

INFORME PRIMER SEGUIMIENTO

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

LEY 1474 DEL 2011

ERVIN UNDENCY RIZO TIGREROS
Jefe Oficina de Control Interno

Beatriz Elena Santa Herrera
Oficina Control Interno

Santiago de Cali, mayo del 2021



INTRODUCCIÓN

El Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E., en concordancia con el decreto 612/ 2018 - Planes Estratégicos Institucionales y con lo estipulado en la Ley 1474/ 2011 artículo 73, realizó la publicación el 31 de enero del 2021 del *Mapa de Riesgos Institucional* y mediante este informe la Oficina de Control Interno presenta el primer seguimiento al cumplimiento de las acciones registradas en la presente vigencia.

La actividad de seguimiento, se realizó en forma virtual, acatando las medidas adoptadas por el Hospital con ocasión de la emergencia sanitaria declarada en todo el territorio nacional, por la aparición del COVID-19.

La implementación y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno, se enfoca hacia la prevención de los riesgos que pueden vulnerar la gestión de la entidad, para lo cual la Institución cuenta con la Política y Metodología de Administración de Riesgos, documentada y aplicada, y el Mapa de Riesgos Institucional, con los seguimientos por parte de los procesos, primera y segunda línea de defensa, y la evaluación y seguimiento de la Oficina de Control Interno, como tercera línea de defensa, proporcionando una seguridad razonable sobre el diseño y efectividad de los controles.



MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL CUMPLIMIENTO DEL 85% - CORTE ABRIL 20-2021

El Modelo Estándar de Control Interno –MECI, se desarrolla a través de la Séptima Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG- “Control Interno”, con “Evaluación del Riesgo” como uno de sus componentes.

La Política de Gestión del riesgo en la institución dice: “El *HUV se compromete a gestionar con enfoque sistémico los riesgos que pueden impedir el cumplimiento de su función pública, sus objetivos y metas establecidas; mediante la revisión continua de su contexto estratégico y riesgos existentes, el desarrollo e implementación de controles y acciones de tratamiento efectivas y el monitoreo como aspecto esencial para garantizar la eficiencia y mejoramiento institucional.*”

Así pues, la gestión del riesgo hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, que puedan afectar los objetivos institucionales. Por lo cual todos los jefes y funcionarios responsables de su gestión, cuando detecten desviaciones en los avances de gestión e indicadores, o posibilidad de materialización de un riesgo, establezcan las acciones de mejora de manera inmediata. La utilidad de este ejercicio es apoyar la toma de decisiones para lograr mejores resultados, gestionar con mayor eficacia y eficiencia los recursos y facilitar la rendición de cuentas a los ciudadanos e informes a los organismos de control.

El Mapa de Riesgos de la Institución consolidó 27 riesgos, los cuales quedaron clasificados de la siguiente manera: 7 Riesgos de Corrupción, 10 Riesgos de Gestión, 3 Riesgos de Seguridad digital y 7 Riesgos Clínicos.

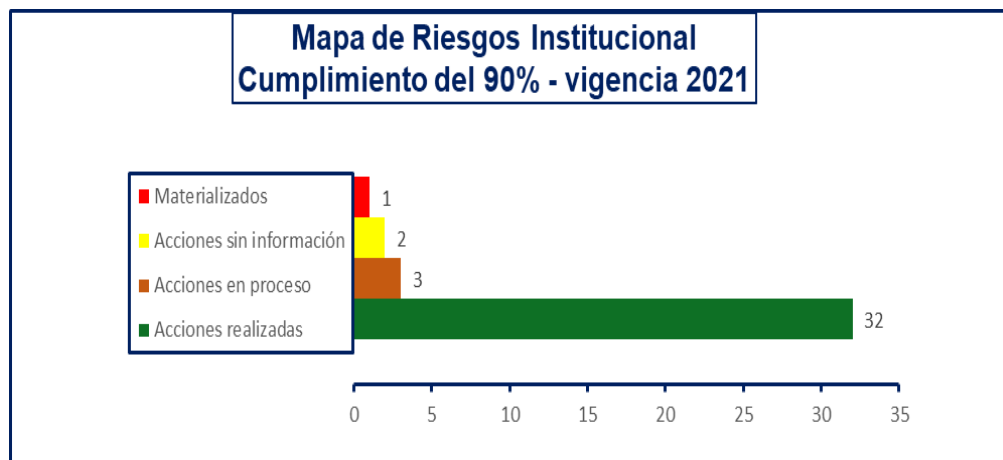
De acuerdo con la Metodología Institucional de Gestión del Riesgo, el seguimiento a los riesgos se realizará así:

Oficina Control Interno: Seguimiento a los Riesgos de Corrupción, de Gestión y Riesgos de Seguridad Digital.

Subgerencia de Servicios de Salud a través del Seguridad del Paciente realiza seguimiento a los Riesgos Clínicos.

La Oficina de Control Interno realizó el primer seguimiento de la vigencia 2021, al cumplimiento de las acciones registradas para la gestión de los riesgos de Corrupción, de Gestión y de Seguridad Digital, para los cuales se diseñaron 37 acciones para mitigarlos.

La siguiente gráfica muestra el consolidado del cumplimiento de las acciones:



Fuente: Información Matriz de Riesgos Institucional. Elaboración propia Oficina Control interno. Mayo 2021.

Riesgo Materializado:

Para este periodo evaluado, el riesgo ***Pérdida, daño y hurto de Bienes de la Institución*** se materializó en las siguientes dependencias, las cuales están diseñando acciones de mejora correspondientes:

En Banco de Sangre:

Se identificó la pérdida de un Dataloger (se perdió en el 2019, pero solo se identificó este año).

Se dañó equipo COMTEC (aféresis terapéutica, recambio plasmático y hemático), ocasionado al subirlo por rampa del Banco de Sangre, la cual se encuentra en mal estado, para lo cual solicitaron a la Oficina Asesora de planeación su intervención.

En UCI:

Se dañó un desfibrilador desde el 20 de enero del 2021 y a la fecha aún no se cuenta con concepto técnico de los Biomédicos, para determinar si fue por mal uso o defecto de fábrica.

A continuación, se registra el estado de las acciones que no se han cumplido en su totalidad o de las cuales no se recibió información del proceso responsable:

RIESGO	ACTIVIDAD	ESTADO
Movimiento Sísmico	Actualizar el estudio técnico para reforzamiento de los edificios 1 y 2 de medicina física y rehabilitación para la seguridad hospitalaria y cumplimiento de la Norma de Sismoresistencia NSR 10	El Hospital le solicitó a finales del año pasado a la Universidad del Valle un apoyo por parte de la Escuela de Ingeniería Civil y Geomática para que actualizara el Estudio de Reforzamiento Estructural del Edificio principal del Hospital Universitario del Valle, para lo cual la Universidad del Valle designó a los profesores Harold Cardenas y Daniel Gomez para que lideraran esta solicitud y se pusieran en contacto con la Institución para concretar la propuesta. El Dr. Irne Torres, delegó a la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, María Patricia González Ramos para que apoyara en conjunto con la Universidad, este asunto. Pero hasta el momento ni el Director de la Escuela de Ingeniería Civil y Geomática ni los profesores se han puesto en contacto con el Hospital. Aclarando también que dadas las condiciones actuales de Pandemia en el hospital y que no ha existido el momento adecuado para ello es posible que no se haya concretado este tema con el Gerente del HUV y la Universidad del Valle.
No respuesta oportuna en cuanto a la atención de la población de influencia ante un evento de pandemia	Identificar, proyectar (cuantificar) y presentar ante el área de presupuesto las necesidades para atención de emergencias y desastres vigencia 2021	No se recibió avance en esta actividad
	Identificar y presentar oportunamente, las necesidades (TTHH, tecnología, económicas) para la atención de emergencias, desastres y pandemias ante quien corresponda (Talento Humano, Subgerencia Administrativa y Subgerencia Financiera)	No se recibió avance en esta actividad
Incumplimiento del plan de mantenimiento	Realizar el proceso precontractual para la contratación de los mantenimientos preventivos y correctivos de los equipos	Se está realizando el proceso precontractual para realizar la contratación con las empresas especializadas y certificadas del mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos e industriales. Se adjunta listado
	Realizar seguimiento y verificación al cumplimiento del cronograma de mantenimientos preventivos establecidos en el Plan de Mantenimiento Hospitalario	Mensualmente se realiza seguimiento a los indicadores para verificar el cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos e industriales. La meta es del 90%, y se cumplió un 80% de los mantenimientos programados (programados 85, realizados 68). El cuadro de mandos no explica la desviación ni se evidencia planteamiento de acción de mejora.
Perdida de Información en medido físico	Incluir en la ronda de seguridad el archivo central por parte del personal de seguridad y vigilancia	Se realizó solicitud al jefe de la Oficina de Gestión Técnica y logística para realizar las rondas de seguridad en el archivo central, pero aún no se realiza la ronda.



RECOMENDACIONES:

1. Diseñar controles contundentes frente al riesgo materializado de ***Pérdida, daño y hurto de Bienes de la Institución***, con acciones eficaces y permanentes.
2. Realizar las gestiones necesarias para el reforzamiento estructural brindando seguridad hospitalaria y evitando la afectación estructural de la infraestructura hospitalaria en caso de movimiento sísmico.
3. Presentar las necesidades presupuestales, de talento humano y tecnológicas, necesarias para la atención de emergencias, desastres y pandemias, minimizando la morbi-mortalidad de la población (comunidad, pacientes y trabajadores).
4. Asegurar el cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos e industriales, toda vez que un equipo en mal estado pone en riesgo la vida de los usuarios, lo que conlleva a tutelas y sanciones.
5. Incluir el archivo central en las rondas de seguridad, evitando la pérdida de información por robo, así como procesos disciplinarios, fiscales y penales.

INFORME SEGUIMIENTO A RIESGOS CLINICOS ENERO-ABRIL 2021

*Subgerencia Servicios de Salud
Seguridad del Paciente*

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la atención a la salud concurren muchos factores que, de no ser manejados en forma adecuada, frecuentemente conducen a problemas graves con repercusiones clínicas, éticas, legales y económicas. La seguridad de los pacientes, entendida como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del Sistema de Salud, es un gran tema que está presente en la agenda de los principales organismos internacionales que promueven la salud de la población. Esto es importante porque ha impulsado cambios progresivos en la normatividad sanitaria y en las prácticas asistenciales de las instituciones dedicadas al cuidado de la salud. La atención a la salud es una actividad por naturaleza compleja y de alto riesgo. No existe forma de garantizar procesos humanos perfectos, ni de eliminar los efectos nocivos de los tratamientos. Se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas individuales. Esto, aunado a pacientes más vulnerables y a la vez más informados y demandantes conforma un entorno clínico con mayores riesgos para la prestación de servicios de salud.

La gestión de riesgos clínicos es un nuevo modelo de pensamiento. En la gestión de riesgos, el líder se enfoca a: a) identificar riesgos, b) controlarlos y c) evitar que se presenten problemas o su materialización.

En el Hospital Universitario del Valle se realiza la identificación de los Riesgos Clínicos con base en las Metas institucionales de Seguridad del Paciente, riesgos que son transversal a la entidad.

1. CARACTERIZACIÓN DE LOS RIESGOS CLINICOS INSTITUCIONALES

Los riesgos clínicos institucionales identificados, valorados y priorizados tienen las siguientes connotaciones:

- En total, para la gestión del riesgo institucional de la vigencia 2021, se priorizaron 7 riesgos clínicos catalogados como institucionales transversales, es decir, aquellos clasificados dentro de las zonas de exposición Alta o Extrema y que pueden afectar el cumplimiento de la misión institucional y objetivos del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.
- De acuerdo con el grado de exposición del riesgo, el 70% de estos se ubican en la zona de riesgo extrema y el otro 30% en la zona de riesgo Alta.

No.	Riesgo	Descripción del Riesgo	Tipo de Riesgo
1	Errores en la identificación del paciente	La identificación incorrecta del paciente cuando ingresa una institución de salud puede llevar a la ocurrencia de errores durante la prestación del servicio	Riesgo clínico
2	Comunicación inefectiva	Inadecuada comunicación entre el personal que atiende al paciente lo que conlleva a error prevenibles durante el proceso de atención en salud	Riesgo clínico
3	Errores en la administración de medicamentos	El error en el proceso de administración de medicamento se produce por una baja adherencia al cumplimiento en los 7 correctos para la administración segura de medicamentos	Riesgo clínico
4	Procedimiento quirúrgico incorrecto	Errores durante los procedimientos quirúrgicos, antes, durante, después del procedimiento. No verificación adecuada del procedimiento correcto, del paciente correcto, del lado correcto	Riesgo clínico
5	Infecciones asociadas a la atención en salud	Infecciones que se presentan de manera intra hospitalaria durante el proceso de atención en salud	Riesgo clínico
6	Caída	Daños causados al paciente por caídas por una identificación del riesgo no oportuna	Riesgo clínico
7	UPP	Lesiones de piel asociadas a la dependencia en pacientes con estancias prolongadas en cama	Riesgo clínico

Cuadro 1. Identificación de Riesgos de la matriz Mapa de Riesgos HUV 2021

2. SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS ENERO-ABRIL 2021

Para el seguimiento de los riesgos clínicos, contamos con una matriz que es enviada con frecuencia mensual, por cada uno de los servicios de salud al Programa de Seguridad del Paciente, los 10 primeros días del mes siguiente al reportado, y desde el programa se realiza una revisión interna y se socializa en Comité Institucional de Seguridad del Paciente. Por la dinámica anterior, para cada seguimiento cuatrimestral, se contará con información de cada trimestre, en este primer seguimiento 2021 se presentan los resultados observados en el monitoreo de los meses enero, febrero y marzo.

3. RESULTADOS Y RECOMENDACIONES:

- Riesgos Clínicos Materializados en el periodo enero-abril de 2021

RIESGO CLÍNICO MATERIALIZADO	Enero	Febrero	Marzo	TOTAL EVENTOS ADVERSOS
3. Errores en la administración de medicamentos	194	290	155	639
5. Infecciones asociadas a la atención en salud	98	90	86	274
6. Caídas	14	2	8	24
7. UPP	23	22	24	69

Cuadro 2: Información tomada de la matriz mensual de reporte de incidentes y/o eventos adversos de Seguridad del Paciente.

Con relación al cuadro anterior podemos evidenciar que, de los riesgos clínicos transversales, para el periodo enero-marzo de 2021, tuvimos la materialización de 4 de ellos relacionados con administración de medicamentos, infecciones asociadas a la atención en salud, caídas y lesiones de piel asociadas a la dependencia (UPP). Estos datos fueron socializados en el comité institucional de Seguridad del Paciente donde se generan diferentes estrategias a trabajar con el fin de evitar que este tipo de riesgos que han sido identificados se sigan materializando.

De igual manera, es importante resaltar que, a nivel institucional, ha habido un aumento en la cultura del reporte, lo que conlleva a una mayor evidencia de la materialización de estos riesgos.



La institución presenta unos eventos trazadores asociados a los cuidados, donde se presenta un elevado número de casos con aquellos relacionados con la disponibilidad de medicamentos, la presentación de caídas y la presentación de las lesiones de piel asociadas a la dependencia (UPP).

4. ACCIONES DE INTERVENCIÓN DESDE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

A la luz de estos resultados en el primer trimestre 2021, desde el equipo de seguridad del paciente (eventos adversos internos) se realizarán las siguientes actividades para alcanzar un mejoramiento en la calidad de la atención en salud y adherencia al 100% de los procesos para la gestión de los eventos adversos internos:

- Capacitación y reinducción en gestión de eventos adversos y su análisis a cada uno de los servicios (coordinadores y personal encargado de seguridad del paciente) para la vigencia 2021. Se presentará cronograma de trabajo en el mes de mayo.
- Continuar con seguimiento a planes de mejoramiento institucional teniendo una meta definida mensual para la reducción de los eventos e incremento de los reportes de incidentes e indicios de atención insegura.
- Transición de planes de mejoramiento al sistema Daruma con apoyo de la oficina de calidad y establecer meta por servicio para la reducción de los eventos.
- Solicitud de soportes escaneados de los reportes, matriz y acta de análisis mensual del 100% de los servicios. Para que la información repose en la oficina de seguridad del paciente.