

# **PRIMER SEGUIMIENTO GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO**

## **OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**

**JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS**

**Jefe Oficina Asesora de Control Interno**

**HOSPITAL  
UNIVERSITARIO  
DE SANTANDER**  

---

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**



## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
I. SEGUIMIENTO Y CONTROL .....	3
II. OBJETIVOS DEL SEGUIMIENTO .....	3
III. ALCANCE .....	3
IV. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO .....	4
4.1. RIESGOS DE PROCESOS.....	5
4.2. RIESGOS DE CORRUPCIÓN .....	13
4.3. RIESGOS ESTRATÉGICOS.....	16
4.4. RIESGOS DE ESTÁNDARES Y EJES DE ACREDITACIÓN .....	18
4.5. RIESGOS DE DEFENSA JURÍDICA.....	21
4.6. RIESGOS AMBIENTALES.....	22
4.7. RIESGOS DE SEGURIDAD DIGITAL, DATOS PERSONALES Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN ..	22
4.8. RIESGOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.....	23
4.9. RIESGOS SARLAFT .....	25
4.10. RIESGOS DE DESASTRES .....	26
4.11. RIESGOS PRODUCTOS SANITARIOS .....	27
4.12. RIESGOS DE BRAQUITERAPIA .....	28
4.13. RIESGOS POBLACIONALES SEGÚN PAÍS Y MÍAS – GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD GIRS 30	
4.14. RIESGOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL.....	30
4.15. RIESGOS CLÍNICOS .....	32
4.16. SISTEMAS DE GESTIÓN QUE NO HAN GESTIONADO SUS RIESGOS:.....	35
RECOMENDACIONES .....	35
CONCLUSIONES.....	36

## **INTRODUCCIÓN**

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

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

Este informe se encuentra delimitado entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2020 y muestra el avance del HUS en tema de la Gestión Integral del Riesgo.

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

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

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

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

### **III. ALCANCE**

Hacer seguimiento a la gestión adelantada durante el primer semestre de 2020, con respecto al cumplimiento al elemento MECI: Evaluación del Riesgo analizando la actualización del Mapa de Riesgos, la formulación de una Política para la Administración de los riesgos identificados y la implementación de Acciones Preventivas para mitigarlos.

#### IV. ANTECEDENTES

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

- En el mes de febrero Capacitación a líderes de procesos y de sistemas en el cual se dictó taller teórico-práctico para llevar a cabo con éxito la identificación, análisis, evaluación y tratamiento que se le debería definir a cada riesgo identificado para la vigencia que haga parte de procesos o sistemas.
- En el mes de abril se reforzó con la capacitación que se difundió como tema en grupos primarios, dentro del cual se realizaba de nuevo capacitación en Gestión del Riesgo, la socialización de los riesgos identificados, analizados, evaluados y el tratamiento definido para cada uno de ellos, esto con el fin difundir el conocimiento y lograr la apropiación en todos los niveles de mejoramiento.
- En el mes de mayo se definió la encuesta de cultura enfocada a la Acreditación que es aplicada a los colaboradores de la ESE HUS y la cual se encuentra a la fecha en aplicación, de esta se presentara el informe respectivo.
- En el mes de Julio se difunde de nuevo la capacitación a todos los colaboradores como tema de Acreditación y enfoque de mejoramiento continuo y apropiación del conocimiento.
- Se realizan seguimientos trimestrales y los resultados han sido socializados en el comité de Gestión y Desempeño.
- El líder de Gestión del Riesgo continuamente dicta capacitaciones, brinda acompañamiento y realiza los seguimientos respectivos a los líderes de procesos y sistemas, a su vez establece continua comunicación para así culminar con éxito la meta trazada para la vigencia por sistema y a su vez como eje de Acreditación.

#### V. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

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

	<b>Sistema</b>	<b>Responsable</b>	<b>Modelo de Gestión</b>	<b>Programa</b>	<b>Matriz</b>	<b>Seguimiento</b>
1	RIESGOS DE PROCESOS O GESTIÓN	Desarrollo Institucional	DAFP	Si	Si	Si
2	CORRUPCIÓN	Desarrollo Institucional	DAFP	Si	Si	Si
3	RIESGOS ESTRATÉGICOS	Desarrollo Institucional	DAFP	Si	Si	Si
4	RIESGOS ESTÁNDARES Y EJES DE ACREDITACIÓN	Gestión de Calidad	AMFE	Si	Si	Si

Sistema	Responsable	Modelo de Gestión	Programa	Matriz	Seguimiento	
5	RIESGOS DE DEFENSA JURÍDICA	Gestión Jurídica	DAFP	No	No	No
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

## 5.1. RIESGOS DE PROCESOS

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

### 5.1.1. Documentación analizada

Se elaboraron los siguientes documentos:

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

### 5.1.2. Implementación

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

PROBABILIDAD	Raro			GAF-GEA01 GAF-SBA01 GJU-DJE01	GAF-IFR01 GDI-PLA01	GSQ-03	
	Improbable		GCO-CIN01 GFI-CON01 GID-INV02	GCO-CIN02 GID-DOC01 GMC-GCA03	13	GTH-DTH02	
	Posible	GIN-HOS01 GIN-HOS-CP-01	19	10	16	GSQ-EST-02 TH12	
	Probable			24	16	GAF-GEA04 GAF-GEA05	
	Casi seguro				GAF-IFR03		
		Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrofico	
IMPACTO							

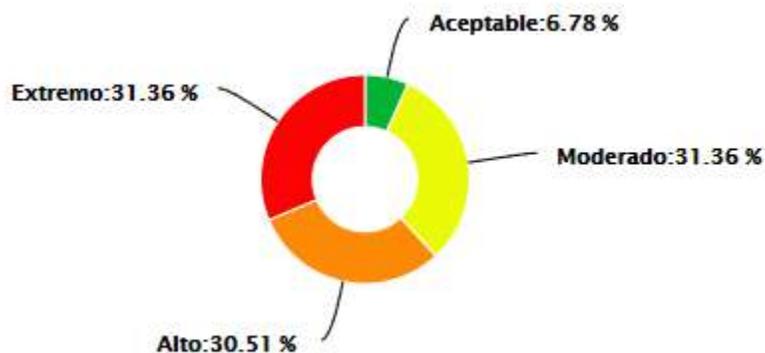


Imagen 1. Mapa de calor Riesgos HUS en ALMERA.  
Fuente: ALMERA

CLASIFICACIÓN	PROCESO	ACEPTABLE	MODERADO	ALTO	EXTREMO	Acciones	TOTAL RIESGOS
Estratégico	Gestión directiva	1	0	0	0	4	1
Estratégico	Mercadeo	0	0	1	0	4	1
Estratégico	Planeación	1	0	0	0	0	1
Estratégico	Comunicación	2	0	0	0	4	2
Estratégico	Cartera	2	0	1	0	4	3
Estratégico	Contabilidad	1	0	0	0	0	1
Estratégico	Facturación	2	0	0	0	4	2
Estratégico	Presupuesto	0	0	2	0	7	2

CLASIFICACIÓN	PROCESO	ACEPTABLE	MODERADO	ALTO	EXTREMO	Acciones	TOTAL RIESGOS
Estratégico	Tesorería	1	0	0	0	0	1
Estratégico	Costos	3	0	0	0	7	3
Estratégico	Gestión de Calidad	3	0	1	0	5	4
Estratégico	Sistema de Información del Usuario	2	0	0	0	8	2
Estratégico	Desarrollo del Talento Humano	0	1	0	1	9	2
Estratégico	Ingreso del Talento Humano	1	0	0	0	1	1
Estratégico	Planeación del Talento Humano	0	0	0	0	0	0
Estratégico	Retiro del Talento Humano	1	0	0	0	1	1
Misional	Consulta Externa	2	0	0	0	9	2
Misional	Docencia Servicio	2	0	0	0	5	2
Misional	Esterilización	1	0	1	0	8	2
Misional	Farmacia	0	1	1	0	4	2
Misional	Gestión de Cuidados Intensivos	1	0	0	1	10	2
Misional	Gestión de urgencias	3	3	0	0	19	6
Misional	Gestión Quirúrgica	3	0	1	2	13	6
Misional	Hemocentro	1	0	0	1	10	2
Misional	Hospitalización	3	0	1	0	4	4
Misional	Imagenología	2	3	1	0	8	6
Misional	Infectología	1	0	1	0	5	2
Misional	Investigación	2	0	0	0	4	2
Misional	Laboratorio Clínico	1	0	1	0	5	2
Misional	Nutrición	0	0	1	1	10	2
Misional	Oncología	2	0	0	1	5	3
Misional	Patología	1	0	1	0	9	2
Misional	Rehabilitación	1	0	1	0	7	2
Misional	Radiología Intervencionista	0	0	0	0	0	0
Misional	Apoyo Diagnóstico Especializado	1	0	1	0	8	2

CLASIFICACIÓN	PROCESO	ACEPTABLE	MODERADO	ALTO	EXTREMO	Acciones	TOTAL RIESGOS
De Evaluación y control	Control interno	2	2	1	0	5	5
Apoyo	Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	2	1	0	0	0	3
Apoyo	Defensa Judicial y Extrajudicial	0	2	0	0	0	2
Apoyo	Dotación e Insumos	2	0	0	0	6	2
Apoyo	Gerencia de la Información	1	0	1	0	4	2
Apoyo	Gestión ambiental	1	3	1	0	17	5
Apoyo	Gestión de tecnología	3	0	0	0	14	3
Apoyo	Gestión documental	2	0	2	0	10	4
Apoyo	Infraestructura	1	2	0	0	9	3
Apoyo	Servicios Básicos	0	1	0	0	0	1
Apoyo	Sistemas de Información	2	0	0	0	4	2
<b>TOTAL ESTRATEGICOS</b>		<b>17</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>65</b>	<b>24</b>
<b>TOTAL MISIONALES</b>		<b>27</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>155</b>	<b>51</b>
<b>TOTAL DE CONTROL</b>		<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>TOTAL DE APOYO</b>		<b>17</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>65</b>	<b>30</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>63</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>289</b>	<b>110</b>

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

### 5.1.3. Resultados

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

CLASIFICACIÓN	PROCESO	ATRASADAS	EN DESARROLLO	SIN INICIAR	TERMINADAS	TOTAL ACCIONES
Estratégico	Gestión directiva	0	0	0	4	4
Estratégico	Mercadeo	0	1	2	1	4
Estratégico	Planeación	0	0	0	0	0
Estratégico	Comunicación	0	2	2	4	8
Estratégico	Costos	0	2	0	7	9
Estratégico	Cartera	0	0	0	4	4

CLASIFICACIÓN	PROCESO	ATRASADAS	EN DESARROLLO	SIN INICIAR	TERMINADAS	TOTAL ACCIONES
Estratégico	Facturación	0	0	0	4	4
Estratégico	Contabilidad	0	0	0	0	0
Estratégico	Presupuesto	0	0	1	7	8
Estratégico	Tesorería	0	0	0	0	0
Estratégico	Desarrollo del Talento Humano	0	0	0	9	9
Estratégico	Ingreso del Talento Humano	0	0	0	1	1
Estratégico	Planeación del Talento Humano	0	0	0	0	0
Estratégico	Retiro del Talento Humano	0	1	0	0	1
Estratégico	Gestión de Calidad	1	0	3	1	5
Estratégico	Sistema de Información del Usuario	0	3	2	3	8
De evaluación	Control Interno	0	3	0	2	5
Misional	Consulta Externa	0	2	0	7	9
Misional	Docencia y Servicio	0	0	0	5	5
Misional	Esterilización	0	0	3	5	8
Misional	Farmacia	0	1	2	5	8
Misional	Gestión de Cuidados Intensivos	2	2	3	3	10
Misional	Gestión de urgencias	6	0	2	11	19
Misional	Gestión Quirúrgica	0	0	2	11	13
Misional	Hemocentro	1	3	0	6	10
Misional	Hospitalización	0	0	0	4	4
Misional	Imagenología	0	2	1	5	8
Misional	Infectología	1	0	0	4	5
Misional	Investigación	3	0	1	4	8
Misional	Laboratorio Clínico	0	4	1	5	10
Misional	Nutrición	0	1	2	7	10
Misional	Oncología	4	0	0	1	5
Misional	Patología	0	0	2	7	9

CLASIFICACIÓN	PROCESO	ATRASADAS	EN DESARROLLO	SIN INICIAR	TERMINADAS	TOTAL ACCIONES
Misional	Rehabilitación	0	2	1	4	7
Misional	Radiología Intervencionista	0	0	0	0	0
Misional	Apoyo Diagnóstico Especializado	4	0	2	1	7
Apoyo	Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	0	0	0	0	0
Apoyo	Defensa Judicial y Extrajudicial	0	0	0	0	0
Apoyo	Dotación e insumos	0	0	5	1	6
Apoyo	Gerencia de la Información	0	0	1	3	4
Apoyo	Gestión ambiental	0	1	0	16	17
Apoyo	Gestión de tecnología	0	3	2	9	15
Apoyo	Gestión documental	1	0	3	6	10
Apoyo	Infraestructura	0	0	0	9	9
Apoyo	Servicios básicos	0	0	0	0	0
Apoyo	Sistemas de Información	1	0	2	1	4
<b>TOTAL ESTRATEGICOS</b>		<b>1</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>45</b>	<b>65</b>
<b>TOTAL MISIONALES</b>		<b>21</b>	<b>17</b>	<b>22</b>	<b>95</b>	<b>155</b>
<b>TOTAL DE APOYO</b>		<b>2</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>45</b>	<b>65</b>
<b>TOTAL DE CONTROL</b>		<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>24</b>	<b>33</b>	<b>45</b>	<b>187</b>	<b>289</b>

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

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

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

I. Se encontraron sin cerrar las siguientes acciones:

PROCESO	RIESGO	ACCIÓN	AVANCE REPORTADO	FECHA DE FINALIZACIÓN
Gestión de Calidad	Inoportunidad en el reporte de los indicadores normativos	2H. Documentar los procedimientos de consolidación de datos clínicos y administrativos	33%	2020-07-31
Gestión de cuidados intensivos	Probabilidad de incumplimiento del protocolo de traslado de pacientes	1. Planear la lista de chequeo para los cierres de cuenta de alto costo en ucis	0%	2020-05-29
		2. Documentar la lista de chequeo para los cierres de cuenta de alto costo en ucis	0%	2020-07-30
Gestión de Urgencias	Incumplimiento en la ruta de atención pediátrica Covid-19 y las medidas de bioseguridad por parte de los colaboradores del servicio de urgencias pediátricas de la E.S.E HUS.	1 P. Revisión de documentos para la creación de la ruta de ingreso de pediatría con Covid-19	50%	2020-04-30
		2 H. Documentar la ruta de ingreso de pacientes pediátricos covid-19	40%	2020-06-30
		3 H. Socializar a los colaboradores del servicio de urgencias pediátricas el protocolo de atención covid-19, ruta de atención, medidas de Bioseguridad y uso de EPP	50%	2020-06-30
Gestión de Urgencias	Inaccesibilidad a las salas de aislamiento para la ubicación de los pacientes que ingresan al servicio con patologías confirmadas que requieran aislamiento protector, de contacto.	1p. Programar reunión para identificar la necesidad de adecuar más salas de aislamiento en urgencias pediátricas.	50%	2020-04-30
		3v. Verificar si se están ejecutando las necesidades identificadas en la reunión.	50%	2020-07-30
		4a. Evaluar las desviaciones encontradas en el proceso de mejora	0%	2020-06-30
Gestión documental	Probabilidad de que se presente la no realización de la transferencia documental por parte de los procesos de la ESE HUS	4H. Presentar el proyecto de actualización de tabla de retención al comité de gestión y desempeño	0%	2020-09-30 Fecha inicio: 2020-03-16
Hemocentro	Probabilidad de incumplimiento en el protocolo GAT-HEM-PR-04 procedimiento recepción de donantes, manejo y despacho de hemocomponentes contingencia COVID-19.	5A. Tomar decisiones de acuerdo a lo observado	0%	2020-07-31

PROCESO	RIESGO	ACCIÓN	AVANCE REPORTADO	FECHA DE FINALIZACIÓN
Infectología	Probabilidad de contagio de COVID-19 en la comunidad hospitalaria.	2H. Documentar las precauciones adicionales de aislamiento para responder a COVID 19	0%	2020-05-29
Investigación	Incumplimiento de la normatividad vigente sobre la ley de protección de datos personales.	1P. Identificar los proyectos de investigación los cuales no cumplen con la protección de datos personales	0%	2020-11-20 Fecha inicio: 2020-03-31
Investigación	Incumplimiento de la normatividad vigente sobre la ley de protección de datos personales.	2. Elaborar base de datos de seguimiento investigaciones que no están cumpliendo con la ley de protección de base de datos.	0%	2020-11-20 Fecha inicio: 2020-05-01
		3v. verificar el cumplimiento de los formatos de supresión de identidad para salvaguardar la ley de protección de datos.	0%	2020-11-20 Fecha inicio: 2020-05-15
Oncología	Probabilidad de incumplimiento en la ruta de atención de pacientes oncológico frente a un posible caso de covid -19	2. Elaborar la ruta de atención y la lista de chequeo que verifique el cumplimiento en la ruta de atención de pacientes oncológico frente a un posible caso de covid -19	80%	2020-06-30
		3. Socialización de la ruta de atención de pacientes oncológico frente a un posible caso de covid -19 y la lista de chequeo	0%	2020-06-30
		4. Medir la adherencia y aplicabilidad de la ruta de atención de pacientes oncológico frente a un posible caso de covid -19 mediante la lista de chequeo	0%	2020-12-15 Fecha inicio: 2020-07-01
		5. Tomar las acciones correctivas de acuerdo a los resultados encontrados.	0%	2020-12-15 Fecha inicio: 2020-07-01
Sistemas de información	Perdida de información de las bases de datos almacenadas en los servidores.	2H. Ejecutar el simulacro de contingencia del sistema de información	0%	2020-08-31 Fecha inicio: 2020-06-02
Apoyo Diagnostico Especializado	Inaccesibilidad al servicio de poyo diagnostico especializado por la emergencia sanitaria declarada por COVID-19 mediante la resolución 380 de 2020 y la suspensión de procedimientos ambulatorios no urgentes por la resolución 502 de 2020	1P. Planear la implementación de las orientaciones para la restauración gradual de los servidores de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por COVID-19 en Colombia en los servicios de apoyo diagnostico especializado	0%	2020-05-08

PROCESO	RIESGO	ACCIÓN	AVANCE REPORTADO	FECHA DE FINALIZACIÓN
Apoyo Diagnostico Especializado	Inaccesibilidad al servicio de apoyo diagnostico especializado por la emergencia sanitaria declarada por COVID-19 mediante la resolución 380 de 2020 y la suspensión de procedimientos ambulatorios no urgentes por la resolución 502 de 2020	2H. Implementar las orientaciones para la restauración gradual de los servidores de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por COVID-19 en Colombia en los servicios de apoyo diagnostico especializado	0%	2020-05-08
		3V. Verificar la implementación de las orientaciones para la restauración gradual de los servidores de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por COVID-19 en Colombia en los servicios de apoyo diagnostico especializado	0%	2020-06-12
		4A. Actuar de acuerdo a las desviaciones encontradas.	0%	2020-06-26

Tabla 4. Actividades atrasadas – Plan de acción de Mapa de Riesgos de procesos  
Fuente: Almera

## II. Procesos que no han gestionado sus riesgos

CLASIFICACIÓN	PROCESO
Misional	Radiología Intervencionista
Estratégico	Planeación del Talento Humano

Tabla 5. Procesos que no han gestionado sus riesgos.  
Fuente propia

## 5.2. RIESGOS DE CORRUPCIÓN

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

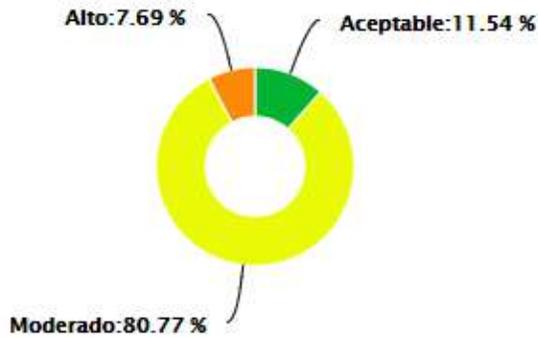
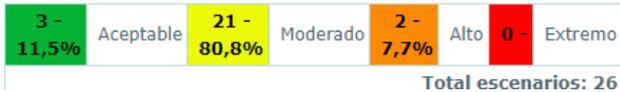
### 5.2.1. Documentación analizada – Enfoque

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

### 5.2.2. Implementación

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

PROBABILIDAD	Raro		CID-003 GJU-ADQ008	CID001			GAM-CEX-001
	Improbable			CID002 GII-SIS-CP001	GAT-NUT-CP 001 GJU-ADQ001		GAM-CEX-002 GAT-REH-CP001
	Posible		14	GAT-FAR-CP002	GFI-CAR 001		
	Probable						
	Casi seguro						
		Insignificante	Menor	Moderado		Mayor	Catastrofico
IMPACTO							



CLASIFICACIÓN	PROCESO	ACEPTABLE	MODERADO	ALTO	EXTREMO	Acciones	TOTAL RIESGOS
DE APOYO	Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	1	7	0	0	0	8
DE APOYO	Dotación e insumos	0	1	0	0	0	1
DE APOYO	Sistemas de información	1	1	0	0	0	2
DE APOYO	Control Interno Disciplinario	1	1	1	0	0	3
DE APOYO	Defensa Judicial y Extrajudicial	0	1	0	0	0	1
ESTRATÉGICO	Cartera	0	0	1	0	5	1
ESTRATÉGICO	Tesorería	0	1	0	0	4	1
ESTRATÉGICO	Gestión Directiva	0	1	0	0	0	1
ESTRATEGICO	Presupuesto	0	1	0	0	0	1
MISIONALES	Consulta Externa	0	2	0	0	6	2
MISIONALES	Farmacia	0	2	1	0	8	3
MISIONALES	Nutrición	1	0	0	0	2	1
MISIONALES	Rehabilitación	1	0	0	0	3	1

<b>TOTAL MISIONALES</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>19</b>	<b>7</b>
<b>TOTAL ESTRATEGICOS</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>4</b>
<b>TOTAL DE APOYO</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>28</b>	<b>26</b>

Tabla 6. Cantidad de riesgos de corrupción identificados y valores según metodología DAFP.

Fuente propia.

### 5.2.3. 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	0	0
DE APOYO	Dotación e insumos	0	0	0	0	0
DE APOYO	Sistemas de información	0	0	0	0	0
DE APOYO	Defensa Judicial y Extrajudicial	0	0	0	0	0
ESTRATEGICO	Presupuesto	0	4	0	0	4
ESTRATEGICO	Gestión Directiva	0	0	0	0	0
ESTRATEGICO	Cartera	0	5	0	0	5
ESTRATEGICO	Tesorería	0	4	0	0	4
MISIONALES	Consulta externa	0	0	2	4	6
MISIONALES	Farmacia	0	5	0	3	8
MISIONALES	Nutrición	0	0	0	2	2
MISIONALES	Rehabilitación	0	0	1	2	3
<b>TOTAL MISIONALES</b>		<b>0</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>19</b>
<b>TOTAL ESTRATEGICOS</b>		<b>0</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>13</b>
<b>TOTAL DE APOYO</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>23</b>	<b>23</b>

Tabla 7. Resultados Plan de acción Sistema de Riesgos de Corrupción.

Fuente Almera.

### 5.2.4. Debilidades encontradas en el mapa de Riesgos de corrupción

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

## Hallazgo 1.

El riesgo “Dilatación de los procesos con el propósito de obtener el vencimiento de términos o la prescripción del mismo.” de Control Interno Disciplinario, inicia con un Riesgo absoluto Aceptable, sin embargo, después de realizar el análisis se evidencia un resultado de Riesgo Residual Alto y sin embargo no se evidencia plan de acción que ayude a mitigar el Riesgo identificado.

Riesgo absoluto				Riesgo residual			
Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Tratamiento del Riesgo	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Tratamiento del Riesgo
Raro	Moderado	Aceptable	Reducir el riesgo	Posible	Moderado	Alto	Reducir el riesgo

## Hallazgo 2.

El riesgo “Vencimiento de términos judiciales sin realizar las actuaciones que corresponda a la ESE HUS” del proceso Defensa Judicial y extrajudicial fue identificado, sin embargo, a la fecha, no se ha registrado el análisis en ALMERA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER  
E.S.E Hospital Universitario de Santander  
Proceso: Defensa Judicial y Extrajudicial  
Reporte de nombre del riesgo  
Código DEF001

Identificación Controles (1) Análisis

E.S.E Hospital Universitario de Santander  
Almera - Sistema de Gestión Integral  
2020 - Bogotá, Colombia

### 5.2.5. Recomendaciones

Se recomienda analizar la información relacionada con declaraciones de conflictos de interés, información recibida desde la línea de denuncia (si existe), o bien desde otras fuentes.

## 5.3. RIESGOS ESTRATÉGICOS

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

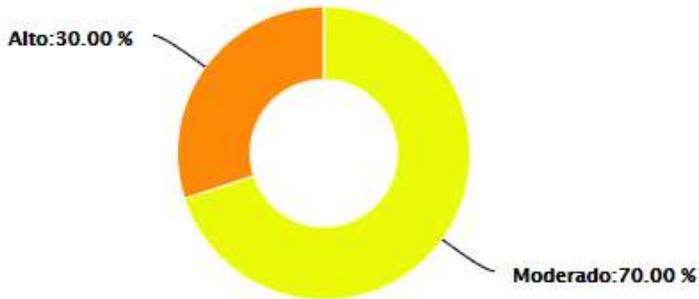
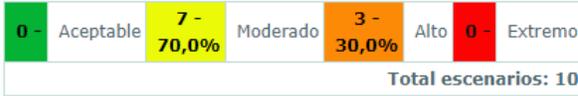
### 5.3.1. Documentación analizada – Enfoque

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

### 5.3.2. Implementación

Se identificaron en Almera los siguientes riesgos estratégicos:

PROBABILIDAD	Raro								
	Improbable			GDI-MER-01	GDI-MER-02	GDR02	GDR-03	GTH-DTH-01	
	Possible		GDR01	GDI-PLA01	GDI-PLA03				
	Probable			GDI-PLA02					
	Casi seguro								
		Insignificante	Menor	Moderado				Mayor	Catastrofico
		IMPACTO							



CLASIFICACIÓN	PROCESO	ACEPTABLE	MODERADO	ALTO	EXTREMO	ACCIONES	TOTAL RIESGOS
Estratégico	Gestión Directiva	3	0	0	0	0	3
Estratégico	Desarrollo del Talento Humano	1	0	0	0	0	1
Estratégico	Planeación del Talento Humano	1	0	0	0	0	1
Estratégico	Mercadeo	0	2	0	0	0	2
Estratégico	Planeación	3	0	0	0	11	3

Tabla 8. Cantidad de riesgos identificados y valores según metodología DAFP. Fuente: ALMERA.

### 5.3.3. 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
Estratégico	Gestión Directiva	0	0	0	0	0
Estratégico	Desarrollo del Talento Humano	0	0	0	0	0
Estratégico	Planeación del Talento Humano	0	0	0	0	0
Estratégico	Mercadeo	0	0	0	0	0
Estratégico	Planeación	0	0	5	6	11

Tabla 9. Plan de acción del sistema de Riesgos Estratégicos. Fuente: ALMERA.

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

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

## 5.4. 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.

### 5.4.1. Documentación analizada – Enfoque

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

### 5.4.2. Implementación

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

EJE / ESTANDAR	Bajo	Moderado	Alto	Numero de riesgos	Acciones
DIRECCIONAMIENTO	2	4	4	10	20
GESTIÓN DIRECTIVA	6	4	4	14	18
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	1	7	7	15	35
GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	4	3	4	11	23
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	3	4	7	14	35
GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN	1	10	3	14	17
PACAS	0	0	11	11	51
GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	2	6	4	12	20
ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO	0	1	1	2	4
ATENCIÓN HUMANIZADA					
CULTURA ORGANIZACIONAL					
GESTIÓN CLINICA EXCELENTE SEGURA					
GESTIÓN DEL RIESGO					
RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL					
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>46</b>	<b>91</b>	<b>246</b>

Tabla 10. Cantidad de riesgos de acreditación identificados y valores según metodología AMFE en ALMERA.  
Fuente Almera.

### 5.4.3. 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
DIRECCIONAMIENTO	3	1	6	10	20
GESTIÓN DIRECTIVA	1	0	8	9	18
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	0	12	3	20	35
GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	0	1	7	15	23
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	3	4	8	20	35
GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN	1	0	3	13	17
PACAS	3	3	15	29	51

GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	0	0	2	18	20
ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO	0	1	1	2	4
SEGURIDAD DEL PACIENTE					
HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN					
ENFOQUE Y GESTIÓN DEL RIESGO					
TRANSFORMACIÓN CULTURAL					
RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL					

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

#### 5.4.4. 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 atrasadas las siguientes acciones:

UNIDAD DE RIESGO	RIESGO	ACCIÓN	AVANCE	FECHA DE FINALIZACIÓN
------------------	--------	--------	--------	-----------------------

DIRECCIONAMIENTO	Falla en la articulación de los planes operativos con los requerimientos establecidos por la normatividad generada por la emergencia COVID 19, en los procesos implicados.	3H. Realizar seguimiento a los planes de acción(planes operativos) de los procesos implicados en la gestión de la emergencia COVID 19	0%	2020-10-15 Fecha inicio: 2020-06-16
	Incumplimiento en el Direccionamiento para alcanzar el resultado de los objetivos estratégicos.	5A. Tomar decisiones de acuerdo a lo observado	0%	2020-10-30 Fecha inicio: 2020-02-28
	Probabilidad de vulneración de los derechos del usuario y su familia	1P. Actualizar el Programa de Humanización de la ESE HUS incluyendo la política de salud mental y política de confidencialidad que aplique a usuarios y colaboradores de la ESE HUS.	0%	2020-08-30 Fecha inicio: 2020-02-25
GESTIÓN DIRECTIVA		3H. Desplegar programa de fortalecimiento para la salud de competencias en educación para la salud	0%	2020-07-31 Fecha inicio: 2020-06-01
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	Incumplimiento en la implementación de vigilancia sanitaria	2H. Implementar las estrategias establecidas en los programas de vigilancia sanitaria a la población objeto	60%	2020-09-30 Fecha inicio: 2020-04-01
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	Incumplimiento de la necesidad de tecnología requerida para las nuevas guías de práctica clínica y promoción y prevención	3H. Socializar las guías rápidas de manejo elaboradas en los servicios donde aplique	0%	2020-09-20 Fecha inicio: 2020-06-17
		5V. Verificar que se incluya en las guías de práctica clínica las guías rápidas elaboradas	0%	2020-09-20 Fecha inicio: 2020-06-17
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	Falla en la toma de decisiones para responder a la emergencia sanitaria Covid-19	5A. Tomar acciones frente a los resultados	0%	2020-09-30 Fecha inicio: 2020-03-16
PACAS	Inadecuada identificación de las necesidades al ingreso del usuario en la historia clínica	1P. Estructurar la identificación de necesidades de salud al ingreso del usuario y el abordaje de las necesidades identificadas	0%	2020-07-30
		2H. Implementar la identificación de necesidades al ingreso del usuario y el abordaje de las necesidades identificadas.	0%	2020-09-30 Fecha inicio: 2020-07-30
PACAS	Incumplimiento de la implementación de la profilaxis antibiótica y el uso	3V. Evaluar los resultados de la implementación de la profilaxis antibiótica y el uso	0%	2020-10-30 Fecha inicio: 2020-06-30

	del perfil de resistencia anti bacteriana	del perfil de resistencia antibacteriana		
--	---	--	--	--

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

## 5.5. RIESGOS DE DEFENSA JURÍDICA

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

### 5.5.1. Documentación analizada – Enfoque

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

### 5.5.2. Implementación

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.*

### 5.5.3. 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.*

### 5.5.4. 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.

## 5.6. RIESGOS AMBIENTALES

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

### 5.6.1. Documentación analizada – Enfoque

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

### 5.6.2. Implementación

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.

### 5.6.3. 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.

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

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

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

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

### 5.7.1. Documentación analizada – Enfoque

Se cuenta con los documentos:

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

### 5.7.2. Implementación

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

### 5.7.3. 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.

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

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

### 5.8.1. Documentación analizada – Enfoque

Se cuenta con los siguientes documentos:

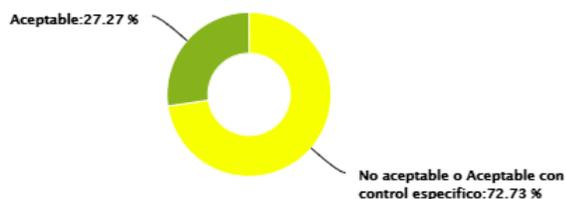
- MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS RIESGOS GTH-DTH-FO-08, Versión 1
- PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PELIGROS, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS RIESGOS DE LAS ÁREAS DE LA ESE HUS GTH-SST-PR-01

### 5.8.2. 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.

### 5.8.3. 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.

## 5.9. 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.

### 5.9.1. Documentación analizada – Enfoque

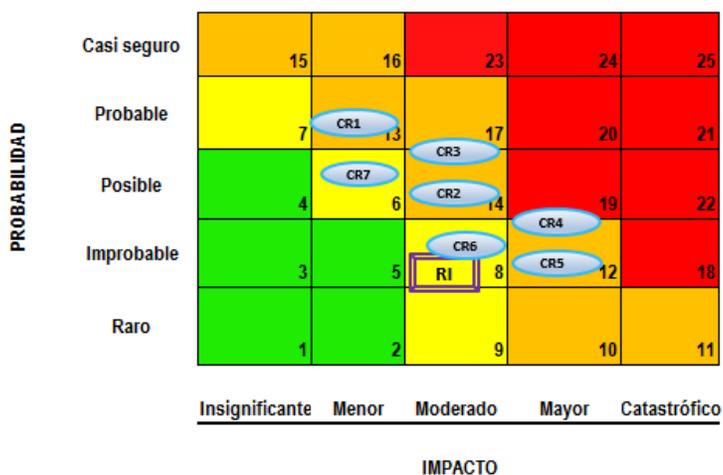
Se cuenta con la siguiente documentación:

- 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

### 5.9.2. Implementación

Se cuenta con una matriz en Excel diligenciada:

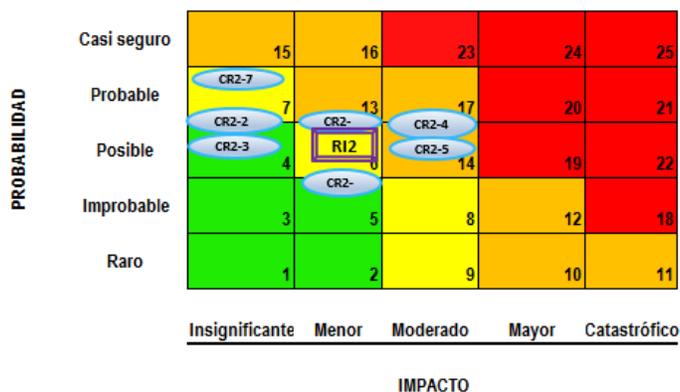
MATRIZ DE RIESGO RESIDUAL DE LA ENTIDAD



CALIFICACIÓN DEL RIESGO

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

MATRIZ DE RIESGO RESIDUAL2 DE LA ENTIDAD



### 5.9.3. Recomendación

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

## 5.10. 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

### 5.10.1. Documentación analizada – Enfoque

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

### 5.10.2. 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.

### 5.10.3. Resultados

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

### 5.10.4. Recomendaciones

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

## 5.11. 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.

### 5.11.1. Documentación analizada – Enfoque

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

### 5.11.2. 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.

### 5.11.3. 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.

## 5.12. 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

### 5.12.1. Documentación analizada – Enfoque

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

### 5.12.2. 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.

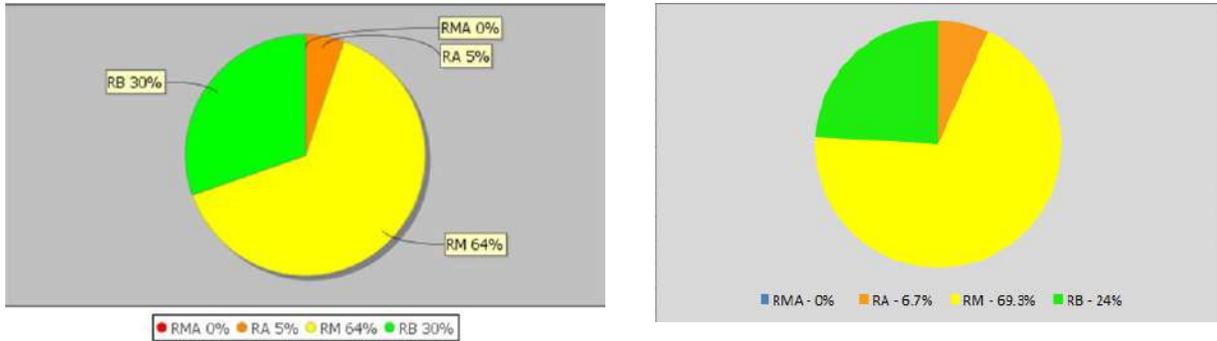


Figura 1: Distribuciones de riesgo de referencia del SEVRRRA, comparado con la evaluación del servicio de braquiterapia de la ESE-HUS. Fuente: Evaluación de Seguridad Radiológica – Braquiterapia vigencia 2018.

### 5.12.3. 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:

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

- 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.

### 5.13. 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.

#### 5.13.1. Documentación analizada – Enfoque

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

### 5.14. 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.

#### 5.14.1. 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

#### 5.14.2. 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

#### 5.14.3. 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

#### 5.14.4. 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 Crítico	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.

## 5.15. 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.

### 5.15.1. Documentación analizada – Enfoque

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

### 5.15.2. 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.

### 5.15.3. 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
<b>UNIDAD DE RIESGO</b>	<b>ATRASADAS</b>	<b>EN</b>	<b>SIN</b>	<b>TERMINADAS</b>	<b>TOTAL</b>

		DESARROLLO	INICIAR		ACCIONES
Rehabilitación	0	0	0	10	10

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

#### 5.15.4. 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	PROCESO / PROCEDIMIENTO	ACCIÓN	FECHA DE

RIESGO			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.

#### 5.15.5. 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.

#### 5.16. 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

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