	GERENCIA	1000.115
	RESOLUCIÓN No.	FECHA: 30-marzo-2021
	0199	PÁGINA: 1/4


"POR LA CUAL SE ACTUALIZAY ADOPTA LA POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LA E.S.E. ISABU" Y SE DEROGA EL ARTÍCULO 3 DE LA RESOLUCIÓN 0236 DEL 7 DE JUNIO DE 2019

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA – E.S.E. ISABU

En uso de sus facultades legales y reglamentarias y en especial las conferidas en el Acuerdo Municipal No. 031 de 1997, Decreto No. 0097 del 24 de marzo de 2020, Decreto 1083 de 2015, Diligencia de Posesión No. 0193 del 26 de marzo de 2020 y demás normas concordantes y


CONSIDERANDO

- Que la Constitución Política de Colombia en su artículo 49 dispone que la Atención en Salud y el Saneamiento Ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.
- Que el artículo 209 de la Constitución Política establece que: "*La Administración Pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señale la Ley*".
- Que el Artículo 269 de la carta Política estipula que: "*En las entidades Públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de Control Interno, de conformidad con lo que disponga la Ley*".
- Que la Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado, en el literal f del Artículo 2 establece como uno de los objetivos del Sistema de Control interno: "*definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos*".
- Que el artículo 4 del Decreto 1537 de 2001 define la Administración del Riesgo como parte integral del Sistema de Control interno en las Entidades Públicas, para lo cual se deben establecer y aplicar Políticas de Administración del Riesgo.
- Que el Gobierno Nacional estableció el Modelo Estándar de Control Interno-MECI para el Estado Colombiano, como una herramienta gerencial de control a la gestión pública, fundamentado en la cultura del control, y la responsabilidad y compromiso de la Alta Dirección para su implementación, a través del establecimiento de acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación.
- Que el Anexo Técnico del MECI, define el Componente Administración del Riesgo como el conjunto de elementos que le permiten a la entidad identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales.
- Que el decreto 1011 de 3 de abril de 2006, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en salud, del Sistema General de Seguridad en Salud, sus características y el sistema único de acreditación como uno de sus componentes, definiéndolo como una herramienta de mejoramiento continuo, para alcanzar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte las instituciones prestadoras de servicios de salud.

	GERENCIA	1000.115
	RESOLUCIÓN No.	FECHA: 30-marzo-2021
	0199	PÁGINA: 2/4

- Que de acuerdo al Art. 73 de la Ley 1474 de 2011, mediante el cual se establece el Plan anticorrupción y de Atención al Ciudadano, señala como requisito previo la identificación de los riesgos de corrupción en los diferentes niveles de la entidad utilizando las metodologías definidas por la Secretaría de la Transparencia de la Presidencia de la República.
- Que la Política de Administración del Riesgo, fija los lineamientos y las guías de acción a todos los servidores de la entidad, identificando los objetivos que se esperan lograr, las estrategias para alcanzar los objetivos, los riesgos que se van a controlar, las acciones a desarrollar y el talento humano requerido, facilitando el control, seguimiento y evaluación a su implementación y efectividad.
- Que el Mapa de Riesgos es la herramienta conceptual, metodológica y operacional que permite valorar y administrar los riesgos de la entidad.
- Que de conformidad con el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, establece que se deben integrar los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad y este Sistema Único de Gestión se debe articular con el Sistema de Control Interno; en este sentido el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MPIG surge como el mecanismo que facilitará la integración y articulación, determinando el campo de aplicación de cada uno de ellos con criterios diferenciales en el territorio nacional.
- Que el Decreto 1499 de 2017 modificó el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.
- Que el modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) define para su operación articulada la creación en todas las entidades del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, regulado por el Decreto 1499 de 2017 y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, reglamentado a través del artículo 13 de la Ley 87 de 1993 y el Decreto 648 de 2017, en este marco general, para una adecuada gestión del riesgo.
- Que el Decreto 1499 de 2017, en su artículo 2.2.22.3.2 define el Modelo integrado de Planeación y Gestión (MIPG) como "... un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el sistema de salud.
- Que de conformidad con la Resolución 5095 de 2018, se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3,1"
- Que por medio de la Resolución 0209 de 25 mayo 2018 adoptó e implementó la política para la Administración del Riesgo de la ESE ISABU.
- Que se hace necesario actualizar la política de Gestión del Riesgo, con la metodología de matriz con criterios básicos para estructurar políticas institucionales definida por la ESE, en el marco del direccionamiento estratégico y la intencionalidad de los estándares de acreditación establecidos en la resolución 5095 2018.
- Que por medio de la Resolución 0236 de 07 de junio de 2019 actualizó y adoptó la política para la Administración del Riesgo de la ESE ISABU.
- Que el Departamento Administrativo de la Función Pública impartió lineamientos a

n

	GERENCIA	1000.115
	RESOLUCIÓN No.	FECHA: 30-marzo-2021
	0199	PÁGINA: 3/4

través de la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" Versión 5, de diciembre de 2020, se actualizaron y precisaron algunos elementos metodológicos para mejorar el ejercicio de identificación y valoración del riesgo que articula los riesgos de gestión, corrupción y de seguridad de la Información, y el Anexo 4 Actualización de los Lineamientos para la Gestión del Riesgo de Seguridad de la Información.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO 1. ACTUALIZAR. Política de Administración del Riesgo para la E.S.E. Instituto de Salud de Bucaramanga, dirigida a minimizar la ocurrencia de riesgos e identificación de oportunidades que pudieran afectar de manera positiva o negativa el cumplimiento de resultados institucionales previstos a nivel de plan de desarrollo, planes de acción, objetivos, metas, programas, proyectos, procesos y servicios en concordancia con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Parágrafo 1: La metodología de Administración del Riesgo, de la E.S.E. ISABU tendrá en cuenta los parámetros establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAPF) en la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" que articula los riesgos de gestión, corrupción y de seguridad de la información, y el Anexo 4 Lineamientos para la Gestión del Riesgo de Seguridad de la Información en Entidad Públicas- Guía riesgos 2020.

Parágrafo 2: Los líderes de cada proceso tendrán la responsabilidad de garantizar la formulación y entrega del Mapa de Riesgos para la consolidación por parte de la Oficina Asesora de Planeación.


ARTICULO 2. ALCANCE. El manejo de los Riesgos de la entidad, tendrá carácter prioritario y estratégico, fundamentado en el Modelo de Operación por Procesos. En virtud de esto, la identificación, análisis y valoración de los riesgos corresponderá a cada proceso de acuerdo con los objetivos estratégicos de los mismos. El requerimiento de la formulación del Mapa de Riesgos en cada vigencia cobijará a todos los procesos, entendiéndose el carácter obligatorio de su presentación en referencia a la gestión administrativa.

ARTICULO 3. MAPA DE RIESGOS. Es la herramienta conceptual y metodológica para la identificación, análisis, valoración y formulación de acciones preventivas orientadas al control y mitigación de los riesgos e identificación de oportunidades.

Parágrafo. La elaboración del Mapa de Riesgos estará a cargo del líder de cada proceso y su equipo de trabajo, quienes serán los encargados de identificar los riesgos e oportunidades, además de definir los controles y las acciones preventivas. De igual manera, tendrán como responsabilidad verificar la eficacia de las acciones propuestas, proponer cambios, velar por su adecuada documentación, socialización e integración en el desarrollo de la gestión del proceso, así, como el reporte oportuno para los seguimientos y publicaciones realizadas por la oficina de control interno.

ARTICULO 4. MONITOREO. En concordancia con la cultura del autocontrol al interior de la ESE, los líderes de los procesos junto con su equipo realizarán monitoreo permanente al Mapa de Riesgos institucional, por procesos y de corrupción.

ARTICULO 5. SEGUIMIENTO. La Oficina de Control Interno dentro de sus roles, realizará la asesoría y seguimiento al desarrollo de las acciones establecidas en

	GERENCIA	1000.115
	RESOLUCIÓN No.	FECHA: 30-marzo-2021
	0199	PÁGINA: 4/4

referencia a los riesgos identificados en el Mapa de Riesgos de Gestión y en el Mapa de Riesgos de Corrupción. Para tal efecto, los responsables de cada proceso deben aportar los soportes y registros que validen el avance en la ejecución de las acciones propuestas.

El Jefe de la Oficina de Control Interno, es el encargado de adelantar el seguimiento a los riesgos consolidados en el mapa de riesgos de gestión (4 veces al año) y en el mapa de riesgos de corrupción (tres veces al año según la norma).

ARTICULO 6. DIVULGACION. La Política de Administración del Riesgo, el Mapa de Riesgos de Gestión y el Mapa de Riesgos de Corrupción y sus acciones se divulgarán a todos los servidores públicos de la E.S.E. ISABU, a través de las herramientas y mecanismos de comunicación que disponga la entidad, charlas informativas, así como la socialización al interior de cada uno de los procesos.

Parágrafo. Los líderes de cada proceso garantizarán que el talento humano de su dependencia conozca los riesgos asociados a su gestión y las acciones de mitigación y control propuestas.

ARTICULO 7. REVISION Y ACTUALIZACIÓN. La Política de Administración del Riesgo será actualizada de acuerdo con las acciones de mejora continua provenientes del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Parágrafo. Las modificaciones que se requieran en todos los documentos que integran la política de administración se desarrollará de conformidad al PROCEDIMIENTO DE CREACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA DEL SIGC.

ARTICULO 8. VIGENCIA. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición, y deroga el artículo 3 de la Resolución 0236 de 2019.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

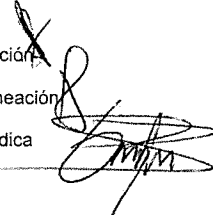
Dado en Bucaramanga, a los treinta (30) días del mes de marzo de 2021.



GERMÁN JESÚS GÓMEZ LIZARAZO
 Gerente ESE ISABU

Proyectó: SANDRA MILENA AMAYA TORO - Profesional Especializado – Planeación

Revisó: HERNÁN ALONSO DELGADO CENTENO - Jefe Oficina Asesora de Planeación

Revisó: GUSTAVO ANDRÉS CHÍA CAÁCERES – Jefe de la Oficina Asesora Jurídica



 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:

POLÍTICA GESTIÓN DEL RIESGO


El Gerente de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga y sus colaboradores se comprometen a gestionar los riesgos que puedan afectar negativamente el desarrollo de sus procesos e impedir el cumplimiento de los objetivos institucionales; de acuerdo a su tipología los riesgos son: operativos o de gestión, estratégicos, gerenciales, financieros, tecnológicos, de corrupción, de SARLAFT, riesgos de: de seguridad de la información, de seguridad digital, ambientales, de seguridad y salud en el trabajo, de protección de datos personales, de defensa jurídica, riesgos de desastres en salud, y de uso de dispositivos médicos y equipos industriales, riesgos de gestión en salud, riesgos clínicos y Sistema Único de Acreditación – SUA; a través del diagnóstico, identificación, análisis, valoración y administración del riesgo, monitoreo y revisión de los riesgos priorizados, divulgando y capacitando a los líderes de procesos sobre la administración del riesgo, contribuyendo de esta forma al logro de la Misión y los objetivos de la Entidad. La metodología a implementar será la planteada en la guía para la administración del riesgo de la función pública.

PRINCIPIOS:

- Igualdad
- Eficacia
- Eficiencia
- Economía
- Moralidad
- Imparcialidad
- Publicidad
- Transparencia
- Planeación
- Debido proceso
- Participación Ciudadana
- Responsabilidad
- Buena Fe

VALORES:

- Respeto
- Honestidad
- Colaboración
- Responsabilidad
- Eficiencia
- Compromiso
- Solidaridad
- Rectitud
- Humanización
- Autocuidado

 ESE ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad	
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad	
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019	
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:	2/35

1. OBJETIVO DE LA POLÍTICA


Unificar los lineamientos metodológicos de la Administración del Riesgo en la ESE ISABU y fortalecer el enfoque preventivo que conlleve al cumplimiento de los objetivos estratégicos del Plan de Desarrollo 2020 – 2023.

1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA POLÍTICA

- Adoptar la metodología que permita a la ESE ISABU gestionar de manera efectiva los riesgos que afectan el logro de los objetivos institucionales.
- Suministrar herramientas para identificar, analizar, valorar, evaluar los riesgos, definir roles y responsables de los riesgos de cada uno de los procesos de la entidad.
- Orientar la toma de decisiones oportunas y minimizar efectos adverses al interior de la Entidad, con el fin de dar continuidad a la gestión institucional y asegurar el cumplimiento de los compromisos con los Grupos de Valor.
- Reducir la posibilidad de la materialización de los riesgos priorizados en cada proceso, definiendo actividades encaminadas a fomentar la transparencia en la gestión.
- Establecer el mapa de riesgos institucional que corresponderá a la consolidación de los riesgos altos y extremos de los riesgos operativos o de gestión, estratégicos, gerenciales, financieros, tecnológicos, de corrupción, de SARLAFT, riesgos de: de seguridad de la información, de seguridad digital, ambientales, de seguridad y salud en el trabajo, de protección de datos personales, de defensa jurídica, riesgos de desastres en salud, y de uso de dispositivos médicos y equipos industriales, riesgos de gestión en salud, riesgos clínicos y Sistema Único de Acreditación – SUA.
- Efectuar el control y seguimiento de los riesgos priorizados.
- Divulgar y capacitar a los líderes de procesos y colaboradores de la entidad en la administración de riesgos.
- Medir la cultura del riesgo en los funcionarios y colaboradores que laboran en la ESE ISABU

2. ALCANCE

La política de Gestión de riesgos está fundamentada en el modelo de gestión por procesos por lo tanto es aplicable a todos los procesos y proyectos de la ESE ISABU y a todas las acciones ejecutadas por los colaboradores durante el ejercicio de sus funciones.

 ESE ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:

3. APLICABLE


Todos los procesos y proyectos de la ESE ISABU.

4. RESPONSABLE

Responsabilidad y compromisos frente al Riesgo


LÍNEA ESTRATÉGICA <i>Define, controla y supervisa.</i>	Responsables: Alta Dirección (Gerencia) y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno
Responsabilidades frente al Riesgo: <ul style="list-style-type: none"> • Establecer y aprobar la Política de Gestión del Riesgo la cual incluye los niveles de responsabilidad y autoridad con énfasis en la prevención del daño antijurídico. • Definir y hacer seguimiento a los niveles de aceptación del riesgo. • Analizar los cambios en el entorno (contexto interno y externo) que puedan tener un impacto significativo en la operación de la ESE ISABU y que puedan generar cambios en la estructura de riesgos y controles. • Realizar seguimiento y análisis periódico a los riesgos institucionales. • Revisar los planes de acción establecidos para cada uno de los riesgos materializados, con el fin de que se tomen medidas oportunas y eficaces para evitar en lo posible la repetición del evento. • Retroalimentar al Comité de Gestión y Desempeño institucional sobre los ajustes que se deban hacer frente a la gestión del riesgo. • Aprobar el plan anual de auditorías presentado por la oficina de control interno. • Evaluar el estado del Sistema de Control Interno y aprobar las modificaciones, actualizaciones y acciones de fortalecimiento del mismo. 	

PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA <i>Desarrolla e implementa procesos de control y gestión de Riesgos</i>	Responsables: Líderes de procesos y sus equipos de trabajo.
Responsabilidades frente al Riesgo: <ul style="list-style-type: none"> • Identificar y valorar los riesgos que puedan afectar los planes, programas, proyectos y procesos a su cargo y actualizarlo cuando se requiera. • Establecer acciones de control detectivas y preventivas para los riesgos identificados. • Realizar seguimiento y análisis a los controles de los riesgos según periodicidad establecida para mitigar los riesgos identificados alineados con las metas y objetivos de la ESE ISABU y proponer mejoras a la gestión del riesgo en su proceso. • Supervisar la ejecución de los controles aplicados por el equipo de trabajo en la gestión del día a día, detectar las deficiencias de los controles y determinar las acciones de mejora a que haya lugar. 	

 ESE ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:

- Actualizar el mapa de riesgos cuando la administración de los mismos lo requiera.
 - Desarrollar ejercicios de autoevaluación para establecer la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles.
 - Establecer y ejecutar la actuación correctiva y oportuna ante la materialización de los riesgos identificados.
 - Informar a la Oficina Asesora de Planeación (segunda línea de defensa) sobre los riesgos materializados en los planes, programas, proyectos, y/o procesos a su cargo.
- Reportar a la Oficina de Control interno los avances y evidencias de la gestión de los riesgos a cargo del proceso asociado.

SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA <i>Asiste y Guía la línea estratégica y la primera de Defensa en la gestión adecuada de los Riesgos.</i>	Responsables: Jefes de Oficinas Asesoras (Planeación, Calidad y Jurídica).
Responsabilidades frente al Riesgo: <ul style="list-style-type: none"> • Asesorar a la línea estratégica en el análisis del contexto interno y externo, para la definición de la política de gestión del riesgo, el establecimiento de los niveles de impacto y el nivel de aceptación del riesgo. • Elaborar anualmente el mapa de Riesgos de corrupción y publicar a más tardar 31 de enero de cada vigencia. • Liderar la elaboración mapa riesgos institucionales. • Acompañar, orientar y entrenar sobre la metodología para la identificación, análisis, calificación y valoración del riesgo a los líderes de los procesos. • Monitorear los controles establecidos a los riesgos identificados. • Supervisar en coordinación con los demás responsables de esta segunda línea de defensa que la primera línea identifique, evalúe y gestione los riesgos y controles de corrupción para que se generen acciones. • Evaluar que los riesgos identificados sean consistentes con la presente política de la entidad y que sean monitoreados por la primera línea de defensa. • Promover ejercicios de autoevaluación para establecer la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles. • Hacer seguimiento a que las actividades de control establecidas para la mitigación del riesgo de los procesos se encuentren documentados y actualizados en los procedimientos. • Consolidar el Mapa de Riesgo Institucional y presentarlo para análisis y seguimiento ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Presentar al Comité institucional de Control Interno el seguimiento a la eficacia de los controles a los riesgos identificados. 	

 ESE ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:

TERCER LINEA DE DEFENSA <i>Asegura y evalúa independientemente la efectividad del sistema de gestión de Riesgos</i>	Responsables Oficina de Control Interno
Responsabilidades frente al Riesgo: <ul style="list-style-type: none"> • Asesorar de forma coordinada con la Oficinas Asesoras, a la primera línea de defensa en la identificación de los riesgos institucionales y diseño de Controles. • Analizar el diseño e idoneidad de los controles establecidos en los procesos. • Realizar seguimiento a los riesgos consolidados en los mapas de riesgos. • Reportar seguimiento a los riesgos de corrupción. • Proporcionar aseguramiento objetivo en las áreas identificadas no cubiertas por la segunda línea de defensa. • Hacer seguimiento a que las actividades de control establecidas para la mitigación de los riesgos de los procesos se encuentren actualizados en los procedimientos y los planes de acción establecidos como resultado de las auditorías realizadas y se ejecuten de manera oportuna, cerrando las causas raíz del problema, evitando en lo posible la repetición de hallazgos o materialización de riesgos. 	


5. DEFINICIONES

Política: Declaración general de principios que presenta la posición de la administración para un área de control definida. Las políticas se elaboran con el fin de que tengan aplicación a largo plazo y guíen el desarrollo de reglas y criterios más específicos que aborden situaciones concretas. Las políticas son desplegadas y soportadas por estándares, mejores prácticas, procedimientos y guías. Las políticas deben ser pocas (es decir, un número pequeño), deben ser apoyadas y aprobadas por las directivas de la entidad, y deben ofrecer direccionamientos a toda la organización o a un conjunto importante de dependencias. Por definición, las políticas son obligatorias y la incapacidad o imposibilidad para cumplir una política exige que se apruebe una excepción

Riesgo: Efecto que se causa sobre los objetivos de las entidades, debido a eventos potenciales. Nota: Los eventos potenciales hacen referencia a la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos.¹

Riesgo de Seguridad de la Información: Posibilidad de que una amenaza concreta pueda explotar una vulnerabilidad para causar una pérdida o daño en un activo de información. Suele considerarse como una combinación de la

¹ Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 5.

 ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad	
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad	
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019	
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:	6/35

probabilidad de un evento y sus consecuencias. (ISO/IEC 27000).¹

Riesgo de Corrupción: Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.¹

Probabilidad: se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo. Estará asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad que se esté analizando. La probabilidad inherente será el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año.¹

Causa: todos aquellos factores internos y externos que solos o en combinación con otros, pueden producir la materialización de un riesgo.¹

Consecuencia: los efectos o situaciones resultantes de la materialización del riesgo que impactan en el proceso, la entidad, sus grupos de valor y demás partes interesadas.¹

Impacto: las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.¹

Riesgo inherente: Nivel de riesgo propio de la actividad. El resultado de combinar la probabilidad con el impacto, nos permite determinar el nivel del riesgo inherente, dentro de unas escalas de severidad.¹

Riesgo Residual: El resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente.¹

Control: Medida que permite reducir o mitigar un riesgo.¹

Causa Inmediata: Circunstancias bajo las cuales se presenta el riesgo, pero no constituyen la causa principal o base para que se presente el riesgo.¹

Causa Raíz: Causa principal o básica, corresponde a las razones por la cuales se puede presentar el riesgo.¹

Factores de Riesgo: Son las fuentes generadoras de riesgos.¹

Confidencialidad: Propiedad de la información que la hace no disponible o sea divulgada a individuos, entidades o procesos no autorizados.¹


Integridad: Propiedad de exactitud y completitud.¹

Disponibilidad: Propiedad de ser accesible y utilizable a demanda por una entidad.

Vulnerabilidad: Representan la debilidad de un activo o de un control que puede ser explotada por una o más amenazas.¹

Activo: En el contexto de seguridad digital son elementos tales como aplicaciones de la organización, servicios web, redes, Hardware, información física o digital, recurso humano, entre otros, que utiliza la organización para funcionar en el entorno digital.¹

Nivel de riesgo: Es el valor que se determina a partir de combinar la probabilidad de ocurrencia de un evento potencialmente dañino y la magnitud del impacto que este evento traería sobre la capacidad institucional de alcanzar los objetivos. En general la fórmula del Nivel del Riesgo poder ser Probabilidad * Impacto, sin embargo, pueden relacionarse las variables a través de otras maneras diferentes a la multiplicación, por ejemplo, mediante una matriz de Probabilidad – Impacto.¹

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:

Apetito de riesgo: Es el nivel de riesgo que la entidad puede aceptar, relacionado con sus Objetivos, el marco legal y las disposiciones de la Alta Dirección y del Órgano de Gobierno. El apetito de riesgo puede ser diferente para los distintos tipos de riesgos que la entidad debe o desea gestionar.¹

Tolerancia del riesgo: Es el valor de la máxima desviación admisible del nivel de riesgo con respecto al valor del Apetito de riesgo determinado por la entidad.¹

Capacidad de riesgo: Es el máximo valor del nivel de riesgo que una Entidad puede soportar y a partir del cual se considera por la Alta Dirección y el Órgano de Gobierno que no sería posible el logro de los objetivos de la Entidad.¹

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: Plan que contempla la estrategia de lucha contra la corrupción que debe ser implementada por todas las entidades del orden nacional, departamental y municipal.¹

Análisis Riesgo: uso sistemático de la información disponible para establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto.

Evaluación del Riesgo: Proceso general para estimar la magnitud de un riesgo y decidir si este es aceptable, tolerable o inaceptable.

Gestión del Riesgo: Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto al riesgo.


Reducir el Riesgo: implica tomar medidas encaminadas a disminuir tanto la probabilidad (medidas de prevención), como el impacto (medidas de protección); la reducción del riesgo es probablemente el método más sencillo y económico para superar las debilidades antes de aplicar medidas más costosas y difíciles. Se consigue mediante la optimización de los procedimientos y la implementación de controles.

Compartir o proteger la entidad: Reduce su efecto a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones, como en el caso de los contratos de seguros o a través de otros medios que permiten distribuir una porción del riesgo con otra entidad, como en los contratos a riesgo compartido. Es así como, por ejemplo, la información de gran importancia se puede duplicar y almacenar en un lugar distante y de ubicación segura, en vez de dejarla concentrada en un solo lugar.

Asumir el riesgo: Luego de que el riesgo ha sido reducido o transferido puede quedar un riesgo residual que se mantiene, en este caso el dueño del proceso simplemente acepta la pérdida residual probable y elabora planes de contingencia para su manejo.

Valoración del riesgo: Encauzar acciones hacia el uso eficiente de los recursos, la continuidad en la prestación de los servicios, la protección de los bienes utilizados para servir a la comunidad.

Matriz de riesgos: La matriz de riesgos, es un esquema grafico el cual permite visualizar la ubicación final de cada uno de los riesgos. Es decir, muestra la zona donde se encuentra cada uno de los riesgos antes de control y después de control. Facilitando la definición de las medidas de respuesta o tratamiento.









 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:


6. METODOLOGÍA

Se tendrá en cuenta los objetivos estratégicos de la entidad, los niveles de responsabilidad de acuerdo a las líneas de defensa frente al manejo del riesgo y los mecanismos de comunicación utilizados para dar a conocer la política de riesgos en todos los niveles de la entidad.

Como herramienta inicial la Entidad contará con una metodología que oriente la construcción, manejo y control de los riesgos identificados, así como la matriz para el desarrollo de la identificación de los riesgos, el establecimiento del contexto estratégico, la valoración, análisis y evaluación de los controles, y el monitoreo y revisión de los mapas de riesgos institucionales de acuerdo a la Guía de Administración del Riesgo de la Función Pública vigente, alineada al Sistema de Control Interno y al Sistema Único de Acreditación descrito en el Programa de Gestión Integral del Riesgo.

7. FACTORES DE RIESGO

Factor	Definición		Descripción
Procesos	Eventos relacionados con errores en las actividades que deben realizar los servidores de la organización.		Falta de Procedimientos
			Errores de Grabación, Autorización.
			Errores de cálculos para pagos internos y externos.
			Falta de capacitación, temas relacionados con el personal.
Talento Humano	Incluye seguridad y salud en el trabajo. Se analiza posible dolo e intención frente a la corrupción.		Hurto activos
			Posibles comportamientos no éticos de los empleados.
			Fraude interno (corrupción, soborno)
Tecnología	Eventos relacionados con la infraestructura tecnológica de la entidad.		Daño de equipos
			Caída de aplicaciones
			Caída de redes

 ESE ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:


			Errores en programas
Infraestructura	Eventos relacionados con la infraestructura física de la entidad		Derrumbes
			Incendios
			Inundaciones
			Daños a activos fijos
Evento Externo	Situaciones externas que afectan la entidad		Suplantación de identidad
			Asalto a la oficina
			Atentados, vandalismo, orden público

Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo de la Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020. (Tomado de la Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 5).

8. CLASIFICACIÓN DE LOS RIESGOS.

Permite agrupar los riesgos identificados, se clasifica cada uno de los riesgos en las siguientes categorías:

Ejecución y administración de procesos	Pérdidas derivadas de errores en la ejecución y administración de procesos.
Fraude externo	Pérdida derivada de actos de fraude de personas ajenas a la organización (no participa personal de la entidad)
Fraude interno	Pérdida debido a actos de fraude, actuaciones, irregulares, comisión de hechos delictivos abuso de confianza, Apropiación indebida, incumplimiento de regulaciones legales o internas de la entidad en las cuales está involucrado por lo menos 1 participante interno de la organización, son realizadas de forma institucional y/o con ánimo de lucro para sí mismo para terceros.

 ESE ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad	
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad	
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019	
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:	10/35

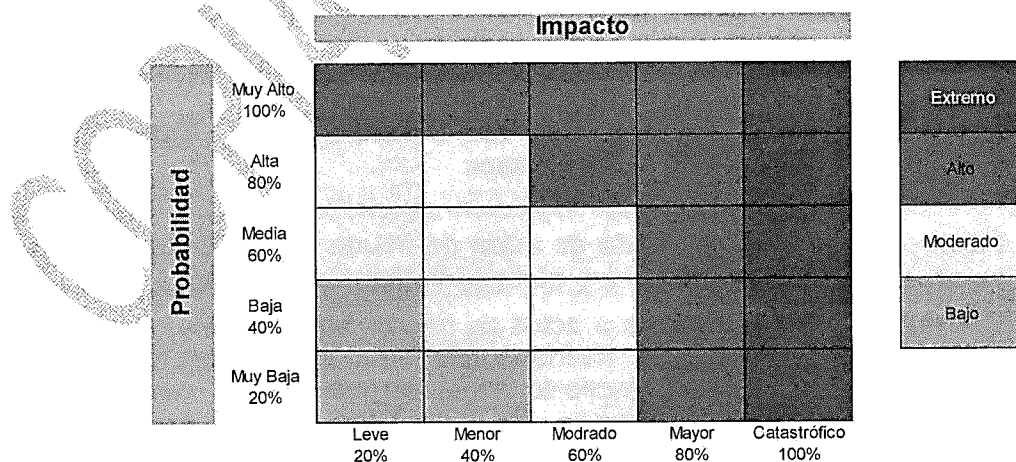
Fallas tecnológicas	Errores en hardware, software, telecomunicaciones, interrupción de servicios básicos.
Relaciones laborales	Perdidas que surgen de acciones contrarias a la leyes o acuerdos de empleo, salud o seguridad, del pago de demandas por daños personales o de discriminación.
Usuarios, productos y prácticas	Fallas negligentes o involuntarias de las obligaciones frente a los usuarios y que impiden satisfacer una obligación profesional frente a éstos.
Daños a activos fijos/ eventos externos	Pérdida por daños o extravíos de los activos fijos por desastres naturales u otros riesgos/eventos externos como atentados, vandalismo, orden público.

Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020. (Tomado de la Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 5).


9. NIVEL DE ACEPTACIÓN DEL RIESGO

Acogiendo la matriz de riesgo sugerida en la Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 5 de la Función Pública, la medición de los riesgos de procesos y proyectos se hace a través de la Matriz de calor (Niveles de severidad del riesgo), a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impactos, se busca determinar la zona de riesgo inicial (Riesgo inherente).

MATRIZ DE CALOR (Niveles de severidad del riesgo)



Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020. (Tomado de la Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 5).

 ESE ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:

10. TRATAMIENTO Y NIVELES DE ACEPTACIÓN DEL RIESGO

De acuerdo a la Guía para la administración del riesgo del Departamento administrativo de la función pública el tratamiento para los riesgos es el siguiente:

Tabla. Estrategias para combatir el riesgo


REDUCIR	Después de realizar un análisis y considerar que el nivel de riesgo es alto, se determina tratarlo mediante transferencia o mitigación del mismo.
MITIGAR	Después de realizar un análisis y considerar los niveles de riesgo se implementan acciones que mitiguen el nivel de riesgo. No necesariamente es un control adicional.
ACEPTAR	Después de realizar un análisis y considerar los niveles de riesgo se determina asumir el mismo conocimiento los efectos de su posible materialización.
TRANSFERIR	Después de realizar el análisis, se considera que la mejor estrategia es tercerizar el proceso o trasladar el riesgo a través de seguros o pólizas. La responsabilidad económica recae sobre el tercero, pero no se transfiere la responsabilidad sobre el tema reputacional.
EVITAR	Después de realizar un análisis y considerar que el nivel de riesgo es demasiado alto, se determina NO asumir la actividad que genera este riesgo.

Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020. (Tomado de la Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 5).

Para la ESE ISABU el tratamiento y los niveles de aceptación del riesgo son los siguientes:


Tabla. Tratamiento y Nivel de Aceptación.

TIPO DE RIESGO	ZONA DE RIESGO	TRATAMIENTO Y NIVEL DE ACEPTACION
Riesgos de Gestión (proceso, producto, plan, programa y proyecto)	Bajo	Se ASUME el riesgo y se administra por medio de las actividades propias del proyecto o proceso asociado y se realiza seguimiento en el reporte cuatrimestral de su desempeño.
	Moderado	Se establecen acciones de control preventivas que permitan REDUCIR la probabilidad de ocurrencia del Riesgo, se hace seguimiento bimestral.

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:

	Alta y Extrema	Se deben incluir el riesgo tanto en el Mapa de riesgo del proceso como en el mapa de riesgos institucional y se establecen acciones de Control Preventivas que permitan MITIGAR la materialización del riesgo. Se monitorea cada 4 meses y se envía reporte a la Oficina de Control Interno.
Riesgo	Bajo	Ningún riesgo de corrupción podrá ser aceptado. Periodicidad mensual de seguimiento para evitar a toda costa su materialización por parte de los Procesos a cargo de los mismos.
	Moderado	Se establecen acciones de control preventivas que permitan REDUCIR la probabilidad de ocurrencia del riesgo. Periodicidad mensual de seguimiento para evitar a toda costa su materialización por parte de los procesos a cargo de los mismos.
	Alta y Extrema	Se adoptan medidas para: REDUCIR la probabilidad o el impacto del riesgo, o ambos; por lo general conlleva a la implementación de controles. EVITAR Se abandonan las actividades que dan lugar al riesgo, decidiendo no iniciar o no continuar con la actividad que causa el riesgo. TRANSFERIR O COMPARTIR una parte del riesgo para reducir la probabilidad o el impacto del mismo. Periodicidad de seguimiento MENSUAL, por parte de los procesos a cargo, para evitar a toda costa su materialización y se reporta a la Oficina Asesora de Control Interno, cada cuatro meses.

Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020. (Tomado de la Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 5).


 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:

11. TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS MATERIALIZADOS

A continuación, se describe el accionar de la ESE ISABU ante los riesgos materializados:

Tabla. Estrategias para combatir el riesgo.


TIPO DE RIESGO	RESPONSABLE	ACCIÓN
Riesgo de corrupción	Líder del Proceso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar al Proceso de Gestión Direccionamiento y planeación - calidad, al proceso de gestión de calidad y Proceso de Gestión de Control sobre el hecho encontrado. 2. Una vez surtido el conducto regular establecido por la entidad y dependiendo del alcance (normatividad asociada al hecho de corrupción materializado), realizar la denuncia ante la instancia de control correspondiente. 3. Identificar las acciones correctivas necesarias y documentarlas en el Plan de mejoramiento. 4. Efectuar el análisis de causas y determinar acciones preventivas y de mejora. Actualizar el mapa de riesgos.
Riesgo de corrupción	Oficina de Control interno	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar al líder del proceso, quien analizará la situación y definirá las acciones a que haya lugar. 2. Una vez surtido el conducto regular establecido por la entidad y dependiendo del alcance (normatividad asociada al hecho de corrupción materializado), realizar la denuncia ante la instancia de control correspondiente. 3. Informar a la segunda línea de defensa con el fin de facilitar el inicio de las acciones correspondientes con el líder del proceso, para revisar el mapa de riesgos.
Riesgos operativos o de gestión/ Proyecto/ Producto (Zona Extrema,	Líder de Proceso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proceder de manera inmediata a aplicar el plan de contingencia que permita la continuidad del servicio o el restablecimiento del mismo (si es el caso), 2. Iniciar el análisis de causas y determinar acciones preventivas y de mejora, documentar en el Plan de Mejoramiento institucional y replantear los riesgos del

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:

Alta y Moderada)		proceso. 3. Analizar y actualizar el mapa de riesgos. 4. informar al Proceso de Gestión Direccionamiento-planeación-gestión de calidad y Gestión de Control sobre el hallazgo y las acciones tomadas.
Riesgos operativos o de gestión/ Proyecto /Producto (Zona Baja)	Líder de Proceso	1. Establecer acciones correctivas al interior de cada proceso, a cargo del líder respectivo y verificar la calificación y ubicación del riesgo para su inclusión en el mapa de riesgos.
Riesgos operativos o de gestión/ Proyecto/ Producto (Zona Extrema, Alta y Moderada)	Oficina de Control Interno	1. informar al líder del proceso sobre el hecho encontrado. 2. informar a la segunda línea de defensa con el fin facilitar el inicio de las acciones correspondientes con el líder del proceso, para revisar el mapa de riesgos. 3. Acompañar al líder del proceso en la revisión, análisis y toma de acciones correspondientes para resolver el hecho. 4. Verificar que se tomaron las acciones y se actualizo el mapa de riesgos correspondiente.
Riesgos operativos o de proceso/ Proyecto /Producto (Zona Baja)	Oficina de Control Interno	1. Informar al líder del proceso sobre el hecho. 2. Informar a la segunda línea de defensa con el fin facilitar el inicio de las acciones correspondientes con el líder del proceso, para revisar el mapa de riesgos. 3. Acompañar al líder del proceso en la revisión, análisis y toma de acciones correspondientes para resolver el hecho. 4. Verificar que se tomaron las acciones y se actualizo el mapa de riesgos correspondiente.

12. ABORDAJE DE ESTANDARES DE ACREDITACION EN GESTION DEL RIESGO


La Gestión integral del Riesgo en salud, es una estrategia para anticiparse a la enfermedad 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, es por esto que mediante el Sistema Único de Acreditación con el abordaje de sus ejes: Seguridad del Paciente, Humanización, Tecnología, Gestión del Riesgo, Atención Centrada en el Usuario y su Familia, Mejoramiento Continuo de la Calidad,

 <p>ESE ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad	
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad	
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019	
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:	15/35


Transformación Cultural, se puede obtener gestión en la estructura, proceso y resultados de la entidad, la intervención se evidencia en cada estándar ya sea asistenciales o de apoyo donde la organización conforme a su metodología de evaluación y priorización de los estándares para vigencia adelanta acciones para administrar los riesgos asociados a la salud como también la interrelación riesgos administrativos en ellos:

Tabla. Estándares de acreditación que intervienen con la Gestión del Riesgo.


Estándares De Acreditación que intervienen con la Gestión del Riesgo	Criterios
<p>Estándar 5. La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una estructura funcional para la seguridad del paciente. • La implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad que incentiva el reporte voluntario de eventos, la identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación. • Monitorización de eventos adversos. • Evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior. • Inclusión de estrategias de información sobre eventos adversos a los pacientes y sus familiares
<p>Estándar 9. La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios. Se evalúan las barreras de acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desde el acceso, se definen mecanismos de identificación redundante. • Desde el acceso, se hace identificación de riesgos de la atención de acuerdo con el tipo de usuario. • Se hace un análisis de barreras de acceso a la organización (autorizaciones, administrativas, geográficas, entre otras) y también dentro de la organización hacia los diferentes servicios. • Se hacen mediciones de demanda insatisfecha y se toman acciones que demuestran su

 <p>ESE ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:


	reducción.
<p>Estándar 10. En caso de organizaciones integradas en red, se identifica un rango de proveedores o puntos de atención en salud y de rutas de acceso. Se Evalúan las barreras de acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.</p>	
<p>Estándar 16. Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El sistema de asignación de citas podrá estar basado en diversas modalidades conocidas en el sistema de salud (call centers, servicios telefónicos o presenciales propios en la respectiva sede, internet, etc.). La organización realiza mediciones para la mejora de la efectividad de estos medios. • El sistema cuenta con las bases de datos actualizadas de los usuarios con derecho a recibir servicios en la (las) entidad(es) prestadora(s), cuando aplique. • Quien asigna la cita conoce la información de: disponibilidad de servicios, horarios de atención, profesionales, especialidades y localización geográfica de los prestadores en los cuales los solicitantes tienen derecho de atención. • Al momento de asignar la cita al usuario, se le informa fecha, hora, dirección y profesional asignado, así como la forma para cancelarla. Se deja constancia de esta información en el sitio donde se asigna la cita. • La organización tiene implementada una estrategia para disminuir el riesgo de inasistencia. • La organización garantiza que se entrega con anterioridad a la

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:


	<p>atención al usuario la información requerida para su atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La organización tiene estandarizado el flujo de información que indique el procedimiento a seguir a los usuarios con solicitud de exámenes de laboratorio clínico e imágenes diagnósticas o de aquellos servicios que no requieran cita previa para su realización.
<p>Estándar 18. Se tiene estandarizada la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario su familia.</p>	<p>La organización garantiza un proceso para proveer información al usuario y su familia en los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal clave que puede contactar en caso de necesidades de su atención o preocupación por los niveles de calidad provistos. • Rutinas referentes a horarios y restricciones de visitas y horarios de alimentación. • Medidas de seguridad, incluidos uso de alarmas, timbres de llamado y conducta ante una posible evacuación. • La secuencia de eventos e indicaciones acerca del sitio y del profesional o profesionales que realizarán el tratamiento. • Derechos, servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud, planes complementarios y medicamentos. • Ubicación en la habitación y en el entorno. • Causas de retraso y el tiempo máximo que debe seguir esperando. • Medidas para involucrar al usuario y su familia en los procesos de seguridad de la atención: información, reporte de situaciones anormales, ejemplos

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:


	<p>de situaciones de riesgo, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se establecen listas de chequeo para la verificación del cumplimiento de criterios de acuerdo con las prioridades y los riesgos detectados por la institución. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.
<p>Estándar 21. La organización de acuerdo con el tipo de servicios que presta, garantiza que el equipo de salud cuenta con programas de promoción y prevención en los cuales se identifican y evalúan sistemáticamente las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, y se da respuesta teniendo en cuenta la participación de los usuarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se aseguran directrices y / o procedimientos para evaluar la necesidad de la prevención de enfermedades y promoción de la salud para todos los usuarios independientemente del diagnóstico, incluida la prevención de infecciones. • Se evalúa para cada usuario la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, en especial si es la primera vez que el usuario entra en contacto con la organización o con el sistema de salud. • La necesidad es revisada de conformidad con los cambios en el estado del paciente o por solicitud del mismo. • La identificación de la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud se realiza atendiendo las condiciones sociales del usuario y sus antecedentes culturales. • El equipo de salud responsable de la atención del usuario conoce las necesidades del usuario para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. • Se desarrollan estrategias de atención integral que incluyen los programas de promoción y prevención y las acciones resolutivas. • Se evalúa el cumplimiento de los programas de promoción y

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad	
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad	
	Código: F-1400-34		Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019	
			Versión	1.0	Página:	19/35


	<p>prevención de acuerdo con la normatividad vigente y se miden la adherencia de los usuarios y los resultados en salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se evalúa la adherencia de los colaboradores a las guías. • Se toman acciones frente a las desviaciones de los resultados obtenidos.
<p>Estándar 22. La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento de acuerdo con su patología.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Este aislamiento debe mantener la dignidad del paciente y no puede ser obstáculo para un proceso de atención de acuerdo con lo necesario para su enfermedad. • La organización, una vez identificada la necesidad del aislamiento, diseña el plan de tratamiento, ejecuta el tratamiento y evalúa su resultado de acuerdo con la decisión adoptada. • La organización prevé mecanismos para prevenir riesgos de diseminación de infecciones. • La organización realiza monitoreo permanente de la adherencia a las técnicas especiales de aislamiento por parte de los colaboradores, difunde sus resultados y estimula el mejoramiento continuo. • Existen técnicas e instrucciones para que familiares y visitantes cumplan con las técnicas de aislamiento. • Todas las personas que tengan contacto directo con pacientes en condiciones de aislamiento deben recibir capacitación y /o entrenamiento para minimizar los riesgos a los usuarios; esto incluye equipo de salud, personal en práctica formativa, docentes e investigadores, entre otros.
<p>Estándar 23. Si la organización tiene</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se define el enfoque de riesgo.

 <p>ESE ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:


<p>responsabilidades en grupos poblacionales específicos, tiene procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud de la población bajo su responsabilidad y establece mecanismos para educar en autocuidado y corresponsabilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se priorizan los riesgos críticos. • Se mide el impacto. • Se gestionan y evalúan los resultados
<p>Estándar 30. La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acordes con los problemas más significativos de salud pública de la población que atiende. Los resultados del seguimiento evidencian impacto en la población usuaria. Los programas incluyen, cuando apliquen, mas no se restringen a los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud sexual y reproductiva. • Crecimiento y desarrollo. • Programas nutricionales y alimentarios. • Salud visual. • Salud oral. • Enfermedades crónicas y degenerativas. • Salud mental. • Enfermedades de transmisión por vectores. • Prevención de enfermedades infecciosas (enfermedad diarreica aguda e infecciones respiratorias, entre otras).
<p>Estándar 32. La organización tiene claramente definido el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y los beneficios de los procedimientos planeados y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se obtiene un consentimiento especial del paciente si este va a hacer parte o se le solicita participar en un proyecto de investigación, en el que se le explican el objetivo, los beneficios y los inconvenientes del mismo. La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología, aunque debe primar la autonomía del paciente. • Se obtiene un registro firmado por el paciente cuando decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante. • El consentimiento informado debe incluir, como mínimo, los beneficios, los riesgos y las alternativas, de acuerdo con el procedimiento específico. • Los profesionales responsables del consentimiento informado

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:


	<p>reciben capacitación y entrenamiento y son evaluados respecto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Suficiencia del contenido de la información. ○ Habilidades de comunicación y diálogo. ○ En los casos de reintervenciones, se actualiza el consentimiento informado. ○ Se evalúa el diligenciamiento adecuado, oportuno y veraz del consentimiento informado. <ul style="list-style-type: none"> • Se capacita a los profesionales tratantes acerca de su responsabilidad de comunicación adecuada en el consentimiento informado y de la verificación de la comprensión por parte del paciente.
<p>Estándar 33. En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad. • La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal en formación). • La privacidad debe ser visual y auditiva. • Se estudia, previene e interviene toda forma de discriminación. • La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento. • En los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, se debe garantizar

 <p>ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:

	<p>que se mantiene la privacidad del paciente durante la toma de muestras, realización del examen y entrega de resultados. A los usuarios se les provee, en los casos que así ameriten, los elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.) que garanticen la privacidad y dignidad durante la toma de muestras o exámenes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos para la definición de horarios de visita que consulten las necesidades de los usuarios y sus preferencias, con prelación a niños, adultos mayores, obstétricas y pacientes en condiciones críticas. • Consideraciones en gustos y preferencias de los pacientes en su dieta, forma de presentación de los alimentos, horarios, etc. • Consideraciones especiales de acompañamiento al paciente moribundo y apoyo para el bien morir. • Desarrollo, a todo el personal, de habilidades para la comunicación y el diálogo, incluida la consideración al transmitir información dolorosa para el paciente y sus familiares. • Procedimientos para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes. • Humanización en los procesos de prescripción y administración de medicamentos, realización de procedimientos y toma de muestras: horarios articulados con el reposo de los pacientes, vías de administración que consideren comodidad y nivel del dolor.
--	---


 <p>ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:

	<ul style="list-style-type: none"> • Abordaje integral del manejo del dolor. • Respeto a condiciones especiales de comunidades vulnerables. • Respeto del cadáver y apoyo emocional a familiares. • Políticas para reducir la contaminación visual y auditiva. Promover condiciones de silencio. • Inclusión de elementos de humanización en el ambiente físico de la atención (comodidades, señalización, información, etc.). • El abordaje respetuoso de tradiciones, creencias y valores de los usuarios. • Condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas y filas, etc. • Desarrollo de estrategias para promover la atención cortés y respetuosa a usuarios y familiares. • Desarrollo de estrategias de cuidado con orientación lúdica, especialmente en el caso de niños, adulto mayor y de contribución para el uso adecuado del tiempo en hospitalizaciones prolongadas (lectura, manualidades, etc.). • El desarrollo de las actividades de este estándar se despliega a todo el personal de la organización, incluidos terceros contratados. • Gestión de riesgos relacionados con la falta de humanización en el servicio. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.
Estándar 39. El laboratorio cuenta con un programa de control de calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Se lleva registro de las acciones de control de calidad y de las


 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:

interno y externo reconocido y probado.


- acciones correctivas establecidas por la organización, las cuales son conocidas y analizadas.
- Se lleva un registro actualizado de las calibraciones que se hacen para cada prueba cuantitativa en el laboratorio, indicando fecha y resultados de los controles obtenidos.
 - El laboratorio tiene un sistema para comparar los resultados del control de calidad externo de las pruebas de proficiencia contra estándares válidos de desempeño, para todas las pruebas que realiza en el laboratorio.
 - El laboratorio debe verificar periódicamente la validez del intervalo de análisis de los métodos usados.
 - Debe llevar un registro de las fechas y los resultados obtenidos.
 - En la sección de Microbiología, el laboratorio debe llevar registros del control de los medios de cultivo, coloraciones y antibiogramas mediante organismos ATCC
 - En la sección de hematología, el laboratorio debe procesar mínimo tres niveles de controles de calidad, de manera diaria, y debe llevar un registro correspondiente. En la sección de coagulaciones, el número de niveles de control debe ser mínimo dos.
 - Se deben llevar los registros contemplados en los criterios señalados.
 - En la sección de Inmunología, el laboratorio debe realizar verificaciones del procedimiento mediante el procesamiento de controles (positivos y negativos) cada vez que se realicen las

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad	
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad	
	Código: F-1400-34		Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019	
			Versión	1.0	Página:	25/35


	pruebas. <ul style="list-style-type: none"> • El laboratorio debe llevar un registro de las acciones tomadas cuando los resultados del control de calidad externo no cumplan con los límites aceptables. Química, dos niveles; inmunoensayos, mínimo tres niveles. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.
Estándar 41. Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.	<ul style="list-style-type: none"> • La organización garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función en un equipo de trabajo; La organiza la suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidad ofrecida. • Se realizan interconsultas en forma oportuna y se evalúa la efectividad de las mismas. • La organización promueve y evalúa el trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento. • Se realiza valoración nutricional. • Se tienen en cuenta todos los riesgos principales de los pacientes. • La organización garantiza que el profesional tratante provee información básica al usuario y su familia como resultado de su atención. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.
Estándar 76. (DIR1) Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización.	<ul style="list-style-type: none"> • La junta directiva, el equipo directivo y las personas claves de la organización participan en la definición, la revisión y la actualización del direccionamiento estratégico.

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:


<p style="text-align: center; font-size: 2em; opacity: 0.5; transform: rotate(-45deg);">COPIA CONTRA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos éticos y normativos. • Los cambios del entorno. • La seguridad del paciente y los colaboradores. • El enfoque y la gestión de riesgo. • La humanización durante la atención del usuario y su familia. • La planeación, el desarrollo y la gestión de la tecnología en salud. • Análisis de los aspectos de la comunidad (valores, creencias, costumbres, barreras económicas, geográficas, sociales, culturales) que orienten la prestación de los servicios. • La sinergia y la coordinación entre los diferentes prestadores para la atención de los usuarios. • Responsabilidad social con el usuario, los colaboradores, la comunidad y el medio ambiente. • La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve. • La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios. • La voz del cliente interno y su responsabilidad frente a sus colaboradores. • Las necesidades del usuario y su familia. • La organización identifica e interactúa con las principales organizaciones dentro y fuera del sector para la cooperación en el desarrollo de un medio ambiente saludable • Ejercicios sistemáticos de referenciación comparativa y competitiva que fortalezcan el mejoramiento
	<p>Estándar 79. Código: (DIR.4.) La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el</p>

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:


<p>usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social</p>	
<p>Estándar 83. Código: (DIR8) Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le hace seguimiento a los siguientes criterios:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Resultado de los indicadores del sistema de información para la calidad. • Evaluación de la gestión clínica incluyendo los resultados clínicos ajustados. • Evaluación de los atributos de la calidad y su mejoramiento • Evaluación de la revisión de utilización de los servicios: Sobreutilización y subutilización • El enfoque y los resultados de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la organización. • Evaluación de gestión de riesgo. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.
<p>Estándar 92. Código: (GER. 4) La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico el cual se le da cumplimiento a los siguientes criterios:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Responde a una política organizacional. • Cuenta con herramientas y metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos. • Incluye los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos. • Realiza acciones de evaluación y mejora.
<p>Estándar 93. Código: (GER. 5) La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales e incluye los siguientes criterios:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un proceso planificado para el referenciación en el que se priorizan las prácticas que son objeto de la misma. • Una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos (parámetros de referencia, indicadores, metas, etc.). • Procesos de gestión clínica: adherencia a guías de práctica

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:


	<p>clínica, diligenciamiento de historia clínica y pertinencia diagnóstica, entre otros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de resultados ajustados por riesgo. • Eventos adversos. • Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. • Se implementan acciones de mejora a partir de los procesos dereferenciación realizado.
<p>Estándar 104. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Legislación. • Evaluación periódica de expectativas y necesidades. • Evaluación periódica del clima organizacional. • Evaluación periódica de competencias y desempeño. • Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo. • Análisis de cargas de trabajo, distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales. • Análisis de puestos de trabajo. • Convocatoria, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro. • Políticas de compensación y definición de escala salarial. • Estímulos e incentivos. • Bienestar laboral. • Necesidades de comunicación organizacional. • Aspectos relacionados con la transformación de la cultura organizacional. • Relación docencia-servicio. • Efectividad de la respuesta.
<p>Estándar 123. Código: (GAF3) La organización garantiza procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Política de gestión ambiental responsable. • Fomento de una cultura ecológica. • Uso racional de los recursos

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:

	<p>ambientales (servicios públicos, otros).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reciclaje. • Riesgos de contaminación ambiental. • Aportes de la organización a la conservación del ambiente. • Evaluación del impacto ambiental a partir de la gestión de la organización.
<p>Estándar 124. Código: (GAF4) La organización garantiza el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el manejo seguro de desechos. Los procesos consideran:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente y en el destino final. • Definición y aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (líquido, sólido o gaseoso), según su clasificación. • Impacto ambiental. • Elementos de protección para el personal. • Reciclaje y comercialización de materiales. • El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente. • Información y educación a los usuarios y sus familiares sobre el manejo seguro de desechos, según aplique. • La organización debe garantizar que existen procesos para la adecuada disposición de desechos una vez estos abandonan las instalaciones físicas de la misma. Ello incluye la garantía de que estos no suponen un riesgo para ninguna comunidad fuera de la organización. Esta garantía debe ser explícita, aun cuando se tenga contratada una empresa delegada encargada de la disposición de los desechos. • La organización garantiza la capacitación, el entrenamiento, la

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:


	<p>evaluación de conocimiento y el seguimiento a la disposición y segregación de los residuos a todo el personal de la institución.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización periódica y sistemática de riesgos y de adherencia en el manejo seguro de desechos e implementación de mejoras.
<p>Estándar 125. Código: (GAF5) La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios Desarrollo y revisión permanente del plan organizacional para preparación en casos de emergencias y desastres. • El plan contempla todas las unidades funcionales y se articula con todas las sedes de la organización, si aplica. • Se realizan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres, a partir de los cuales se implementan acciones de mejora y se asegura que las recomendaciones se implementan. • La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla los recursos y las actividades para la respuesta oportuna. • La existencia de planes de contingencia en caso de fallo de los sistemas de comunicación. • Se recolecta y difunde la información necesaria para la ejecución del plan. • Relaciones con las agencias de emergencias y desastres. • La institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y desastres. • Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gerencia de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gerencia de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:


Estándar 132. Código: (GT1)

La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología


- Aspectos normativos.
- Análisis de la relación oferta-demanda.
- Necesidades de pagadores, usuarios y equipo de salud.
- Necesidades de desarrollo de acuerdo con el plan estratégico, la vocación institucional, el personal disponible y la proyección de la institución.
- Condiciones del mercado.
- El análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología.
- El análisis para la incorporación de nueva tecnología, incluyendo: evidencias de Seguridad, disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva.
- La articulación de la intervención en la infraestructura con la tecnología.
- La definición de las tecnologías a utilizar para promoción y prevención y acciones de salud pública.
- La definición de los sistemas de organización, administración y apoyo (ingeniería, arquitectura, otros) para el uso de la tecnología.
- La definición de tecnologías a utilizar en los servicios de habilitación y rehabilitación.
- Las facilidades, las comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:

	<p>humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre beneficios y riesgos para los usuarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal profesional y técnico que conoce del tema e integra a los responsables de la gestión tecnológica en los diferentes servicios. • El conocimiento en la gestión de tecnología por los responsables de su uso. • La evaluación de eficiencia, costo-efectividad, seguridad, impacto ambiental y demás factores de evaluación de la tecnología.
<p>Estándar 134. Código: (GT3) La organización cuenta con un proceso diseñado, implementado y evaluado para garantizar la seguridad del uso de la tecnología. Incluye los siguientes criterios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La evaluación e intervención de los principales riesgos de uso de la tecnología disponible en la institución. • La gestión de eventos adversos asociados al uso de tecnología, incluyendo el entrenamiento en seguridad de pacientes, los sistemas de reporte, el análisis de ruta causal, la evaluación de los reportes de tecnovigilancia, farmacovigilancia, hemovigilancia y el seguimiento a las acciones de mejora implementadas y a las decisiones de terceros que se toman en relación con la tecnología que se usa. • La difusión de información a los colaboradores sobre seguridad del uso de la tecnología y de la prevención de los principales riesgos asociados al uso. • La información a usuarios sobre riesgos de la tecnología y su participación en la prevención de los riesgos asociados a su alcance. • La revisión sistemática del estado, mantenimiento y soporte

 <p>ESE ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gerencia de Calidad	
			Revisó:	19/03/2019	Gerencia de Calidad	
	Código: F-1400-34		Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019	
			Versión	1.0	Página:	33/35

	<p>técnico para el funcionamiento de la tecnología en condiciones óptimas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La realización de entrenamiento para el uso de la tecnología, que garantiza la comprensión del profesional que la usa y el mantenimiento de las condiciones de seguridad, de acuerdo con las especificaciones del proveedor, el reconocimiento del mal funcionamiento y los mecanismos para corregirlos o reportarlos. • La notificación inmediata de fallas y las medidas para evitar daños adicionales a la tecnología o eventos adversos a las personas. • La evaluación del inventario, vida útil, disponibilidad de repuestos partes, etc. • La continuidad de la atención en casos de contingencia por fallas o daños. • La evaluación, el seguimiento y el mejoramiento de las medidas implementadas.
<p>Estándar 157. Código: (MCC2) La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Son priorizadas empleando una metodología estandarizada que considere, por lo menos, las de mayor impacto en cuanto a enfoque al usuario y orientación al riesgo. • Cuentan con el soporte, los recursos y los elementos necesarios para su implementación. • Se operativizan en acciones de mejora, las cuales se realizan completas y en el tiempo asignado en un cronograma de trabajo. • Identifican las potenciales barreras para implementar las acciones de mejora, con el fin de tomar los correctivos necesarios. • Son llevadas a cabo por

	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad	
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad	
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019	
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:	34/35

	colaboradores y/o equipos de mejoramiento con las competencias necesarias para su desarrollo.
--	---

13. SEGUIMIENTO, MONITOREO Y CONTROL

La ESE ISABU alineada con MIPG de acuerdo a la Dimensión 7 de control interno que integra a MECI el cual desarrolla a través de las líneas de defensa un esquema de asignación de responsabilidades y roles para la gestión del riesgo.


Tabla. Monitoreo y seguimiento de riesgos de corrupción y gestión.

MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN Y GESTIÓN							
RIESGOS	RESPONSABLE DE LA CONSOLIDACIÓN	RESPONSABLE DE MONITOREO	PERIODICIDAD DEL MONITOREO	PERIODICIDAD DEL SEGUIMIENTO	PERIODICIDAD DEL SEGUIMIENTO	PUBLICACION EN PAGINA WEB	RESPONSABLE REVISIÓN DE EFICIENCIA DE CONTROLES
Corrupción	Segunda línea de defensa: Jefe Oficina Asesora de Planeación.	Primera línea de defensa: Líderes de proceso y equipo de trabajo.	Permanente	Tercera línea de defensa: Jefe Oficina Asesora de Control Interno	Tres veces al año: Primer seguimiento: Con Corte al 30 de abril. La publicación los 10 Primeros días del mes de mayo. Segundo seguimiento: Con corte al 31 de agosto. La publicación los 10 Primeros días del mes de septiembre. Tercer seguimiento: Con corte al 31 de diciembre. La publicación los 10 Primeros días del mes de enero	A más tardar el 31 de enero.	Tercera línea de defensa: Jefe Oficina Asesora de Control Interno
Operativos de Gestión	Segunda línea de defensa: Jefe Oficina Asesora de Planeación	Primera línea de defensa: Líderes de proceso y equipo de trabajo.	Permanente	Segunda línea de defensa: Jefe Oficina Asesora de calidad	Cuatro veces al año con los siguientes cortes: Primer seguimiento: Con Corte al 31 de marzo Segundo seguimiento: Con corte al 30 de junio. Tercer seguimiento: Con corte al 30 de septiembre. Cuarto Seguimiento: Con corte al 31 de diciembre.	A más tardar el 31 de Enero.	Tercera línea de defensa: Jefe Oficina Asesora de Control Interno

El seguimiento de los demás riesgos se hará de acuerdo a la normatividad vigente de acuerdo a su topología.

14. INDICADORES

1. Porcentaje de procesos a los que se gestionó el riesgo de la totalidad de procesos de la entidad (desagregados por procesos)
2. Porcentaje de cumplimiento de los controles
3. Porcentaje de disminución del riesgo a quienes se gestionó el riesgo en la vigencia anterior.
4. Proporción del conocimiento de los riesgos de procesos (desagregados por procesos)
5. Proporción de acciones cumplidas priorizadas abordaje SUA-Gestión del Riesgo

 <p>ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	POLITICA DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		Elaboro :	19/03/2019	Gestión de Calidad	
			Revisó:	19/03/2019	Gestión de Calidad	
			Aprobó:	01/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5/2019	
	Código:	F-1400-34	Versión	1.0	Página:	35/35

15. BIBLIOGRAFIA

1. Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 5. (Dirección de Gestión y Desempeño Institucional)
2. Instructivo Metodológico para la Elaboración de Políticas Institucionales, Proceso de Gestión, Versión 0.0
3. Protocolo Líneas de Defensa, Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG Dimensión 7: Control Interno, Código PT-1300, Versión 1.0
4. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, Versión 3.1, Minsalud.

COPIA CONTROLADA