

# SEGUNDO SEGUIMIENTO GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO

## OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS

Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Periodo evaluado del 01 de septiembre a 31 de diciembre de 2019

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
4.2. RIESGOS DE CORRUPCIÓN.....	11
4.3. RIESGOS ESTRATÉGICOS.....	13
4.4. RIESGOS DE ESTÁNDARES Y EJES DE ACREDITACIÓN .....	15
4.5. RIESGOS DE DEFENSA JURÍDICA.....	17
4.6. RIESGOS AMBIENTALES.....	18
4.7. RIESGOS DE SEGURIDAD DIGITAL, DATOS PERSONALES Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN..	19
4.8. RIESGOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.....	19
4.9. RIESGOS SARLAFT.....	21
4.10. RIESGOS DE DESASTRES .....	23
4.11. RIESGOS PRODUCTOS SANITARIOS .....	23
4.12. RIESGOS DE BRAQUITERAPIA.....	24
4.13. RIESGOS POBLACIONALES SEGÚN PAÍS Y MÍAS – GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD GIRS 26	
4.14. RIESGOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL.....	26
4.15. RIESGOS CLÍNICOS .....	28
4.16. SISTEMAS DE GESTIÓN QUE NO HAN GESTIONADO SUS RIESGOS:.....	31
RECOMENDACIONES .....	31
CONCLUSIONES.....	32

## **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 septiembre y el 31 de diciembre de 2019 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 en el periodo de septiembre a diciembre de 2019.

### **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 periodo de septiembre a diciembre de 2019, 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	Programa	Matriz	Seguimiento
1	RIESGOS DE PROCESOS O GESTIÓN	Desarrollo Institucional	DAFP	Si	Si	Si
2	CORRUPCIÓN	Desarrollo Institucional	DAFP	Si	Si	Si
3	RIESGOS ESTRATÉGICOS	Desarrollo Institucional	DAFP	Si	Si	Si
4	RIESGOS ESTÁNDARES Y EJES DE ACREDITACIÓN	Gestión de Calidad	AMFE	Si	Si	Si
5	RIESGOS DE DEFENSA JURÍDICA	Gestión Jurídica	DAFP	Si	Si	Si
6	RIESGOS AMBIENTALES	Ambiente Físico	ISO 14001	Si	Si	No
7	SEGURIDAD DIGITAL, DATOS PERSONALES Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	Tecnología e Información	DAFP	Si	Si	Si
8	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Talento Humano	GTC 45	Si	Si	Si
9	SARLAFT	Gestión Administrativa	UIAF	Si	Si	No
10	GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES	Ambiente Físico	GTC 45	Si	Si	No
11	RIESGOS DE PRODUCTOS SANITARIOS	Gestión de Calidad	AMFE	Si	Si	Si
12	RIESGOS DE BRAQUITERAPIA SEGÚN LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE MINAS Y ENERGÍA.	Alto Costo - Oncología	MINMINAS	Si	Si	Si
13	RIESGOS POBLACIONALES SEGÚN LINEAMIENTOS PAIS MIAS - GIRS	PACAS	MPS	No	No	No
14	RIESGOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL.	Tecnología e Información	DAFP	Si	Si	Si
15	RIESGOS CLÍNICOS		AMFE	Si	Si	Si

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

#### 4.1. RIESGOS DE PROCESOS

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

##### 4.1.1. Documentación analizada

Se elaboraron los siguientes documentos:

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

##### 4.1.2. Implementación

Se evidenció que se cargaron los mapas de riesgos de los siguientes procesos en la plataforma ALMERA:

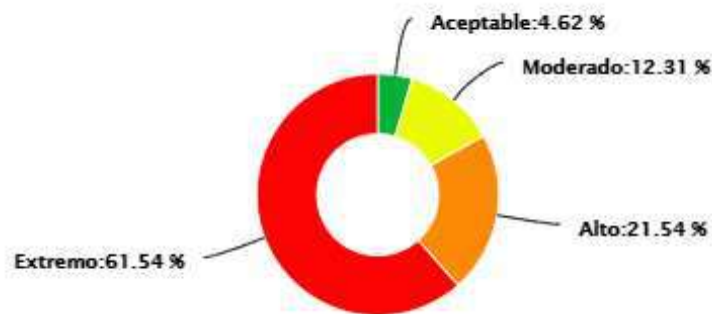
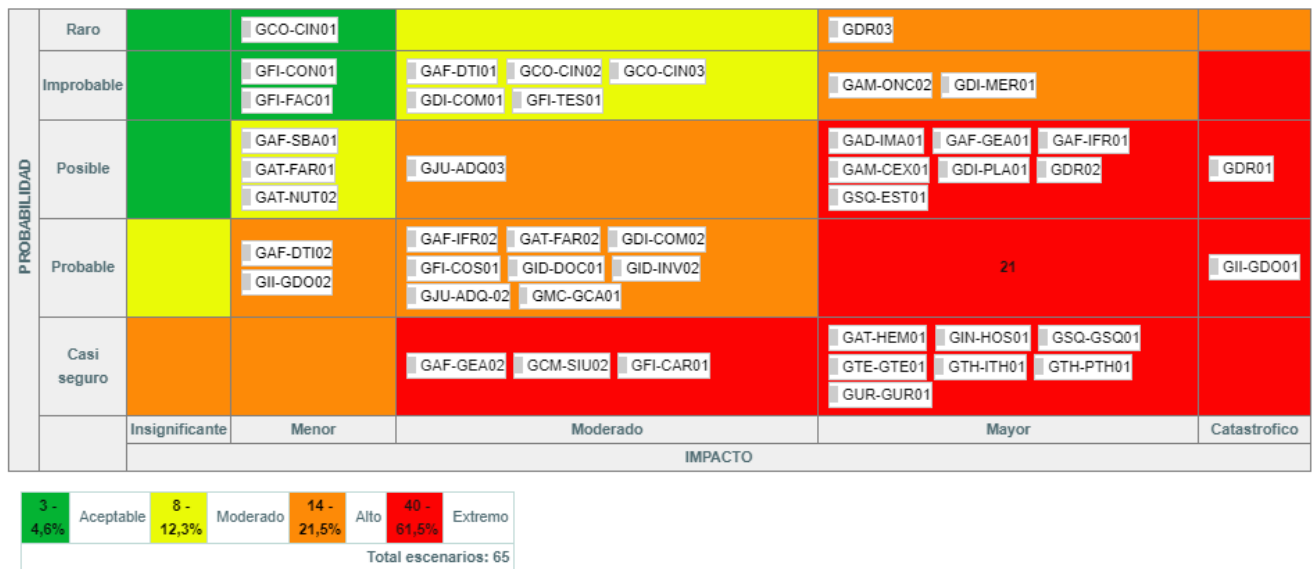


Imagen 1. Mapa de calor Riesgos HUS en ALMERA.  
Fuente: ALMERA

CLASIFICACIÓN	PROCESO	ACEPTABLE	MODERADO	ALTO	EXTREMO	Acciones	TOTAL RIESGOS
Apoyo	Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	0	0	2	1	0	3
Apoyo	Cartera	0	0	1	0	4	1
Estratégico	Comunicación	2	0	0	0	0	2
Misional	Consulta Externa	1	0	0	0	5	1
Apoyo	Contabilidad	1	0	0	0	0	1
De Evaluación y control	Control interno	1	2	0	0	0	3
Apoyo	Costos	0	1	0	0	5	1
Apoyo	Defensa Judicial y Extrajudicial	1	0	0	0	5	1
Estratégico	Desarrollo del Talento Humano	2	0	0	0	0	2
Misional	Docencia de Servicio	0	0	1	1	0	2
Apoyo	Dotación de Insumos	1	1	0	0	0	2
Misional	Esterilización	1	0	0	0	5	1
Apoyo	Facturación	1	0	0	0	4	1
Misional	Farmacia	1	1	0	0	4	2
Apoyo	Gerencia de la Información	0	0	1	0	0	1
Apoyo	Gestión ambiental	0	0	2	0	10	2
Estratégico	Gestión de Calidad	1	0	3	0	0	4
Misional	Gestión de Cuidados Intensivos	0	0	0	0	0	0
Apoyo	Gestión de tecnología	1	0	0	1	5	2
Misional	Gestión de urgencias	0	0	1	0	0	1
Estratégico	Gestión directiva	0	0	3	0	0	3
Apoyo	Gestión documental	1	0	0	1	9	2
Misional	Gestión Quirúrgica	0	0	0	1	5	1
Misional	Hemocentro	0	0	1	0	4	1
Misional	Hospitalización	0	0	1	0	4	1
Misional	Imagenología	0	0	0	1	4	1
Misional	Infectología	0	1	0	0	4	1

CLASIFICACIÓN	PROCESO	ACEPTABLE	MODERADO	ALTO	EXTREMO	Acciones	TOTAL RIESGOS
Apoyo	Infraestructura	1	1	0	0	0	2
Estratégico	Ingreso del Talento Humano	0	1	0	0	0	1
Misional	Investigación	0	0	1	1	4	2
Misional	Laboratorio Clínico	0	0	1	0	0	1
Estratégico	Mercadeo	0	0	1	0	4	1
Misional	Nutrición	1	0	1	0	4	2
Misional	Oncología	0	0	2	0	5	2
Misional	Patología	0	0	1	0	5	1
Estratégico	Planeación	0	0	1	0	10	1
Estratégico	Planeación del Talento Humano	0	1	0	0	0	1
Apoyo	Presupuesto	0	0	1	0	4	1
Misional	Rehabilitación	0	0	1	0	5	1
Estratégico	Retiro del Talento Humano	0	0	0	1	5	1
Apoyo	Servicios Básicos	1	0	0	0	0	1
Estratégico	Sistema de Información del Usuario	2	0	0	0	4	2
Apoyo	Sistemas de Información	1	0	0	0	0	1
Apoyo	Tesorería	0	1	0	0	5	1
Misional	Radiología Intervencionista	0	0	0	0	0	0
Misional	Apoyo Diagnóstico Especializado	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL MISIONALES</b>		<b>4</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>58</b>	<b>21</b>
<b>TOTAL ESTRATEGICOS</b>		<b>7</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>23</b>	<b>18</b>
<b>TOTAL DE APOYO</b>		<b>9</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>51</b>	<b>23</b>
<b>TOTAL DE CONTROL</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>21</b>	<b>10</b>	<b>26</b>	<b>8</b>	<b>132</b>	<b>65</b>

Tabla 2. Cantidad de riesgos identificados y valores según metodología DAFP. Fuente: ALMERA.

#### 4.1.3. Resultados

Se evidenció los siguientes resultados en cuanto a las acciones planeadas para mitigar los riesgos identificados:

CLASIFICACIÓN	PROCESO	ATRASADAS	EN DESARROLLO	SIN INICIAR	TERMINADAS	TOTAL ACCIONES
Apoyo	Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	0	0	0	0	0
Apoyo	Cartera	0	0	0	4	4
Misional	Consulta Externa	0	0	0	5	5
Apoyo	Costos	0	0	0	5	5
Apoyo	Defensa Judicial y Extrajudicial	0	0	0	5	5
Misional	Esterilización	0	0	0	5	5
Apoyo	Facturación	1	0	0	3	4
Misional	Farmacia	0	1	2	1	4
Apoyo	Gerencia de la Información	0	0	0	0	0
Apoyo	Gestión ambiental	0	0	0	10	10
Estratégico	Gestión de Calidad	0	0	0	0	0
Apoyo	Gestión de tecnología	2	0	0	3	5
Misional	Gestión de urgencias	0	0	0	0	0
Estratégico	Gestión directiva	0	0	0	0	0
Apoyo	Gestión documental	0	0	0	9	9
Misional	Gestión Quirúrgica	0	0	0	5	5
Misional	Hemocentro	3	0	0	1	4
Misional	Hospitalización	0	0	0	4	4
Misional	Imagenología	4	0	0	0	4
Misional	Investigación	0	0	0	4	4
Misional	Laboratorio Clínico	0	0	0	0	0
Estratégico	Mercadeo	0	0	0	4	4
Misional	Nutrición	0	0	0	4	4
Misional	Oncología	1	0	0	4	5
Misional	Patología	0	0	0	5	5
Estratégico	Planeación	0	0	0	10	10
Apoyo	Presupuesto	0	0	0	4	4
Misional	Rehabilitación	0	0	0	5	5
Estratégico	Retiro del Talento Humano	0	0	0	5	5



CLASIFICACIÓN	PROCESO	ATRASADAS	EN DESARROLLO	SIN INICIAR	TERMINADAS	TOTAL ACCIONES
Estratégico	Sistema de Información del Usuario	4	0	0	0	4
Apoyo	Tesorería	0	0	0	5	5
TOTAL MISIONALES		8	1	2	43	54
TOTAL ESTRATEGICOS		4	0	0	19	23
TOTAL DE APOYO		3	0	0	48	51
TOTAL DE CONTROL		1	2	0	0	3
TOTAL GENERAL		16	3	2	110	131

Tabla 3. Resultados planes de acción de Riesgos de procesos. Fuente: ALMERA.

#### 4.1.4. Debilidades encontradas en el mapa de Riesgos por procesos.

Se observaron las siguientes situaciones, que tienen presentan debilidades con relación a la evidencia del nivel de avance reportado:

- I. Riesgos clasificados en nivel extremo o alto que no cuentan con plan de acción:

PROCESO	RIESGO
Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	Inoportunidad en la adquisición de los bienes y servicios requeridos por la entidad
Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	Incumplimiento de requisitos legales para la adquisición de bienes, servicios y obras.
Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	Inoportunidad en la publicación de documentos y actos administrativos en SECOP
Docencia y servicio	Probabilidad de estudiantes rotando por los servicios sin haber realizado proceso de Inducción institucional
Docencia y servicio	Insatisfacción del personal en Practica formativa
Gerencia de la información	Fallas en la identificación de la información necesaria para entrega de los informes por parte de los procesos que deben ser reportados a los entes de vigilancia y control.
Calidad	Incumplimiento de la metodología para la adopción de las GPC
Calidad	Inoportunidad en el reporte de los indicadores normativos
Calidad	Falla en la continuidad de las actividades de gestión que requieren manejo a través de internet
Urgencias	Falla en la ejecución de las actividades y procedimientos del servicio urgencias de la ESE HUS
Gestión directiva	Incumplimiento de las políticas institucionales que garantizan el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la E.S.E HUS
Gestión directiva	Incumplimiento del plan de gestión del Gerente, establecido mediante la Resolución 408 de febrero de 2018
Gestión directiva	Incumplimiento a los objetivos estratégicos institucionales definidos en el Direccionamiento Estratégico

PROCESO	RIESGO
Investigación	Incumplimiento de los tiempos estimados para la realización de la investigación
Laboratorio Clínico	Falla en la toma , identificación y transporte de muestras biológicas del laboratorio clínico.
Oncología	Probabilidad de complicación del paciente en su tratamiento antineoplásico

Tabla 4. Riesgos clasificados en nivel extremo que no cuentan con plan de acción o las acciones no cumplen con el ciclo PHVA.

Fuente: ALMERA

II. Se encontraron sin cerrar las siguientes acciones:

PROCESO	SISTEMA DE RIESGO	ACCIÓN	FECHA DE FINALIZACIÓN
Facturación	De procesos	4A. Tomar decisiones frente a desviaciones encontradas	2019-09-30
Gestión de tecnología	De procesos	4V. Verificar la complementación del procedimiento	2019-10-31
Gestión de tecnología	De procesos	5A. Actuar frente a las desviaciones encontradas	2019-11-08
Hemocentro	De procesos	1P. Establecer como punto del orden del día del grupo primario el seguimiento al cronograma de campañas.	2019-07-03
Facturación	De procesos	3V. Analizar el informe de seguimiento del cronograma de campañas extramurales de donación de sangre	2019-07-04
Hemocentro	De procesos	4A. Tomar acciones frente a desviaciones encontradas en el análisis del informe de seguimiento del cronograma de campañas extramurales de donación de sangre	2019-07-05
Imagenología	De procesos	1P. Definir los lineamientos para establecer el plan de contingencia	2019-07-16
Imagenología	De procesos	2H. Documentar el plan de contingencia establecido	2019-07-31
Imagenología	De procesos	3V. Verificar la ejecución del plan de contingencia	2019-08-30
Imagenología	De procesos	4A. Tomar decisiones de acuerdo a lo observado	2019-09-13
Oncología	De procesos	5A. Tomar acciones frente a desviaciones encontradas de la Evaluación de la socialización de los lineamientos para realizar seguimiento del abandono de tratamientos	2019-10-31
Sistema de Información del Usuario	De procesos	1P. Identificar la variable a incluir en el cuadro de atenciones	2019-07-31
Sistema de Información del Usuario	De procesos	2H. Incluir una columna que identifique el derecho vulnerado a la tabla de registro de auxiliares siau	2019-07-31
Sistema de Información del Usuario	De procesos	3V. Realizar seguimiento a la aplicación de formato con la actualización del Formato de cuadro de atenciones	2019-09-30
Sistema de Información del Usuario	De procesos	4A. Realizar ajustes a las desviaciones encontradas	2019-08-30

Tabla 5. Actividades atrasadas – Plan de acción de Mapa de Riesgos de procesos

Fuente: Almera

III. Procesos que no han gestionado sus riesgos

CLASIFICACIÓN	PROCESO
Misional	Radiología Intervencionista
Misional	Apoyo Diagnóstico Especializado
Misional	Gestión de cuidados intensivos

Tabla 6. Procesos que no han gestionado sus riesgos.

Fuente propia

## 4.2. RIESGOS DE CORRUPCIÓN

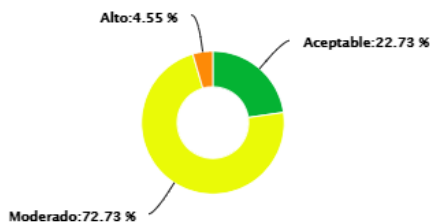
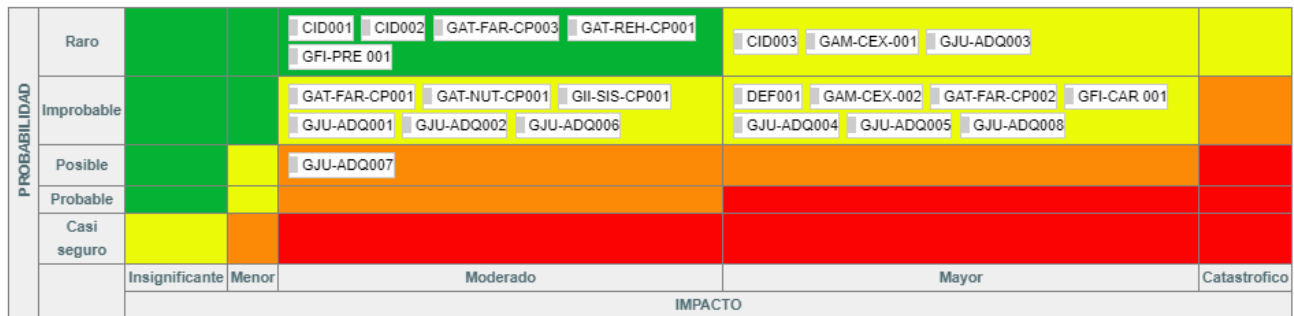
Este sistema de Riesgos está enfocado a identificar aquellas situaciones que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.

### 4.2.1. Documentación analizada – Enfoque

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

### 4.2.2. Implementación

Se evidenció que se elaboraron mapas de riesgos de corrupción de los siguientes procesos:



CLASIFICACIÓN	PROCESO	ACEPTABLE	MODERADO	ALTO	EXTREMO	Acciones	TOTAL RIESGOS
DE APOYO	Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	3	5	0	0	18	8
DE APOYO	Gestión Integral de la Información	0	1	0	0	1	1
DE APOYO	Control Interno Disciplinario	2	1	0	0	0	3

CLASIFICACIÓN	PROCESO	ACEPTABLE	MODERADO	ALTO	EXTREMO	Acciones	TOTAL RIESGOS
DE APOYO	Defensa Judicial y Extrajudicial	0	1	0	0	1	1
ESTRATEGICO	Cartera	0	1	0	0	0	1
ESTRATEGICO	Presupuesto	1	0	0	0	0	1
MISIONALES	Consulta Externa	2	0	0	0	2	2
MISIONALES	Farmacia	3	0	0	0	0	3
MISIONALES	Nutrición	1	0	0	0	1	1
MISIONALES	Rehabilitación	1	0	0	0	1	1
<b>TOTAL MISIONALES</b>		<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>7</b>
<b>TOTAL ESTRATEGICOS</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
<b>TOTAL DE APOYO</b>		<b>5</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>13</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>13</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>22</b>

Tabla 7. Cantidad de riesgos de corrupción identificados y valores según metodología DAFP.

Fuente propia.

#### 4.2.3. Resultados

Se evidenció los siguientes resultados en cuanto a las acciones planeadas para mitigar los riesgos identificados en el mapa de riesgos de corrupción:

CLASIFICACIÓN	PROCESO	ATRASADAS	EN DESARROLLO	SIN INICIAR	TERMINADAS	TOTAL ACCIONES
DE APOYO	Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	0	0	0	18	18
DE APOYO	Consulta externa	0	0	0	2	2
DE APOYO	Gestión Integral de la Información	0	0	0	1	1
DE APOYO	Defensa Judicial y Extrajudicial	0	0	0	1	1
MISIONALES	Nutrición	0	0	0	1	1
MISIONALES	Rehabilitación	0	0	0	1	1
<b>TOTAL MISIONALES</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>TOTAL ESTRATEGICOS</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL DE APOYO</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>21</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>23</b>	<b>23</b>

Tabla 8. Resultados Plan de acción Sistema de Riesgos de Corrupción.

Fuente Almera.

#### 4.2.4. Recomendaciones

Se recomienda analizar los riesgos de corrupción que se pueden presentar en los trámites y/o servicios ya que el resultado de la identificación de Riesgos de Corrupción debe ser un criterio para la priorización de los tramites a intervenir mediante estrategias de racionalización, bien sea mediante acciones normativas, administrativas o tecnológicas.

#### 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.

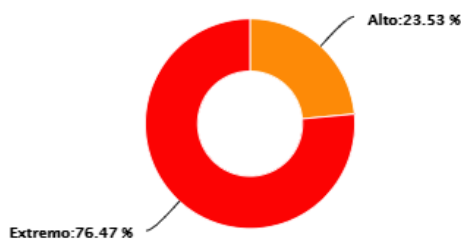
##### 4.3.1. Documentación analizada – Enfoque

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

##### 4.3.2. Implementación

Se identificaron en Almera los siguientes riesgos estratégicos:

PROBABILIDAD	Raro				GDR03							
	Improbable				GDI-MER01							
	Posible				GAM-CEX01	GDI-PLA01	GDR02		GDR01			
	Probable				GDI-COM02	GFI-COS01	01	GAM-ONC01	GFI-PRE01	GJU-DJE01	GTE-GTE02	GTH-DTH01
	Casi seguro				GTH-ITH01				GTH-PTH01	GUR-GUR01		
		Insignificante	Menor	Moderado	Mayor				Catastrofico			
IMPACTO												



CLASIFICACIÓN	PROCESO	ACEPTABLE	MODERADO	ALTO	EXTREMO	ACCIONES	TOTAL RIESGOS
Estratégico	Comunicación	1	0	0	0	0	1
Misionales	Consulta Externa	1	0	0	0	5	1
Estratégico	Costos	0	1	0	0	5	1
De apoyo	Defensa Judicial y Extrajudicial	1	0	0	0	5	1
Estratégico	Desarrollo del Talento Humano	1	0	0	0	0	1

CLASIFICACIÓN	PROCESO	ACEPTABLE	MODERADO	ALTO	EXTREMO	ACCIONES	TOTAL RIESGOS
De apoyo	Gestión de la Tecnología	1	0	0	0	0	1
Misionales	Gestión de Urgencias	0	0	1	0	0	1
Estratégico	Gestión directiva	0	0	3	0	0	3
Estratégico	Ingreso del Talento Humano	0	1	0	0	0	1
Estratégico	Mercadeo	0	0	1	0	4	1
Misionales	Oncología	0	0	1	0	4	1
Estratégico	Planeación	0	0	1	0	10	1
Estratégico	Planeación del Talento Humano	0	1	0	0	0	1
Estratégico	Presupuesto	0	0	1	0	4	1
Estratégico	Retiro del Talento Humano	0	0	0	1	5	1

Tabla 9. Cantidad de riesgos identificados y valores según metodología DAFP. Fuente: ALMERA.

#### 4.3.3. Resultados

Se evidenció los siguientes resultados en cuanto a las acciones planeadas para mitigar los riesgos identificados:

CLASIFICACIÓN	PROCESO	ATRASADAS	EN DESARROLLO	SIN INICIAR	TERMINADAS	TOTAL ACCIONES
Misionales	Consulta Externa	0	0	0	5	5
Estratégico	Costos	0	0	0	5	5
De apoyo	Defensa Judicial y Extrajudicial	0	0	0	5	5
Estratégico	Mercadeo	0	0	0	4	4
Misionales	Oncología	1	0	0	4	5
Estratégico	Planeación	0	0	0	10	10
Estratégico	Presupuesto	0	0	0	4	4
Estratégico	Retiro del Talento Humano	0	0	0	5	5

Tabla 10. Plan de acción del sistema de Riesgos Estratégicos. Fuente: ALMERA.

#### 4.3.4. Debilidades encontradas en el mapa de Riesgos estratégicos.

Se observaron las siguientes situaciones, que tienen presentadas debilidades con relación a la evidencia del nivel de avance reportado:

- I. Riesgos clasificados en nivel extremo o alto que no cuentan con plan de acción:

PROCESO	RIESGO
Urgencias	Falla en la ejecución de las actividades y procedimientos del servicio urgencias de la ESE HUS
Gestión directiva	Incumplimiento de las políticas institucionales que garantizan el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la E.S.E HUS
Gestión directiva	Incumplimiento del plan de gestión del Gerente, establecido mediante la Resolución 408 de febrero de 2018
Gestión directiva	Incumplimiento a los objetivos estratégicos institucionales definidos en el Direccionamiento Estratégico

Tabla 11. Riesgos clasificados en nivel extremo que no cuentan con plan de acción o las acciones no cumplen con el ciclo PHVA.  
Fuente: Almera

- II. Se encontraron sin cerrar las siguientes acciones:

PROCESO	SISTEMA DE RIESGO	ACCIÓN	FECHA DE FINALIZACIÓN
Oncología	De procesos	5A. Tomar acciones frente a desviaciones encontradas de la Evaluación de la socialización de los lineamientos para realizar seguimiento del abandono de tratamientos	2019-10-31

Tabla 12. Actividades atrasadas – Plan de acción de Mapa de Riesgos estratégicos  
Fuente: Almera

- III. Existen debilidades en la identificación de riesgos estratégicos, toda vez que se pierde el enfoque de analizar las situaciones que estén 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.
- IV. En el Programa de Gestión Integral del Riesgo, mencionan que se utilizará la metodología AMFE para este sistema, sin embargo, se utilizó la metodología DAFP.

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

La perspectiva de la Gestión del Riesgo en la Acreditación en Salud, identifica riesgos por estándares y ejes de acreditación con un enfoque preventivo o proactivo.

##### 4.4.1. Documentación analizada – Enfoque

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

##### 4.4.2. Implementación

Se evidenció que se cargaron los riesgos de los siguientes estándares en la plataforma ALMERA:

UNIDAD	Bajo	Moderado	Alto	Numero de riesgos	Acciones
GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	1	5	4	10	23
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	0	1	7	8	41
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	4	5	6	15	41
GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO CONTINUO	1	3	13	17	63
GESTIÓN DIRECTIVA	14	0	13	27	61
GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN	3	8	3	14	17
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>46</b>	<b>91</b>	<b>246</b>

Tabla 13. Cantidad de riesgos de acreditación identificados y valores según metodología AMFE en ALMERA.  
Fuente Almera.

#### 4.4.3. Resultados

Se evidenció los siguientes resultados en cuanto a las acciones planeadas para mitigar los riesgos identificados:

UNIDAD DE RIESGO	ATRASADAS	EN DESARROLLO	SIN INICIAR	TERMINADAS	TOTAL ACCIONES
GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	4	0	0	19	23
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	1	0	0	40	41
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	0	0	0	41	41
GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO CONTINUO	0	0	0	63	63
GESTIÓN DIRECTIVA	0	0	0	61	61
GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN	0	0	0	17	17

Tabla 14. Plan de acción del sistema de Riesgos de acreditación. Fuente: ALMERA.

#### 4.4.4. Debilidades encontradas en el mapa de Riesgos de Acreditación.

Se observaron las siguientes situaciones, que tienen presentadas debilidades con relación a la evidencia del nivel de avance reportado:

- I. Ejes o estándares a los que no se le identificó riesgos

<b>EJE / ESTANDAR</b>
DIRECCIONAMIENTO
PACAS
SEGURIDAD DEL PACIENTE
HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
ENFOQUE Y GESTIÓN DEL RIESGO
ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO
TRANSFORMACIÓN CULTURAL
RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL

Tabla 15. Ejes o estándares a los que no se les ha identificado Riesgos en el sistema de Riesgos de acreditación. Fuente: ALMERA



II. Se encontraron sin cerrar las siguientes acciones:

UNIDAD DE RIESGO	ACCIÓN	FECHA DE FINALIZACIÓN
GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	3H. Implementar estrategia para el control de acceso de visitantes, pacientes, familiares y funcionarios a la institución, que reduzca el riesgo de fuga o pérdida de paciente.	2019-05-31
GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	4V. Verificar la implementación de la estrategia definida para el control de acceso de visitantes, pacientes, familiares y funcionarios a la institución.	2019-06-14
GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	5V. Evaluar la eficacia de la estrategia para el control de acceso	2019-07-15
GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	6A. Actuar sobre las desviaciones encontradas.	2019-07-30
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	5H GT9. Incorporar las guías de manejo rápido en las guías de práctica clínica priorizadas	2019-08-30

*Tabla 16. Actividades atrasadas – Plan de acción de Mapa de Riesgos de Acreditación  
Fuente: Almera*

#### 4.5. 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.

##### 4.5.1. Documentación analizada – Enfoque

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

##### 4.5.2. Implementación

Se evidenció que se cargó el siguiente riesgo en la plataforma ALMERA:

PROCESO	RIESGO	NIVEL DE RIESGO	Acciones	TOTAL RIESGOS
Defensa Judicial y Extrajudicial	Inoportunidad para la defensa en los procesos judiciales y extrajudiciales	Aceptable	5	1

*Tabla 17. Riesgos identificados en el sistema de Riesgos de Defensa Jurídica en ALMERA.*

##### 4.5.3. Resultados

Se evidenció los siguientes resultados en cuanto a las acciones planeadas para mitigar los riesgos identificados:

UNIDAD DE RIESGO	ATRASADAS	EN DESARROLLO	SIN INICIAR	TERMINADAS	TOTAL ACCIONES
Defensa Judicial y Extrajudicial	0	0	0	5	5

*Tabla 18. Plan de acción del sistema de Riesgos de Defensa Jurídica en ALMERA.*

#### 4.5.4. Debilidades encontradas en el mapa de Riesgos de Defensa Jurídica.

- I. Existen debilidades en la identificación de riesgos de defensa Jurídica, toda vez que se pierde el enfoque de analizar las situaciones puedan tener impacto en la litigiosidad de la Entidad al asociar o analizar desde el objetivo del proceso y no desde 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.
- II. En el Programa de Gestión Integral del Riesgo, mencionan que se utilizará la metodología AMFE para este sistema, sin embargo, se utilizó la metodología DAFP.
- III. Se recomienda realizar instructivo especial para este sistema teniendo en cuenta las directrices dadas por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica, expertos en la materia.
- IV. Se recomienda realizar una matriz aparte en Almera para la clasificación de estos riesgos.

#### 4.6. RIESGOS AMBIENTALES

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

##### 4.6.1. Documentación analizada – Enfoque

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

##### 4.6.2. Implementación

Se evidenció que se cargó el siguiente riesgo en la plataforma ALMERA:

UNIDAD DE RIESGO	RIESGO	NIVEL DE RIESGO	ACCIONES	TOTAL RIESGOS
Gestión de Internación	VERTIMIENTO DE AGUAS RESIDUALES NO DOMESTICAS	Alto	0	1

Tabla 19. Riesgos identificados en el sistema de Riesgos Ambientales en ALMERA.

##### 4.6.3. Resultados

Se evidenció los siguientes resultados en cuanto a las acciones planeadas para mitigar los riesgos identificados:

UNIDAD DE RIESGO	ATRASADAS	EN DESARROLLO	SIN INICIAR	TERMINADAS	TOTAL ACCIONES
Gestión de Internación	0	0	0	0	0

Tabla 20. Plan de acción del sistema de Riesgos Ambientales en ALMERA.

##### 4.6.4. Debilidades encontradas en el sistema de Riesgos Ambiental.

- I. No se ha alimentado la matriz de riesgos ambientales en la plataforma ALMERA.

#### **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. Documentación analizada – Enfoque**

Se cuenta con los documentos:

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

##### **4.7.2. Implementación**

No se han identificado los riesgos en materia de Seguridad digital, datos personales y seguridad de la información.

##### **4.7.3. Debilidades encontradas en el mapa de Riesgos de Seguridad digital**

- I. Se recomienda iniciar con la identificación de los de Seguridad digital, datos personales y seguridad de la información.

#### **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. Documentación analizada – Enfoque**

Se cuenta con los siguientes documentos:

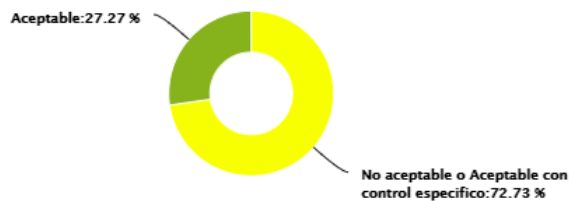
- MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS RIESGOS GTH-DTH-FO-08, Versión 1
- PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PELIGROS, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS RIESGOS DE LAS ÁREAS DE LA ESE HUS GTH-SST-PR-01

##### **4.8.2. Implementación**

Se evidenció en Almera la siguiente matriz de Riesgos:

PROBABILIDAD	Bajo (B)	R 199		0201 050103 0603 0605 0605	01 0201 0202 0701 0701
	Medio (M)		01 0108 0601 060101 0605 0702 0702 0702	39	14
	Alto (A)			16	
	Muy Alto (MA)				
		Mortal o catastrófico (M)	Muy grave (MG)	Grave (G)	Leve (L)
CONSECUENCIA					

64 - 72,7%	No aceptable o Aceptable con control específico	24 - 27,3%	Aceptable	0 - No aceptable
Total escenarios: 88				



CLASIFICACIÓN	PROCESO	Aceptable	No aceptable o Aceptable con control específico	Controles existentes	Controles a implementar	TOTAL RIESGOS
MISIONALES	Central de esterilización	0	1	1	1	1
MISIONALES	Gestión de Urgencias	5	21	25	25	26
DE APOYO	Gestión Documental	1	0	1	1	1
MISIONALES	Hemocentro	11	20	31	31	31
MISIONALES	Hospitalización	2	3	5	5	5
MISIONALES	Laboratorio Clínico	4	17	21	21	21
MISIONALES	Oncología	2	1	3	2	3
MISIONALES	Rehabilitación	0	2	2	1	2

Tabla 21. Riesgos del sistema de Riesgos Seguridad y Salud en el Trabajo. Fuente: ALMERA.

#### 4.8.3. Debilidades encontradas

- I. En la matriz de riesgos y peligros consultada en Almera, no se identificaron las siguientes variables recomendadas en la GTC 45 de 2012:

En cuanto a la evaluación del riesgo, no se logra identificar:

- Nivel de deficiencia
- Nivel de exposición
- Interpretación del nivel de probabilidad

- Interpretación nivel de Riesgo

Respecto de las medidas de intervención, no se logra identificar la jerarquización del control a implementar (Eliminación, sustitución, controles de ingeniería, controles administrativos, señalización, advertencia y equipos EPP) al no registrar controles para los siguientes peligros identificados con nivel de Riesgo II, es decir No aceptable o aceptable con control específico:

Unidad de riesgo	Peligro	Nivel de riesgo	Observaciones
Gestión de Urgencias	Realización de actividades administrativas con combinación de Luz artificial y natural.	No aceptable o Aceptable con control específico	No se determinaron controles a implementar

Tabla 22. Riesgos sin controles a implementar del sistema de Riesgos Seguridad y Salud en el Trabajo. Fuente: ALMERA.

- II. Se recomienda establecer planes de acción y seguimiento a la implementación de controles donde se evidencie su cumplimiento y se revalore el riesgo dependiendo de la eficacia de los controles, si estos afectaron positivamente sobre el peligro identificado.
- III. No se evidenció valoración y evaluación de los siguientes peligros identificado en la matriz de Riesgo SSST:

Unidad de riesgo	Peligro
Oncología	Contacto con fluidos o excrementos por aplicación de tratamiento en diferentes partes del cuerpo
Rehabilitación	Temperaturas extremas (aplicación de compresas o paquetes calientes y fríos)

Tabla 23. Riesgos del sistema de Riesgos Seguridad y Salud en el Trabajo sin valoración y evaluación. Fuente: ALMERA

- IV. Se recomienda elaborar Instructivo donde se establezca paso a paso para la identificación de los peligros, la valoración y tratamiento de los riesgos en Seguridad y Salud Ocupacional.

#### 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. Documentación analizada – Enfoque

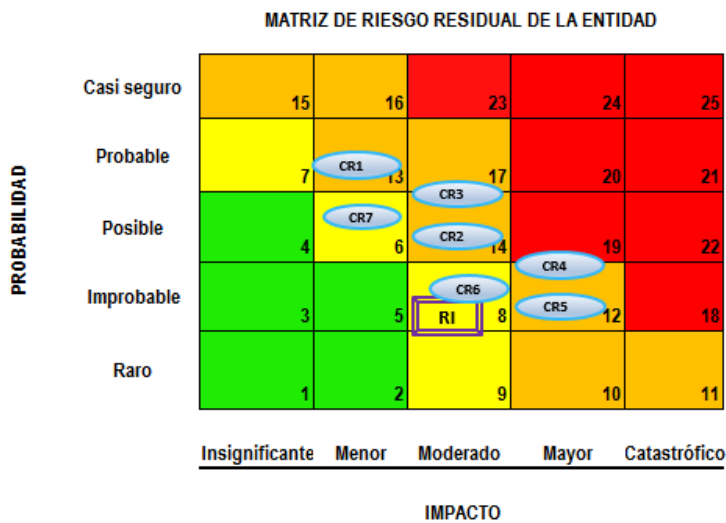
Se cuenta con la siguiente documentación:

- GDR-GDR-PR-04 PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE RIESGOS SARLAFT
- GD-GE-PR-09 PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICACIÓN, SELECCIÓN Y VINCULACIÓN DE NUEVOS CLIENTES Y PROVEEDORES
- GD-GE-PR-08 PROCEDIMIENTO PARA DETECCIÓN DE OPERACIONES INUSUALES Y SOSPECHOSAS
- GD-GE-PR-07 PROCEDIMIENTO IDENTIFICACIÓN, MEDICIÓN, EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO RIESGOS SARLAFT

- GD-GE-MA-05 MANUAL DE SARLAFT
- GD-GE-FO-08 INST.DILIGENCIAMIENTO FORMATO MATRIZ DE RIESGOS INHERENTES Y RESIDUAL INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO
- GD-GE-FO-08 FORMATO MATRIZ DE RIESGOS SARLAFT
- GD-GE-FO-07 FORMATO BASE DE DATOS ALERTAS TEMPRANAS
- GD-GE-FO-06 FORMATO MATRIZ SEGMENTACIÓN FACTORES DE RIESGO

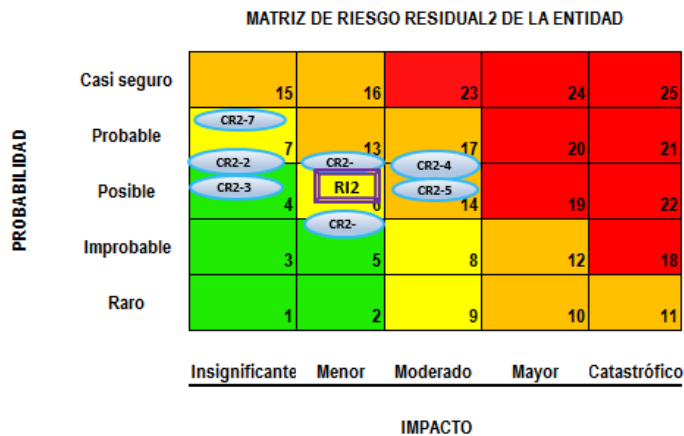
#### 4.9.2. Implementación

Se cuenta con una matriz en Excel diligenciada:



**CALIFICACIÓN DEL RIESGO**

<b>Extremo</b>	Mayor o igual a 18	Requiere acción inmediata
<b>Alto</b>	Mayor o igual a 10 y menor de 18	Necesita atención de la alta gerencia
<b>Moderado</b>	Mayor o igual a 6, menor de 10	Debe especificarse responsabilidad gerencia
<b>Bajo</b>	Menor o igual a 5	Administrar mediante procedimientos de rutina



#### 4.9.3. Recomendación

Se recomienda cargar la matriz de Riesgos de SARLAFT en la plataforma ALMERA, para facilitar su seguimiento.

#### 4.10. RIESGOS DE DESASTRES

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

##### 4.10.1. Documentación analizada – Enfoque

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

##### 4.10.2. Implementación

Se evidenció que se cargaron los siguientes riesgos en la plataforma ALMERA:

UNIDAD DE RIESGO	RIESGO	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	Acciones
Infraestructura	Probabilidad de ocurrencia de afluencia masiva de heridos	Bajo	0
Infraestructura	Probabilidad de ocurrencia de un sismo	Bajo	0
Infraestructura	probabilidad de afluencia masiva de pacientes por epidemias , pandemias o enfermedades emergentes	Bajo	0
Infraestructura	Probabilidad de que ocurra un incendio en las instalaciones de la ESE HUS	Sin definir	0

Tabla 24. Riesgos identificados en el sistema de Riesgos de desastres en ALMERA.

##### 4.10.3. Resultados

No se evidenciaron acciones en el mapa de riesgos de Desastres.

##### 4.10.4. Recomendaciones

- I. Revalorar los riesgos identificados y elaborar plan de acción, si así lo amerita.

#### 4.11. RIESGOS PRODUCTOS SANITARIOS

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

##### 4.11.1. Documentación analizada – Enfoque

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

##### 4.11.2. Implementación

Se evidenció que se cargaron los siguientes riesgos productos sanitarios en la plataforma ALMERA:

PRODUCTO SANITARIO	ETAPA DEL CICLO	RIESGOS	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL			ACCIONES
			BAJO	MODERADO	ALTO	
Desfibrilador	Uso seguro	8	1	6	1	4
Desfibrilador	Mantenimiento	6	1	5	0	0

PRODUCTO SANITARIO	ETAPA DEL CICLO	RIESGOS	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL			ACCIONES
			BAJO	MODERADO	ALTO	
Monitor signos vitales	Uso seguro	10	3	3	4	10
Monitor signos vitales	Mantenimiento	6	4	2	0	0
Ventilador mecánico	Uso seguro	3	1	1	1	5
Ecógrafo	Uso seguro	6	0	3	3	12
Ecógrafo	Mantenimiento	6	4	2	0	0
Bomba de infusión	Mantenimiento	9	6	2	1	5
Bomba de infusión	Uso seguro	3	0	3	0	0
Cama	Uso seguro	2	0	0	2	0
Bomba nutrición	Uso seguro	11	6	5	0	0
Bomba nutrición	Mantenimiento	1	1	0	0	0
Ventilador mecánico	Mantenimiento	9	3	6	0	0

Tabla 25. Riesgos identificados en el sistema de Riesgos de productos sanitarios en ALMERA.

#### 4.11.3. Debilidades encontradas

- I. En la matriz de riesgos de productos sanitarios consultada en Almera, no se realizó análisis de Riesgo Residual
- II. No se elaboró plan de acción a las siguientes fallas con nivel de riesgo Alto:

PRODUCTO SANITARIO	ETAPA DEL CICLO	FALLA POTENCIAL DEL PROCESO
Monitor signos vitales	Uso seguro	Caída del equipo durante el transporte
Monitor signos vitales	Uso seguro	Falla en la respuesta a las alarmas
Cama	Uso seguro	Inadecuado ajuste de planos para la atención del paciente
Cama	Uso seguro	Riesgo de pinzamiento

Tabla 26. Riesgos de nivel alto sin plan de acción. Fuente: ALMERA

- III. Se recomienda que en el documento se describa por programa los criterios para seleccionar los productos sanitarios a analizar.

#### 4.12. RIESGOS DE BRAQUITERAPIA

Este sistema busca identificar los riesgos asociados a la potencial exposición no controlada a radiación ionizante como resultado de fallas en los procedimientos y enclavamientos de seguridad en la práctica de braquiterapia de alta tasa de dosis que se practica en la Unidad de Oncología y Radioterapia

##### 4.12.1. Documentación analizada – Enfoque

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



#### 4.12.2. Implementación y resultados

Se presenta la evaluación del riesgo de la práctica de Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis que se desarrolla dentro de la Unidad de Oncología y Radioterapia de la ESE – Hospital Universitario de Santander, con una fuente radiactiva de Iridio 192 asociada al equipo de carga diferida de la marca Varian Modelo GammaMed Plus iX, elaborado en mayo de 2018.



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

#### 4.12.3. Debilidades encontradas

- I. Aunque se presenta el documento GA-ONC-MA-04 EVALUACIÓN DE SEGURIDAD RADIOLÓGICA – BRAQUITERAPIA codificado, no fue encontrado en la plataforma ALMERA en el proceso de Oncología, tampoco se evidencia fecha de aprobación por parte de Calidad:

 <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	<p><b>EVALUACIÓN DE SEGURIDAD RADIOLÓGICA - BRAQUITERPIA</b></p>	<p>Página: 113 de 117</p>
	<p><b>CODIGO: GA-ONC-MA-04</b></p>	<p><b>Versión: 0.0</b></p>
<p><b>Elaboró:</b> Diego F. Aponte Castañeda Físico Médico - OPR</p>	<p><b>Revisó:</b> Leonardo vega Vargas Físico Médico – Teleterapia</p>	<p><b>Aprobó:</b></p>
<p><b>Fecha Elaboración:</b> 31 de mayo de 2018</p>	<p><b>Fecha de Revisión:</b> 31 de mayo de 2018</p>	<p><b>Fecha Aprobación:</b></p>

- II. El documento presentado como manual GA-ONC-MA-04 EVALUACIÓN DE SEGURIDAD RADIOLÓGICA – BRAQUITERAPIA no cumple con los parámetros descritos en GMC-GCA-IN-02 INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD (SOGCS), que indica que un manual es un documento que contiene lineamientos generales de un tema determinado, debido a que en el documento, además de describir la metodología utilizada, se da un informe de la evaluación de riesgos de la práctica de Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis que se desarrolla dentro de la Unidad de Oncología y Radioterapia de la ESE – Hospital Universitario de Santander en la vigencia 2018. Se recomienda reevaluar el documento y separar el informe de los lineamientos generales cumpliendo con el contenido que debe tener un Manual.

- III. Se presenta una matriz como anexo a la evaluación, pero no se logra identificar la fecha en que se realizó. Se recomienda que esa matriz sea parametrizada en Almera.
- IV. Se recomienda se genere plan de acción para las acciones que se identificaron como modos de evitar el fallo, a fin de que se le pueda realizar un seguimiento a su implementación.

**4.13. RIESGOS POBLACIONALES SEGÚN PAÍS Y MÍAS – GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD GIRS**

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

**4.13.1. Documentación analizada – Enfoque**

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

**4.14. RIESGOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL**

Este sistema busca identificar los riesgos que pueden afectar a los documentos o archivos electrónicos, con la consecuencia de perder sus atributos de autenticidad, fiabilidad, integridad, usabilidad y accesibilidad, y amenazar su preservación a largo plazo, disminuyendo la capacidad de una organización para el logro de sus objetivos.

**4.14.1. Documentación analizada – Enfoque**

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

**4.14.2. Implementación**

Se definieron los siguientes aspectos que se consideran críticos y que vienen de la mano con un factor de riesgo:

ASPECTOS CRÍTICOS	RIESGOS
Archivo Especializado de Historia Clínica	4
Consolidación de instrumentos archivísticos y metodológicos que definen la política y procedimientos de gestión documental en la ESE Hospital Universitario de Santander	2
Personal específico escaso asignado a las actividades de gestión documental y cultura de gestión documental débil.	3
Fondo Documental Acumulado Hospital Universitario Ramón González Valencia	4
Saturación de archivos en las oficinas	4
Producción documental no controlada (Aplicaciones Impresiones – Correos electrónicos, - Página WEB – Cliente Externo – Digitalización	4

Tabla 27. Aspectos críticos identificados  
Fuente: PINAR

#### 4.14.3. Resultados

El proceso de Gestión Documental reportó los siguientes avances en el PINAR

PLAN / PROGRAMA / PROYECTO	AVANCE
PLAN DE CAPACITACION INSTITUCIONAL EN ARCHIVO Y GESTION DE DOCUMENTOS	Se definió el cronograma de capacitaciones para el HUS y se capacito el 100% de áreas, visitando las diferentes áreas del HUS por todo el personal de gestión documental.
PLAN DE SENSIBILIZACION ARCHIVISTICA	Mensualmente se prestó apoyo a todas las áreas y con capacitación en el hemocentro, sensibilizando y apoyando la organización de su archivo mediante.
PLAN DE COMPRAS PARA UNIDAD DE CORRESPONDENCIA.	Durante la vigencia 2019 se contó con los siguientes contratos interadministrativos: No. 27/2019, cuyo objeto es Contratación del servicio especializado de transporte y entrega de documentos a nivel urbano, regional y nacional, suscrito entre la ESE HUS y Servicios Postales Nacionales 4-72, desde el 14 de enero/2019 al 30 de noviembre/2019, periodo en el cual se realizó consumo de \$6.631.100. No. 359/2019, cuyo objeto es Contratación del servicio especializado de transporte y entrega de documentos a nivel urbano, regional y nacional, suscrito entre la ESE HUS y Servicios Postales Nacionales 4-72, del 1 de diciembre/2019 al 31 de marzo/2020, por valor de \$11.666.664. Se suministró los elementos de oficina necesarios para el funcionamiento de la ventanilla única de correspondencia.
PROGRAMA DE TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES:	Las áreas que hicieron transferencias al archivo fueron: Enfermería, Jurídica, Subgerencia de Ambulatorios, Tesorería, Presupuesto, talento humano, alto costo, ufati, estadística, y emergencias y desastres. Indicador: Nro. Áreas que hicieron transferencias / Áreas de la institución $(10/16) * 100 = 62.5\%$
PLAN DE CONTROL DE CONDICIONES AMBIENTALES:	Se Implementó el formato de condiciones ambientales para el archivo y se está elaborando Desde el mes de Octubre se viene realizando este registro de condiciones ambientales del Archivo Central.
PLAN DE FUMIGACION Y LIMPIEZAS DE AREAS DE ARCHIVO	El plan de fumigación se esta realizando a la fecha se hicieron 5 fumigaciones en el archivo correspondiente a: Abril, Junio, agosto, octubre y Diciembre. Nro de fumigaciones planeadas / Nro de Fumigaciones realizadas. $(5/5) * 100 : 100\%$
PROGRAMA DE NORMALIZACION DE FORMAS Y FORMULARIOS ELECTRONICOS.	Se articuló con calidad para que al momento de solicitar la inclusión de un formato al SGC, se incluya aspectos importantes como si es electrónico o físico. Para iniciar con el tema de formularios electrónicos.
PROGRAMA DE GESTION DOCUMENTAL.	Se actualizo el Programa de Gestión Documental siendo aprobado por la oficina de calidad.

Tabla 28. Avances PINAR

Fuente: Informe de Gestión Documental

#### 4.14.4. Debilidades encontradas

- I. Al revisar el mapa de ruta que responde a los compromisos adquiridos por la Entidad para garantizar la aplicación de los planes, programas y proyectos relacionados con la gestión de documentos físicos y electrónicos, se evidencia que:
  - a. No se relacionó el plan, programa o proyecto a desarrollar, sino que se colocó como título de la columna Aspecto Crítico y se describió el objetivo formulado en la visión estratégica del PINAR.

b. No se estableció en qué periodo se realizarían:

Aspecto Critico	Corto Plazo 2018	Mediano Plazo 2019	Largo Plazo 2020
Fortalecer dentro de la Planeación Estratégica institucional el tema de Gestión Documental			
Establecer canales de apoyo con las instancias que conforman el Sistema Nacional de Archivos			
Asignar roles específicos al personal del Hospital Universitario de Santander dentro de las actividades de producción, recepción, distribución, trámite, organización, consulta, preservación y disposición final			
Fortalecer el conocimiento y cultura organizacional del personal del Hospital Universitario de Santander específicamente en el tema de gestión documental			
Definir un procedimiento claro y socializarlo dentro del equipo de personas que alimentan los expedientes de Historias Clínicas			
Intervenir el Fondo Documental Acumulado Hospital Universitario Ramón González Valencia			
Definir una campaña institucional para el manejo responsable de los documentos de archivo			
Consolidar los inventarios institucionales en las etapas de gestión, central e histórico			
Validar los requisitos para la administración de documentos electrónicos			
Consolidar los instrumentos archivísticos			
Ampliar los procesos de digitalización masiva			
Administrar la producción de documentos electrónicos basados en la estructura de las Tablas de Retención Documental			

Tabla 29. Mapa de ruta PINAR. Fuente: PINAR

II. Se recomienda que la herramienta de seguimiento y control sea parametrizada en Almera para facilitar la gestión y medición del cumplimiento de cada uno de los planes y proyectos aplicables a la gestión documental, adicionalmente se recomienda agregar las acciones necesarias para el desarrollo y cumplimiento de las metas y el cronograma.

#### 4.15. RIESGOS CLÍNICOS

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

##### 4.15.1. Documentación analizada – Enfoque

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

##### 4.15.2. Implementación

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.

Se evidenció que se cargaron los mapas de riesgos clínicos en la plataforma ALMERA, con los siguientes resultados:

UNIDAD DE RIESGO	BAJO	MODERADO	ALTO	Acciones	TOTAL RIESGOS
Apoyo Diagnóstico Especializado	1	0	2	10	3
Consulta Externa	2	3	0	10	5
Esterilización	0	1	0	4	1
Farmacia	0	5	0	21	5
Gestión de Cuidados Intensivos	0	2	0	9	2
Gestión de Urgencias	1	1	0	4	2
Gestión Quirúrgica	0	1	0	5	1
Hemocentro	0	1	1	4	2
Hospitalización	1	0	0	5	1
Imagenología	0	0	1	4	1
Infectología	0	1	0	4	4
Investigación	2	2	0	0	4
Laboratorio Clínico	0	0	1	5	1
Nutrición	0	6	0	15	6
Oncología	0	1	0	5	1
Patología	0	0	1	4	1
Rehabilitación	0	2	0	10	2
<b>TOTAL MISIONALES</b>	<b>7</b>	<b>26</b>	<b>6</b>	<b>119</b>	<b>42</b>

Tabla 30. Cantidad de riesgos clínicos identificados y valores según metodología AMFE. Fuente: ALMERA.

#### 4.15.3. Resultados

Se evidenció los siguientes resultados en cuanto a las acciones planeadas para mitigar los riesgos identificados:

UNIDAD DE RIESGO	ATRASADAS	EN DESARROLLO	SIN INICIAR	TERMINADAS	TOTAL ACCIONES
Apoyo Diagnóstico Especializado	7	0	0	3	10
Consulta Externa	0	0	0	10	10
Esterilización	0	0	0	4	4
Farmacia	0	0	0	21	0
Gestión de cuidados intensivos	5	0	0	4	9
Gestión de Urgencias	0	0	0	4	4
Gestión Quirúrgica	0	0	0	5	5
Hemocentro	0	0	0	4	4
Imagenología	0	0	0	4	4
Infectología	0	0	0	4	4
Laboratorio clínico	0	0	0	5	5
Nutrición	0	0	0	15	15
Oncología	2	0	0	3	5
Patología	0	0	0	4	4

UNIDAD DE RIESGO	ATRASADAS	EN DESARROLLO	SIN INICIAR	TERMINADAS	TOTAL ACCIONES
Rehabilitación	0	0	0	10	10

Tabla 30. Plan de acción del sistema de Riesgos Clínicos. Fuente: ALMERA

#### 4.15.4. Debilidades encontradas en el mapa de Riesgo Clínico

I. Se encontraron sin cerrar las siguientes acciones:

UNIDAD DE RIESGO	PROCESO / PROCEDIMIENTO	ACCIÓN	FECHA DE FINALIZACIÓN
Apoyo Diagnóstico Especializado	PROTOCOLO ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	3H. Realizar el plan alternativo en caso de daño del equipo	2019-10-18
Apoyo Diagnóstico Especializado	PROTOCOLO ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	5V. Verificar cumplimiento del plan alternativo	2019-11-29
Apoyo Diagnóstico Especializado	PROTOCOLO ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	6A. Tomar decisiones de acuerdo a lo observado	2019-12-31
Apoyo Diagnóstico Especializado	PROTOCOLO DE ESOFAGASTRODUODENOSCOPIA	1P. Identificar las necesidades de limpieza del equipo e insumos	2019-08-23
Apoyo Diagnóstico Especializado	PROTOCOLO DE ESOFAGASTRODUODENOSCOPIA	2H. Realizar el cronograma de limpieza de equipo e insumos	2019-09-30
Apoyo Diagnóstico Especializado	PROTOCOLO DE ESOFAGASTRODUODENOSCOPIA	3V. Verificar análisis bacteriológicos de laboratorio clínico para la limpieza de los equipos	2019-10-31
Apoyo Diagnóstico Especializado	PROTOCOLO DE ESOFAGASTRODUODENOSCOPIA	4A. Tomar decisiones de acuerdo a lo observado.	2019-12-31
Gestión de Cuidados Intensivos	PROCEDIMIENTO INGRESO PACIENTE UCI ADULTOS	2H. Socializar e implementar el procedimiento de ingreso a UCI Adultos	2019-10-31
Gestión de Cuidados Intensivos	PROCEDIMIENTO INGRESO PACIENTE UCI ADULTOS	3V. Evaluar el conocimiento y la implementación del procedimiento de ingreso a UCI Adultos	2019-10-31
Gestión de Cuidados Intensivos	PROCEDIMIENTO INGRESO PACIENTE UCI ADULTOS	4A. Tomar decisiones de acuerdo a lo observado	2019-11-29
Gestión de Cuidados Intensivos	Gestión cuidados intensivos Pediátrico	4V. Evaluar la apropiación del conocimiento de la GPC priorizada en la unidad de cuidados intensivos Pediátricos	2019-10-30
Gestión de Cuidados Intensivos	Gestión cuidados intensivos Pediátrico	5A. Tomar decisiones de acuerdo a lo encontrado	2019-12-06

UNIDAD DE RIESGO	PROCESO / PROCEDIMIENTO	ACCIÓN	FECHA DE FINALIZACIÓN
Oncología	PROCEDIMIENTO DE MANEJO, CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA	4V. Evaluar la socialización de los lineamientos para realizar seguimiento del abandono de tratamientos por parte del paciente	2019-11-18
Oncología	PROCEDIMIENTO DE MANEJO, CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA	5A. Tomar decisiones de acuerdo a lo observado.	2019-12-16

Tabla 31. Acciones atrasadas del sistema de Riesgos Clínicos. Fuente: ALMERA.

#### 4.15.5. Riesgos sin valoración y evaluación – Sistema Riesgo Clínico:

UNIDAD	FALLA POTENCIAL DEL PROCESO (RIESGO)	OBSERVACION
Hemocentro	Insuficiencia en la captación de donantes para suplir la demanda de voluntarios de sangre	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis para determinar Zona de riesgo residual</li> </ul>
Imagenología	Falla en la continuidad de la prestación de los servicios de imagenología	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis para determinar Zona de riesgo residual</li> </ul>

Tabla 32. Riesgos sin valoración y evaluación – Sistema Riesgo Clínico.

#### 4.16. SISTEMAS DE GESTIÓN QUE NO HAN GESTIONADO SUS RIESGOS

Sistema	Responsable	Modelo de Gestión	Programa/Instructivo	Matriz	Seguimiento
1) RIESGOS POBLACIONALES SEGÚN LINEAMIENTOS POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD- PAIS Y MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD - MIAS.	PACAS	MPS	No	No	No

Tabla 33. Sistemas de gestión que no han gestionado sus riesgos.

### RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar los ajustes de la Matriz de Riesgos por cada uno de los sistemas, según las debilidades encontradas.
- Se recomienda realizar actualización de las matrices de Riesgos de procesos y de corrupción, adoptando las nuevas acciones que considere convenientes si el riesgo ya estaba identificado, o incluirlo si no estaba, producto del monitoreo continuo y de otras fuentes de información como auditorías internas de calidad y Control Interno, entre otras. Estas actualizaciones deben ser reportadas a la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional, quienes son los responsables de consolidar esta información.

- Se hace necesario fortalecer los mecanismos de difusión y socialización de los riesgos, para que cada responsable de las correspondientes áreas intensifiquen e involucren a todos los funcionarios y colaboradores en la participación de un ambiente de compromiso y autentica conciencia en la búsqueda y ejecución de acciones encaminadas a la prevención y administración de los riesgos.
- Se recomienda a cada líder de Riesgos y al Líder de Gestión de Riesgos general, realizar seguimientos más exhaustivos al cumplimiento de las directrices de cada sistema, cumplimiento de las acciones y generación de informes periódicos de esas tareas realizadas.
- En comparación con el informe anterior, se evidenció eliminación de riesgos identificados y no tratados, y eliminación de planes de acción ya propuestos, por tal motivo, se recomienda establecer en el Programa de Gestión Integral del Riesgo, directrices claras y definidas del procedimiento a seguir para eliminar riesgos, para redefinir acciones, ampliación de plazo de cumplimiento de metas y sanciones para los incumplidos en la Gestión del Riesgo y planes de acción de los mismos.

## CONCLUSIONES

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



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