

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. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO | 4 |
| 4.1. RIESGOS DE PROCESOS..... | 5 |
| 4.1.2. Debilidades encontradas..... | 10 |
| 4.1.3. Materialización de riesgos..... | 10 |
| 4.2. RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE - SICOF | 10 |
| 4.3. RIESGOS ESTRATÉGICOS..... | 14 |
| 4.4. RIESGOS DE ESTÁNDARES Y EJES DE ACREDITACIÓN | 14 |
| 4.4.2. Debilidades encontradas..... | 16 |
| 4.5. RIESGOS DE DEFENSA JURÍDICA..... | 17 |
| 4.6. IMPACTOS AMBIENTALES AMBIENTALES | 18 |
| 4.7. RIESGOS DE SEGURIDAD DIGITAL, DATOS PERSONALES Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN.. | 18 |
| 4.8. RIESGOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO..... | 18 |
| 4.9. RIESGOS SARLAFT | 20 |
| 4.10. RIESGOS DE EMERGENCIAS Y DESASTRES..... | 21 |
| 4.11. RIESGOS DE BRAQUITERAPIA | 23 |
| 4.12. RIESGOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL..... | 25 |
| 4.13. RIESGOS CLÍNICOS | 26 |
| 4.13.2. Debilidades encontradas..... | 37 |
| RECOMENDACIONES | 38 |
| CONCLUSIONES..... | 39 |

INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno de la ESE Hospital Universitario de Santander, en cumplimiento a lo dispuesto por el Decreto 1499 de 2017 el cual 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 realiza con corte a 30 de septiembre de 2023 y muestra el avance del Hospital Universitario de Santander en relación a 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 Hospital Universitario de Santander, es adelantado por la Oficina de Control Interno, el cual es publicado 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 con corte a 30 de septiembre de 2023, 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. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

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

| | Sistema | Responsable | Modelo de Gestión | Documentación | Matriz | Seguimiento |
|----|---|---|-----------------------------------|----------------------|---------------|--------------------|
| 1 | RIESGOS OPERACIONALES | Desarrollo Institucional | DAFP | Si | Si | Si |
| 2 | RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE | 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 | BRAQUITERAPIA | Físico médico - Oncología | SEVRRRA (Sistema de Evaluación de | Si | Si | Si |

| | | | | | | |
|----|--------------------------------|--|--------------------------|----|----|----|
| | | | Riesgos en Radioterapia) | | | |
| 12 | RIESGOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL. | Líder Gestión Documental UFATI | DAFP | Si | Si | Si |
| 13 | RIESGOS CLÍNICOS | Líder Proceso Atención Cliente Asistencial | AMFE | Si | Si | Si |

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

4.1. RIESGOS DE PROCESOS

4.1.1. 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 2023, dando como resultado un total de 110 riesgos. La valoración para la zona de riesgo residual da como resultado 10 riesgos en nivel aceptable, 82 riesgos en nivel moderado, 18 riesgos en nivel alto y 0 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.

El sistema de riesgos por procesos cuenta con 13 riesgos priorizados cada uno de ellos con su respectivo plan de mejoramiento.

Seguidamente 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 | Proceso Adquisición de Bienes, Servicios y Obra Posibilidad afectación en la imagen institucional por incumplimiento de la liquidación de contratos dentro de los tiempos establecidos por la ley, debido a inadecuado ejercicio de la supervisión contractual. | 1P. Definir estrategias para realizar seguimiento y control por parte de la Oficina Asesora Jurídica a la supervisión de los contratos | 100% |
| | | 2H. Implementar las estrategias para realizar seguimiento y control por parte de la Oficina Asesora Jurídica a la supervisión de los contratos. | 100% |
| | | 3V. Verificar la implementación de las estrategias para realizar seguimiento y control por parte de la Oficina Asesora Jurídica a la supervisión de los contratos | 50% |
| | | 4A. Tomar decisiones respecto a lo observado. | 0% |

| No. | Nombre del riesgo | Plan de mejoramiento | Avance |
|-----|---|---|--------|
| 2 | <p>Proceso Adquisición de Bienes, Servicios y Obra</p> <p>Posibilidad de afectación en la imagen institucional por sanciones por entes de vigilancia y control, debido a inoportunidad en la publicación de los documentos y actos administrativos en SIA OBSERVA</p> | 1P. Definir la herramienta para la verificación de la rendición oportuna de los documentos requeridos de la contratación a través de SIA OBSERVA. | 100% |
| | | 2H. Documentar y socializar la herramienta para la verificación de la rendición oportuna de los documentos requeridos de la contratación a través de SIA OBSERVA. | 100% |
| | | 3H. Implementar la herramienta para la verificación de la rendición oportuna de los documentos requeridos de la contratación a través de SIA OBSERVA. | 100% |
| | | 4V. Verificar la rendición oportuna de los documentos requeridos de la contratación a través de SIA OBSERVA. | 100% |
| | | 5A. Tomar decisiones respecto de lo observado. | 20% |
| 3 | <p>Proceso: Desarrollo del Talento Humano</p> <p>Probabilidad de afectación en la salud y seguridad de trabajadores y ejecutores de procesos, y pérdida de la imagen institucional, por multas y sanciones legales, debido al incumplimiento en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> | 1P. Definir las estrategias para fortalecer la consolidación de la información para el cumplimiento del Instructivo para la verificación de requisitos del SG-SST a contratistas. | 100% |
| | | 2H. Ejecutar las estrategias definidas para la consolidación de la información para el cumplimiento del Instructivo para la verificación de requisitos del SG-SST a contratistas. | 60% |
| | | 3V. Monitorizar el cumplimiento de la entrega de información de lo definido en el Instructivo para la verificación de requisitos del SG-SST a contratistas | 50% |
| | | 4A. Tomar decisiones frente a las desviaciones encontradas | 0% |
| 4 | <p>Proceso: Facturación</p> <p>Probabilidad de retraso en el recaudo (flujo) de recursos por concepto de cobro a las ERP, por los diferentes servicios de salud prestados; a razón de la devolución</p> | 1P. Definir plan de trabajo y cronograma a partir de las causales de devolución y saldos de objeciones a corte de febrero 2023 | 100% |
| | | 2H. Presentar informe mensual de las actividades realizadas según plan de trabajo definidos, adjuntando las respectivas evidencias | 60% |

| No. | Nombre del riesgo | Plan de mejoramiento | Avance |
|-----|---|--|--------|
| | de facturas por las diferentes causales normativas. | 3V. Verificar que como mínimo haya un 80% de trámite sobre los saldos de las devoluciones recibidas | 50% |
| | | 4A. Tomar las acciones correctivas frente a las desviaciones presentadas. | 20% |
| 5 | Proceso: Facturación 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. Definir actividades y cronograma para el seguimiento a la gestión y análisis de la glosa con posible responsabilidad | 100% |
| | | 2H. Elaborar informe mensual de las actividades realizadas según plan de trabajo definidos, adjuntando las respectivas evidencias | 60% |
| | | 3V. Verificar el nivel de avance mensual en el análisis de la glosa aceptada | 60% |
| | | 4A. Tomar las acciones correctivas frente a las desviaciones presentadas. | 30% |
| 6 | Proceso: Farmacia 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% |
| | | 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. | 0% |
| 7 | Proceso: Gestión de Calidad Probabilidad de sanción administrativa por incumplimiento en la actualización de la capacidad instalada en el REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud), ante la entrega inoportuna de la información por | 1P. Estructurar la estrategia para revisar y ajustar la capacidad instalada reportada en el REPS de acuerdo con la totalidad de camas con las que cuenta el Hospital con el fin de contar con la información veraz para la prestación de los servicios | 100% |
| | | 2H. Socializar el procedimiento de apertura y cierre de camas en la institución. | 100% |

| No. | Nombre del riesgo | Plan de mejoramiento | Avance |
|-----|---|---|--------|
| | parte de los servicios a la Oficina Asesora de Calidad. | 3V. Verificar la correlación entre las camas habilitadas en el REPS y las existentes en la Institución en cada uno de los servicios. | 100% |
| | | 5A. Tomar decisiones acorde a los resultados observados de acuerdo a los componentes del procedimiento de apertura y cierre de camas en la institución. | 0% |
| 8 | Proceso: Gestión de la Tecnología 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 las decisiones médicas, debido al incumplimiento en la cobertura de la política de renovación de la tecnología. | 1P. Definir cronograma para dar cobertura a la evaluación de índice de obsolescencia aplicando a equipos críticos | 100% |
| | | 2H. Ejecutar el cronograma para dar cobertura al índice de obsolescencia planeado | 70% |
| | | 3H. Socializar los resultados del índice de obsolescencia con los grupos de interés | 0% |
| | | 4V. Monitorizar de manera directa a la apropiación de contenidos de la renovación de la tecnología | 0% |
| | | 5A. Actuar frente a los resultados obtenidos en la monitorización | 0% |
| 9 | Proceso: Gestión de Urgencias 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). | 1P. Definir estrategias que permitan mitigar las caídas en el servicio de urgencia. | 100% |
| | | 2H. Implementar las estrategias definidas | 100% |
| | | 3V. Verificar mediante el comportamiento del indicador tasa de caídas en el servicio de Urgencias | 100% |
| | | 4A. Tomar decisiones acordes a los resultados obtenidos | 0% |
| 10 | Proceso: Hospitalización Probabilidad de demora en la atención del paciente por incumplimiento en la efectividad de las interconsultas de especialidades y subespecialidades, debido a falla en la adherencia a los protocolos institucionales. | 1P. Definir los criterios de priorización de las interconsultas | 100% |
| | | 2H. Documentar la definición de interconsultas urgentes y no urgentes de acuerdo a los criterios establecidos. | 100% |
| | | 3V. Monitorizar el cumplimiento de las metas de oportunidad para las interconsultas urgentes y no urgentes. | 100% |

| No. | Nombre del riesgo | Plan de mejoramiento | Avance |
|-----|---|--|--------|
| | | 4A. Actuar de acuerdo a los resultados obtenidos de la monitorización de oportunidad para las interconsultas urgentes y no | 50% |
| 11 | Proceso: Infectología Probabilidad de aumento en la incidencia de IAAS en los usuarios por la no aplicabilidad del personal asistencial a las medidas establecidas por parte de la institución, generando eventos adversos asociados a la atención. | 1P. Planear estrategias para fortalecer en el talento humano la correcta ejecución de las medidas de precaución adicional e higiene de manos en los cinco momentos | 100% |
| | | 2H. Implementar estrategias para fortalecer en el talento humano la correcta ejecución de las medidas de precaución adicional e higiene de manos en los cinco momentos | 75% |
| | | 3V. Evaluar la adherencia a estrategias para fortalecer en el talento humano la correcta ejecución de las medidas de precaución adicional e higiene de manos en los cinco momentos. | 100% |
| | | 4A. Tomar decisiones de acuerdo con los resultados obtenidos. | 0% |
| 12 | Proceso: Ingreso del Talento Humano Probabilidad de no adaptación del colaborador a la institución por incumpliendo en la ejecución del Programa de Inducción General debido a fallas en la comunicación. | 1P. Definir las diferentes estrategias a implementar para alcanzar la meta de la Inducción General | 100% |
| | | 2H. Ejecutar las estrategias identificadas con el fin de lograr la meta de la Inducción General | 99% |
| | | 3V. Monitorizar el porcentaje de avance de cumplimiento de la Inducción General, resultante de la ejecución de las estrategias definidas. | 99% |
| | | 4A. Tomar acciones frente a los resultados obtenidos | 85% |
| 13 | Proceso: Rehabilitación Posibilidad de deterioro de la salud de los pacientes por no realización de adecuada rehabilitación debido a la no adherencia a los protocolos de atención. | 1P. Definir las estrategias de seguimiento y monitorización, que les permita evaluar el desempeño de los procesos y procedimientos, relacionados con todo el ciclo de atención de los pacientes en el servicio de Rehabilitación. | 100% |
| | | 2H. Implementar las estrategias de seguimiento y monitorización, que permitan evaluar el desempeño de los procesos y procedimientos, relacionados con todo el ciclo de atención de los pacientes en el servicio de Rehabilitación. | 99% |

| No. | Nombre del riesgo | Plan de mejoramiento | Avance |
|-----|-------------------|---|--------|
| | | 3V. Evaluar el cumplimiento del desempeño de los procesos y procedimientos del ciclo de atención de rehabilitación. | 80% |
| | | 4A. Tomar decisiones frente a las acciones encontradas. | 10% |

4.1.2. Debilidades Encontradas

Se observó que las siguientes actividades no cumplen con el porcentaje de avance esperado, de acuerdo a la fecha de corte:

| Proceso | Actividad | Fecha de inicio | Fecha final | Observación |
|--------------------------|--|-----------------|-------------|--|
| Gestión de la Tecnología | 3H. Socializar los resultados del índice de obsolescencia con los grupos de interés | 2023-04-17 | 2023-11-30 | Avance: 0% Reportan avance de 2% indicando que los Riesgos identificados se van socializando según los resultados a cada Subgerencia., sin embargo, no se encontró evidencia que soporte dicha actuación. Por lo tanto se otorga avance de 0% y estado atrasada. |
| | 4V. Monitorizar de manera directa a la apropiación de contenidos de la renovación de la tecnología | 2023-06-01 | 2023-11-30 | Avance: 0% No reportan avance, encontrándose atrasada. |

4.1.3. Materialización de riesgos

No se reporta materialización de riesgos en el sistema. Es importante destacar que los informes de auditoría han identificado posibles riesgos. Se recomienda que estos riesgos sean tenidos en cuenta en las matrices de riesgo de los procesos correspondientes para darles el tratamiento correspondiente.

4.2. RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE - SICOF

Este sistema de Riesgos está enfocado a identificar aquellas actividades de prevención, detección, controles efectivos, fortalecimiento de la cultura ética, cumplimiento de las políticas establecidas y los procedimientos diseñados para manifestar los riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude evitando el riesgo operacional de pérdida de recursos financieros y los riesgos asociados (reputacional y legal) al interior de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander.

4.2.1. 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 2023, dando como resultado un total de 55 riesgos identificados, 43 moderados, 11 altos y 1 extremo. Se priorizaron 7 riesgos, los cuales cuentan con su respectivo plan de acción.

4.2.2. Resultados

El sistema de riesgos anticorrupción cuenta con 7 riesgos priorizados cada uno de ellos con su respectivo plan de acción. Seguidamente se evidencia las acciones y avances de las mismas de cada uno de los planes de acción para los respectivos riesgos priorizados.

| No. | Nombre del riesgo | Plan de acción | Avance |
|-----|--|---|--------|
| 1 | Proceso: Adquisición de Bienes, Servicios y Obra Probabilidad de no desarrollar la interventoría o supervisión de los contratos, incumpliendo las normas vigentes. | 1P. Revisión de la documentación relacionada con la liquidación de contratos. | 100% |
| | | 2H. Actualizar o crear los documentos relacionados con la liquidación de contratos. | 100% |
| | | 3H. Socializar los documentos actualizados o creados relacionados con la liquidación de contratos | 100% |
| | | 4V. Verificar la implementación de los documentos actualizados o creados. | 50% |
| | | 5A. Tomar decisiones de acuerdo a lo observado. | 0% |
| 2 | Proceso: Cartera 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 de 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 | 0% |
| | | 4A. Tomar decisiones frente a las desviaciones. | 0% |
| 3 | Proceso: Dotación e Insumos Posibilidad de presentarse el hurto de activos y/o bienes de la ESE HUS, por parte de colaboradores internos que genera una disminución en la gestión de lo público y como resultado para el beneficio propio o para un tercero. | 1P. Revisión a la documentación con la que cuenta la ESE HUS frente a la pérdida o hurto de bienes y/o activos. | 100% |
| | | 2H. Actualizar, socializar e implementar la información documental. | 0% |
| | | 3V. Realizar seguimiento a la trazabilidad referente a la gestión de los hurtos que se hayan presentado. | 50% |
| | | 4A. Tomar decisiones frente a las desviaciones. | 0% |

| | | | |
|---|---|---|------|
| 4 | Proceso: Farmacia 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. | 90% |
| | | 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. | 0% |
| 5 | Proceso: Gestion de Tecnología Probabilidad de pérdida o hurto de un equipo biomédico existente en la ESE HUS, para un beneficio en particular. | 1P. Revisión a la documentación con la que cuenta la ESE HUS frente a la pérdida o hurto de bienes y/o activos. | 100% |
| | | 2H. Actualizar, socializar e implementar la información documental. | 55% |
| | | 3V. Realizar seguimiento a la trazabilidad referente a la gestión de los hurtos que se hayan presentado. | 10% |
| | | 4A. Tomar decisiones frente a las desviaciones. | 0% |
| 6 | Proceso: Gestión de urgencias Posibilidad de no brindar la atención al paciente en el servicio de urgencias por un beneficio personal. | 1P. Programar el cronograma de capacitaciones al personal nuevo y antiguo del servicio de urgencias, acerca de la normatividad vigente en relación a la clasificación y priorización de las atenciones mediante el mecanismo de triage, atención inicial de urgencias en lo referente al acceso, registro e ingreso administrativo y asistencial. | 100% |
| | | 2H. Implementar el programa de capacitaciones al personal asistencial médico del servicio de urgencias | 100% |
| 6 | Proceso: Gestión de urgencias Posibilidad de no brindar la atención al paciente en el servicio de urgencias por un beneficio personal. | 3V. Evidenciar la adherencia a los conocimientos mediante evaluación del mismo y ejecuciones de las acciones, a través de auditorías concurrentes en el servicio de urgencias. | 0% |

| | | | |
|---|---|--|------|
| | | 4V. Cotejar el número de quejas interpuestas por los usuarios que solicitan la atención, por la no atención oportuna en el servicio de urgencias mediante información suministrada por el SIAU | 0% |
| 7 | Proceso: Infraestructura Posibilidad de hurto o pérdida de material durante el proceso de mantenimiento de la planta física y/o equipos industriales de la ESE Hospital Universitario de Santander, para un beneficio propio o de un tercero. | 1P. Revisión documental del proceso de Infraestructura | 100% |
| | | 2H. Actualizar y/o crear los documentos pertinentes para el proceso de mantenimiento de la planta física y/o equipos industriales | 100% |
| | | 3H. Socializar los documentos actualizados y/o creados | 50% |
| | | 4V. Verificar la implementación de los documentos actualizados y/o creados | 10% |
| | | 5A. Actuar de acuerdo a las desviaciones encontradas | 0% |

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

4.2.3. Debilidades Encontradas

Se observó que las siguientes actividades no cumplen con el porcentaje de avance esperado, de acuerdo a la fecha de corte:

| Proceso | Actividad | Fecha de inicio | Fecha final | Observación |
|---------------------------|--|-----------------|-------------|---|
| Dotación e Insumos | 2H. Actualizar, socializar e implementar la información documental | 2023-06-01 | 2023-07-31 | Avance: 0% En octubre se socializo por medio de correo electrónico a las Subgerencias para que conozcan las acciones o ruta para reportar el robo de un equipo, sin embargo, la acción está encaminada a la actualización, socialización e implementación de la documentación con que cuenta la ESE HUS frente a la pérdida o hurto de bienes y/o activos y no se observó su cumplimiento. Por tanto, se otorga avance de 0% y estado atrasada. |

4.2.4. Materialización de riesgos

No se reporta materialización de riesgos en el sistema.

4.3. 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.

4.3.1. Implementación

El sistema de riesgos estratégicos cuenta con 8 riesgos identificados en nivel moderado, por lo tanto, no fueron priorizados.

4.3.2. Materialización de Riesgos

No se reporta materialización de riesgos en el sistema.

4.4. 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.

4.4.1. 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 bajo conocimiento del direccionamiento estratégico en los ejecutores de proceso de toda la Institución, debido a la actualización de este y baja falta de efectividad en los mecanismos de divulgación. | 1P. Planear estrategias para Garantizar la existencia de un direccionamiento estratégico central y único, compartido entre todos en la sede de rehabilitación de la ESE HUS. | 100% |
| | | 2H. Elaborar los documentos y material necesario que de cumplimiento al direccionamiento estratégico central y único, compartido entre todos en la sede de rehabilitación de la ESE HUS. | 100% |
| | | 3H. Socializar el direccionamiento estratégico central y único en la sede de rehabilitación de la ESE HUS. | 100% |
| | | 4V. Verificar el cumplimiento de la socialización del direccionamiento estratégico central y único en la sede de rehabilitación de la ESE HUS. | 100% |
| | | 5A. Tomar acciones frente a las desviaciones encontradas | 0% |

| | | | |
|--|---|--|------|
| Gerencia del Talento Humano | Probabilidad de bajo rendimiento laboral de los ejecutores de procesos, a falta de recibir entrenamiento en puesto de trabajo, debido a la ausencia de implementar dicha metodología en los diferentes procesos. | 2H. Ajustar los programas de entrenamiento específico y reinducción en los tiempos definidos para todos los colaboradores del Hospital. | 100% |
| | | 3V. Controlar el cumplimiento y el aprendizaje por tipo de cargos de los programas de inducción, entrenamientos y reinducción para todos los colaboradores de la inducción | 90% |
| | | 4A. Actuar frente a los resultados obtenidos | 50% |
| Gerencia del Talento Humano | Probabilidad de falla en la prestación del servicio a falta de otorgamiento de funciones a los profesionales de salud, debido a la falla en el diseño e implementación de mecanismos de otorgamiento de prerrogativa en la Institución. | 1P. Conformar el comité de prerrogativas de la ESE HUS | 100% |
| | | 2H. Definir las prerrogativas según ejecución de comité | 100% |
| | | 3V. Verificar la ejecución y definición de prerrogativas en la ESE HUS | 0% |
| | | 4A. Actuar frente a los resultados obtenidos | 0% |
| Gestión de la Tecnología | Probabilidad baja renovación de tecnología por baja cobertura en la implementación de la matriz de índice de obsolescencia | 1P. Definir cronograma para dar cobertura a la evaluación de índice de obsolescencia aplicando a equipos críticos | 100% |
| | | 2H. Ejecutar el cronograma para dar cobertura al índice de obsolescencia planeado | 70% |
| | | 3H. Socializar los resultados del índice de obsolescencia con los grupos de interés | 0% |
| | | 4V. Monitorizar de manera directa a la apropiación de contenidos de la renovación de la tecnología | 0% |
| | | 5A. Actuar frente a los resultados obtenidos en la monitorización | 0% |
| Proceso Asistencial - PACAS Hospitalario y Ambulatorio | Probabilidad de no implementación de mecanismos de consejería y apoyo emocional al usuario y su familia en condiciones especiales. | 1.P. Establecer mecanismos de consejería y apoyo emocional el usuario y su familia en condiciones especiales. | 100% |
| | | 2.H. Documentar los mecanismos de consejería y apoyo emocional el usuario y su familia establecidos. | 100% |
| | | 3.H. Implementar los mecanismos de de consejería y apoyo emocional el usuario y su familia establecidos. | 60% |
| | | 4.V. Verificar la implementación de los mecanismos de consejería y apoyo emocional el usuario y su familia establecidos. | 0% |
| | | 5.A. Actuar frente a las desviaciones encontradas en la implementación de los mecanismos | 100% |
| Proceso Asistencial - PACAS | Posibilidad de no determinar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes | 1.P. Estructurar los mecanismos de referencia de las sedes integradas, las cuales aseguran La coordinación y la | 100% |

| | | | |
|------------------------------------|---|--|------|
| Hospitalario y Ambulatorio | prestadores, los cuales aseguran la coordinación y la continuidad del proceso de atención del usuario | continuidad del proceso de atención de los usuarios. | |
| | | 2.H. Documentar los mecanismos de referencia de las sedes integradas, los cuales aseguran la coordinación y la continuidad del proceso de atención del usuario | 90% |
| | | 3.H. Implementar los mecanismos de referencia de las sedes integradas, los cuales aseguran la coordinación y la continuidad del proceso de atención del usuario | 0% |
| | | 4.V. Verificar la implementación de los mecanismos de referencia en las sedes integradas, los cuales aseguran la coordinación y la continuidad del proceso de atención del usuario | 0% |
| | | 5.A. Actuar frente a los hallazgos encontrados en la implementación de los mecanismos y presentar en equipo de autoevaluación | 0% |
| Gestión clínica excelente y segura | Probabilidad en la ocurrencia de sucesos de seguridad por falla en la implementación de las buenas prácticas en seguridad del paciente debido a adherencia de las recomendaciones contenidas en los paquetes instruccionales. | 1H. Implementar la totalidad de las guías de buenas prácticas de seguridad del paciente que le aplican a la institución, fortaleciendo el desarrollo y cobertura de las recomendaciones contenidas en los paquetes instruccionales, en pro de mejorar los resultados de una atención segura. | 100% |
| | | 2V. Verificar la adherencia sistemática de todos los colaboradores a las buenas prácticas que han implementado | 0% |
| | | 3A. Tomar decisiones de acuerdo a los resultados obtenidos en la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente. | 0% |

4.4.2. Debilidades Encontradas

Se observó que las siguientes actividades no cumplen con el porcentaje de avance esperado, de acuerdo a la fecha de corte:

| Estándar / Eje | Actividad | Fecha de inicio | Fecha final | Observación |
|--------------------------|---|-----------------|-------------|---|
| Gestión de la Tecnología | 3H. Socializar los resultados del índice de obsolescencia con los grupos de interés | 2023-04-17 | 2023-11-30 | Avance: 0% Reportan avance de 2% indicando que los Riesgos identificados se van socializando según los resultados a cada subgerencia., sin embargo, no se encontró evidencia que soporte dicha actuación. Por |

| | | | | |
|---|---|------------|------------|--|
| | | | | tanto se otorga avance de 0% y estado atrasada. Este riesgo ya fue analizado en el subsistema de Riesgos Operacionales. |
| | 4V. Monitorizar de manera directa a la apropiación de contenidos de la renovación de la tecnología | 2023-06-01 | 2023-11-30 | Avance: 0% No reportan avance, encontrándose atrasada. Este riesgo ya fue analizado en el subsistema de Riesgos Operacionales. |
| Proceso Asistencial - PACAS Hospitalario y Ambulatorio | 3.H. Implementar los mecanismos de referencia de las sedes integradas, los cuales aseguran la coordinación y la continuidad del proceso de atención del usuario | 2023-07-01 | 2023-09-30 | Avance: 0% Reportan avance del 2% indicando que para la implementación de mecanismos de referencia y contrarreferencia se realizara socialización del documento actualizado con el personal de la Sede Ambulatoria de Rehabilitación, sin embargo, no se adjunta evidencias, quedando atrasada la actividad. |

4.4.3. Materialización de Riesgos

No se reporta materialización de riesgos en el sistema.

4.5. RIESGOS DE DEFENSA JURÍDICA

El enfoque de este sistema consiste en la identificación de aquellas situaciones que puedan tener impacto en el proceso litigioso 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.

4.5.1. Implementación

El sistema de riesgos de defensa jurídica identificó 1 riesgo con nivel moderado, por lo que no existe planes de acción para la vigencia.

4.5.2. Materialización de Riesgos

No se reporta materialización de riesgos en el sistema. Sin embargo, se recomienda revisar los registros relacionados con actuaciones judiciales previas, solicitudes de conciliación, demandas, causas legales y cualquier otro documento que esté vinculado a la litigiosidad de la ESE HUS.

4.6. IMPACTOS 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.

4.6.1. Implementación

El sistema de riesgos de impactos ambientales cuenta con 4 riesgos identificados en nivel bajo, por lo que no existen planes de acción para la vigencia.

4.6.2. Materialización de Riesgos

No se reporta materialización de riesgos en el sistema. Sin embargo, se recomienda incluir aquellas situaciones detectadas en las auditorías ambientales e inspecciones del ambiente físico.

4.7. 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.

4.7.1. Implementación

Se identificaron 3 riesgos en nivel moderado, por lo que no se definieron planes de mejora. Sin embargo, se recomienda complementar el Mapa de Riesgos de Seguridad de la Información con los activos de seguridad digital críticos no incluidos, lo anterior teniendo en cuenta que el mapa no incluye activos tales como la red de datos, los servicios de base TIC y las redes sociales y realizar el análisis de contexto interno y externo de acuerdo con lo establecido en el "ANEXO 4 LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS DE SEGURIDAD DIGITAL EN ENTIDADES PÚBLICAS".

4.7.2. Materialización de Riesgos

No se reporta materialización de riesgos en el sistema, sin embargo, es necesario contar con el registro de los incidentes de seguridad de la información que se hayan materializado, con el fin de analizar las causas, las deficiencias de los controles implementados y las pérdidas que se pueden generar

4.8. 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.

4.8.1. 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 2023, dando como resultado un total de 1427 riesgos identificados.

Del total de riesgos identificados, 430 corresponden a nivel de riesgo absoluto "Aceptable", 966 corresponden a nivel de riesgo absoluto "No Aceptable o aceptable con control específico", y 31 corresponden a "No Aceptable".

Los riesgos identificados con nivel de riesgo absoluto "No aceptable", se encuentran relacionados con el riesgo biológico al cual se encuentran expuestos los ejecutores de proceso en los servicios asistenciales y de apoyo.

Para el sistema de riesgos de Seguridad y Salud en el Trabajo, y de acuerdo a los riesgos con valoración NO ACEPTABLE se implementan acciones de mejora y se realiza el cargue de las respectivas evidencias en Plataforma Almera.

| RIESGO | ACCIÓN DE MEJORA | AVANCE |
|-------------|---|--------|
| Biológico | Implementar las actividades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo encaminadas a mitigar el riesgo biológico generado por Virus (SARS-Cov-2), bacterias, exposición o contacto con agente biológico microorganismos, instrumental clínico, superficies contaminadas, desechos, contacto con personas, no uso o uso incorrecto de EPP, inadecuada higiene de manos. | 90% |
| Químico | Implementar actividades encaminadas a la prevención y manejo del riesgo químico. | 85% |
| Psicosocial | Implementar las actividades relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (capacitaciones, charlas, socializaciones, campañas, etc.). | 85% |
| Físico | Implementar actividades para el manejo y control del riesgo físico generado por radiaciones ionizantes. | 85% |

4.8.2. 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.

4.8.3. Materialización de riesgos

Teniendo en cuenta el subsistema de riesgos de Seguridad y Salud en el Trabajo, y la identificación y valoración de los riesgos, es preciso decir que en caso de la materialización de un riesgo, es decir la ocurrencia de un accidente de trabajo, se realiza el acompañamiento a la investigación del evento ocurrido con el fin de establecer las causas que pudieron originarlo y de esta manera, gestionar y/o implementar las acciones de mejora que minimicen o eviten la ocurrencia de nuevos accidentes de trabajo.

Para el año 2023, se han establecido acciones de mejora de los riesgos con valoración NO ACEPTABLE de los diferentes procesos, de los cuales se implementan diferentes actividades desde Seguridad y Salud en el Trabajo encaminadas a prevenir su materialización, o en caso que esto ya haya ocurrido, prevenir que ocurran nuevos accidentes de trabajo.

De acuerdo a lo anterior se tiene que, de lo transcurrido del año 2023 con corte a mayo 31, se han presentado 60 accidentes de trabajo, de los cuales 25 han sido generados por riesgo biológico.

| TIPO DE RIESGO | No. DE ACCIDENTES DE TRABAJO |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Biológico | 25 |
| Biomecánico | 14 |
| Físico | 2 |
| Mecánico | 8 |
| Locativo | 7 |
| Químico | 3 |
| Público | 1 |
| TOTAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO | 60 |

4.9. 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.

4.9.1. Implementación

En el sistema de riesgos de SARLAFT se identificaron 4 riesgos en nivel moderado, no existe 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.

4.9.2. Socialización del Sistema

No se reporta evidencias de socialización de los riesgos identificados.

4.9.3. Materialización de Riesgos

No se reporta materialización de riesgos en el sistema.

4.10. 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

4.10.1. Implementación

En el sistema de riesgos de emergencias y desastres, se identificaron 19 riesgos en nivel bajo, no se cuenta con planes de acción para su mitigación.

4.10.2. 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 2 de febrero 2023 Evidencias de la socialización.

4.10.3. Materialización de Riesgos

Se presentaron 6 eventos y se materializaron cinco riesgos identificados en el sistema de Riesgos de Emergencias y Desastres durante el primer semestre del 2023, con las siguientes acciones:

| Riesgo | ¿Cómo se materializo? | ¿Qué acciones se han tomado | Avance |
|--|--|---|--------|
| GRD-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 aproximadamente las 9:00 horas del jueves 23 de febrero de 2023 sobre el sector sur oriental de la ESE Hospital Universitario de Santander, se ejecutaban actividades de excavación mecánica, sobre la ubicación de la torre oriental que hace parte integral del contrato de obra 221 de 2022, durante el inicio de la maniobra, la retroexcavadora tiro el cable de la acometida del servicio | 1P. Planear las actividades para mitigar el riesgo | 100% |
| | | 2H. Ejecutar las actividades planeadas para mitigar daño de la red eléctrica de farmacia | 40% |
| | | 3V. Verificar que las actividades planeadas para mitigar el daño de la red eléctrica de farmacia se hayan realizado | 50% |

| | | | |
|--|--|--|------|
| | de farmacia, esta acción trajo como consecuencia, la afectación general del suministro eléctrico del servicio de farmacia | 4A. Actuar sobre los hallazgos encontrados en la ejecución de actividades para mitigar el daño de la red eléctrica de farmacia | 50% |
| GRD 19 Probabilidad de afectación en la prestación del servicio, por daños en la infraestructura física por eventos internos o externos | Siendo las 14:20 horas del miércoles 29 de marzo en el segundo piso, se estaba realizando retiro de ventanas de la central de urgencias fase 2, que está en proceso de construcción, cuando un bloque mampostería del friso de la fachada se desprende y cae sobre el techo de ensamble de alimentos produciendo la ruptura del techo. | 1P. Planear las actividades para mitigar el riesgo GRD 19 -ensamble de alimentos | 100% |
| | | 2H. Ejecutar las actividades planeadas para mitigar el riesgo GRD19 ensamble de alimentos | 100% |
| | | 3V. Verificar que las actividades planeadas se realicen para mitigar el riesgo GRD 19- ensamble de alimentos | 100% |
| | | 4A. Actuar sobre los resultados obtenidos en la verificación de actividades para mitigar el riesgo GRD 19 -ensamble de alimentos | 100% |
| GRD 18 Probabilidad de afectación en la prestación del servicio por ocurrencia de una Inundación por eventos internos y externos | Siendo las 15: 30 del martes 30 de mayo 2023 se presenta ruptura de tubo de la red hidráulica de la central de urgencias fase II se inunda el servicio de urgencias piso 1 área de trauma y sala de procedimientos, se verifica el daño y una vez identificado el daño se realiza cierre sectorizado del área quedando sin servicio de agua potable del 1 al 6 piso. | 1P. Planear actividades para mitigar el riesgo de inundación en urgencias | 100% |
| | | 2H. Ejecutar las actividades planeadas para mitigar el riesgo de inundación en urgencias | 100% |
| | | 3V. Verificar que las actividades planeadas se realicen para mitigar el riesgo de inundación en urgencias | 100% |
| | | 4A. Actuar según los hallazgos encontrados en la verificación de actividades | 50% |
| GRD 06 Probabilidad de afectación de la prestación del servicio por falla en el suministro de agua por daños en las | Siendo las 15:45 horas del día martes 6 de junio del 2023 se reporta al taller de mantenimiento de la planta física sobre la salida de agua proveniente de la rampa adjunta al tanque de oxígeno. Se procede a | 1P. Planear las actividades para mitigar el riesgo de daños en la acometida hidráulica | 100% |
| | | 2H. Ejecutar las actividades para mitigar el riesgo de daños en la acometida hidráulica | 50% |

| | | | |
|--|--|---|------|
| redes | verificar el daño por parte de los técnicos y coordinador de enlace de mantenimiento encontrando que el tubo de la red principal sobre la acometida que alimenta el tanque de reserva de agua se encuentra fisurado. | 3V. Verificar que las actividades planeadas se ejecuten | 0% |
| | | 4A. Actuar sobre los hallazgos encontrados en la verificación de las actividades para mitigar el riesgo de daños en la acometida hidráulica | 0% |
| GRD 18 Probabilidad de afectación en la prestación del servicio por ocurrencia de una Inundación por eventos internos y externos | Siendo las 16:00 del jueves 8 de junio 2023 se presenta fuerte aguacero en la ciudad de Bucaramanga y se inunda el área de ropería | 1P. Planear las actividades para mitigar el riesgo de inundación en ropería | 100% |
| | | 2H. Ejecutar las acciones planeadas | 100% |
| | | 3V. Verificar que las acciones planeadas se realicen para mitigar la probabilidad de inundación en ropería | 100% |
| | | 4A. Actuar sobre los hallazgos encontrados riesgo de inundación en ropería | 50% |
| GRD 16 Probabilidad de afectación en la prestación del servicio por Falla en el servicio de ascensores por daño de las maquinas | El 21 de junio se presenta fallas en el ascensor | 1P. Planear las actividades para mitigar la falla de la prestación del servicio de ascensores por daño de la maquina | 100% |
| | | 2H. Ejecutar las acciones planeadas por falla ascensores | 100% |
| | | 3V. Verificar que las acciones planeadas se ejecuten | 100% |
| | | 4A. Actuar de acuerdo con los resultados de la verificación de actividades | 50% |

4.11. 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.

4.11.1. 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”.

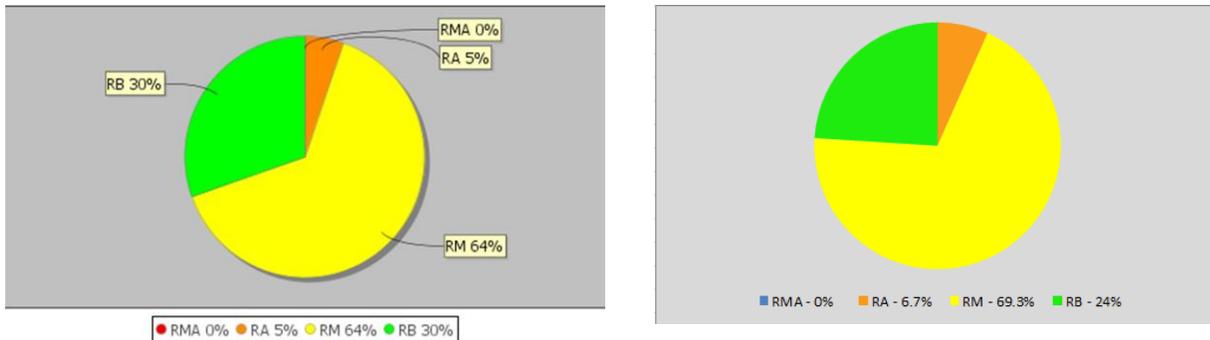


Figura 1: Distribuciones de riesgo de referencia del SEVRRRA, comparado con la evaluación del servicio de braquiterapia de la ESE-HUS. Fuente: Evaluación de Seguridad Radiológica – Braquiterapia

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”.

4.11.2. Socialización del sistema

No reportan avance de socialización de los riesgos del sistema.

4.11.3. Materialización de Riesgos

En este informe que se presentaron fallas asociadas al funcionamiento de los equipos biomédicos utilizados en los procedimientos de braquiterapia. El primer suceso mencionado no representó ningún evento adverso sobre las pacientes, pero implicó la prolongación de la ejecución de los tratamientos, lo que conlleva mayor incomodidad para los pacientes. El segundo suceso no tuvo implicación alguna sobre los pacientes.

| SUCESO | IDENTIFICACIÓN DEL SUCESO | INTERVENCIÓN | CONSECUENCIAS |
|--|--|--|--|
| <p>Suceso 1: Imágenes radiográficas para la planeación de tratamientos de braquiterapia de calidad reducida.</p> <p>Durante el trimestre cobijado por el presente informe se presentó la falla del equipo de rayos X portátil digital que se utiliza para la obtención de las imágenes para la planeación de los tratamientos de braquiterapia, lo que obligó al uso de otro equipo de rayos X con tecnología CR (no digital), con el que se obtienen imágenes radiográficas de menor</p> | <p>Se presentó una falla en el sistema mecánico del equipo de rayos X portátil digital Carestream de la ESE HUS, el cual se usa de manera rutinaria para la obtención de las imágenes para planeación de radioterapia, por lo que se debió usar un equipo de rayos X portátil Toshiba con imágenes obtenidas con la técnica CR, que han resultado de menor calidad que las del primer equipo mencionado.</p> | <p>Se hizo seguimiento a la reparación del equipo de rayos X portátil digital Carestream hasta que, después de cerca de dos meses, nuevamente estuvo habilitado para ser usado en los procedimientos de braquiterapia.</p> | <p>El equipo de rayos X portátil con el que se cuenta tiene tecnología de formación de imágenes CR para lo que se requiere procesar el chasis CR en el digitalizador que se localiza en el servicio de Imagenología, lo que conlleva a mayores tiempos entre la irradiación y la importación de las imágenes al sistema de planeación, lo que se hace más notorio en los casos en que se requiere el reposicionamiento de los aplicadores. También se ha evidenciado menor calidad de imagen con este equipo, lo que en ocasiones ha requerido la repetición de las mismas con mayor aumento</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| calidad con respecto a las que se pueden obtener con el equipo de rayos X digital, o con un equipo arco en C propio del servicio de radioterapia, con el que no se cuenta desde inicios de 2020. | | | de tiempo en el procedimiento. |
| Suceso 2: Falla en el computador del equipo de braquiterapia Se presentó una falla en el computador que controla el equipo GammaMed Plus iX de braquiterapia llevando a que el computador se bloquee. | Se presenta falla en el computador que controla el equipo de braquiterapia el día 30 de junio de 2023 mientras se realizaban pruebas de control de calidad tras el recambio de la fuente radiactiva de iridio 192. | Se notificó a ingeniero de servicio que se encontraba cerca de las instalaciones, luego de la realización del recambio de la fuente radiactiva, y realizó una recuperación de datos del sistema. Recomendó borrar los planes de prueba que tuvieran cerca de 25 o más sesiones ejecutas, por lo que se procedió a borrar todos los planes de prueba existentes, y se crearon nuevas a necesidad de las pruebas a realizar. | Se debió posponer un día hábil la realización de una prueba de control de calidad con el equipo. |

4.12. 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.

4.12.1. Implementación

El sistema de riesgos de gestión documental cuenta con 3 riesgos identificados en nivel aceptable, por tanto no fueron priorizados y no existen planes de acción para este año 2023.

A continuación, se relacionan los 3 hallazgos identificados:

| RIESGO | CONTROL |
|--|--|
| Posibilidad de afectación ambiental por no apropiación de la política de cero papel y la conservación ambiental. | El profesional de Gestión Documental verifica el cumplimiento de la Política de Gestión Documental, en la cual se apliquen adecuadamente las herramientas archivísticas. Queda evidencia en las actas del Comité de Gestión y Desempeño. |

| | |
|---|---|
| Posibilidad de inadecuada aplicación de la gestión documental por no apropiación de los instructivos archivísticos. | El equipo de Gestión Documental realiza anualmente un cronograma de capacitaciones y transferencias, en donde se capacita al personal sobre las herramientas archivísticas de la institucionales. Quedo evidencia en los formatos de asistencia. |
| Posibilidad de falta de espacio en el archivo de gestión por falta de revisión y eliminación de las copias de documentos para transferir. | El profesional universitario de Gestión documental capacita anualmente a todo el personal de la ESE HUS en la Gestión documental. Como evidencia quedan las listas de asistencia. En caso de desviaciones se regresa el archivo o documentos al área. |

4.12.2. Materialización de Riesgos

No se reporta materialización de riesgos en el sistema. Sin embargo, durante las auditorías llevadas a cabo por la Oficina de Control Interno en el año 2023, se detectaron hallazgos vinculados a la Gestión Documental de la ESE HUS.

| PROCESO | HALLAZGO |
|-------------|---|
| Facturación | H6. Deficiencia en la gestión documental de archivo |
| Farmacia | H3. Incumplimiento en la gestión documental |
| Cartera | H1. Inadecuada aplicación en la gestión documental |

Por consiguiente, se sugiere reforzar los controles existentes, dado que actualmente se centran en la capacitación en asuntos documentales. Además, se recomienda valorar de nuevo tanto los riesgos como los controles, tomando en consideración los resultados obtenidos de las auditorías internas realizadas.

4.13. 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.

4.13.1. 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 | Consulta Externa Probabilidad de no realizar el Procedimiento de Biopsia por Insumos insuficientes. | 1P. Definir cronograma de solicitud de insumos y medicamentos. | 100% |
| | | 2H. Realizar solicitudes de insumos y medicamentos de acuerdo al cronograma planeado. | 80% |

| | | | |
|---|---|--|------|
| | | 3V. Verificar entrega de insumos y medicamentos de acuerdo a las solicitudes realizadas. | 70% |
| | | 4A. Tomar acciones de acuerdo a las desviaciones encontradas. | 0% |
| 2 | Consulta Externa Probabilidad de no realizar el Procedimiento de Colposcopia por Insumos insuficientes. | 1P. Definir cronograma de solicitud de insumos y medicamentos. | 100% |
| | | 2H. Realizar solicitudes de insumos y medicamentos de acuerdo al cronograma planeado. | 80% |
| | | 3V. Verificar entrega de insumos y medicamentos de acuerdo a las solicitudes realizadas. | 70% |
| | | 4A. Tomar acciones de acuerdo a las desviaciones encontradas. | 0% |
| 3 | Consulta Externa Posibilidad de incumplimiento a los correctos de administración de biológicos | 1P. Estructurar dentro del programa de farmacovigilancia los correctos para la administración de biológicos. | 100% |
| | | 2H. Documentar y socializar los correctos para la administración de biológicos en el marco del programa de farmacovigilancia. | 100% |
| | | 3V. Monitorear sistemáticamente la adherencia a los correctos en la administración de biológicos en el marco del programa de farmacovigilancia. | 0% |
| | | 4A. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas en la implementación de los correctos para la administración de biológicos. | 0% |
| 4 | Consulta Externa Probabilidad de no realizar el Procedimiento de Crioterapia por Insumos insuficientes. | 1P. Definir cronograma de solicitud de insumos y medicamentos. | 100% |
| | | 2H. Realizar solicitudes de insumos y medicamentos de acuerdo al cronograma planeado. | 80% |
| | | 3V. Verificar entrega de insumos y medicamentos de acuerdo a las solicitudes realizadas. | 70% |
| | | 4A. Tomar acciones de acuerdo a las desviaciones encontradas. | 0% |
| 5 | Esterilización Posibilidad de desabastecimiento de ropa quirúrgica (tela) en el servicio de central de esterilización | 1P. Establecer estrategias de socialización del Procedimiento para el manejo interno de ropa hospitalaria GAF-SBA-PR-02 | 100% |
| | | 2H. Socializar el Procedimiento para el manejo interno de ropa hospitalaria GAF-SBA-PR-02 en los grupos efectivos de trabajo y otros mecanismos de despliegue. | 100% |
| | | 3V. Verificar la tendencia a la mejora en el abastecimiento de ropa quirúrgica (tela) en el servicio de central de esterilización | 0% |

| | | | |
|---|---|--|------|
| | | 4A. Tomar acciones frente al riesgo residual de Posibilidad de desabastecimiento de ropa quirúrgica (tela) en el servicio de central de esterilización | 0% |
| 6 | Esterilización Posibilidad de esterilizar dispositivos médicos - instrumental quirúrgico sin el cumplimiento de los requisitos de procedimiento de para la recepción de dispositivos médicos. | 1P. Fortalecer las estrategias para el cumplimiento de los requisitos de procedimiento para la recepción de dispositivos médicos | 100% |
| | | 2H. Implementar las estrategias para el cumplimiento de los requisitos de procedimiento para la recepción de dispositivos médicos | 100% |
| | | 3V. Verificar la implementación de las estrategias para el cumplimiento de los requisitos de procedimiento para la recepción de dispositivos médicos | 0% |
| | | 4A. Actuar frente a las observaciones encontradas | 0% |
| 7 | Farmacia Posibilidad de afectación en la salud del paciente por no etiquetado de medicamentos. | 1P. Identificar los elementos requeridos que permitan ejercer vigilancia y control sobre los medicamentos LASA en el marco de la normatividad vigente. | 100% |
| | | 2H. Sensibilizar al personal responsable del uso seguro de los medicamentos de alto riesgo y medicamentos similares (LASA). | 100% |
| | | 3V. Seguimiento mensual al cumplimiento de las condiciones de uso seguro de los medicamentos de alto riesgo y medicamentos similares (LASA). | 50% |
| | | 4A. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones evidenciadas. | 0% |
| 8 | Farmacia Probabilidad de no realizar análisis de causalidad de los eventos adversos asociados a medicamentos. | 1P. Identificar los documentos aplicables a Farmacovigilancia | 100% |
| | | 2H. Actualizar los documentos aplicables a Farmacovigilancia | 100% |
| | | 3H. Socializar los documentos actualizados aplicables a Farmacovigilancia | 100% |
| | | 4V. Verificar la entrega de los informes de análisis de los reportes a la Secretaría de Salud Departamental | 0% |
| | | 5A. Actuar frente a las desviaciones encontradas | 0% |
| 9 | Farmacia Probabilidad de no notificar los reportes relacionados con los eventos adversos asociados a medicamentos. | 1P. Realizar un cronograma de rondas de Farmacovigilancia articulado con el programa de seguridad del paciente. | 100% |
| | | 2H. Actualizar el instrumento para verificar la implementación de las recomendaciones del uso seguro de medicamentos. | 100% |

| | | | |
|----|---|--|------|
| | | 3V. Implementar el instrumento en las rondas de Farmacovigilancia y generar un informe con los hallazgos. | 100% |
| | | 4A. Actuar frente a las desviaciones encontradas | 0% |
| 10 | Farmacia Probabilidad de afectación en la salud del paciente por omiso en la doble verificación de la prescripción durante la dispensación de medicamentos. | 1P. Realizar un cronograma de inducción y capacitación en la correcta dispensación al personal del servicio farmacéutico. | 100% |
| | | 2H. Realizar la doble verificación de la tirilla de dispensación al momento de realizar la entrega del pedido a los servicios asistenciales. | 100% |
| | | 3V. Comprobar diariamente el correcto diligenciamiento de las tirillas de dispensación. | 0% |
| | | 4A. Actuar frente a las desviaciones encontradas. | 0% |
| 11 | Gestión de Cuidados Intensivos Probabilidad de transmisión de enfermedades infecto-contagiosas entre pacientes críticos asociados a la atención en salud. | 1P. Planear estrategias para fortalecer en el talento humano la correcta ejecución de las medidas de precaución adicional e higiene de manos en los cinco momentos | 100% |
| | | 2H. Implementar estrategias para fortalecer en el talento humano la correcta ejecución de las medidas de precaución adicional e higiene de manos en los cinco momentos | 75% |
| | | 3V. Evaluar la adherencia a estrategias para fortalecer en el talento humano la correcta ejecución de las medidas de precaución adicional e higiene de manos en los cinco momentos. | 100% |
| | | 4A. Tomar decisiones de acuerdo a los resultados obtenidos. | 0% |
| 12 | Gestión de la tecnología Probabilidad de aumento de incidentes y eventos adversos por la falta de información a los colaboradores sobre la prevención de los principales riesgos asociados al uso de la tecnología. | 1P. Fortalecer la difusión de información a los colaboradores sobre seguridad del uso de la tecnología, priorizar la identificación, incluyendo (medicamentos, equipos biomédicos y dispositivos médicos) y sus respectivos riesgos. | 100% |
| | | 2H. Identificar los riesgos asociados a las tecnologías priorizadas. | 50% |
| | | 3H. Socializar a los colaboradores los riesgos identificados en el uso de la tecnología y su participación en la prevención de los mismos. | 0% |
| | | 4V. Monitorear la estrategia de identificación de los riesgos asociados al uso de la tecnología. | 0% |
| | | 5A. Tomar decisiones de acuerdo a los resultados encontrados. | 0% |
| 13 | Gestión de la tecnología | 1P. Identificar la estrategia del abordaje de información a los usuarios sobre los riesgos de la | 100% |

| | | | |
|----|---|--|------|
| | Probabilidad de aumento de incidentes y eventos adversos por la falta de información a los usuarios sobre la prevención de los principales riesgos asociados al uso de la tecnología. | tecnología (medicamentos, equipos biomédicos y dispositivos médicos) y su participación en la prevención de los riesgos asociados a su alcance (seleccionar tecnología) | |
| | | 2H. Documentar la metodología para el abordaje de información a los usuarios sobre los riesgos de la tecnología y su participación en la prevención de los mismos. | 0% |
| | | 3H. Socializar a los usuarios los riesgos identificados en el uso de la tecnología y su participación en la prevención de los mismos. | 0% |
| | | 4V. Monitorear por medio de auditorías la metodología implementada. | 0% |
| | | 5A. Tomar decisiones de acuerdo a los hallazgos. | 0% |
| 14 | Gestión de Urgencias Probabilidad de inserción de DIU a paciente que no lo solicita. | 1P. Identificar las posibles causas que impiden la correcta identificación del paciente. | 100% |
| | | 2H. Implementar estrategias que permitan subsanar las causas que impiden la correcta identificación del paciente. | 100% |
| | | 3V. Realizar seguimiento a la correcta identificación del paciente. | 100% |
| | | 4A. Actuar de acuerdo a las desviaciones encontradas. | 100% |
| 15 | Gestión de Urgencias Probabilidad de urgencia médica vital en el personal asistencial que realiza el traslado. | 1P. Identificar las estrategias a que permitan el abordaje preventivo del riesgo identificado. | 100% |
| | | 2H. Transmitir las estrategias identificadas a las dependencias institucionales (seguridad y salud en el trabajo - subgerencia tecnocientífica Medicas) y coordinadores de enlace de la empresa contratista. | 100% |
| | | 3V. Verificar la implementación de las estrategias que permitan la disminución de probabilidad en la ocurrencia de urgencia médica vital en el personal asistencial que realiza el traslado. | 0% |
| | | 4A. Actuar de acuerdo a las estrategias implementadas desde el enfoque preventivo. | 0% |
| 16 | Gestión Quirúrgica Probabilidad de contagio infeccioso en el personal asistencial de quirófanos | 1P. Identificar las estrategias que permitan el abordaje preventivo del riesgo | 100% |
| | | 2H. Implementar las estrategias que permitan el abordaje preventivo del riesgo | 100% |
| | | 3V. Verificar la implementación de las estrategias que permitan disminuir la probabilidad de contagio infeccioso en el personal asistencial de quirófanos | 100% |

| | | | |
|----|---|---|------|
| | | 4A. Actuar de acuerdo al nivel de cumplimiento de las estrategias implementadas | 0% |
| 17 | Gestión Quirúrgica Probabilidad de afectación del paciente por enfermedad inminente al especialista que se encuentra en acto quirúrgico | 1P. Identificar las estrategias a que permitan el abordaje preventivo del riesgo identificado | 100% |
| | | 2H. Transmitir las estrategias identificadas a las dependencias institucionales (seguridad y salud en el trabajo) y empresas contratistas. | 100% |
| | | 3V. Verificar la implementación de las estrategias que permitan disminuir la Probabilidad de afectación del paciente por enfermedad inminente al especialista que se encuentra en acto quirúrgico | 100% |
| | | 4A. Actuar de acuerdo al nivel de cumplimiento de las estrategias implementadas | 0% |
| 18 | Hemocentro Posibilidad del incumplimiento con el almacenamiento y desecho de Hemocomponentes vencidos | 1P. Establecer la estrategia de señalización o alerta de vencimiento de hemocomponente | 100% |
| | | 2H. Documentar el sistema de alerta para el vencimiento de hemocomponente, y socialización a la persona al personal del hemocentro | 100% |
| | | 3V. Verificar el cumplimiento de estrategias definidas para la identificación, intervención y seguimiento a factores de riesgo asociados a almacenamiento y desecho de Hemocomponentes vencidos | 100% |
| | | 4A. Tomar acciones frente a los resultados obtenidos | 0% |
| 19 | Hemocentro Probabilidad del incumplimiento en la entrega oportuna de hemocomponentes. | 1P. Realizar cronograma de trabajo para la socialización del indicador de oportunidad en la entrega de hemocomponentes el Hemocentro de Santander. | 100% |
| | | 2H. Socializar en los grupos primarios del Hemocentro el comportamiento de los indicadores HEM-12,24,26 Y 28 Oportunidad en la entrega de hemocomponentes a los servicios de Urgencias, cirugía, hospitalización y UCI. | 100% |
| | | 3V. Monitorear el comportamiento de los indicadores HEM-12,24,26 y 28 para detectar desviaciones en el proceso. | 100% |
| | | 4A. Generar acciones de mejora si se requieren. | 0% |
| 20 | Hemocentro Probabilidad de manejo inadecuado de la reacción adversa a la donación | 1P. Realizar cronograma de trabajo para la gestión de las reacciones adversas a la donación | 100% |
| | | 2H. Realizar como mínimo dos capacitaciones dirigidas al personal del Hemocentro sobre el paquete instruccional de identificación del paciente aplicable al servicio de gestión pre transfusional del | 100% |

| | | | |
|----|--|---|------|
| | | Hemocentro y presentar los informes de ejecución de capacitaciones. | |
| | | 3V. Revisar los informes de ejecución de capacitaciones. | 100% |
| | | 4A. Generar acciones de mejora si se requieren. | 10% |
| 21 | Hemocentro Probabilidad de tomar la muestra al paciente incorrecto | 1P. Realizar cronograma de trabajo para la socialización del paquete instruccional de identificación del paciente aplicable al servicio de gestión pre transfusional del Hemocentro | 100% |
| | | 2H. Realizar como mínimo dos capacitaciones dirigidas al personal del Hemocentro sobre el paquete instruccional de identificación del paciente aplicable al servicio de gestión pre transfusional del Hemocentro y presentar los informes de ejecución de capacitaciones. | 100% |
| 21 | Hemocentro Probabilidad de tomar la muestra al paciente incorrecto | 3V. Revisar los informes de ejecución de capacitaciones. | 100% |
| | | 4A. Generar acciones de mejora si se requieren. | 10% |
| 22 | Hospitalización Probabilidad de presentar hemorragia interventricular en el recién nacido. | 1P. Definir los documentos aplicables a hemorragia interventricular en el recién nacido | 100% |
| | | 2H. Crear, actualizar y socializar los documentos aplicables a hemorragia interventricular en el recién nacido | 100% |
| | | 3V. Evaluar la adherencia al conocimiento de la población objeto definida | 100% |
| | | 4A. Actuar frente a las desviaciones encontradas | 0% |
| 23 | Imagenología Probabilidad de no revisión de orden medica en el sistema. | 1P. Definir estrategias para el buen diligenciamiento de la orden médica. | 100% |
| | | 2H. Implementar las estrategias para fortalecer el buen diligenciamiento de las ordenes medicas en la institución. | 100% |
| | | 3V. Verificar por medio de aplicación de lista de chequeo el buen diligenciamiento de la orden médica. | 0% |
| | | 4A. Tomar acciones frente a los resultados obtenidos. | 0% |
| 24 | Imagenología Probabilidad del no diligenciamiento del consentimiento informado. | 1P. Definir estrategias para el diligenciamiento del consentimiento informado. | 100% |
| | | 2H. Implementar las estrategias para fortalecer el diligenciamiento completo del consentimiento informado en el servicio de imagenología. | 100% |

| | | | |
|----|---|--|------|
| | | 3V. Verificar el diligenciamiento completo del consentimiento informado por medio de auditoría. | 0% |
| | | 4A. Tomar acciones frente a los resultados obtenidos. | 0% |
| 25 | Infectología Probabilidad de incumplimiento en la profilaxis antibiótica | 1P. Identificar las estrategias para monitorear sistemáticamente la adherencia al cumplimiento del protocolo para Profilaxis antibiótica. | 100% |
| | | 2H. Implementar las estrategias para monitorear sistemáticamente la adherencia al cumplimiento del protocolo para Profilaxis antibiótica. | 100% |
| | | 3V. Evaluar la adherencia al protocolo de profilaxis antibiótica mediante indicador | 100% |
| | | 4A. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones identificadas en la medición del indicador. | 0% |
| 26 | Infectología Probabilidad de baja adherencia del personal de salud al protocolo institucional de higiene de manos basados en los 5 momentos de la Organización Mundial de la Salud. | 1P. Identificar estrategias para fortalecer el despliegue y evaluación a los colaboradores al porcentaje de adherencia al cumplimiento de los cinco momentos de la higiene de manos. | 100% |
| | | 2H. Implementar las estrategias para fortalecer el despliegue a los colaboradores al porcentaje de adherencia al cumplimiento de los cinco momentos de la higiene de manos. | 100% |
| | | 3V. Evaluar el conocimiento en los colaboradores al porcentaje de adherencia al cumplimiento de los cinco momentos de la higiene de manos. | 100% |
| | | 4A. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas. | 0% |
| 27 | Laboratorio Clínico Posibilidad de falla en la competencia técnica del personal. | 1P. Fortalecer el proceso de verificación en las condiciones para la correcta toma y embalaje de muestras biológicas | 100% |
| | | 2H. Promover la implementación en el proceso de verificación en las condiciones para la correcta toma y embalaje de muestras biológicas | 100% |
| | | 3V. Verificar el cumplimiento a la implementación en el proceso de verificación en la condición para la correcta toma y embalaje de muestras biológicas | 50% |
| | | 4A. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas. | 0% |
| 28 | Laboratorio Clínico Posibilidad de inadecuadas condiciones de temperatura, humedad | 1P. Identificar las condiciones de Almacenamiento de los reactivos de diagnóstico in vitro. | 100% |
| | | 2H. Realizar capacitaciones a los colaboradores en el adecuado almacenamiento de los reactivos de | 100% |

| | | | |
|----|--|--|------|
| | e iluminación para el almacenamiento del reactivo o insumos. | diagnóstico in vitro cumpliendo las indicaciones del fabricante. | |
| | | 3V. Verificar mediante listas de chequeo el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento de los reactivos de diagnóstico in vitro. | 100% |
| | | 4A. Actuar frente a las desviaciones encontradas. | 0% |
| 29 | Laboratorio Clínico Probabilidad de desconocimiento en el uso de la tecnología. | 1P. Identificar el uso correcto de la tecnología utilizada en las pruebas POCT de la ESE HUS. | 100% |
| | | 2H. Realizar capacitaciones a los colaboradores en el adecuado uso de la tecnología utilizada en pruebas POCT cumpliendo las indicaciones del fabricante. | 100% |
| 29 | Laboratorio Clínico Probabilidad de desconocimiento en el uso de la tecnología. | 3V. Verificar mediante listas de chequeo el cumplimiento de los colaboradores al uso correcto de la tecnología utilizada en Pruebas POCT | 100% |
| | | 4A. Actuar frente a las desviaciones encontradas. | 0% |
| 30 | Laboratorio Clínico Probabilidad de no realizar la solicitud de reactivos e insumos a los proveedores. | 1P. Identificar las necesidades de reactivos e insumos en cada área del Laboratorio Clínico, para realizar la solicitud de los mismos a los proveedores. | 100% |
| | | 2H. Realizar la solicitud de reactivos e insumos a los proveedores de acuerdo a las necesidades de los mismos por cada área del Laboratorio Clínico. | 50% |
| | | 3V. Verificar el cumplimiento a solicitud de reactivos e insumos a los proveedores de acuerdo a las necesidades de los mismos por cada área del Laboratorio Clínico. | 50% |
| | | 4A. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas. | 0% |
| 31 | Nutrición Probabilidad de planear la terapia nutricional erradamente. | 1P. Diseñar espacios de formación y actualización en manejo nutricional clínico dirigido a profesionales de nutrición. | 100% |
| | | 2H. Elaborar cronograma de espacios de formación y actualización en manejo nutricional clínico dirigido a profesionales de nutrición. H2: Desplegar espacios de formación y actualización en manejo nutricional clínico dirigido a profesionales de nutrición. | 61% |
| | | 3V. Evaluar adherencia a conocimientos del manejo nutricional clínico reforzado, a los a profesionales de nutrición. | 100% |
| | | 4A. Tomar acciones frente a los resultados obtenidos. | 0% |

| | | | |
|----|---|--|------|
| 32 | Nutrición Probabilidad de no generación de interconsulta a nutrición clínica. | 1P. Fortalecer la generación de interconsulta a los profesionales de salud de la ESE HUS. | 100% |
| | | 2H. Elaborar material gráfico de signos clínicos clave del paciente con malnutrición que requieran interconsulta por nutrición H2: Desplegar material gráfico de signos clínicos clave del paciente con malnutrición a profesionales de salud de la ESE HUS. | 100% |
| | | 3V. Medir la identificación de signos clínicos clave de malnutrición por los profesionales de salud de la ESE HUS. | 0% |
| | | 4A. Tomar acciones frente a los resultados obtenidos. | 0% |
| 33 | Oncología Probabilidad del desarrollo de citotoxicidad asociado al tratamiento de quimioterapia | 1P. Definir actividades para avanzar en la mitigación del riesgo de desarrollo de citotoxicidad en el paciente oncológico. | 100% |
| | | 2V. Realizar actividades definidas para avanzar en la mitigación del riesgo de desarrollo de citotoxicidad en el paciente oncológico | 60% |
| | | 3V. Verificar el desarrollo de actividades definidas para avanzar en la mitigación del riesgo de desarrollo de citotoxicidad en el paciente oncológico | 0% |
| | | 4A. Actuar de acuerdo a los resultados obtenidos | 0% |
| 34 | Oncología Probabilidad de afectación en la salud mental y estado de ánimo del paciente y/o cuidador, asociados al diagnóstico y/o efectos secundarios del tratamiento oncológico. | 1. Definir actividades para avanzar en evaluación y seguimiento del paciente oncológico en cuanto a salud mental | 100% |
| | | 2H. Realizar actividades para avanzar en evaluación y seguimiento del paciente oncológico en cuanto a salud mental | 70% |
| | | 3V. Verificar el avance logrado en evaluación y seguimiento del paciente oncológico en cuanto a salud mental | 0% |
| | | 4V. Actuar de acuerdo a los resultados obtenidos | 0% |
| 35 | Oncología Probabilidad de malnutrición asociada a la patología, hospitalización y/o tratamiento oncológico | 1P. Planear en conjunto con profesionales en nutrición y especialistas en oncología, las actividades pertinentes para tratar y disminuir el riesgo de malnutrición en el paciente oncológico | 100% |
| | | 2H. Avanzar en el desarrollo de las actividades planeadas para tratar y disminuir el riesgo de malnutrición en el paciente oncológico | 60% |

| | | | |
|----|---|---|------|
| | | 3V. Verificar la realización de las actividades planeadas y la evidencia correspondiente | 0% |
| | | 4A. Actuar con base en los resultados obtenidos | 0% |
| 36 | Oncología Probabilidad de presentar dolor asociado a a la patología diagnosticada y/o a la enfermedad metastásica | 1P. Planear en conjunto con especialistas en Dolor y especialistas en oncología, las actividades pertinentes para valorar y dar manejo al dolor en el paciente oncológico | 100% |
| | | 2H. Avanzar en el desarrollo de las actividades definidas para valorar y dar manejo al dolor en el paciente oncológico | 60% |
| | | 3V. Verificar la realización de las actividades planeadas y la evidencia correspondiente | 0% |
| | | 4A. Actuar de acuerdo a los resultados obtenidos | 0% |
| 37 | Oncología Probabilidad de presentar extravasación asociada a la administración de la quimioterapia | 1P. Planear actividades para fortalecer capacitación, entrenamiento y de revisión de perfiles para el personal de enfermería que administra quimioterapias | 100% |
| | | 2H. Realizar actividades para fortalecer capacitación, entrenamiento y de revisión de perfiles para el personal de enfermería que administra quimioterapias | 60% |
| | | 3V. Verificar la realización de las actividades planeadas y la evidencia correspondiente | 0% |
| | | 4A. Actuar con base en los resultados obtenidos | 0% |
| 38 | Patología Probabilidad de dañar el tejido durante el proceso. | 1P. Establecer las estrategias para fortalecer la socialización de los procedimientos GAD-PAT-PR-03 GAD-PAT-PR-04 GAD-PAT-PR-05 GAD-PAT-PR-06 | 100% |
| | | 2H. Ejecutar las estrategias de socialización de los procedimientos | 50% |
| | | 3V. Verificar la socialización de los procedimientos | 50% |
| | | 4A. Actuar frente a las observaciones encontradas | 0% |
| 39 | Patología Posibilidad de recepcionar una muestra en condiciones no adecuadas | 1P. Establecer las estrategias para fortalecer la implementación del GAD-PAT-PR-15 (Cronograma de capacitación) | 100% |
| | | 2H. Ejecutar las estrategias establecidas del GAD-PAT-PR-15 | 25% |
| | | 3V. Verificar a través del indicador Proporción de rechazos de muestras de exámenes o especímenes y el correcto diligenciamiento del formato GAD-PAT-FO-17 | 0% |

| | | | |
|----|--|--|------|
| | | 4A. Actuar frente a las desviaciones encontradas | 0% |
| 40 | Rehabilitación Posibilidad de contagio del personal o usuarios por exposición a infecciones respiratorias. | 1P. Identificar si en el procedimiento de preparación previa se encuentran todas las indicaciones para la realización del procedimiento. | 100% |
| | | 2H. Actualizar, socializar e implementar el documento incluyendo todas las indicaciones para la realización del procedimiento. | 100% |
| | | 3V. Verificación de la implementación de documento actualizado. | 0% |
| | | 4A. Tomar acciones según las desviaciones encontradas. | 0% |
| 41 | Rehabilitación Probabilidad de infección del paciente. | 1P. Definir dentro el cuidado de las heridas y zonas quirúrgicas de los pacientes atendidos en el Taller de Ortesis y Prótesis. | 100% |
| | | 2H. Actualizar, socializar e implementar los documentos incluyendo lo definido para el manejo de heridas y zonas quirúrgicas. | 100% |
| | | 3V. Verificación de la implementación del documento actualizado. | 100% |
| | | 4A. Tomar acciones según las desviaciones encontradas. | 0% |

4.13.2. Debilidades encontradas

Se observó que las siguientes actividades no cumplen con el porcentaje de avance esperado, de acuerdo a la fecha de corte:

| Estándar / Eje | Actividad | Fecha de inicio | Fecha final | Observación |
|-------------------------|---|-----------------|-------------|---|
| Consulta Externa | 3V. Monitorear sistemáticamente la adherencia a los correctos en la administración de biológicos en el marco del programa de farmacovigilancia. | 2023-06-01 | 2023-10-31 | Avance: 0% No reportan avance, encontrándose atrasada. |
| Rehabilitación | 3V. Verificación de la implementación de documento actualizado. | 2023-06-01 | 2023-11-30 | Avance: 0% Reportan avance del 40% indicando que Se realiza material despliegue del instructivo de preparación previa del servicio de neumología a personal encargado de call center, sin embargo, no adjuntan evidencia de lo realizado, por lo tanto, se registra avance 0% y se deja en estado atrasada. |

4.13.3. 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 en cuanto a la implementación de los sus subsistemas de administración de riesgos (i) Salud; (ii) Actuarial; (iii) Crédito; (iv) Liquidez.
- Realizar el análisis de contexto interno y externo de acuerdo con lo establecido en el “ANEXO 4 LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS DE SEGURIDAD DIGITAL EN ENTIDADES PÚBLICAS” y dejar evidencia documental del mismo. Lo anterior permitirá asegurar el alcance de los activos de seguridad digital y establecer el tratamiento de los mismos.
- Complementar el Mapa de Riesgos de Seguridad de la Información con los activos de seguridad digital críticos no incluidos, lo anterior teniendo en cuenta que el mapa no incluye activos tales como la red de datos, los servicios de base TIC y las redes sociales.
- Fortalecer los controles de los riesgos identificados en el Subsistema de Riesgos de Seguridad de la Información, en cuanto a su diseño y aplicación de acuerdo con los lineamientos de la Guía de Administración del Riesgo del DAFP. Adicionalmente, considerar la implementación de otros controles adicionales, como monitoreo y registro de acceso a los sistemas y activos de información, encriptación de la información sensible, entre otros, para reducir el riesgo de pérdida de confidencialidad.
- Contar con el registro de los incidentes de seguridad de la información que se hayan materializado, con el fin de analizar las causas, las deficiencias de los controles implementados y las pérdidas que se pueden generar. El propósito fundamental del registro de incidentes es garantizar que se tomen las acciones adecuadas para evitar o disminuir su ocurrencia, retroalimentar y fortalecer la identificación y gestión de dichos riesgos y enriquecer las estadísticas sobre amenazas y vulnerabilidades y, con esta información, adoptar nuevos controles.
- Adelantar la planificación y organización de la sensibilización en temas relacionados con la calidad de los datos y su importancia, de manera que se garantice su cumplimiento en la fecha establecida y se cuente con tiempo suficiente para monitorear su efectividad y hacer ajustes si es necesario.
- Implementar programas de capacitación y actualización periódica en SARLAFT/PD, dirigido tanto a los empleados de planta como a los contratistas relacionado con el área financiera y contratación. Estos programas deben abordar los aspectos fundamentales del SARLAFT y garantizar que todos los participantes estén familiarizados con los procedimientos y medidas de prevención establecidos.
- Establecer un cronograma de capacitación regular y realizar evaluaciones de conocimiento para medir el nivel de comprensión y asegurar que todas las áreas y funcionarios, estén debidamente informados y actualizados. Esto debe llevarse a cabo en cumplimiento de los lineamientos establecidos en la circular externa 20211700000005-5 de 2021 emitida por la Supersalud.
- Llevar a cabo mesas de trabajo con las áreas pertinentes a fin de desarrollar acciones de mitigación destinadas a fortalecer la gestión documental en la ESE HUS. Así mismo, se recomienda la revisión y creación de controles transversales, considerando los resultados de las auditorías internas, para garantizar una gestión documental efectiva en toda la entidad.
- Implementación del Subsistema de Riesgos Fiscales de acuerdo a los lineamientos dados por Función Pública.
- Actualización de la Política de Gestión del Riesgo y su documentación relacionada, de acuerdo a los ajustes en los subsistemas y los lineamientos de Función Pública.
- Fortalecer el proceso de reporte de riesgos materializados mediante la implementación de medidas que promuevan una identificación temprana y una comunicación efectiva, en todos los subsistemas. Esto podría incluir la revisión y mejora de los canales de informe y la capacitación continua del personal involucrado por parte de cada uno de los líderes de subsistema.

- Actualizar periódicamente las matrices de riesgo, incorporando los hallazgos identificados en las auditorías internas y externas, permitiendo una respuesta efectiva ante posibles riesgos emergentes.
- Documentar de manera detallada y justificada cualquier cambio en los subsistemas de la organización, especialmente aquellos relacionados con la integración de subsistemas específicos como RIESGOS DE VIGILANCIA (REACTIVO VIGILANCIA, TECNOVIGILANCIA, HEMOVIGILANCIA, FARMACOVIGILANCIA Y BIOVIGILANCIA) Y PAQUETES INSTRUCCIONALES. Es importante proporcionar la justificación y la información sobre qué subsistemas se integraron, con el objetivo de asegurar una trazabilidad completa de los cambios en la Gestión del Riesgo de la ESE Hospital Universitario de Santander.

Las recomendaciones anteriormente mencionadas se realizan desde el rol de liderazgo estratégico con enfoque hacia la prevención y evaluación de la gestión del riesgo, y no tiene otro fin que el de sugerir a la ESE HUS, buenas prácticas y acciones de mejora que pueden ayudar a evidenciar de manera efectiva el cumplimiento de las metas de acuerdo a lo establecido en los indicadores, contribuyendo de esta manera a un proceso de mejora continua institucional.

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 acercarnos cada vez más a la excelencia, reportando a la Oficina de Control Interno los informes que esta 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 SENIA SANTOS MORALES
Jefe Oficina Asesora Control Interno