

# **TERCER SEGUIMIENTO GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO**

## **OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**

**ELISA ISENIA SANTOS MORALES**

**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
5.1.3. Socialización del sistema .....	10
5.1.4. Materialización de riesgos.....	10
5.2. RIESGOS DE CORRUPCIÓN.....	10
5.3. RIESGOS ESTRATÉGICOS.....	11
5.4. RIESGOS DE ESTÁNDARES Y EJES DE ACREDITACIÓN .....	12
5.5. RIESGOS DE DEFENSA JURÍDICA.....	20
5.6. IMPACTOS AMBIENTALES AMBIENTALES .....	20
5.7. RIESGOS DE SEGURIDAD DIGITAL, DATOS PERSONALES Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN ..	21
5.8. RIESGOS SARLAFT .....	23
5.9. RIESGOS DE EMERGENCIAS Y DESASTRES.....	23
5.10. RIESGOS DE VIGILANCIAS.....	30
5.12. RIESGOS DE BRAQUITERAPIA .....	35
5.13. RIESGOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL.....	37
5.14. RIESGOS CLÍNICOS.....	37
RECOMENDACIONES .....	41
CONCLUSIONES.....	41

## **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 julio el 30 de diciembre de 2022 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 segundo semestre de 2022, 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 los líderes de los procesos y los colaboradores, durante el segundo semestre se ejecutaron dos (2) capacitaciones en los meses de julio y noviembre, adicionalmente en los meses de enero a marzo se realizaron capacitaciones personalizadas por cada proceso.
- Se realizan seguimientos trimestrales y los resultados han sido socializados en el comité de Gestión y Desempeño.

#### 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>Documentación</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	Líder de Acreditación	AMFE	Si	Si	Si
5	RIESGOS DE DEFENSA JURÍDICA	Jurídica	DAFP	Si	Si	Si
6	IMPACTOS AMBIENTALES	Unidad Funcional Recursos Físicos – Gestión Ambiental	ISO 14001	Si	Si	Si
7	SEGURIDAD DIGITAL, DATOS PERSONALES Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	Líder de Sistemas de Información UFATI	DAFP	Si	Si	Si
8	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Talento Humano	GTC 45	Si	Si	Si
9	SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO -SARLAFT	Subgerencia Administrativa y Financiera	UIAF	Si	Si	Si

10	GESTIÓN DEL RIESGO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES	Ambiente Físico	GTC 45	Si	Si	Si
11	RIESGOS REACTIVO VIGILANCIA, TECNOVIGILANCIA, HEMOVIGILANCIA, FARMACOVIGILANCIA Y BIOVIGILANCIA	Líder Gestión de la Tecnología	AMFE	Si	Si	Si
12	BRAQUITERAPIA	Físico médico - Oncología	SEVRRRA (Sistema de Evaluación de Riesgos en Radioterapia)	Si	Si	Si
13	PAQUETES INSTRUCCIONALES	Líder seguridad del Paciente - Calidad	AMFE	Si	Si	Si
14	RIESGOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL.	Líder Gestión Documental UFATI	DAFP	Si	Si	Si
15	RIESGOS CLÍNICOS	Líder Proceso Atención Cliente Asistencial	AMFE	Si	Si	Si

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

## 5.1. RIESGOS DE PROCESOS

### 5.1.1. Revisión debilidades encontradas en el informe anterior

No se encontraron situaciones que tienen presentan debilidades con relación a la evidencia del nivel de avance reportado

### 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 2022, dando como resultado un total de 109 riesgos. La valoración para la zona de riesgo residual da como resultado 11 riesgos en nivel aceptable, 83 riesgos en nivel moderado, 13 riesgos en nivel alto y 2 riesgos en nivel extremo:

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 segundo semestre del 2022.

El sistema de riesgos por procesos cuenta con 11 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	<b>Proceso Rehabilitación</b> Probabilidad de afectación de la salud del personal de servicio de Rehabilitación por contagio por COVID-19 debido al no cumplimiento de los protocolos de bioseguridad durante la realización de los procedimiento de atención a los usuarios ambulatorio y de internación, afectando la prestación de servicios.	1P. Definir acciones para mitigar el contagio por Covid-19 en el personal del Servicio de Rehabilitación.	100%
		2H. Ejecutar las acciones de mejora para mitigar el contagio por COVID-19 del Servicio de Rehabilitación	100%
		3V. Supervisar la aplicación de las acciones de mejora definidas para mitigar el contagio por COVID-19 en el personal del Servicio de Rehabilitación	100%
		4A. Tomar decisiones frente a las desviaciones encontradas en la mitigación del contagio por Covid-19 en el personal del Servicio de Rehabilitación	100%
2	<b>Proceso: consulta externa</b> 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.	100%
		3V. 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.	100%
		4A. Tomar decisiones en base a las desviaciones encontradas.	100%
3	<b>Proceso: Facturación</b> Probabilidad de retraso en el recaudo (flujo) de recursos por concepto de cobro a las ERP, por	1P. Identificar las causales de devolución como insumo para la definición de un plan de trabajo.	100%
		2H. Presentar informe mensual de trazabilidad de devoluciones gestionadas.	100%

No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
	los diferentes servicios de salud prestados; a razón de la devolución de facturas por las diferentes causales normativas.	3V. Verificar el nivel de avance mensual en el trámite de respuesta a las devoluciones.	100%
		4A. Tomar las acciones correctivas frente a las desviaciones presentadas.	100%
4	<b>Proceso: Facturación</b> Probabilidad de demora en recuperación de recursos económicos; a razón de retrasos en el análisis de la glosa aceptada para determinación de la posible responsabilidad de los diferentes centros de costos	1P. Diagnosticar el estado actual del proceso de análisis de la glosa aceptada para definición de actividades.	100%
		2H. Socializar el plan de trabajo al equipo de análisis de la posible responsabilidad de la glosa aceptada.	100%
		3H. Enviar a centros de costos formato para solicitud de respuesta a presunta responsabilidad por glosa aceptada.	100%
		4V. Verificar el nivel de avance mensual en el análisis de la glosa aceptada.	100%
		5A. Tomar las acciones definidas según instructivo interno frente a la responsabilidad de la glosa aceptada.	100%
5	<b>Proceso: Gestión de la Tecnología</b> 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 resolutivez en la decisiones médicas, debido al incumplimiento en la cobertura de la política de renovación de la tecnología	1. Fortalecer la implementación de la matriz de índice de obsolescencia.	100%
		2. Aplicar el índice de obsolescencia a los equipos de los servicios priorizados.	100%
		3. Verificar los resultados obtenidos del índice de obsolescencia	100%
		4. Tomar acciones según las desviaciones encontradas	100%
6	<b>Proceso: Gestión de Urgencias</b> Posibilidad de atención no segura en el Servicio de Urgencias Adultos por caída de pacientes debido a la no adherencia en la aplicación del Paquete instruccional prevención y reducción de las frecuencias de caídas (GIN-HOS-PT-03).	1. Planear estrategias de educación hacia el familiar y/o cuidador que aporten a evitar desviaciones del indicador tasa de caídas.	100%
		2H. Elaborar material educativo hacia el familiar y/o cuidador para reducir las caídas de los pacientes.	100%
		3H. Realizar la implementación del material de educación enfocado hacia el familiar y/o cuidador para evitar las caídas en el servicio.	100%

No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
		4V. Verificar mediante el indicador la eficacia de las estrategias para el mejoramiento del indicador.	100%
		5A. Actuar de acuerdo a las desviaciones encontradas en el indicador tasa de caídas.	100%
7	<b>Consulta externa</b> Probabilidad de afectación de la salud del personal del Servicio de Consulta Externa, por el contagio de COVID-19, debido al no cumplimiento de los protocolos de bioseguridad, afectando la prestación del servicio.	1P. Definir acciones para mitigar el contagio por Covid-19 en el personal del Servicio de Consulta Externa.	100%
		2H. Ejecutar las acciones de mejora para mitigar el contagio por COVID-19 del Servicio de Consulta Externa.	100%
		3V. Supervisar la aplicación de las acciones de mejora definidas para mitigar el contagio por COVID-19 en el personal del Servicio de Consulta Externa.	100%
		4A. Tomar decisiones frente a las desviaciones encontradas en la mitigación del contagio por Covid-19 en el personal del Servicio de Consulta Externa.	100%
8	<b>Proceso: Costos</b> Probabilidad de incremento en el valor de producción de Unidad Valor Relativo - UVR - por capacidad instalada ociosa, debido a disminución en la demanda del servicio de salud o aumento en el costo de operación.	1P. Definir cronograma de para la revisión y análisis del indicador UVR.	100%
		2H. Realizar el cálculo de indicador de evolución de la Unidad Valor Relativo.	100%
		3V. Verificar el resultado del indicador con referencia a la meta establecida en la Resolución No. 408 del 2018.	100%
		4A. Tomar decisiones respecto a lo observado.	100%
9	<b>Proceso: Farmacia</b> 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 y almacenados sin criterios técnicos.	1P. Planear un cronograma de trabajo para la socialización al personal del área de farmacia bodega de las herramientas técnicas para la recepción de medicamentos y dispositivos médicos.	100%
		2H. Ejecutar el cronograma de trabajo para la socialización al personal del área de farmacia bodega de las herramientas técnicas para la recepción de medicamentos y dispositivos médicos.	100%

No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
		3V. Verificar el uso de las herramientas técnicas para la recepción de medicamentos y dispositivos médicos.	100%
		4A. Actuar y realizar los ajustes pertinentes de acuerdo a lo observado.	100%
10	<b>Proceso: Docencia - Servicio</b> Posibilidad de no desarrollo de competencias en la formación del talento humano por condiciones del escenario de práctica formativa, debido a no cumplimiento del plan conjunto de trabajo.	1P. Diseñar estrategias para fortalecer la implementación del Formato de Plan Conjunto de Trabajo	100%
		2H. Implementar las estrategias planteadas para el fortalecimiento del uso del Formato de Plan Conjunto de Trabajo	100%
		3V. Verificar la adherencia a la implementación del Formato de Plan Conjunto de Trabajo	100%
		4A. Tomar decisiones frente a resultados encontrados	100%
11	<b>Proceso: Laboratorio Clínico</b> Probabilidad de afectación en la salud del paciente por no cumplir la solicitud, identificación, toma, conservación y transporte de muestras biológicas del laboratorio clínico.	1P. Definir el cronograma para la socialización mediante plataformas educativas del paquete instruccional correcta identificación de pacientes y muestras en los colaboradores de los servicios de internación y colaboradores del Laboratorio Clínico.	100%
		2H. Desplegar mediante estrategias como plataformas educativas y líderes de área el paquete instruccional correcta identificación de pacientes y muestras del Laboratorio Clínico a los colaboradores del Laboratorio Clínico y los colaboradores de los servicios de internación.	100%
		3V. Evaluar el cumplimiento de los colaboradores del Laboratorio Clínico y colaboradores de los servicios de internación en la correcta identificación de pacientes y muestras del Laboratorio Clínico.	100%
		4A. Tomar decisiones de acuerdo a lo observado	100%
		5. Tomar decisiones de acuerdo a lo observado.	100%

### 5.1.3. Socialización del sistema

La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional realiza las capacitaciones a los líderes de los procesos y los colaboradores, durante el segundo semestre se ejecutaron dos (2) capacitaciones en los meses de julio y noviembre, adicionalmente en los meses de enero a marzo se realizaron capacitaciones personalizadas por cada proceso.

### 5.1.4. Materialización de riesgos

No se reporta materialización de riesgos en el sistema.

## 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. Revisión debilidades encontradas en el informe anterior

No se encontraron situaciones que tienen presentan debilidades con relación a la evidencia del nivel de avance reportado

### 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 2022, dando como resultado un total de 23 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 eficacia de planes de acción por sistema de riesgo de corrupción es de 100% para el segundo semestre de la vigencia 2022.

### 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
1	<b>Proceso: Adquisición de Bienes, Servicios y Obra</b> Probabilidad de no cumplimiento con el principio de transparencia de las actuaciones administrativas relacionadas con convocatorias públicas y contratación directa.	1P. Definir los criterios para la verificación de los contratos publicados en SECOP I.	100%
		2H. Actualizar 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.	100%
		4A. Tomar decisiones según desviaciones encontradas.	100%

2	<b>Proceso: Cartera</b> Probabilidad de desviación de dineros públicos por alteración en los registros del sistema DGH.NET con el fin de reflejar menor valor de los saldos de las cuentas por cobrar para beneficio propio o del terceros.	1P. Establecer un cronograma de conciliación de saldo de cartera con contabilidad.	100%
		2H. Elaborar documentos de conciliación de los saldos de cartera.	100%
		3V. Verificar el cumplimiento de la conciliación de los saldos de cartera.	100%
		4A. Tomar decisiones frente a las desviaciones.	100%
3	Posibilidad de afectación económica por multa y sanción del ente regulador debido a pérdidas de productos farmacéuticos generando un beneficio propio o a un tercero.	1P. Definir la asignación de los diferentes grupos de medicamentos y dispositivos Médicos a Regentes y Auxiliares de Farmacia.	100%
		2H. Realizar cada 15 días el inventario de la farmacia asignado a Regentes y Auxiliares de Farmacia.	100%
		3H. Obtener de DGH el informe de movimientos de préstamos realizado por la Farmacia a Servicios Asistenciales y entidades externas de salud.	100%
		4V. Supervisar y controlar el movimiento de préstamos y ajustes de inventarios de medicamentos y dispositivos médicos.	100%
		5A. Tomar decisiones de acuerdo a lo observado.	100%

*Tabla. Resultados Plan de acción Sistema de Riesgos de Corrupción.*

*Fuente Almera.*

#### **5.2.4. Socialización del sistema**

La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional realiza las capacitaciones a los líderes de los procesos y los colaboradores, durante el segundo semestre se ejecutaron dos (2) capacitaciones en los meses de julio y agosto. A continuación, se evidencia las capacitaciones y socializaciones.

#### **5.2.5. Materialización de riesgos**

No se reporta materialización de riesgos en el sistema.

### **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. Revisión debilidades encontradas en el informe anterior

No se encontraron situaciones que tienen presentan debilidades con relación a la evidencia del nivel de avance reportado.

### 5.3.2. Implementación

El sistema de riesgos estratégicos cuenta con 1 riesgo priorizados 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	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por incumplimiento del plan de gestión del Gerente, establecido mediante la Resolución 408 de febrero de 2018 debido a recursos insuficientes para el desarrollo de las actividades de cada uno de los procesos institucionales.	1P. Definir la metodología para realizar el monitoreo al cumplimiento de los indicadores aplicables de la Resolución No. 408 del 2018.	100%
		2H. Realizar el monitoreo para el seguimiento de los indicadores aplicables de la Resolución No. 408 del 2018.	100%
		3V. Verificar el cumplimiento de los indicadores aplicables de la Resolución No. 408 del 2018.	100%
		4A. Tomar acciones según las desviaciones encontradas	100%

En cuanto a los indicadores del sistema tenemos:

- El porcentaje de eficacia de planes de acción por sistema de riesgo estratégicos es de 100% a corte de 30 de diciembre de 2022.

### 5.3.3. Socialización del sistema

La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional realiza las capacitaciones a los líderes de los procesos y los colaboradores, durante el segundo semestre se ejecutaron dos (2) capacitaciones en los meses de julio y agosto.

### 5.3.4. Materialización de riesgos

No se reporta materialización de riesgos en el sistema.

## 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.

#### 5.4.1. Revisión debilidades encontradas en el informe anterior

No se encontraron situaciones que tienen presentan debilidades con relación a la evidencia del nivel de avance reportado.

#### 5.4.2. Implementación

A continuación, se relacionan los avances reportados en los riesgos priorizados:

#### Grupo de Estándares de Direccionamiento

Grupo de estándar	Riesgo	PHVA	Avance
Direccionamiento	Probabilidad de no desarrollo de competencias de los estudiantes, cuando están bajo supervisión de personal asistencial con función docente, debido a falencias en la formación de pedagogía y docencia.	1P. Estructurar el Programa de formación docente	100%
		2H. Ejecutar los lineamientos del Programa de formación docente	100%
		3V. Verificar la ejecución del Programa formación docente	100%
		4A. Actuar frente a las desviaciones encontradas DIR12	100%
Direccionamiento	Probabilidad de no dar educación continuada a la junta directiva, incumpliendo al manual de acreditación, debido a la falta de planeación para brindar capacitaciones.	1P. Definir una estrategia para fortalecer el proceso de educación continuada a miembros de junta Directiva de la ESE HUS	100%
		2H. Implementar una estrategia para fortalecer el proceso de educación continuada a miembros de junta Directiva de la ESE HUS	100%
		3V. Monitorizar el cumplimiento y evaluación de los miembros de Junta Directiva	100%
		4A. Actuar frente a las desviaciones encontradas	100%
Gerencia	Incumplimiento en la definición del tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer, debido a la falta de evaluación y seguimiento de las políticas institucionales.	1P. Definir la estrategia para la mejora de la formulación y medición de las políticas institucionales de la ESE HUS	100%
		2H. Implementar la estrategia definida para la formulación y medición de las políticas institucionales de la ESE HUS	100%
		3V. Monitorear el cumplimiento de las políticas institucionales de la ESE HUS	100%
		4A. Actuar frente a las desviaciones encontradas	100%
Gerencia	Probabilidad de Falla en la falta de mejoramiento continuo y adopción de buenas prácticas debido a la no implementación de referenciación en el proceso.	1P. Estructurar metodología sistematizada de referenciación incluyendo la evaluación de resultados ajustados por riesgo	100%
		2H. Implementar metodología sistematizada de referenciación incluyendo la evaluación de resultados ajustados por riesgo	100%
		3V. Verificar la efectividad de las	100%

		referencias incluyendo la evaluación de resultados ajustados por riesgo, grupo de interés impactado y producto generado	
		4A. Actuar frente a las desviaciones encontradas	100%
Gerencia del Talento Humano	Probabilidad de bajo rendimiento laboral de los colaboradores a falta de entrenamiento en puesto de trabajo, debido a la ausencia de implementar dicho entrenamiento en las diferentes áreas	1P. Definir metodología para que las áreas construyan su entrenamiento en puesto de trabajo	100%
		2H. Documentar el entrenamiento en puesto de trabajo en las áreas	100%
		3H. Implementar el entrenamiento en puesto de trabajo de las áreas priorizadas	100%
		4V. Monitorizar la implementación del entrenamiento en puesto de trabajo a través del INFORME DE EJECUCIÓN PROGRAMA DE APRENDIZAJE GTH-DTH-FO-33, Versión 1 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	100%
		5A. Actuar frente a las desviaciones observadas	100%
Gerencia del Talento Humano	Probabilidad de falla en el fortalecimiento de competencias en los colaboradores a causa de que no haya comprensión del contenido de las capacitaciones realizadas debido a la falta de medición del impacto.	1P. Estructurar una metodología para iniciar a medir el impacto de las capacitaciones realizadas en la ESE HUS	100%
		2H. Implementar la metodología para iniciar a medir el impacto de las capacitaciones realizadas en la ESE HUS	100%
		3V. Verificar el impacto de las capacitaciones a través de la metodología implementada	100%
		4A. Actuar frente a las desviaciones observadas	100%
Gerencia del Ambiente Físico	Probabilidad de daño en el ambiente físico, debido al uso inadecuado de los recursos físicos causando el deterioro de estos.	1P. Definir campaña para el uso seguro del ambiente físico	100%
		2H. Implementar la campaña establecida	100%
		3V. Verificar por medio de informes de rondas de ambiente físico y requerimientos dirigido a arreglos por daños.	100%
		4A. Actuar de acuerdo lo encontrado	100%
Gerencia del Ambiente Físico	Probabilidad de ocurrencia de inadecuada segregación de residuos en la fuente, generando incumplimiento en la normalidad ambiental vigente.	1P. Establecer la estrategia para fortalecer en los procesos de la organización la implementación del manejo seguro de desechos (Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente y en el destino final)	100%
		2H. Ejecutar la estrategia definida para fortalecer en los procesos de la organización la implementación del manejo seguro de desechos (Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente y en el destino final )	100%

		3V. Verificar por medio de auditorías la apropiación de la estrategia definida para fortalecer en los procesos de la organización la implementación del manejo seguro de desechos (Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente y en el destino final )	100%
		4A. Tomar acciones de acuerdo a lo encontrado	100%
Gestión de la Tecnología	Probabilidad de incumplimiento en la evaluación costo beneficio en los equipos adquiridos porque falta una metodología para la evaluación.	1P. Definir los criterios para mejorar la identificación de necesidades e incluir los criterios de evaluación económica.	100%
		2H. Actualizar el documento con los criterios definidos.	100%
		3H. Realizar prueba piloto del documento con los criterios de evaluación económica definida.	100%
		4V. Validar la herramienta técnica establecida.	100%
		5A. Tomar decisiones de acuerdo a los resultados observados.	100%
Gestión de la Tecnología	Probabilidad baja renovación de tecnología por que hay baja cobertura en la implementación de la matriz de índice de obsolescencia	1. Fortalecer la implementación de la matriz de índice de obsolescencia	100%
		2. Aplicar el índice de obsolescencia a los equipos de los servicios priorizados	100%
		3. Verificar los resultados obtenidos del índice de obsolescencia	100%
		4. Tomar acciones según las desviaciones encontradas	100%
Gerencia de la Información	Probabilidad de incumplimiento de la norma en documentar siglas y acrónimos en la Historia clínica	1P. Identificar el uso de siglas y acrónimos en los registros clínicos de cada servicio.	100%
		2H. Realizar sensibilización desde el convenio docencia servicio sobre el NO uso de siglas y acrónimos en la Historia clínica.	100%
		3H. Socializar al subgerente del servicio la estadística del uso de siglas y acrónimos en la historia clínica.	100%
		4H. Sensibilizar y capacitar por parte de los subgerentes al personal asistencial identificado en el uso de siglas y acrónimos	100%
		5V. Verificar mediante auditoria de calidad de la Historia clínica el no uso de siglas y acrónimos	100%
		6A. Actuar frente a las desviaciones encontradas frente al uso de siglas y acrónimos	100%
Gerencia de la Información	Probabilidad de cumplimiento a los hallazgos de la auditoria de calidad de la historia clínica, debido al mal	1P. Definir las estrategias para "Fortalecer el seguimiento de los posibles casos del mal uso del copiado de información en historia	100%

	diligenciamiento de esta en el sistema de información.	clínica”.	
		2H. Estructurar documento institucional para el uso adecuado de “copiar y pegar” en la historia clínica electrónica	100%
		3H. Realizar la socialización del documento institucional para el uso adecuado de “copiar y pegar” en la historia clínica electrónica	100%
		4V. Verificar la implementación del documento institucional estructurado, por medio de instrumento de medición establecido.	100%
		5A. Actuar frente a las desviaciones encontradas en el mal uso del copiado de información en historia clínica.	100%
Proceso Asistencial - PACAS Hospitalario y Ambulatorio	Posibilidad de que la institución no cuente con el protocolo de aislamiento estandarizado en el Marco de la Humanización en salud	1P. Planear la actualización del protocolo de aislamiento Hospitalario en el marco de la humanización en salud y la lista de verificación del mismo catalogando los ítems de infraestructura y quehacer de los colaboradores.	100%
		2H. Actualizar el protocolo de aislamiento Hospitalario en el marco de la humanización en salud y la lista de verificación del mismo catalogando los ítems de infraestructura y quehacer de los colaboradores.	100%
		2H. Socializar el protocolo de aislamiento Hospitalario en el marco de la humanización en salud y la lista de verificación del mismo catalogando los ítems de infraestructura y quehacer de los colaboradores	100%
		4V. Verificar la adherencia al protocolo de aislamiento Hospitalario en el marco de la humanización en salud y la lista de verificación del mismo catalogando los ítems de infraestructura y quehacer de los colaboradores.	100%
		5A. Tomar decisiones de acuerdo a los resultados observados	100%
Proceso Asistencial - PACAS Hospitalario y Ambulatorio	Posibilidad de no estandarización en el proceso de asignación de citas en el servicio oncología.	1P. Planear la documentación de la asignación de citas del servicio de oncología	100%
		2H. Documentar la asignación de citas del servicio de oncología	100%
		3H. Socializar el documento de asignación de citas del servicio de oncología a población objeto	100%
		4V. Verificar la implementación del documento a través de la asignación de citas en servicio de oncología.	100%

		5A. Tomar decisiones de acuerdo a los resultados observados	100%
Proceso Asistencial - PACAS Hospitalario y Ambulatorio	Probabilidad de que el personal médico de la institución no informe acerca de los riesgos y beneficios del procedimiento a los usuarios (consentimiento informado)	1P. Planear la capacitación de profesionales acerca de su responsabilidad de comunicación adecuada en el consentimiento informado y de la verificación de la comprensión por parte del paciente.	100%
		2H. Implementar la capacitación a profesionales acerca de su responsabilidad de comunicación adecuada en el consentimiento informado y de la verificación de la comprensión por parte del paciente.	100%
		3V. Verificar la adherencia al diligenciamiento del consentimiento informado por medio de auditoría	100%
		4A. Tomar decisiones de acuerdo a los resultados observados	100%
Proceso Asistencial - PACAS Hospitalario y Ambulatorio	Falla en la apropiación en la segunda opinión médica calificado como derecho del paciente	1P. Definir estrategia para el despliegue al usuario acerca de la comprensión de su derecho de solicitar segunda opinión médica.	100%
		2H. Implementar estrategia para el despliegue al usuario acerca de la comprensión de su derecho de solicitar segunda opinión médica.	100%
		3V. Verificar la comprensión al despliegue al usuario acerca de la comprensión de su derecho de solicitar segunda opinión médica.	100%
		4A. Tomar decisiones de acuerdo a los resultados observados	100%
Proceso Asistencial - PACAS Hospitalario y Ambulatorio	Probabilidad de no apropiación de los derechos y deberes de los pacientes en el cliente interno y externo.	1P. Definir estrategia para fortalecer la apropiación en el cliente interno y externo en el contenido de la declaración derechos y deberes de los pacientes	100%
		2 H. Implementar la estrategia definida para fortalecer la apropiación en el cliente interno y externo en el contenido de la declaración derechos y deberes de los pacientes	100%
		3 V.. Verificar por medio de informe de cobertura y adherencia la apropiación en cliente interno y externo de la declaración de derechos y deberes de los pacientes.	100%
		4 A.. Tomar decisiones de acuerdo a los resultados observados	100%
Proceso Asistencial - PACAS Hospitalario y Ambulatorio	Probabilidad de no identificar las barreras de acceso en la institución.	1P. Definir estrategia para la implementación del formato Barreras de acceso ( GMC-SIU-FO-05) en el servicio de consulta externa	100%
		2H. Ejecutar la estrategia definida para la implementación del formato Barreras de acceso ( GMC-SIU-FO-05) en el servicio de	100%

		consulta externa.	
		3V. Verificar la implementación del formato barreras de acceso, por medio de informe.	100%
		4A. Tomar decisiones de acuerdo a los resultados observados	100%
Proceso Asistencial - PACAS Hospitalario y Ambulatorio	Probabilidad de que no se incluya en la inducción y reinducción las guías de práctica clínica de médicos generales y especialistas de la institución.	1P. Planear los mecanismo de capacitación, inducción y reinducción de GPC al personal médicos generales y especialistas.	100%
		2H. Implementar los mecanismo de capacitación, inducción y reinducción de GPC al personal médicos generales y especialistas.	100%
		3V. Verificar por medio de informe de inducción y reinducción	100%
		4A. Tomar decisiones de acuerdo a los resultados observados	100%
Proceso Asistencial - PACAS Hospitalario y Ambulatorio	Posibilidad de que los colaboradores no tengan conocimiento del modelo de gestión clínica de la ESE HUS.	1P. Planear el despliegue del modelo de Gestión Clínica.	100%
		2H. Implementar el despliegue del modelo de Gestión Clínica.	100%
		3V. Verificar por medio de informe de cobertura y adherencia la implementación del modelo de Gestión Clínica	100%
		4A. Tomar decisiones de acuerdo a los resultados observados	100%
Proceso Asistencial - PACAS Hospitalario y Ambulatorio	Probabilidad del no registro de la educación brindada al usuario en la historia clínica institucional.	1P. Fortalecer el registro de educación al usuario en la Historia clínica médica y de enfermería	100%
		2H. Realizar gestión con UFATI para obligatoriedad en pestañas educativas	100%
		3H. Socializar el registro de educación al usuario en la Historia clínica médica y de enfermería a través de estrategia cyberpadrinos.	100%
		4V. Verificar el registro de educación al usuario en la Historia clínica médica y de enfermería a través de informe de auditoría de historia clínica.	100%
		5A. Tomar decisiones de acuerdo a los resultados observados	100%
Mejoramiento de la Calidad	Probabilidad de no realizar medición del desempeño de los indicadores asociados a los procesos por falta de autocontrol y cultura de medición.	1H. Planear estrategia de seguimiento periódico a la medición y análisis de los indicadores priorizados.	100%
		2H. Ejecutar la estrategia definida para el seguimiento periódico a la medición y análisis de los indicadores priorizados, por medio de la actualización del tablero de	100%

		indicadores	
		3V. Verificar por medio de informe semestral los resultados de las mediciones, teniendo en cuenta los ciclos PHVA implementados antes desviaciones de indicadores	100%
		4A. Actuar frente a los resultados encontrados	100%
Mejoramiento de la Calidad	Probabilidad de no identificar las oportunidades de mejora en relación con terceros subcontratados	1P. Estructurar la estrategia para identificar oportunidades de mejora relacionadas con terceros.	100%
		2H. Elaborar los instrumentos a utilizar en la auditoría	100%
		3H. Implementar la estrategia definida	100%
		4V. Verificar por medio informes de auditoría el cumplimiento a los estándares de Acreditación	100%
		5A. Actuar frente a los resultados encontrados	100%

Eje	Riesgo	PHVA	Avance
Atención humanizada	Probabilidad de falla en las condiciones humanizantes desde el ambiente físico relacionadas con ruido, privacidad, iluminación, salas de espera confortables.	1P Diseñar estrategias para para mejorar las condiciones del ambiente físico	100%
		2H Ejecutar la estrategia definida para mejorar las condiciones del ambiente físico	100%
		3V Verificar la ejecución de la estrategia definida para mejorar las condiciones del ambiente físico	100%
		4A Tomar acciones de acuerdo a las desviaciones encontradas	100%
Eje de mejoramiento conitnuo	Probabilidad de no realizar medición del desempeño de los indicadores asociados a los procesos por falta de autocontrol y cultura de medición.	1P Planear estrategia de seguimiento periódico a la medición y análisis de los indicadores priorizados	100%
		2H Ejecutar la estrategia definida para el seguimiento periódico a la medición y análisis de los indicadores priorizados, por medio de la actualización del tablero de indicadores	100%
		3V Verificar por medio de informe semestral los resultados de las mediciones, teniendo en cuenta los ciclos PHVA implementados antes desviaciones de indicadores	100%
		4A Actuar frente a los resultados encontrados	100%

En cuanto a los indicadores del sistema tenemos:

% Eficacia planes de acción de mejoramiento del Sistema= 100%

#### **5.4.3. Socialización del sistema**

Para la identificación de riesgos cada profesional del equipo de acreditación se reúne con los líderes y equipo de trabajo de los grupos de estándar, donde se observa la participación activa de todas para trabajar bajo la metodología AMFE, la cual es conocida por los colaboradores, sin embargo, si se presentan colaboradores nuevos se les socializa y explica el tema de riesgos.

#### **5.4.4. Materialización de riesgos**

No se reporta materialización de riesgos en el sistema.

### **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. Revisión debilidades encontradas en el informe anterior**

No se encontraron situaciones que tienen presentan debilidades con relación a la evidencia del nivel de avance reportado.

#### **5.5.2. Implementación**

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

#### **5.5.3. Socialización del sistema**

Desde la Oficina Asesora Jurídica se realizó socialización en el Grupo Primario de Mejoramiento el día 28 de octubre de 2022 del Subsistema de gestión del riesgo de la Defensa Jurídica, en el cual, se dio a conocer el riesgo identificado y la metodología para hacer el análisis.

#### **5.5.4. Materialización de riesgos**

No se reporta materialización de riesgos en el sistema.

### **5.6. IMPACTOS AMBIENTALES 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. Revisión debilidades encontradas en el informe anterior**

No se encontraron situaciones que tienen presentan debilidades con relación a la evidencia del nivel de avance reportado.

#### **5.6.2. Implementación**

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

#### **5.6.3. Socialización del sistema**

La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional realiza las capacitaciones a todos los líderes de los procesos y sistemas, durante el primer semestre se ejecutó una (1) capacitación general presencial durante el mes de febrero de 2022.

#### **5.6.4. Materialización de riesgos**

No se reporta materialización de riesgos en el sistema.

### **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. Revisión debilidades encontradas en el informe anterior**

No se encontraron situaciones que tienen presentan debilidades con relación a la evidencia del nivel de avance reportado.

#### **5.7.2. Implementación**

No se definieron planes de mejoramiento para los riesgos identificados en los procesos de gerencia de la información y sistemas de información puesto que el nivel de riesgo se encuentra en aceptable y moderado por lo tanto no fue necesario aplicar un plan de mejora.

#### **5.7.3. Socialización del sistema**

Para la sensibilización de riesgos digitales en la institución se cuenta con una presentación y evaluación de la misma la cual se encuentra en el aula virtual en sistemas de información.

De igual forma se realiza sensibilización durante los procesos de inducción a residentes e internos en los meses de enero, abril, mayo y junio con un total de 140 estudiantes sensibilizados en riesgos digitales.

#### **5.7.4. Materialización de riesgos**

No se reporta materialización de riesgos en el sistema.

### **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.

#### **5.7.5. Revisión debilidades encontradas en el informe anterior**

No se encontraron situaciones que tienen presentan debilidades con relación a la evidencia del nivel de avance reportado.

#### **5.7.6. Implementación**

Para el sistema de riesgos de Seguridad y Salud en el Trabajo, no se realizan planes de acción en la Plataforma Almera, teniendo en cuenta que frente a los riesgos identificados se implementan las actividades necesarias contempladas en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Se realizó el proceso de identificación, análisis, evaluación y tratamiento a los riesgos de seguridad y salud en el trabajo de la ESE Hospital Universitario de Santander para el segundo semestre de 2022, dando como resultado un total de 1275 riesgos identificados.

Del total de riesgos identificados, 348 corresponden a nivel de riesgo absoluto "Aceptable", 884 corresponden a nivel de riesgo absoluto "No Aceptable o aceptable con control específico", y 43 corresponden a "No Aceptable".

Para el segundo semestre de 2022, se presentó un incremento en la identificación de riesgos con nivel de riesgo absoluto "No aceptable", teniendo en cuenta la puesta en funcionamiento de áreas que se encontraban en remodelación (urgencias piso 3, UCI-piso 3), así como la presencia del riesgo por el virus SARS-CoV-2.

Se da cumplimiento a la identificación de riesgos de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema de Riesgos institucional, y así mismo se da cumplimiento a la meta establecida en la política institucional de Gestión Integral del Riesgo.

En cuanto a los indicadores tenemos:

Teniendo en cuenta que la socialización de los riesgos de Seguridad y Salud en el Trabajo se realiza a través del Aula Virtual de Aprendizaje Moodle, en la pestaña Desarrollo del Talento Humano, se tiene que, para el año 2022, se realizó la socialización a 300 colaboradores de diferentes áreas y servicios de la institución, logrando una adherencia del conocimiento del 95%. Así mismo, la identificación de los 1275 riesgos se realizó con la participación de los colaboradores de las áreas y servicios.

También se tiene que, en cuanto a riesgos identificados, en el año 2022, se identificaron 43 riesgos con nivel de riesgo absoluto "No aceptable" teniendo en cuenta el riesgo biológico por exposición o contacto con bacterias o virus como el SARS-Cov-2, así como el riesgo químico en las áreas y servicios donde se manipulan productos químicos.

#### **5.7.7. Socialización del sistema**

A través de Seguridad y Salud en el Trabajo, se realiza la socialización a través de correo electrónico, del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo aprobado bajo acto administrativo el cual tiene entre sus objetivos, establecer una gestión integral de riesgos a través de la identificación de los peligros, evaluación y valoración de los riesgos existentes en el desarrollo de las actividades, con el fin de poner en práctica medidas de control que mejoren las condiciones de trabajo y salud con el acompañamiento de sus empresas asociadas y la asesoría de la ARL.

Además, en el Aula Virtual de Aprendizaje Moodle en la pestaña Desarrollo del Talento Humano, se tiene presentación de socialización y evaluación del tema Matriz de Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos.

#### **5.7.8. Materialización de riesgos**

No se reporta materialización de riesgos en el sistema.

## **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. Revisión debilidades encontradas en el informe anterior**

No se encontraron situaciones que tienen presentan debilidades con relación a la evidencia del nivel de avance reportado.

### **5.8.2. Implementación**

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

Se realiza los reportes a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) de acuerdo a lo establecido en la Circular Externa 0009 del 21 de abril de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud, mediante el artículo 8.2.2 y el artículo 8.2.3 sobre:

- Reporte de operaciones sospechosas
- Reporte de Proveedores
- Reporte de procedimientos
- Reporte de transacciones individuales en efectivo.

### **5.8.3. Socialización del sistema**

No se reporta evidencias de socialización de los riesgos identificados.

### **5.8.4. Materialización de riesgos**

No se reporta materialización de riesgos en el sistema.

## **5.9. RIESGOS DE EMERGENCIAS Y 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. Revisión debilidades encontradas en el informe anterior**

No se encontraron situaciones que tienen presentan debilidades con relación a la evidencia del nivel de avance reportado.

### **5.9.2. Implementación**

El sistema de riesgos de emergencias y desastres cuenta con 1 riesgo priorizado y 4 riesgos materializados, cada uno de ellos con su respectivo plan de mejoramiento

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

No.	Riesgo	Plan de acción	Avance
1	Probabilidad de afectaciones en la prestación del servicio, daños en infraestructura y personas lesionadas por ocurrencia de un incendio por sobrecarga de los circuitos eléctricos o mala manipulación de elementos inflamables.	P. Planear las acciones para minimizar el riesgo de incendio en la ESE HUS.	100%
		2H. Ejecutar las acciones planeadas para reducir el riesgo de incendio en la E.S.E. HUS.	100%
		3V. Verificar las acciones planeadas se hayan ejecutado.	100%
		4A. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas.	100%
2	Probabilidad de afectaciones en la prestación del servicio, daños en infraestructura y personas lesionadas por ocurrencia de un sismo por liberación de energía.	1P. Planear las acciones para minimizar los efectos en la ESE HUS de un sismo	100%
		2H. Ejecutar las acciones planeadas para minimizar los efectos en la ESE HUS de un sismo	100%
		3V. Verificar de las acciones planeadas para minimizar los efectos en la ESE HUS de un sismo sean ejecutadas.	100%
		4A. Actuar sobre las desviaciones encontradas en la verificación de las acciones ejecutadas para minimizar los efectos en la ESE HUS de un sismo	100%
6	Probabilidad de afectación de la prestación del servicio por falla en el suministro de agua por daños en las redes.	1P. Estructurar plan de acción para disminuir el riesgo de afectación de la prestación del servicio por falla en el suministro de agua por daños en las redes.	100%
		2H. Ejecutar las acciones para minimizar el riesgo de afectación de la prestación del servicio por falla en el suministro de agua por daños en las redes.	100%
		3V. Verificar que las acciones planeadas sean ejecutadas.	100%
		4A. Actuar sobre las desviaciones encontradas	100%
18	Probabilidad de afectación en la prestación del servicio por ocurrencia de una Inundación por eventos internos y externos.	1P. Planear las acciones para mitigar el riesgo de inundación por fallas en la red hidráulica y sanitaria	100%
		2H. Ejecutar las acciones planeadas para disminuir el riesgo de afectación de la	100%

		prestación del servicio por ocurrencia de una inundación por fallas de la red hidráulica y sanitaria.	
18	Probabilidad de afectación en la prestación del servicio por ocurrencia de una Inundación por eventos internos y externos.	3V. Verificar que las acciones planeadas se hayan ejecutado para reducir el riesgo de afectación de la prestación del servicio por ocurrencia de una inundación por fallas de la red hidráulica y sanitaria.	100%
		4A. Actuar sobre las desviaciones encontradas para reducir el riesgo de afectación de la prestación del servicio por ocurrencia de una inundación por fallas de la red hidráulica y sanitaria.	100%
18	Probabilidad de afectación en la prestación del servicio por ocurrencia de una Inundación por eventos internos y externos.	1P. Planear las acciones por el riesgo de inundación en rehabilitación	100%
		2H. Ejecutar las acciones planeadas por el riesgo de inundación en rehabilitación	100%
		3V. Verificar las acciones planeadas sean ejecutadas por el riesgo de inundación en rehabilitación	100%
		4A. Actuar sobre las desviaciones encontradas en el riesgo de inundación en rehabilitación	100%
19	Probabilidad de afectación en la prestación del servicio, por daños en la infraestructura física por eventos internos o externos.	1P. Planear las acciones de riesgo materializado caída de cielo raso en el edificio de almacén	100%
		2H. Ejecutar las acciones planeadas para reducir el riesgo materializado caída de cielo raso en el edificio de almacén	100%
		3V. Verificar que las acciones planeadas se realicen de evento caída de cielo raso del edificio de almacén	100%
		4A. Actuar sobre las desviaciones encontradas evento caída de cielo raso edificio de almacén	100%

En cuanto a los indicadores del sistema tenemos:

- El porcentaje de eficacia planes de mejoramiento por sistema de riesgo de emergencias y desastres es del 100% con corte de 30 de diciembre de 2022.

### 5.9.3. Socialización del sistema

Se realizó socialización del sistema de riesgos de emergencias y desastres en el Comité Hospitalario de Gestión del Riesgo de Desastres el 3 de febrero 2022 y el Comité Técnico Operativo para la Gestión del Riesgo de Desastres el 11 de marzo 2022.

#### 5.9.4. Materialización de riesgos

Los siguientes son riesgos que se han materializado:

Riesgo	¿Cómo se materializo?	¿Qué acciones se han tomado	Avance
<p>1 Probabilidad de afectaciones en la prestación del servicio, daños en infraestructura y personas lesionadas por ocurrencia de un incendio por sobrecarga de los circuitos eléctricos o mala manipulación de elementos inflamables.</p>	<p>Siendo las 22:15 del 10 de febrero 2022 se presenta conato de incendio en el área de estadística.</p>	<p>El 11 de febrero se realiza arreglo y reposición de los elementos usados durante la emergencia y los afectados por la misma.            El 11 de febrero se realiza ronda de seguridad del ambiente físico en el área.            El 28 de febrero se realiza socialización a la comunidad hospitalaria las lecciones aprendidas.            El 11 de marzo se socializan las acciones de prevención de incendios en Reunión del CTOGRD            El 15 de marzo se socializa a la comunidad hospitalaria, CTOGRD, Brigada la campaña educativa de prevención de incendios HUS sin dragón.            El 24 de marzo se realizó socialización de uso de EPP en primeros respondientes            El lunes 28 de marzo se realiza Reunión Liderada por la coordinadora de Infraestructura para revisar las acciones del plan de intervención de la visita de bomberos Bucaramanga.            Los días lunes 16, miércoles 18 y viernes 20 de mayo se realizó la capacitación a la comunidad hospitalaria de sostenibilidad ambiental, donde se informa programa de compras sostenibles, programa de uso y ahorro eficiente de papel, programa de ahorro y uso</p>	<p>100%</p>

		<p>eficiente de energía y programa de ahorro y uso eficiente de papel.</p> <p>Se elabora requerimiento para Prestación del servicio para el mantenimiento preventivo y correctivo de los extintores.</p> <p>Se realiza mantenimiento preventivo y correctivo y recarga de extintores y mantenimiento preventivo y correctivo de mangueras de los gabinetes contraincendios En atención a la ejecución del contrato 311 de 2022 se Realiza mantenimiento preventivo y correctivo de los detectores de humo y alarma contraincendios de almacén, estadística, farmacia, urgencias. Se realiza informe de los avances de las acciones implementadas por la ESE HUS de las recomendaciones de bomberos.</p>	
<p>2</p> <p>Probabilidad de afectaciones en la prestación del servicio, daños en infraestructura y personas lesionadas por ocurrencia de un sismo por liberación de energía</p>	<p>El miércoles 23 de febrero 2022 a las 7:49 se presenta evento sísmico de magnitud 5.6 profundidad 52 kilómetros, Epicentro en Santa Rosa del Sur Bolívar Colombia, con el movimiento sísmico en la habitación 921 se presenta caída de piso sobre el inodoro presentado ruptura del mismo.</p>	<p>El 23 de febrero se socializan las medidas preventivas en caso de sismo a la comunidad hospitalaria.</p> <p>El 25 de febrero empresas contratista apoyan la divulgación de medidas preventivas en caso de sismo a los colaboradores.</p> <p>Se realiza el anclaje de estantes metálicos, gabinetes plásticos, lockers, archivadores aéreos y bandejas en acero inoxidable.</p> <p>Se mejora la ubicación y anclaje de patos y piso en los baños de hospitalización. Se anexa archivo en archivo adjunto evidencias</p>	<p>100%</p>
<p>6</p> <p>Probabilidad de afectación de la prestación del servicio por falla en el suministro de agua</p>	<p>Siendo las 22:56 del viernes 25 de marzo de 2022 se presenta ruptura del sistema de bombeo de agua de la ESE HUS, se mojan las motobombas y queda suspendido el servicio de agua potable del 7 al 13</p>	<p>Se Realiza mantenimiento correctivo de la red hidráulica afectada en la emergencia.</p> <p>Se realiza revisión de los equipos de bombeo y mantenimiento correctivo.</p> <p>El 28 de marzo se realiza Reunión</p>	<p>100%</p>

<p>por daños en las redes</p>	<p>piso.</p>	<p>para tratar temas de infraestructura, mantenimiento y otros donde se trató el tema del fortalecimiento de la red hidráulica.</p> <p>El 26 de septiembre realizan informe de obras de mejoramiento de la red hidráulica y de bombeo.</p>	
<p>18 Probabilidad de afectación en la prestación del servicio por ocurrencia de una Inundación por eventos internos y externos</p>	<p>Siendo las 22:30 del viernes 18 de febrero 2022 se presenta ruptura de tubo de la red hidráulica de la central de urgencias en el área de reanimación, se inunda el servicio.</p> <p>Siendo las 9:44 del 23 de febrero 2023 se presenta fuga de agua en la central de urgencias por el techo en el área de trauma. Fallas en la red sanitaria que está en proceso de construcción de la fase dos de la nueva central de urgencias se inunda el servicio.</p> <p>Siendo las 8:52 del domingo 27 de marzo de 2022 se presenta ruptura de tubo de baño de hombres de servicios farmacéuticos y se inunda el servicio.</p>	<p>Se Realiza mantenimiento correctivo de la red hidráulica afectada en la emergencia</p> <p>Se realiza revisión de equipo biomédico Afectado y mantenimiento correctivo.</p> <p>Se revisa la red eléctrica del área afectada.</p> <p>Se realiza corrección de la falla de tubería de la red sanitaria que produjo la inundación.</p> <p>Se realiza revisión de la red sanitaria de la obra con los contratistas e interventores de la obra segunda fase de la central de urgencias y se realizan los correctivos necesarios.</p> <p>Se realizar limpieza y desinfección de techos y áreas afectadas durante el evento.</p> <p>Se Realiza limpieza del techo de la central de urgencias de cobertura de la obra de la segunda fase de urgencias.</p> <p>Se revisa la red hidráulica de la central de urgencias.</p> <p>Se realiza capacitación al personal en cierre de las llaves de corte.</p> <p>Se Realiza Señalización de la red hidráulica de la central de urgencias y señalar llaves de corte del servicio.</p> <p>Se realiza entrega de planos a planta física de los servicios de Central de urgencias, Piso 3, piso 4 UCI y piso 11.</p>	<p>100%</p>
<p>18 Probabilidad de afectación en la prestación del servicio por ocurrencia de una Inundación por eventos internos y</p>	<p>Siendo las 18 horas del lunes 13 de junio de 2022 se presenta un fuerte aguacero durante una hora y media aproximadamente en Bucaramanga, a las 19 horas se presenta</p>	<p>El 14 de junio se realizó mantenimiento preventivo y reubicación de computadores</p> <p>El 28 de junio 2022 la subgerencia de servicios ambulatorios y apoyo terapéutico Solicita a la oficina asesora Jurídica de la ESE HUS revisión del comodato para determinar</p>	<p>100%</p>

externos	inundación de la sede externa de rehabilitación.	quién debe realizar el mantenimiento preventivo y correctivo de la sede de rehabilitación. El 26 de septiembre llega informe de mantenimiento correctivo del cielo raso del segundo piso de almacén.	
19 Probabilidad de afectación en la prestación del servicio, por daños en la infraestructura física por eventos internos o externos	En horas de la madrugada del viernes 17 de junio de 2022 se presenta caída de cielo raso en el edificio de almacén y estadística, en el segundo piso frente a la oficina de UFATI.	Se Coordinan actividades con el contratista de obra para minimizar riesgo de caída de escombros en las áreas aledañas a la obra del tercer piso. Se realiza mantenimiento correctivo en la pared del cubículo 16 de la UCI 3 piso y techo del cubículo 38 de la central de urgencias de la ESE HUS.	100%
18 Probabilidad de afectación en la prestación del servicio por ocurrencia de una Inundación por eventos internos y externos.	Siendo las 17:40 del domingo 14 de agosto de 2022 se presenta fuerte aguacero en la ciudad de Bucaramanga y se inunda el servicio de urgencias por filtración de aguas lluvias de placa que está en demolición.	Se presenta informe de las Acciones preventivas realizadas en la placa del tercer piso mientras realizan las obras de impermeabilización de la placa con el fin de disminuir las filtraciones a los pisos inferiores Se Presenta informe de impermeabilización de la placa del tercer piso Una vez finalizada la impermeabilización de la placa del tercer piso, se realiza revisión de la central de urgencias y se realiza mantenimiento correctivo de las áreas afectadas por la inundación.	100%
07 Probabilidad de afectación de la prestación del servicio por falla en el suministro de energía eléctrica por daños en las redes o subestación eléctrica.	Siendo las 21:00 horas del jueves 20 de octubre de 2022 se presentó una falla eléctrica en el servicio de medicina interna mujeres piso 7 generando desabastecimiento parcial de energía eléctrica en las habitaciones y salida de funcionamiento de algunos equipos biomédicos.	l 3 de noviembre Mantenimiento Realiza el inventario de los equipos biomédicos que se requieren en medicina interna mujeres 7 piso y Determinar las cargas de los equipos biomédicos que se requieren en medicina interna mujeres 7 piso El 11 de noviembre se notifican los mantenimientos correctivos de los equipos biomédicos afectados en el evento de medicina interna piso 7. El 18 de noviembre se recibe informe de ejecución de actividades Revisión de los circuitos eléctricos del piso 7 y Realizar adecuaciones eléctricas que se requieren en medicina interna mujeres 7 piso.	100%

## **5.10. RIESGOS DE VIGILANCIAS**

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. Revisión debilidades encontradas en el informe anterior**

No se encontraron situaciones que tienen presentan debilidades con relación a la evidencia del nivel de avance reportado.

### **5.10.2. Implementación Riesgos de Hemovigilancia:**

El sistema de riesgos de Hemovigilancia se identificaron cuatro (4) riesgos en nivel de riesgo absoluto es bajo y dos (2) en nivel moderado. Por lo anterior, no queda priorizados riesgos para esta vigencia.

#### **5.10.2.1. Socialización del sistema**

Se realiza verificación el cumplimiento GAT-HEM-FO-09 Formato Ronda de Seguridad de Hemovigilancia, el cual cumple con los ítem 9.1 El personal de enfermería recibe el hemocomponente; 9.2 El médico identifica al paciente y que el producto sanguíneo sea el solicitado para ese paciente; 9.3 El médico explica al paciente el procedimiento; 9.4 Canalización del paciente por parte del personal de enfermería; 9.6 Finalización de la transfusión por parte del personal de enfermería; 9.7 Se evidencia en la historia clínica la evolución del paciente por parte del médico y en las notas de enfermería; 9.8 En caso de devolución de hemocomponentes

#### **5.10.2.2. Materialización de riesgos**

No se reporta materialización de riesgos en el sistema.

### **5.10.3. Implementación Riesgos de Biovigilancia:**

En el Sistema de Riesgos de Biovigilancia se identifican 2 riesgos, los cuales se clasifican en nivel de riesgo bajo. Por lo anterior, dichos riesgos no quedan priorizados para esta vigencia.

#### **5.10.3.1. Socialización del sistema**

Se socializaron los riesgos del sistema en grupos primarios, un artículo en la prensa regional, presentaciones en redes sociales de la institucionales, algunas de estas actividades tienen evaluación posterior a la socialización, otras no ya que por el mecanismo por el que se realizan no lo permite.

#### **5.10.3.2. Materialización de riesgos**

No se reporta materialización de riesgos en el sistema.

### **5.10.4. Implementación Riesgos de Farmacovigilancia:**

El sistema de riesgos de Farmacovigilancia cuenta con dos 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.	Riesgo	Plan de acción	Avance
1	Posibilidad de afectación económica por multa y sanción del ente regulador debido a implementar barreras pocos eficientes para mitigar las causas que ocasionan fallas en la utilización de los medicamentos.	P. Realizar un cronograma de rondas de farmacovigilancia articulado con el programa de seguridad del paciente.	100%
		H. Elaborar el instrumento (Lista de Chequeo) para verificar la implementación de las recomendaciones del uso seguro de medicamentos.	100%
		H. Implementar el instrumento en las rondas de farmacovigilancia y generar un informe con las observaciones o hallazgos.	100%
		V, Evaluar el cumplimiento de la implementación de las recomendaciones.	100%
		A, Actuar frente a las desviaciones encontradas.	100%
2	Probabilidad de afectación económica por multa y sanción del ente regulador debido a incumplimiento al uso de los elementos de protección individual e higienización en la recepción de devoluciones de medicamentos y dispositivos médicos debido a la pandemia generada por COVID 19.	P. Elaborar un cronograma de capacitación al personal del servicio farmacéutico que incluya uso de los EPP y la higienización de productos farmacéuticos.	100%
		H. Implementar el uso de los EPP al personal del servicio farmacéutico y la higienización de los productos farmacéuticos provenientes de los servicios con pacientes en aislamiento respiratorio (aerosoles), gotas, y contacto.	100%
		V, Evaluar el cumplimiento de la implementación.	100%
		A, Actuar frente a las desviaciones encontradas.	100%

En cuanto a los indicadores, se tienen los siguientes resultados:

Porcentaje de eficacia planes de acción por sistema. = 100%

#### 5.10.4.1. Socialización del sistema

No se reporta evidencia de socialización de los riesgos y su gestión.

#### 5.10.4.2. Materialización de riesgos

No se reporta materialización de riesgos en el sistema.

### 5.10.5. Implementación Riesgos de Reactivovigilancia:

En el Sistema de Riesgos de Biovigilancia se identifican 52 riesgos, los cuales se clasifican 50 en nivel de riesgo bajo y 2 en nivel moderado. Por lo anterior, dichos riesgos no quedan priorizados para esta vigencia.

#### 5.10.5.1. Socialización del sistema

La actividad fue realizada en los Grupos Primarios Virtuales de Hemocentro, Laboratorio Clínico, Laboratorio de Hematología Especial y Patología en el mes de abril de 2022. Se evaluó el personal de cada área articulada al terminar la capacitación mediante google forms.

#### 5.10.5.2. Materialización de riesgos

No se reporta materialización de riesgos en el sistema.

### 5.10.6. Implementación Riesgos de Tecnovigilancia:

En el Sistema de Riesgos de Tecnovigilancia se identifican 4 riesgos, de los cuales se prioriza un riesgo, el cual cuenta con su respectivo plan de acción en la plataforma Almera, con 5 acciones:

No.	Riesgo	Plan de acción	Avance
1	Probabilidad de una afectación a la salud del paciente o colaborador por el desconocimiento del manejo de equipos biomédicos, debido a la falta de cobertura de guías rápidas de manejo presentes en la institución.	P. Identificar y seleccionar la tecnología biomédica que está pendiente por elaboración de guía rápida de manejo..	100%
		H. Elaboración de guías rápidas de manejo de equipos biomédicos seleccionados.	100%
		H. Realizar socialización de entrega de las guías rápidas de manejo con las coordinadoras responsables de cada servicio.	100%
		V, Verificar la disponibilidad de guías rápidas de manejo en los servicios y conocimiento en el manejo de la tecnología por medio de las rondas de vigilancia sanitaria.	100%
		A, Actuar frente a las desviaciones encontradas.	100%

En cuanto a los indicadores se tienen los siguientes resultados:

Porcentaje de Eficacia planes de Mejoramiento del Sistema:  $(5/5) * 100 = 100\%$

#### 5.10.6.1. Socialización del sistema

No se reporta evidencia de socialización de la gestión de riesgos del sistema.

### 5.10.6.2. Materialización de riesgos

No se reporta materialización de riesgos en el sistema.

## 5.11. RIESGOS PAQUETES INSTRUCCIONALES

La perspectiva de la Gestión del Riesgo en la Acreditación en Salud, identifica riesgos clínicos en la atención del paciente, a través de los paquetes instruccionales de seguridad del paciente.

### 5.11.1. Revisión debilidades encontradas en el informe anterior

En el anterior informe se observaron que a los siguientes riesgos no se les había realizado análisis y se procede a verificar su ajuste:

DEBILIDAD ENCONTRADA	OBSERVACIÓN
Desactualización del documento GCI-GCI-PT-05 PROTOCOLO REDUCIR RIESGO EN LA ATENCION DEL PACIENTE CRITICO	Persiste la observación. No se encontró en Almera.
Desactualización del documento GCI-GCI-AN-02 PROTOCOLO SISTEMA DE REPORTE DE SEGURIDAD EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	El documento venció el 2018-10-31
Desactualización del documento GUR-GUR-AN-01 PROTOCOLO MEJORAR SEGURIDAD EN ATENCIÓN A POBLACIÓN PEDIÁTRICA	El documento venció el 2018-10-31

### 5.11.2. Implementación

El sistema de riesgos de paquetes instruccionales cuenta con 3 riesgos 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	Posibilidad de afectación en la salud del paciente, colaboradores, usuarios, familia y/o cuidadores, por falla en la identificación del paciente con riesgo de enfermedad mental, debido a inadecuada valoración clínica.	1P. Planear la documentación del paquete instruccional: Reducir el riesgo en la atención del paciente con enfermedad Mental.	100%
		2H. Documentar el paquete instruccional: Reducir el riesgo en la atención del paciente con enfermedad Mental.	100%
		3H. Socializar el paquete instruccional: Reducir el riesgo en la atención del paciente con enfermedad Mental a población objeto definida	100%
		4V. Medir cobertura y adherencia paquete instruccional: Reducir el riesgo en la atención del paciente con enfermedad Mental a población objeto definida	100%
		5A. Tomar decisiones de acuerdo a los	100%

		resultados observados	
2	Posibilidad de afectación en la salud del paciente entre ella covid19, por incumplimiento al protocolo de higiene de manos, debido a la falta de adherencia a los 5 momentos de la higiene de mano.	1P. Definir la metodología de evaluación del cumplimiento de los protocolos de higiene de manos, mediante observación directa.	100%
		2H. Documentar la metodología de evaluación del cumplimiento del protocolo de higiene de manos, mediante observación directa.	100%
		3H. Socializar la metodología de evaluación del cumplimiento del protocolo de higiene de manos, mediante observación directa de acuerdo a la población objeto.	100%
		4V. Verificar la implementación del documento a través de auditoria al cumplimiento de los protocolos de higiene de manos, mediante observación directa.	100%
		5A. Tomar decisiones de acuerdo a los resultados observados	100%
3	Posibilidad de afectación en la salud del paciente, por complicaciones anestésicas, debido a una falla en alguna de las fases en el manejo de anestesia, antes, durante y después del procedimiento quirúrgico.	1P. Planear la actualización del protocolo de mejorar la seguridad de los procedimientos quirúrgicos teniendo en cuenta la falla activa número 8: fallas anestésicas	100%
		2H. Actualizar el protocolo de mejorar la seguridad de los procedimientos quirúrgicos teniendo en cuenta la falla activa número 8: fallas anestésicas	100%
		3H. Socializar el protocolo de mejorar la seguridad de los procedimientos quirúrgicos teniendo en cuenta la falla activa número 8: fallas anestésicas	100%
		4V. Monitorear la implementación del protocolo a través del indicador complicaciones anestésicas	100%
		5A. Tomar decisiones de acuerdo a los resultados observados	100%

En cuanto a los indicadores del sistema, se obtuvieron los siguientes resultados:

Porcentaje de eficacia planes de acción por sistema. = 100%.

### 5.11.3. Socialización del sistema

El programa de seguridad del paciente realiza las capacitaciones en el primer y segundo semestre 2022 a los líderes de los paquetes instruccionales en los cuales se identificaron riesgo absoluto alto.

#### 5.11.4. Materialización de riesgos

No se reporta materialización de riesgos en el sistema.

### 5.12. 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.

#### 5.12.1. Revisión debilidades encontradas en el informe anterior

No se encontraron situaciones que tienen presentan debilidades con relación a la evidencia del nivel de avance reportado.

#### 5.12.2. 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”.

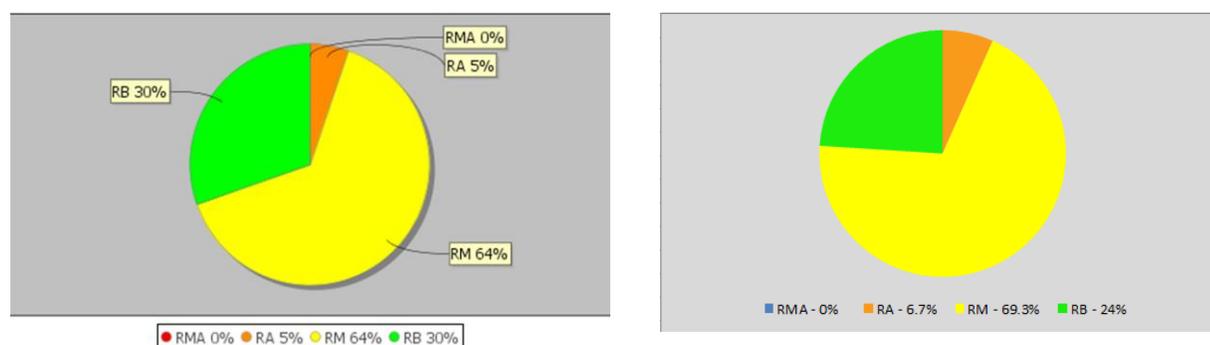


Figura 1: Distribuciones de riesgo de referencia del SEVRRR, comparado con la evaluación del servicio de braquiterapia de la ESE-HUS. Fuente: Evaluación de Seguridad Radiológica – Braquiterapia

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”.

#### 5.12.3. Socialización del sistema

No reportan avance de socialización de los riesgos del sistema.

#### 5.12.4. Materialización de riesgos

Durante el periodo julio a diciembre de 2022 NO se presentaron sucesos iniciadores de los incluidos en el matriz de riesgo de braquiterapia que se encuentre en el documento GAM-ONC-FO-38 Formato de Evaluación de Seguridad Radiológica – Braquiterapia Primer Cribado.

Sin embargo, es importante mencionar en este informe que se presentaron fallas asociadas al funcionamiento de los equipos biomédicos utilizados en los procedimientos de braquiterapia.

SUCESO	IDENTIFICACIÓN DEL SUCESO	INTERVENCIÓN	CONSECUENCIAS
<p>FALLA EN FLUIDO ELÉCTRICO.</p> <p>El 27 de mayo de 2022 se presentaron fallas intermitentes en el servicio del fluido eléctrico que impidió la ejecución de tratamientos programados de braquiterapia.</p>	<p>Si bien se cuenta con UPS para la estación de planeación de tratamientos de braquiterapia, así como para el equipo de tratamientos de braquiterapia, la falla eléctrica produjo el apagado de las luces de la Unidad de Oncología y Radioterapia.</p>	<p>Las UPS con las que se cuentan pueden mantener los equipos funcionando por algunos minutos, sin embargo, no están diseñadas para mantener una operación sin fluido eléctrico.</p>	<p>Ante las fallas recurrentes del fluido eléctrico el día 27 de mayo del año en curso se decidió en consenso entre el personal de Física Médica y el médico Oncólogo Radioterapeuta la reprogramación de 3 sesiones de tratamientos.</p>
<p>FALLA EN EL SISTEMA DE DIGITALIZACIÓN DE IMÁGENES.</p> <p>El día 16 de junio de 2022 se presenta falla en el sistema de digitalización de imágenes del servicio de Imagenología que se utiliza para digitalizar las imágenes que se toman con equipo portátil de rayos X y detector CR para la planeación de tratamientos de braquiterapia.</p>	<p>Luego de adquirir las imágenes para la planificación de una sesión de tratamientos de braquiterapia se llevan los detectores CR al digitalizador que se encuentra en el servicio de Imagenología de la ESE HUS, pero se encuentra que no es posible exportar las imágenes digitalizadas hasta la estación de planeación de tratamientos.</p>	<p>Se solicitó soporte a la oficina de Mantenimiento de la ESE HUS para buscar solución a la falla presentada.</p>	<p>Al no contar con soporte técnico en sitio del digitalizador que presentó la falla no fue posible continuar con la sesión de tratamientos por lo que fue necesario retirar los aplicadores de la paciente y reprogramar la sesión de tratamiento. Para una segunda paciente, a la que aún no se había colocado el aplicador de tratamiento, también fue necesario reprogramar la sesión de tratamiento.</p>
<p>FALLA EN EL SISTEMA DE DIGITALIZACIÓN DE IMÁGENES.</p> <p>El día 29 de junio de 2022 se vuelve a presentar falla en el sistema de digitalización de imágenes del servicio de Imagenología que se utiliza para digitalizar las imágenes que se toman con equipo portátil de rayos X y detector CR para la planeación de tratamientos de braquiterapia.</p>	<p>Nuevamente se encuentra que no es posible exportar las imágenes digitalizadas de detector CR hacia la estación de planeación de tratamientos.</p>	<p>Se solicitó soporte a la oficina de Mantenimiento de la ESE HUS para buscar solución a la falla presentada. Tras visita de personal técnico se encuentra problema en el sistema de almacenamiento del sistema de digitalización lo que impide la transferencia de imágenes. Se evidencia que es necesario liberar espacio en el sistema del digitalizador para poder exportar las imágenes al sistema de planeación.</p>	<p>La falla no fue resuelta durante la ejecución de una sesión de tratamiento que se encontraba en curso, por lo que no fue el Oncólogo Radioterapeuta decidió aplicar los parámetros de sesión previa. Para una segunda paciente fue necesario reprogramar la sesión de tratamiento.</p>

### **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. Revisión debilidades encontradas en el informe anterior**

No se encontraron situaciones que tienen presentan debilidades con relación a la evidencia del nivel de avance reportado.

#### **5.13.2. Implementación**

El sistema de riesgos de gestión documental no cuenta con riesgos priorizados por lo tanto no existen planes de acción para este año 2022.

#### **5.13.3. Socialización del sistema**

La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional realiza las capacitaciones a los líderes de los procesos y los colaboradores, durante el segundo semestre se ejecutaron dos (2) capacitaciones en los meses de julio y agosto.

#### **5.13.4. Materialización de riesgos**

No se reporta materialización de riesgos en el sistema.

### **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. Revisión debilidades encontradas en el informe anterior**

No se encontraron situaciones que tienen presentan debilidades con relación a la evidencia del nivel de avance reportado.

### 5.14.2. Implementación

El sistema de riesgos clínicos cuenta con 10 riesgos priorizados cada uno de ellos con su respectivo plan de acción:

No.	Riesgo	Plan de acción	Avance
1	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.	100%
		3H. Informar a las subgerencias correspondientes la necesidad de ampliar oferta para las diferentes especialidades.	100%
		4V. Supervisar el comportamiento de la demanda para dichas especialidades.	100%
		5A. Tomar decisiones de acuerdo a lo observado	100%
2	Probabilidad de afectación de la salud del personal del Servicio de Consulta Externa, por el contagio de COVID-19, debido al no cumplimiento de los protocolos de bioseguridad, afectando la prestación del servicio.	1P. Definir acciones para mitigar el contagio por Covid 19 en el personal del Servicio de Consulta Externa	100%
		2H. Ejecutar las acciones de mejora para mitigar el contagio por COVID-19 del Servicio de Consulta Externa	100%
		3V. Supervisar la aplicación de las acciones de mejora definidas para mitigar el contagio por COVID-19 en el personal del Servicio de Consulta Externa	100%
		4A. Tomar decisiones frente a las desviaciones encontradas en la mitigación del contagio por Covid-19 en el personal del Servicio de Consulta Externa	100%
3	Posibilidad de afectación económica por almacenar medicamentos y dispositivos médicos sin tener en cuenta el orden de vencimiento, debido a no verificación de las fechas de vencimiento de los mismos.	1P. Diseñar un cronograma de trabajo para socializar el procedimiento de almacenamiento de productos farmacéuticos al personal de servicio farmacéuticos.	100%
		2H. Ejecutar el cronograma de trabajo para socializar el procedimiento de almacenamiento de productos farmacéuticos al personal de servicio farmacéuticos.	100%
		3V. Verificar el cumplimiento al Formato de Conteo Aleatorio de Inventarios	100%
		4A. Tomar decisiones respecto a lo observado.	100%
4	Probabilidad de afectación de la salud de los usuarios por inoportunidad en la asignación de citas debido al no seguimiento a las citas incumplidas, afectando la prestación de servicio.	1P. Definir el mecanismo de seguimiento a la asignación de la citas del servicio rehabilitación	100%
		2H. Diseñar el mecanismo de seguimiento a la asignación de citas del servicio de rehabilitación	100%
		3 V. Implementar el seguimiento a la asignación de citas del servicio de Rehabilitación	100%
		4 A. Tomar acciones según la desviaciones	100%

		encontradas en la asignación de citas de Rehabilitación	
5	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 ESE HUS.	1P. Definir acciones para mitigar el contagio por Covid-19 en el personal del Servicio de Rehabilitación.	100%
		2H. Ejecutar las acciones de mejora para mitigar el contagio por COVID-19 del Servicio de Rehabilitación.	100%
		3V. Supervisar la aplicación de las acciones de mejora definidas para mitigar el contagio por COVID-19 en el personal del Servicio de Rehabilitación	100%
		4A. Tomar decisiones frente a las desviaciones encontradas en la mitigación del contagio por Covid-19 en el personal del Servicio de Rehabilitación	100%
6	Probabilidad de incumplimiento de medidas prevención y control de infecciones en UCI Neonatal debido a falta de adherencia al protocolo de control de infecciones UCI Neonatal	1P. Diseñar el documento de control de infecciones en UCI neonatal.	100%
		2H. Socializar el documento de control de infecciones en UCI Neonatal.	100%
		3V. Verificar cobertura y apropiación del conocimiento para el documento de control de infecciones en UCI neonatal.	100%
		4A. Actuar frente a las desviaciones encontradas.	100%
7	Probabilidad de afectación en la seguridad del paciente por no reporte de evento adverso e incidentes en UCI Adulto y pediátrico, debido a cultura del reporte.	1P. Diseñar estrategias de socialización e implementación para generación de reportes en seguridad del paciente y su respectiva retroalimentación.	100%
		2H. Implementación de las estrategias para generación de reportes en seguridad del paciente y su respectiva retroalimentación.	100%
		3V. Verificar los informes sobre reporte y retroalimentación en seguridad del paciente.	100%
		4A. Actuar frente a las desviaciones presentadas.	100%
8	Probabilidad afectación en la salud del usuario y aumento de costos para la institución por aumento en incidencia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - IAAS -, debido a la baja adherencia de los protocolos para prevención de infecciones asociadas a la atención en salud IAAS.	1P. Planear la actualización de los protocolos institucionales para disminuir la incidencia de la infecciones asociadas a la atención en salud – IAAS	100%
		2H. Actualizar los protocolos institucionales para disminuir la incidencia de la infecciones asociadas a la atención en salud – IAAS	100%
		3H. Socializar la actualización de los protocolos institucionales para disminuir la incidencia de la infecciones asociadas a la atención en salud – IAAS	100%
		4V Verificar la implementación de los protocolos	100%

		institucionales para disminuir la incidencia de la infecciones asociadas a la atención en salud – IAAS	
		5A Actuar frente a las desviaciones encontradas	100%
9	Probabilidad de daño en pacientes, usuarios y colaboradores por error en la evaluación o identificación de riesgos en paciente con enfermedad mental al ingreso del servicio, por falta de conocimiento del paquete instruccional para reducir el riesgo en la atención de pacientes con enfermedad mental.	1P. Planear la documentación del paquete instruccional: Reducir el riesgo en la atención del paciente con enfermedad Mental.	100%
		2H. Documentar el paquete instruccional: Reducir el riesgo en la atención del paciente con enfermedad Mental.	100%
		3H. Socializar el paquete instruccional: Reducir el riesgo en la atención del paciente con enfermedad Mental a población objeto definida	100%
		4V. Medir cobertura y adherencia paquete instruccional: Reducir el riesgo en la atención del paciente con enfermedad Mental a población objeto definida	100%
		5A. Tomar decisiones de acuerdo a los resultados observados	100%
10	Probabilidad de interrupción en la continuidad del tratamiento del paciente para la prestación del servicio de oncología por COVID 19	1P. Planear estrategias de socialización de la ruta de atención para el paciente oncológico a colaboradores y usuarios, de acuerdo a medidas biosanitarias	100%
		2H. Socializar ruta de atención al paciente oncológico de acuerdo a protocolos COVID 19 establecidos en la institución.	100%
		3V. Verificar cobertura y apropiación del conocimiento de socialización de ruta de atención de acuerdo a protocolos de Bioseguridad COVID.	100%
		4A Actuar frente a las desviaciones encontradas.	100%

En cuanto a los indicadores del sistema, tenemos los siguientes resultados:

- El porcentaje de eficacia planes de acción por sistema de riesgo clínicos es de 100% con corte a 30 de diciembre del 2022.

#### 5.14.3. Socialización del sistema

No reportan evidencia de socialización de los riesgos del sistema.

#### 5.14.4. Materialización de riesgos

No se reporta materialización de riesgos en el sistema.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda continuar con la implementación de las directrices dadas por la Supersalud en las circulares externas 202117000000045 por medio de la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos y Circula externa 202117000000055 por medio de la se dan instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.

## 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 auditorías 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.

  
**ELISA ISEÑIA SANTOS MORALES**  
Jefe Oficina Asesora Control Interno

