



INFORME DE SEGUIMIENTO A MAPA DE RIESGO POR PROCESO

Ervin Udency Rizo Tigreros
Jefe Oficina Control Interno

EQUIPO AUDITOR:

Argemiro Manzano G.
Guillermo León Navia B.
Ángela María Puerta T.
Ángela María Giraldo V.
Beatriz Elena Santa H.

Santiago de Cali, diciembre de 2019



INTRODUCCIÓN

El Hospital Universitario del Valle a través de la *Política y Metodología Institucional de Administración de Riesgos*, POL/DG/GC/002 de febrero /2018, imparte los lineamientos específicos e instancias responsables para la administración del riesgo de la entidad y determina las acciones de monitoreo y revisión a realizar como también la comunicación y consulta de los riesgos institucionales. Actualmente dicha metodología se está ajustando con la versión 2 de la guía del DAFP.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG- es un marco de referencia diseñado para que las entidades identifiquen problemáticas, planeen, ejecuten y hagan seguimiento a su gestión para el beneficio del ciudadano. Mediante la Ley 1753 de 2015, artículo 133, se establece que deben integrarse 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 -MIPG surge como el mecanismo que facilitará dicha integración y articulación.

La séptima dimensión del MIPG, el Control Interno, se desarrolla a través del Modelo Estándar de Control Interno, actualizado en función de la articulación de los Sistemas de Gestión y de Control Interno, el cual considera los siguientes componentes: Ambiente de Control, **Evaluación del Riesgos**, Actividades de Control, Información y Comunicación y Actividades de Monitoreo.

El componente de Evaluación de Riesgos es un proceso dinámico e interactivo que le permite a la entidad identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos tanto internos como externos que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales.

Desde la evaluación y seguimiento, la Oficina de Control Interno verifica que los líderes de los procesos adelanten acciones para identificar los riesgos y que éstos se revisen periódicamente, dicho

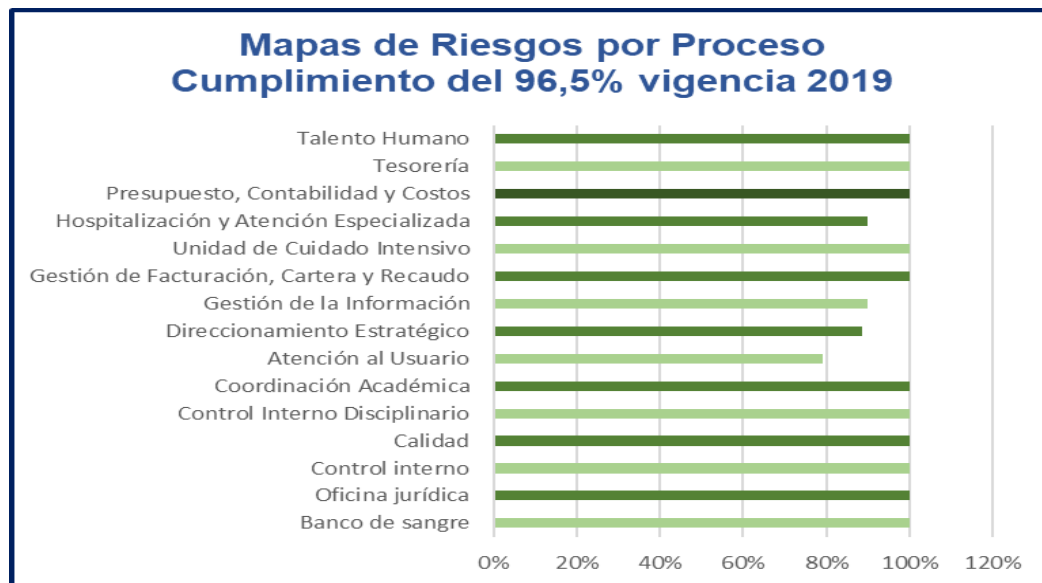
El monitoreo de los riesgos está a cargo de todos los líderes de proceso y sus equipos, de acuerdo con la periodicidad establecida en la política, mientras que la Oficina de Control Interno se encarga de la evaluación a los controles y seguimiento al cumplimiento de las acciones para mitigarlos.

MAPA DE RIESGO POR PROCESO: cumplimiento del 96,5%.

El Hospital durante la vigencia 2019 no consolidó los riesgos por proceso en una sola matriz, lo que dificultó el seguimiento a éstos. Sin embargo, la Oficina de Control Interno, en el diseño de los planes de auditoría, incluye el seguimiento al mapa de riesgo del proceso auditado, lo cual queda consignado en cada informe de auditoría.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno realiza seguimiento a una muestra representativa de procesos institucionales y presenta el informe de seguimiento al cumplimiento y efectividad de dichos riesgos.

Se realizó seguimiento a 15 de los 21 procesos institucionales, lo cual representa el 71%. El siguiente cuadro muestra los procesos objeto del seguimiento y el porcentaje de cumplimiento de las acciones registradas en el mapa de riesgos:



Fuente: Matriz de Riesgos de cada proceso. Elaboración Control interno, dic -2019.

Como se observa en el gráfico anterior, la Institución presenta un cumplimiento positivo en las acciones registradas en el mapa de riesgos por proceso, alcanzando el 96,5%, sin embargo, es importante insistir en que los líderes y el personal del proceso, establecidos como de primera y segunda línea de defensa, realicen el monitoreo al cumplimiento de las acciones y efectividad de los controles diseñados para mitigar los riesgos y asistan a la inducción y reinducción, que, sobre la metodología para la



administración del riesgo, realiza la oficina Asesora de Planeación. Esta actividad es fundamental para detectar las desviaciones y/o controles que no sean efectivos, realizando ajustes oportunos que eviten la materialización de los riesgos.

Riesgos Materializados:

1. Riesgo: **perdida o daño a los bienes de la institución**

Controles existentes: El líder del proceso o coordinadora del servicio, cada vez que se cambia o actualiza un equipo o ingreso de personal, solicita capacitación para el correcto manejo del equipo, al área de gestión técnica o ingeniería biomédica. El líder del proceso o coordinadora del servicio, verifica y recibe a satisfacción las capacitaciones y entrenamientos realizadas al personal del proceso. En caso de que una actividad de capacitación y entrenamiento programada no se realice, se reprograma con el área de gestión técnica la actividad. Como evidencia del control queda las asistencias, recibido a satisfacción y evaluación de la actividad

Acción registrada: Establecer e implementar acciones de consecuencia para el personal, en aquellos casos donde se compruebe que la pérdida o daño en un equipo es consecuencia del mal uso (daño) o apropiación (pérdida) del equipo

Situación presentada y acción realizada:

En el año se presentó daño grave de un monitor, se hizo el respectivo reporte a electro medicina y a la Agrupación Asstracud, encargados de realizar la intervención o mejoramiento individual con la auxiliar de enfermería. Dicha funcionaria fue trasladada a otro servicio.

2. No se evidencio la materialización de otros riesgos, sin embargo, el proceso de Atención al Usuario alerta sobre la inminente posibilidad de que el aplicativo CROSS, al no contar con contrato de soporte y mantenimiento, se bloquee y se materialice la perdida de información.

Entre las actividades adelantadas por la institución, las cuales fueron registradas en los diferentes mapas de riesgos, están:

- El programa de bienestar laboral se elaboró, previo análisis de los resultados obtenidos en las encuestas realizadas por los colaboradores, la cual se aplica durante los meses de diciembre del año anterior y enero del presente año (2019).
- El plan de capacitación tiene un cumplimiento satisfactorio.
- Al personal que se vincula a la institución se le verifican todos los requisitos, para ello se utiliza la tabla respectiva, la cual se adjunta en la historia laboral.
- La oficina utiliza la bitácora para el registro de entradas y salida de historias laborales, en el momento la oficina no registra ninguna pérdida de historias.

- Los consolidados de las PQRSF pendientes de respuesta radicadas en la herramienta tecnológica "CROSS", se generan semanalmente, vía e-mail solicita a las diferentes áreas las respuestas, adjuntando el consolidado generado y archiva en la carpeta de seguimientos a PQRSF el envío del correo electrónico y el consolidado enviado.
- En el Hospital se cuenta con un punto de atención de la registraduría, el cual está funcionando desde el 5 de junio de 2019. El proceso de registro civil actualmente es en línea- digital. El control del riesgo lo está realizando el registrador delegado de la oficina de Versalles.
- Las trabajadoras sociales realizan mensualmente el análisis de los NNA reportados a ICBF; pero no colocados a disposición de la entidad.
- Socializar con el equipo clínico la necesidad de registrar la interconsulta socio familiar por trabajo social en el aplicativo de Historia Clínica.
- Se realiza trimestralmente Comité Interno donde se evalúan los procesos disciplinarios, y se cuenta con el archivo documental de éstos. En el tercer trimestre se ejecutaron 5 procesos.
- Se identificó y se realizaron los seguimientos en las diferentes áreas, a los diferentes estándares de acreditación.
- La primera reunión para el acuerdo con los acreedores se realizó en el febrero 2017. En marzo 2017 se llevó a cabo reunión para votos de acreencias. Se diseñaron proyecciones para la ley 550. En junio del 2017 el hospital anuncia la suspensión de pasivos debido a que Colpensiones presenta demanda en contra de la institución. En marzo 28 de 2019 se presenta el acuerdo de reestructuración firmado por las partes
- La metodología y la política para la administración de los riesgos en la Institución se actualizo y socializó en Comité Directivo en el mes de noviembre y a todos los procesos en el mes de diciembre, actividad que se realizó en el Auditorio Carlos Manzano. Igualmente se realiza socialización mes a mes en las charlas de inducción y reinducción. Está pendiente la publicación en el DARUMA.
- Se diseñó una lista de chequeo (mayo 2019) que incluye la verificación de que la priorización de necesidades es coherente con el Plan de Desarrollo y Plan Bienal de Inversión vigentes y el cumplimiento de la norma en cuanto a la inscripción y viabilización de los proyectos en el Banco de Programas y Proyectos del Hospital. La cual a la fecha del seguimiento no evidencia su implementación.
- El Manual de Procedimientos para la administración del banco de programas y proyectos de inversión, se encuentra en la herramienta Daruma.
- Los canales de comunicación se administran mensualmente: Evaristo el + visto (boletín digital), carteleras, intranet, página web, Daruma, entre otros, a través de los cuales se despliega la información institucional.
- El SIHO se reporta trimestralmente y se hace en forma oportuna.
- El Comité de Conciliación se ha reunido de acuerdo con el cronograma y se realiza

- el seguimiento a compromisos y logro de resultados, con la participación de todos los integrantes, para la revisión de los casos planteados.
- Se parametrizó el módulo de costos del programa Servinte y la información se encuentra en producción. Adicionalmente el personal del área de Costos viene actualizando los procedimientos costeados ya establecidos y realizando los costos de los nuevos servicios que está prestando el Hospital.
 - El cronograma de la toma de inventarios no se ejecutó en un 100%, debido a diferentes eventos: diversas obras de construcción, supervisión a la salida de inventarios de activos físicos de la Clínica Miocardio, la dada de baja de activos fijos de la bodega, sistematización de activos egresados del almacén con su respectiva depreciación y marcación de nuevos activos fijos para los servicios.
 - El Comité de Transfusión está en funcionamiento, en el cual se informa sobre eventos adversos, se diseñan las estrategias para la seguridad del paciente. Se actualizo la guía GPC-BST-BSA-001, se incluyó la prueba de VIH a paciente con más de 10 transfusiones. Se conformaron grupos fijos de campañas, conformados por un profesional, dos auxiliares y un conductor, se les hace cargo de los implementos que se usan en campaña, se verifica mensual lo que se pierda el equipo debe responder. Estos grupos empezaron a funcionar desde diciembre/19.
 - En ginecología y obstetricia se realizó gestión de eventos adversos, se diseñaron 7 planes de mejoramiento.
 - Se han realizado actividades de humanización dirigidas al personal de salud: asistencia 343 personas y actividades de humanización dirigidas a paciente y familia como programa de preparación maternidad y paternidad: 844 personas, capacitación en LM, cuidados RN, madre y factores de alarma 4586 personas.
 - Las agendas que se manejan desde el área y corresponden a la programación y realización de procedimientos y ecografías en la unidad de diagnóstico perinatal. Dado que solo se cuenta con un ecógrafo en dicha unidad la oportunidad esta atrasada a 20 días, lo cual afecta ostensiblemente por el estándar que no debe ser mayor a siete días.

Actividades a las cuales no se les dio cumplimiento:

1. No se cuenta con contrato de mantenimiento y actualización de la herramienta tecnológica CROSS, lo cual es un riesgo de pérdida de información.
2. Implementación de la lista de chequeo que incluye la verificación de que la priorización de necesidades es coherente con el Plan de Desarrollo y Plan Bial de Inversión vigentes y el cumplimiento de la norma en cuanto a la inscripción y viabilización de los proyectos en el Banco de Programas y Proyectos del Hospital.
3. Se requiere registrar la interconsulta socio familiar por trabajo social en el aplicativo Servinte- Historia Clínica, lo cual no se ha logrado.
4. Cercamiento del área contigua al archivo central de la institución, lo cual minimiza el riesgo de pérdida de información.



RECOMENDACIONES

1. Asegurar el mantenimiento y actualización de la herramienta tecnológica CROSS de forma prioritaria.
2. Gestionar con el contratista de Servinte, para que el registro de la interconsulta socio familiar que realiza trabajo social, se haga a través del aplicativo.
3. Implementar de la lista de chequeo, diseñada desde mayo/19) que incluye la verificación de que la priorización de necesidades es coherente con el Plan de Desarrollo y Plan Bienal de Inversión vigentes y el cumplimiento de la norma en cuanto a la inscripción y viabilización de los proyectos en el Banco de Programas y Proyectos del Hospital.
4. Realizar las gestiones para el cercamiento del área contigua al archivo central de la institución, o implementar las rondas de seguridad por la empresa de vigilancia.
5. Revisión, por cada líder de proceso y su equipo, del mapa de riesgos antes de radicarlo en Planeación, asegurando que la información registrada este completa y correcta. Así mismo, que asistan a las jornadas de inducción y reinducción, que, sobre la metodología para la administración del riesgo, realiza la oficina Asesora de Planeación.
6. Realizar gestión para dar solución a la falta de oportunidad, por la necesidad de un ecógrafo en la Unidad de Diagnóstico Perinatal.
7. Realizar, por parte de la Oficina Asesora de Planeación, la consolidación de los riesgos residuales que se ubican en una zona extrema y alta, e incluirlos en la matriz de riesgo institucional, para el seguimiento posterior por la Oficina de Control Interno.