propuesta de Modelo de Biovigilancia para tejidos, obtenida como resultado de la ejecución de una serie de actividades colaborativas, cooperativas, además incluye resultados de las mesas de trabajo sobre temas tan sensibles como Medicina Reproductiva y Terapias Avanzadas (génica, celular y de ingeniería de tejidos), que se encuentran incluidas en el enfoque de Biovigilancia a nivel mundial.

Y no fue sino hasta el mes de octubre del 2020 que con la resolución 0995 se creó el comité nacional de biovigilancia y se establecieron los incidentes y eventos adversos en órganos y/o tejidos, se estableció la ficha de

notificación para su respectivo reporte y el medio de transmisión y recepción de los posibles reportes, por tanto, se trata de un programa aun muy joven tanto en el ámbito nacional como institucional que requiere tiempo para su crecimiento y madurez.

Para la valoración de los riesgos en el programa de biovigilancia se usó la metodología AMFE.

Se identificaron 3 riesgos potenciales y se realizó la valoración de estos en cuanto a la probabilidad de ocurrencia, detectabilidad y severidad de la siguiente forma:

- Posibilidad de afectación al receptor del aloinjerto a causa del desconocimiento de las condiciones técnicas requeridas para la manipulación e implante del tejido humano debido al déficit de capacitación del personal que hace uso de los tejidos humanos: con un puntaje total de 4 en la matriz de impacto dado por 1 punto en posibilidad de ocurrencia, 4 puntos en la apreciación de severidad y 1 punto en su detectabilidad.
- Probabilidad de no reporte de eventos e incidentes relacionados con el uso de componentes anatómicos, lo que desencadena la no generación de alertas sanitarias y con ello la posible afectación de un mayor número de receptores, debido al desconocimiento de los medios de reporte institucional: con un puntaje total en la matriz de impacto de 6 puntos diferenciados así: 2 puntos en posibilidad de ocurrencia, 3 puntos en la apreciación de severidad y 1 punto en cuanto a detectabilidad de los posibles eventos.
- Posibilidad de una sanción administrativa o afectación al programa de trasplantes, por sanciones externas por parte de la red de donación y trasplantes debido al no reporte de la estadística institucional en cuanto a indicadores de la gestión de componentes anatómicos: con un puntaje en la matriz de impacto de 4 puntos; dados por 1 punto en la posibilidad de ocurrencia, 4 puntos en la apreciación de severidad y 1 punto en la detectabilidad de esta situación.

Dentro de los planes de mejora definidos y su avance tenemos:

- Programación de capacitaciones dirigido al personal que realiza la manipulación de componentes anatómicos. Se realizo capacitación con video educativo dirigido a colaboradores que laboran en el área de quirófanos ya que son quienes están en contacto con los tejidos humanos. Se realizo capacitación y evaluación del 100% de los colaboradores priorizados.
- Rondas de seguridad Biovigilancia mayo 2021: Se creó el documento rondas de seguridad en biovigilancia la cual contiene 18 ítems los cuales surgieron de los riesgos detectados a través de la matriz AMFE y los demás en busca de vigilar el cumplimiento de la normatividad vigente; contiene nombre, numero único de identificación del tejido trasplantado, fecha del evento quirúrgico, documento delreceptor, fechas de los controles realizados hasta un año post trasplante, servicio en el que se solicito el aloinjerto, si se realizo la solicitud en el ítem creado para tal fin en la plataforma almera, la realización de solicitud al banco de tejidos que lo provea, el ingreso del paciente a la base de datos lista de espera para trasplante, el cumplimiento en la cadena de frio, registro en la descripción quirúrgica del numero único de identificación del tejido, el registro de la realización del trasplante en la base de datos correspondiente, si se realizo seguimiento a la historia clínica, el registro de complicaciones, y por ultimo observación si así lo requiere en el seguimiento del paciente trasplantado, con un cumplimiento del 100% en la alimentación de esta de base de datos.
- Programación de charlas informativas en cuanto a los medios de reporte de incidentes y eventos adversos en Biovigilancia.se realizo cronograma de capacitaciones para realizar durante el año 2021 en el cual se incluyen temas diversos todos relacionados con el programa de trasplantes y biovigilancia se ha llevado a cabo el cumplimiento del 100% de las capacitaciones programadas a la fecha.
- Definir los indicadores a evaluar en el programa de trasplante de tejido osteomuscular. Alimentación de los indicadores definidos en el programa. Se definieron los indicadores a reportar de forma mensual a la regional

número 4 de donación y trasplantes los cuales son: indicadores IPS generadoras, actividad trasplantadora, reporte mensual de biovigilancia, formato de actividades de promoción y formato base de datos lista de espera se ha realizado 100% de cumplimiento en la generación documentación y envío de la información al correo electrónico de la coordinación regional de trasplantes.

- Exposición de los indicadores del programa de trasplante de tejido osteomuscular en el comité bimensual correspondiente. Los indicadores producto de la actividad del programa de trasplante de tejido osteomuscular, así como del programa de biovigilancia son expuestos y evaluados y avalados en el comité de trasplantes que se realiza de forma bimensual con un cumplimiento del 100%.

### 5.10.3. Implementación Riesgos de Farmacovigilancia:

El sistema de riesgos de farmacovigilancia vigila la seguridad, efectividad y calidad de los medicamentos, incluyendo los biológicos tales como vacunas, durante la etapa de comercialización, luego de obtener la autorización, contribuyendo a mejorar la seguridad de su uso.

El sistema de riesgos de Farmacovigilancia cuenta con tres riesgos priorizados, cada uno de ellos con su respectivo plan de acción. En seguida se evidencia las acciones y avances de las misma de cada uno de los planes de acción para los respectivos riesgos priorizados y materializados:

No.	Nombre del Riesgo	Plan de Acción
1	Implementar barreras poco eficientes para mitigar las causas que ocasionan fallas en la utilización de medicamentos.	1P. Realizar un cronograma de rondas de farmacovigilancia articulado con el programa de seguridad del paciente.
		2H. Elaborar el instrumento para verificar la implementación de las recomendaciones del uso seguro de medicamentos.
		3H. Implementar el instrumento en las rondas de farmacovigilancia y generar un informe con los hallazgos.
		4V. Evaluar el cumplimiento de la implementación de las recomendaciones.
		5A. Actuar frente a las desviaciones encontradas.
2	Incumplimiento al uso de los elementos de protección individual durante la manipulación de medicamentos y dispositivos médicos.	1P. Elaborar un cronograma de capacitación al personal del servicio farmacéutico que incluya uso de los EPP.
		2H. Implementar el uso de los EPP al personal del servicio farmacéutico.
		3V. Evaluar el cumplimiento de la implementación.
		4A. Actuar frente a las desviaciones encontradas.
	Incumplimiento a la higienización en la	1P. Elaborar un cronograma de capacitación al personal del servicio farmacéutico que incluya la higienización.

3	recepción de medicamentos y devoluciones de dispositivos médicos.	2H. Implementar la higienización al personal del servicio farmacéutico.
		3V. Evaluar el cumplimiento de la implementación.
		4A. Actuar frente a las desviaciones encontradas.

#### 5.10.4. Implementación Riesgos de Reactivovigilancia:

El programa de Reactivo vigilancia se encuentra articulado con los procesos de Hemocentro, Laboratorio Clínico, Laboratorio de Hematología Especial y Patología, a través de las actividades que garantizan el uso seguro de reactivos de diagnóstico in vitro y el reporte de eventos e incidentes adversos asociados al uso de los mismos. Tiene como objetivo establecer los mecanismos para identificar, evaluar y gestionar los efectos indeseados relacionados con el uso de los reactivos de diagnóstico in vitro buscando mitigar la ocurrencia de incidentes y eventos adversos; con el fin de promover el uso seguro de los reactivos de diagnóstico in vitro y contribuir a la seguridad de los pacientes, familiares y colaboradores.

Desde el Programa de Reactivovigilancia se viene realizando el Análisis de Modo, Fallas y Efectos (AMFE) para los reactivos utilizados en cada una de las áreas articuladas de la Institución. Para escoger el reactivo con el que se está trabajando actualmente los riesgos se tuvo como parámetros importantes la revisión de los

- Reactivos de Alto riesgo por su categoría
- Reactivos Nuevos
- Reactivos con reportes continuos en Reactivovigilancia
- Reactivos con riesgos por almacenamiento y manipulación

GESTIÓN DEL RIESGO – REACTIVO VIGILANCIA 2021									
Grupo de estándar	Número de riesgos identificados	Riesgo nivel alto	Riesgo nivel medio	Riesgo nivel bajo	Numero de acciones a ejecutar	Completas	En desarrollo	Atrasadas	No iniciadas
Reactivo vigilancia	52	3	0	49	31	0	27	4	0

#### 5.10.5. Implementación Riesgos de Tecnovigilancia:

El sistema de gestión del riesgo implementado para el programa de Tecnovigilancia perteneciente a la Oficina Asesora de Calidad de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander es la matriz análisis modal de fallos y efectos (AMFE), es una metodología o herramienta de análisis para la identificación, evaluación y prevención de los posibles fallos y efectos que se puedan generar en un producto y/o servicio. En este caso puntual aplicado en relación a la adquisición, uso seguro y renovación de la tecnología biomédica de la institución. Esta herramienta se caracteriza por tener un enfoque preventivo lo que permite anticiparse a la ocurrencia de fallas y reducir riesgos.



Riesgo 1: Probabilidad de una afectación de la salud del paciente o el personal operario de la tecnología biomédica a causa de la incorrecta limpieza y desinfección de equipos biomédicos debido al desconocimiento del instructivo institucional.

Ciclo	Actividad	Ejecución	Seguimiento
<b>Planear</b>	Identificar puntos de mejora en el actual protocolo de limpieza y desinfección de equipos biomédicos de la institución.	1/05/2021 a 31/05/2021	100%
<b>Hacer</b>	Actualizar protocolo de limpieza y desinfección de equipos biomédicos de la institución.	1/06/2021 a 31/08/2021	60%
<b>Verificar</b>	Verificar el conocimiento adquirido mediante las rondas de Tecnovigilancia y rondas de seguridad paciente.	1/09/2021 a 31/10/2021	30%
<b>Actuar</b>	Actuar frente a las desviaciones halladas.	1/11/2021 a 30/11/2021	0%

Riesgo 2: Posibilidad de una afectación a la salud del paciente por el desconocimiento del manejo de equipos biomédicos, debido a la falta de información de guías rápidas en el servicio.

Ciclo	Actividad	Ejecución	Seguimiento
<b>Planear</b>	Identificar los equipos biomédicos que están pendientes por elaboración de guía de manejo rápido en el servicio de Urgencias pediátrica, Pediatría y UCI Pediátrica.	20/04/2021 a 15/05/2021	100%
<b>Hacer</b>	Elaboración de guías de manejo rápido de equipos biomédicos pendientes en el servicio de Urgencias Pediátrica, Pediatría y UCI Pediátrica.	16/05/2021 a 31/08/2021	70%
<b>Verificar</b>	Verificar el conocimiento adquirido mediante las rondas de Tecnovigilancia y rondas de seguridad paciente en los servicios de Urgencias Pediátrica, Pediatría y UCI Pediátrica.	1/09/2021 a 31/10/2021	0%
<b>Actuar</b>	Actuar frente a las desviaciones encontradas.	1/11/2021 a 30/11/2021	0%

Riesgo 3: Posibilidad de una afectación de la salud del paciente o el personal operario de la tecnología biomédica por el desconocimiento del uso de los equipos, debido al incumplimiento del programa de entrenamientos en tecnología biomédica.

Ciclo	Actividad	Ejecución	Seguimiento
<b>Planear</b>	Identificar los equipos programados para entrenamiento en tecnología biomédica y el servicio correspondiente del año en curso.	20/04/2021 a 30/04/2021	100%
<b>Hacer</b>	Recolectar la evidencia de los entrenamientos en tecnología biomédica planeada para el presente año.	1/05/2021 a 31/10/2021	40%
<b>Verificar</b>	Verificar el conocimiento adquirido mediante las rondas de Tecnovigilancia y rondas de seguridad paciente.	1/10/2021 a 31/10/2021	30%
<b>Actuar</b>	Actuar frente a las desviaciones halladas.	1/11/2021 a 30/11/2021	0%

**Riesgo 4:** Probabilidad de no brindar un servicio oportuno y eficaz a causa de fallas por parte de los equipos biomédicos, debido al incumplimiento del mantenimiento preventivo programado.

Al ser clasificado con un nivel de riesgo MODERADO (30), no se encuentra priorizado para el año 2021.

## 5.11. RIESGOS DE BRAQUITERAPIA

El Sistema de Riesgo de Braquiterapia está asociado al manejo de material radiactivo en las instalaciones de la ESE HUS, específicamente al uso de fuentes de iridio 192 (Ir-192) en los procedimientos de braquiterapia de alta tasa de dosis. El objetivo de este sistema de riesgos es el de identificar los sucesos iniciadores que pudieran llevar a desencadenar situaciones de riesgo con afectación sobre trabajadores ocupacionalmente expuestos a radiaciones ionizantes, pacientes, y público en general.

### 5.11.1. Documentación analizada – Enfoque

Se cuenta con el documento GA-ONC-MA-04 EVALUACIÓN DE SEGURIDAD RADIOLÓGICA – BRAQUITERAPIA

### 5.11.2. Implementación y resultados

A través de la metodología de AMFE se elaboró la matriz de riesgos que se encuentra en el Anexo “Análisis de Riesgos” del documento GAM-ONC-PR-03 “Procedimientos para la Evaluación de la Seguridad Radiológica Braquiterapia”.

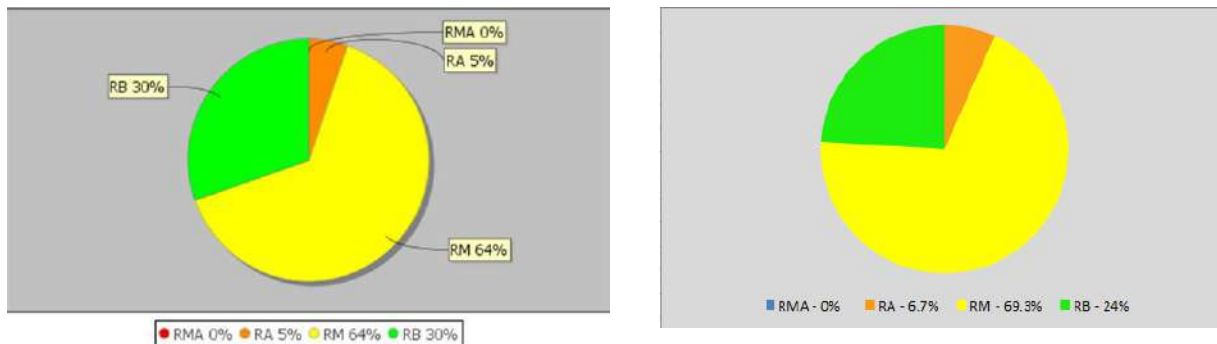


Figura 1: Distribuciones de riesgo de referencia del SEVRRRA, comparado con la evaluación del servicio de braquiterapia de la ESE-HUS. Fuente: Evaluación de Seguridad Radiológica – Braquiterapia vigencia 2018.

Se requiere de la puesta en funcionamiento del sistema de seguridad física del búnker de braquiterapia ya que este sistema representa la barrera para prevenir la ocurrencia de los sucesos iniciadores codificados como BHDR-PUB9.4 “pérdida o extravío de una fuente gastada almacenada temporalmente en el Hospital”, y BHDR-PUB10.2 “Ataque terrorista”.

## 5.12. RIESGOS POBLACIONALES SEGÚN PAÍS Y MÍAS – GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD GIRS

La Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) es una estrategia para anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias. Esto implica la acción coordinada de actores sectoriales y extrasectoriales en la identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en su aparición y desenlace, originadas en los individuos, los colectivos y en el entorno donde viven, estudian, trabajan o se recrean; la clasificación de las personas según se vean afectadas por estas circunstancias y condiciones, así como el diseño y puesta en marcha de acciones integrales y efectivas para eliminarlas, disminuirlas o mitigarlas.

### 5.12.1. Documentación analizada – Enfoque

No se ha iniciado esperando directrices del Gobierno Nacional y Territorial.

## 5.13. RIESGOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL

La gestión de los riesgos de gestión documental en la E.S.E. HUS da cumplimiento a los objetivos institucionales, orientados a la toma de decisiones oportunas para minimizar efectos adversos al interior de la entidad efectuando su control y seguimiento a los riesgos, divulgando y capacitando a los colaboradores sobre la gestión del riesgo que aseguren el cumplimiento de los compromisos con los grupos de interés, midiendo la cultura del riesgo en los funcionarios y ejecutores del proceso, disminuyendo las potenciales consecuencias negativas, y las vulnerabilidades ante las amenazas internas y externas, así como midiendo el nivel de efectividad de los controles para el tratamiento de los riesgos identificados.

La metodología para la administración del riesgo se basa en la matriz del Plan Institucional de Archivo – PINAR.

### 5.13.1. Documentación analizada – Enfoque

Se elaboró el documento GII-GDO-PL-01 PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER – PINAR

### 5.13.2. Implementación

La valoración del sistema de riesgos de gestión documental realizado a través de la plataforma ALMERA de los 6 riesgos identificados se presenta en la siguiente tabla:

No.	Riesgo	Zona de Riesgo Absoluto	Zona de Riesgo Residual
1	El exceso de Acumulación de Documentos físicos hace que se tenga que buscarse más espacio de almacenamiento, muchas veces no apropiado para el manejo de los mismos	Moderado	Moderado
2	Falta de atención de los procedimientos esenciales para la gestión de documentos en la entidad	Moderado	Moderado
3	Utilización de espacios necesarios para la producción de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander por cuenta de los fondos que no han sido debidamente valorados	Moderado	Moderado
4	Transferencias al archivo central de Documentos Duplicados	Moderado	Moderado
5	Ausencia de apoyo para la ejecución de labores archivísticas en las diferentes fases de los documentos	Moderado	Moderado
6	Dificultad en la aplicación de políticas de cero papel y otros relacionados con la conservación ambiental	Moderado	Moderado

*Tabla. Aspectos críticos identificados Fuente: PINAR*

El sistema de riesgos de gestión documental no cuenta con riesgos priorizados por lo que no existen planes de acción para la vigencia.

### 5.14. RIESGOS CLÍNICOS

La gestión de los riesgos clínicos en la E.S.E. HUS da cumplimiento a los objetivos institucionales, orientados a la toma de decisiones oportunas para minimizar efectos adversos al interior de la entidad efectuando su control y seguimiento a los riesgos, divulgando y capacitando a los colaboradores sobre la gestión del riesgo que aseguren el cumplimiento de los compromisos con los grupos de interés, midiendo la cultura del riesgo en los funcionarios y ejecutores del proceso, disminuyendo las potenciales consecuencias negativas, y las vulnerabilidades ante las amenazas internas y externas.

#### 5.14.1. Documentación analizada – Enfoque

Se cuenta con el documento GDI-PLA-IN-04 INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DE AMFE

#### 5.14.2. Implementación

El sistema de riesgos clínicos cuenta con 23 riesgos priorizados cada uno de ellos con su respectivo plan de acción. En seguida se evidencia las acciones y avances de las misma de cada uno de los planes de acción para los respectivos riesgos priorizados:

No.	Nombre del riesgo	Plan de acción	Avance
1	Probabilidad de afectación económica y en la salud del usuario por alteración de la calidad de los alimentos suministrados a pacientes debido a ausencia de verificación por parte de la nutricionista del servicio de alimentación en la recepción de alimentos y ensamble de dietas.	1.P. Fortalecer el procedimiento de solicitud de pedido de dietas terapéuticas área de ensamble de alimentos según las necesidades de dietas terapéuticas de los servicios de internación de la E.S.E. HUS	100%
		2.H. Desarrollar las actividades de refuerzo del procedimiento de solicitud de pedido de dietas terapéuticas en el servicio de alimentos de la E.S.E. HUS.	0%
		3.H. Apropiar el proceso de conteo diario de dietas terapéuticas de los servicios de hospitalización de la E.S.E. HUS.	0%
		4.V. Evaluar el procedimiento de solicitud de pedido de dietas terapéuticas área de ensamble de alimentos de la E.S.E HUS.	0%
		5.A. Tomar decisiones según las desviaciones detectadas.	0%
2	Probabilidad de afectación de la salud de los usuarios por no oportunidad en la asignación de citas por falta de capacidad funcional en las especialidades y subespecialidades de mayor demanda.	1P. Identificar las especialidades de mayor demanda	100%
		2H. Realizar informe de la demanda insatisfecha	50%
		3H. Informar a las subgerencias correspondientes la necesidad de ampliar oferta para las diferentes especialidades	50%
		4V. Supervisar el comportamiento de la demanda para dichas especialidades	0%
		5A. Tomar decisiones de acuerdo a lo observado	0%
		1P. Planear estrategia de socialización de la lista de chequeo de cumplimiento al protocolo de atención frente a un posible caso de COVID-19 y el protocolo de atención frente a un posible caso de COVID-19	100%
		2H. Socializar la lista de chequeo de cumplimiento al protocolo de atención frente a un posible caso de COVID-19 y el protocolo de atención frente a un posible caso de COVID-19	100%
		3H. Aplicar la lista de chequeo de cumplimiento al protocolo de atención frente a un posible caso de	10%

3	Probabilidad de contagio de COVID-19 a pacientes sanos y al personal de salud en las UCIS	COVID-19 y llevar el registro de manera quincenal	
		4V. Medir la adherencia a la lista de chequeo de cumplimiento al protocolo de atención frente a un posible caso de COVID-19 y el protocolo de atención frente a un posible caso de COVID-19	10%
		5A. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas	0%
4	Probabilidad de contagio por COVID-19 en el personal del servicio de Rehabilitación en la realización de los procedimientos de atención a los usuarios ambulatorio y de internación debido a el no cumplimiento de los protocolos de bioseguridad establecidos en la E.S.E. HUS.	1P. Identificar las acciones de mejora a realizar en el servicio de rehabilitación enfocadas a atributos de seguridad en la prestación de servicios.	100%
		2H. Ejecutar las acciones de mejora planteadas en el proceso de rehabilitación para garantizar atención segura	70%
		3V. Supervisar la aplicación de las acciones de mejora propuestos	70%
		4A. Tomar acciones según las desviaciones encontradas	0%
5	Posibilidad de afectación económica por multa y sanción del ente regulador debido a poca adherencia a las herramientas técnicas establecidas para la recepción técnica de productos farmacéuticos.	1P. Identificar mensualmente el cumplimiento de la aplicación de la tabla militar estándar, revisando los registros durante la recepción de los productos farmacéuticos en la bodega de la farmacia	100%
		2H. Hacer la revisión mensual de los registros de la aplicación de la tabla militar estándar en la recepción de los productos farmacéuticos en la bodega de la farmacia.	0%
		3V. Supervisar la correcta utilización de la tabla militar estándar en la recepción de productos farmacéutico.	0%
		4A. Actuar y realizar los ajustes pertinentes de acuerdo a lo observado.	0%
6	Probabilidad de afectación económica por multa y sanción del ente regulador debido a incumplimiento de la higienización en la recepción de devoluciones de medicamentos y dispositivos médicos debido a la pandemia generada por COVID-19	1P. Elaborar un cronograma de capacitación al personal del servicio farmacéutico que incluya: la higienización y uso de los EPP	100%
		2H. Implementar la higienización y el uso de los EPP al personal del servicio farmacéutico	0%
		3V. Evaluar el cumplimiento de la implementación	0%
		4A. Aplicar acciones de acuerdo a las desviaciones encontradas	0%

7	Incumplimiento en la profilaxis antibiótica	1P. Planear la estrategia de socialización del protocolo de Profilaxis Antibiótica	100%
		2H. Socializar el protocolo de Profilaxis Antibiótica	100%
		3V. Evaluar la adherencia al protocolo de Profilaxis Antibiótica	0%
		4A. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas	0%
8	Incumplimiento del protocolo de higiene de manos	1P. Planear estrategias para fortalecer en el personal la correcta ejecución de la higiene de manos en los cinco momentos	100%
		2H. Implementar estrategias para fortalecer en el personal la correcta ejecución de la higiene de manos en los cinco momentos	40%
		3V. Evaluar la adherencia a estrategias para fortalecer en el personal la correcta ejecución de la higiene de manos en los cinco momentos	0%
		4A. Tomar decisiones de acuerdo a los resultados observados	0%
9	Falla en la estandarización del procedimiento de control del servicio de Rehabilitación	1P. Definir un mecanismo de seguimiento a los incumplimientos de los usuarios del servicio de rehabilitación.	100%
		2H. Implementar los mecanismos definidos de seguimiento a los incumplimientos de los usuarios del servicio de Rehabilitación	40%
		3V. Verificar la implementación de los mecanismos de seguimiento al incumplimiento de los usuarios del servicio de Rehabilitación	10%
		4A. Aplicar acciones de acuerdo a las desviaciones encontradas	0%
10	Probabilidad de marcación equivocada de sitio operatorio	1. Actualizar el procedimiento marcación de sitio operatorio	0%
		2. Socializar el protocolo Marcación de sitio operatorio con el personal asistencial	0%
		3. Evaluar al personal el procedimiento a través de formulario Google Forms	0%
		4. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas	0%
11	Probabilidad de interrupción en la continuidad del tratamiento del paciente para la prestación del servicio de	1P. Planear la estrategia de socialización de la Ruta de atención a pacientes ambulatorios en la consulta externa de la unidad de oncología y radioterapia de la ESE HUS con IRA o probable COVID-19 con	100%

	oncología por COVID-19	código GAM-ONC-IN-01	
		2H. Socializar la Ruta de atención a pacientes ambulatorios en la consulta externa de la unidad de oncología y radioterapia de la ESE HUS con IRA o probable COVID-19 con código GAM-ONC- IN-01	0%
		3H. Medir la adherencia del personal asistencial a la Ruta de atención a pacientes ambulatorios en la consulta externa de la unidad de oncología y radioterapia de la ESE HUS con IRA o probable COVID-19 con código GAM-ONC- IN-01	0%
		4A. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas.	0%
12	Incumplimiento al programa de uso racional de antibióticos	1P. Planear la gestión de un programa de optimización del uso de antimicrobianos de acuerdo a lineamientos normativos.	100%
		2H. Gestionar el programa de optimización del uso de antimicrobianos de acuerdo a lineamientos normativos.	100%
		3V. Verificar las reuniones del equipo del programa de optimización de antimicrobianos	0%
		4A. Tomar decisiones de acuerdo a los resultados observados	0%
13	Posibilidad de afectación económica por multa y sanción del ente regulador debido a no detectar faltantes o sobrantes o errores de medicamentos al momento de entregar el carro de productos farmacéuticos en los servicios asistenciales.	1P. Identificar la entrega de medicamentos y dispositivos Médicos en los diferentes servicios asistenciales, mediante un cronograma ejecutado de forma mensual	100%
		2H. Ejecutar el cronograma de dispensación de medicamentos y dispositivos médicos.	0%
		3V. Supervisar el cumplimiento del cronograma de dispensación de medicamentos y dispositivos médicos, revisando las ordenes de despacho.	0%
		4A. Actuar y realizar los ajustes pertinentes de acuerdo a lo observado	0%
		1P. Actualizar el manual a programa de Prevención y Control de Infecciones considerando nuevos lineamientos.	100%



14	Probabilidad de aumento en incidencia de IAAS	2H. Socializar manual a programa de Prevención y Control de Infecciones considerando nuevos lineamientos.	0%
		3V. Evaluar el conocimiento del manual actualizado de Prevención y Control de Infecciones	0%
		4A. Tomar decisiones de acuerdo a los resultados observados	0%
15	Probabilidad de error en la identificación de muestras en el laboratorio de patología	1. Planear estrategias para evitar errores en la identificación de las muestras	0%
		2. Implementar las estrategias para evitar errores en la identificación de las muestras	0%
		3. Monitorear los eventos adversos asociados a error en la identificación de muestras	0%
		4. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas	0%
16	Incumplimiento del protocolo de higiene de manos	1P. Planear estrategias para fortalecer en el personal la correcta ejecución de la higiene de manos en los cinco momentos	100%
		2H. Implementar estrategias para fortalecer en el personal la correcta ejecución de la higiene de manos en los cinco momentos	40%
		3V. Evaluar la adherencia a estrategias para fortalecer en el personal la correcta ejecución de la higiene de manos en los cinco momentos	0%
		4A. Tomar decisiones de acuerdo a los resultados observados	0%
17	Incumplimiento al programa de uso racional de antibióticos	1P. Planear la gestión de un programa de optimización del uso de antimicrobianos de acuerdo a lineamientos normativos.	100%
		2H. Gestionar el programa de optimización del uso de antimicrobianos de acuerdo a lineamientos normativos.	100%
		3V. Verificar las reuniones del equipo del programa de optimización de antimicrobianos	30%
		4A. Tomar decisiones de acuerdo a los resultados observados	0%
	Probabilidad de afectación de la salud de los usuarios por no oportunidad en la asignación de citas por falta de capacidad	1P. Identificar las especialidades de mayor demanda	100%
		2H. Realizar informe de la demanda insatisfecha	50%
		3H. Informar a las subgerencias correspondientes la necesidad de ampliar oferta para las diferentes especialidades	50%

18	funcional en las especialidades y subespecialidades de mayor demanda.	4V. Supervisar el comportamiento de la demanda para dichas especialidades	0%
		5a. Tomar decisiones de acuerdo a lo observado	0%
19	Probabilidad de no cumplimiento a los lineamientos descritos en el instructivo para el manejo de muestras biológicas de pacientes con sospecha de infección por COVID-19	1. Identificar los Lineamientos vigentes para el manejo de muestras biológicas de pacientes con sospecha de infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) del Laboratorio Clínico	100%
		2. Actualizar y ajustar el Instructivo de los Lineamientos para el manejo de muestras biológicas de pacientes con sospecha de infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) del Laboratorio Clínico	70%
		3. Despliegue a los colaboradores del Laboratorio Clínico y de los servicios de internación del instructivo para el manejo de muestras biológicas de pacientes con sospecha de infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) del Laboratorio Clínico	0%
		4. Evaluar conocimiento y/o adherencia de los colaboradores del Laboratorio Clínico y los colaboradores de los servicios de internación a los lineamientos para el manejo de muestras biológicas de pacientes con sospecha de infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) del Laboratorio clínico	0%
		5. Tomar decisiones de acuerdo a lo observado	0%
20	Probabilidad de afectación en la salud del usuario por deterioro del estado nutricional del paciente debido a falta de atención nutricional del paciente con diagnóstico o sospecha de COVID-19.	1P. Fortalecer el procedimiento de atención nutricional a paciente con sospecha o diagnóstico COVID-19 de la E.S.E. HUS.	100%
		2H. Realizar actualización del procedimiento de atención nutricional a paciente con sospecha o diagnóstico COVID-19 basados en la evidencia.	0%
		3H. Socializar el procedimiento de atención nutricional a paciente con sospecha o diagnóstico COVID-19 actualizado al personal asistencial.	0%
		4V. Medir la implementación del procedimiento de atención nutricional a paciente con sospecha o diagnóstico COVID-19 de la E.S.E. HUS.	0%
		5A. Tomar decisiones según las desviaciones detectadas.	0%
21	Probabilidad de marcación equivocada de sitio operatorio	1. Actualizar el procedimiento marcación de sitio operatorio	0%
		2. Socializar el protocolo Marcación de sitio operatorio con el personal asistencial	0%
		3. Evaluar al personal el procedimiento a través	0%

		de formulario Google Forms	
		4. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas	0%
22	Probabilidad de no cumplirla solicitud, identificación, toma, conservación y transporte de muestras biológicas del laboratorio clínico.	1. Identificar estrategias de divulgación para que todos los colaboradores de la ESEHUS conozcan y apliquen el procedimiento de solicitud, recepción, toma, conservación y transporte de muestras del laboratorio clínico	100%
		2. Elaborar un cronograma de capacitaciones mediante plataformas educativas (MOODLE, etc.) y sesiones breves en equipos primarios en cada uno de los servicios de internación de la ESEHUS	100%
		3. Medir el grado de conocimiento de los colaboradores capacitados en cada uno de los servicios de la ESEHUS	50%
		4. Supervisar mediante listas de chequeo y/ o auditorias, la adherencia de los colaboradores al procedimiento de solicitud, recepción, toma, conservación y transporte de muestras biológicas del laboratorio clínico	50%
		5. Tomar decisiones de acuerdo a lo observado	0%
23	Probabilidad de contagio de covid-19 a pacientes sanos y al personal de salud en las UCIS	1P. Planear estrategia de socialización de la lista de chequeo de cumplimiento al protocolo de atención frente a un posible caso de COVID-19 y el protocolo de atención frente a un posible caso de COVID-19	100%
		2H. Socializar la lista de chequeo de cumplimiento al protocolo de atención frente a un posible caso de COVID-19 y el protocolo de atención frente a un posible caso de COVID-19	100%
		3H. Aplicar la lista de chequeo de cumplimiento al protocolo de atención frente a un posible caso de COVID-19 y llevar el registro de manera quincenal	10%
		4V. Medir la adherencia a la lista de chequeo de cumplimiento al protocolo de atención frente a un posible caso de COVID-19 y el protocolo de atención frente a un posible caso de COVID-19	10%
		5A. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas	0%

Tabla. Cantidad de riesgos clínicos identificados y valores según metodología AMFE. Fuente: ALMERA.

- Se realizó el proceso de identificación, análisis, evaluación y tratamiento a los riesgos clínicos de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander para la vigencia 2021, dando como resultado un total de 67 riesgos identificados.

- Se priorizaron 23 riesgos, los cuales cuentan con su respectivo plan de acción.
- El porcentaje de efectividad planes de acción por sistema de riesgo clínicos es de 27,08% a corte de 30 de junio de 2021.
- El porcentaje de riesgos de minimizados del sistema de riesgos clínicos en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander para la vigencia 2021 es del 42,24%. Dicha disminución se debe a la buena gestión que se ha tenido frente a la pandemia de COVID-19.

### RECOMENDACIONES

- Se hace necesario fortalecer los mecanismos de difusión y socialización de los riesgos, para que cada responsable de las correspondientes áreas intensifiquen e involucren a todos los funcionarios y colaboradores en la participación de un ambiente de compromiso y autentica conciencia en la búsqueda y ejecución de acciones encaminadas a la prevención y administración de los riesgos.
- Se recomienda a cada líder de Riesgos y al Líder de Gestión de Riesgos general, realizar seguimientos más exhaustivos al cumplimiento de las directrices de cada sistema, cumplimiento de las acciones y generación de informes periódicos de esas tareas realizadas.

### CONCLUSIONES

- Es preciso anotar que el desarrollo de las acciones así como la responsabilidad de la eficiencia y manejo de los riesgos que conciernen a los procesos son de exclusivo resorte de su líder.
- Las auditorias de evaluación y seguimiento son una herramienta indispensable, para que este tipo de actividades ayuden a mejorar y acercan cada vez más a la excelencia, reportando a la Oficina de Control Interno los informes que ésta dependencia solicite a la dirección del proceso. Las observaciones son tomadas como base para la mejora continua y para que todas las personas involucradas se identifiquen y apoyen el desarrollo y avance del proceso.
- De lo examinado se desprende que se está trabajando para un manejo adecuado de los mapas de riesgos, convirtiéndose en un mecanismo para la prevención de posibles contingencias y ayudando con el cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.

  
**JULIO HERNÁN VILLABONA VARGAS**  
 Jefe Oficina Asesora Control Interno

**Proyectó:** Sandra Milena Mendoza Amado. Profesional de apoyo Oficina Asesora de Control Interno. CPS