	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	CÓDIGO	FOR-HUV-HUV-xxx		
	“EVARISTO GARCIA” E.S.E.	VERSIÓN	1	Página 1 de 10	
	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DEL RIESGO	FECHA DE EMISIÓN	DÍA	MES	AÑO
			xx	xx	2021


INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIEGOS INSTITUCIONAL 2021

1. **OBJETIVO:** Realizar seguimiento a los riesgos administrativos y clínicos priorizados en el Mapa de riesgos Institucional.
2. **ALCANCE:** El seguimiento se ejecuta a la gestión realizada por el Hospital Universitario del Valle a los riesgos priorizados y gestionados en el periodo mayo - agosto de la presente vigencia.
3. **RESPONSABILIDADES:** La responsabilidad del seguimiento está, en el primer lugar los líderes de los procesos, en su ejercicio de autoevaluación y en el segundo lugar la Oficina de Control Interno a los riesgos administrativos y a los riesgos clínicos la Subgerencia de servicios de Salud y el Programa Institucional de Seguridad del paciente.

4. METODOLOGÍA:

Este seguimiento se realiza, a través de las siguientes actividades, con base en la metodología institucional y haciendo uso de la herramienta ajustada y utilizada como prueba piloto para el cuatrimestre (mayo-agosto 2021):

1. Informar mediante oficio, a los procesos institucionales, sobre el seguimiento, recomendando realizar la autoevaluación previa a la visita.
2. Realizar el seguimiento, evaluando si las acciones se han ejecutado conforme a los registrado en la matriz y si cuentan con soportes.
3. Determinar si estos controles después de ejecutados correctamente han sido efectivos.
4. En caso no ser efectivos, recomendar que se ajusten los controles y se comuniquen a la Oficina Asesora de Planeación para su ajuste.
5. Registrar en el matriz mapa de riesgos el seguimiento efectuado, determinando el porcentaje de cumplimiento.
6. Para los riesgos clínicos se realiza seguimiento a los meses de (abril, mayo, junio, julio), teniendo en cuenta que, para el primer seguimiento realizado, se hizo al primer trimestre, adicional, la información al programa de seguridad de la paciente relacionada a riesgos y/o eventos adversos llega mes vencido los 10 primeros días de cada mes, por lo tanto, los datos de agosto tienen fecha límite de entrega el 10 de septiembre, motivo por el cuál no queda dentro de este seguimiento.
7. Realizar informe

	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	CÓDIGO	FOR-HUV-HUV-xxx		
	“EVARISTO GARCIA” E.S.E.	VERSIÓN	1	Página 2 de 10	
	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DEL RIESGO	FECHA DE EMISIÓN	DÍA	MES	AÑO
			xx	xx	2021

5. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DEL RIESGO

El Mapa de Riesgos de la Institución consolidó **27** riesgos, los cuales quedaron clasificados de la siguiente manera:

- RIESGOS ADMINISTRATIVOS: *7 Riesgos de Corrupción*
10 Riesgos de Gestión
3 Riesgos de Seguridad digital
- RIESGOS CLÍNICOS: *7 Clínicos*




Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2021, elaboración propia, control interno

RIESGOS ADMINISTRATIVOS

En el seguimiento a los riesgos administrativos se obtuvo un cumplimiento del **89%**, sobre las actividades a desarrollar en el periodo. Las acciones que no se han ejecutado son:

1. Socializar con los procesos del HUV el manual de procedimientos para la administración del banco de programas y proyectos de inversión.
2. Ejecutar el programa de capacitación a supervisores de contratos.
3. 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 Sismo resistencia NSR 10.
4. Incluir en la ronda de seguridad el archivo central por parte del personal de seguridad y vigilancia.

	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	CÓDIGO	FOR-HUV-HUV-xxx		
	“EVARISTO GARCIA” E.S.E.	VERSIÓN	1	Página 3 de 10	
	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DEL RIESGO	FECHA DE EMISIÓN	DÍA	MES	AÑO
			xx	xx	2021

VARIABLE A CALIFICAR	CUMPLIMIENTO
Auto control de la herramienta	100%
Efectividad del control	95%
Nivel de efectividad del control	Fuerte: 11 Moderado: 7 Débil: 2
Evidencia aplicación control	El control se realiza manual y automatizado
Ejecución de las acciones de intervención	Manual y Automatizado: 8 Manual: 5 Automatizado: 7
Materialización del riesgo	1
Riesgos emergentes	0

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2021, elaboración propia, control interno


En desarrollo del seguimiento, al aplicar la nueva metodología, hubo rechazo de varios procesos, los cuales argumentan lo siguiente: **“se percibe que se realiza un reproceso como si se estuviera construyendo nuevamente la matriz. Se repite la metodología. No es claro el impacto que se espera, que no se obtenga con la herramienta anterior. En vez de volver más amigable la herramienta, la complicaron aún más”**.

Resultados de la gestión de riesgos de corrupción:

La matriz institucional registra 7 riesgos de corrupción, a saber:

No. RIESGO	RIESGOS DE CORRUPCIÓN
6	Formulación De Programas Y Proyectos De Inversión Para Beneficio De Un Particular
7	Ofrecimiento De Dativas, Tráfico De Influencias Y Clientelismo En El Proceso De Contratación.
8	Omisión en las actuaciones de la defensa judicial y extrajudicial y vencimiento de Términos procesales en procesos judiciales y acciones de tutela
9	Contratar con personas naturales o jurídicas que se encuentran en listas restrictivas y de control o en procesos administrativos o judiciales asociados al lavado de activos, financiación del terrorismo o delitos conexos con los mismos.
10	Vencimiento De Términos Para Favorecer A Los Investigados
11	No Ejecutar Las Sanciones Disciplinarias Y No Informar A La Procuraduría Al Grupo Siri Para El Registro De La Sanción
14	Perdida , daño y hurto de Bienes de la Institución

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2021, elaboración propia, control interno

	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	CÓDIGO	FOR-HUV-HUV-xxx		
	“EVARISTO GARCIA” E.S.E.	VERSIÓN	1	Página 4 de 10	
	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DEL RIESGO	FECHA DE EMISIÓN	DÍA	MES	AÑO
			xx	xx	2021

Actividades con avance positivo:


- Se implementó archivo para el seguimiento de los proyectos de infraestructura, haciendo las veces de semáforo y así identificar en forma ágil su estado.
- Se hace monitoreo periódico de listas restrictivas y de control emitidas por la UIAF, en los 10 primeros días de cada mes, cumpliendo con la norma. Esta actividad se realiza para el personal de la institución una vez al año y para el proceso contractual cada que se presenta un contrato.
- Se verifican cada 3 meses los procesos con fallos sancionatorios y el seguimiento es permanente el vencimiento de términos.
- Se evidencian capacitaciones permanentes al personal en el buen uso de los equipos.

Oportunidades de mejora:

- En el periodo, evaluado mayo - agosto, se materializó en UCI el riesgo No. 14 ***Pérdida, daño y hurto de bienes de la Institución.***

El riesgo se materializó en dos oportunidades en el periodo evaluado: daño de un desfibrilador (junio) y daño de un monitor (mayo). En mayo/2021 se reporta el daño del monitor y en junio/ 2021 el daño de desfibrilador en UCI 4 a la ingeniera biomédica, quien retira los equipos de la sala al taller para revisión. Se reporta incidente, y los involucrados, a la Coordinadora de ASSTRACUD. Se envió oficio en julio 28/2021, a Control Interno Disciplinario, donde se reportan estos 2 eventos, así como también el desfibrilador que se dañó en enero/2021. La acción de mejora que se está realizando es capacitación a los enfermeros en manejo y uso de desfibrilador.

- El riesgo *Ofrecimiento de dadas, tráfico de influencias y clientelismo en el proceso de contratación*, presenta dos acciones a intervenir. La primera acción es de *capacitación a supervisores* y el proceso responsable no está de acuerdo con esta acción, argumenta que no es concordante con el riesgo a intervenir y no se cuenta con evidencia. Para la segunda acción *acompañamiento en el ejercicio de supervisión* se cuenta con oficios a los supervisores de contratos, solicitando actas contractuales, parciales y de liquidación.

	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	CÓDIGO	FOR-HUV-HUV-xxx		
	“EVARISTO GARCIA” E.S.E.	VERSIÓN	1	Página 5 de 10	
	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DEL RIESGO	FECHA DE EMISIÓN	DÍA	MES	AÑO
			xx	xx	2021

Resultados de la gestión de riesgos de gestión

La institución priorizó 10 riesgos de gestión, a saber:

No. RIESGO	RIESGOS DE GESTIÓN
1	El Nivel de gestión del Plan de Desarrollo no sea satisfactorio
2	Iliquidez
3	Las metas de recaudo de la cartera no se alcancen
4	No recaudo de los servicios efectivamente prestados
5	No obtener la acreditación institucional en los tiempos establecidos por el decreto 2106 del 2019
12	Movimiento Sísmico
13	No respuesta oportuna en cuanto a la atención de la población de influencia ante un evento de pandemia
15	Incumplimiento del plan de mantenimiento
16	Incumplimiento de las actividades y obligaciones de docentes y estudiantes en el marco del convenio docencia-servicio.
20	Perdida de Información en medido físico


Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2021, elaboración propia, control interno

Actividades con avance positivo:

- Cumplimiento del Plan de Desarrollo HUV 2020-2023 del 43% de 50% (sobresaliente), en el informe presenta a junio de 2021.
- Se ha logrado consolidar el trabajo de los equipos de mejoramiento de PAMEC. En la herramienta DARUMA Se encuentran los planes de acción.
- Se ha socializado mensualmente lo relacionado con el plan de emergencias del HUV, incluyendo los procedimientos por seguir ante una posible emergencia o desastre, en las reuniones de inducción y reinducción a cargo del PIC.
- Se realiza auditoría concurrente interdiario en los servicios asignados, con socialización de resultados e implementación de correctivos
- Estados financieros de marzo y junio publicados en la página web de la institución, con indicador de liquidez para marzo de 2.46 y para junio de 2.37.
- Se dio inicio a la socialización de la política gestión documental: se han realizado reuniones con los procesos de urgencias, calidad, gestión de la información.
- Para medir la adherencia de la implementación de la política de gestión documental, se actualizo el diagnóstico integral de archivos, realizando visitas a todas las unidades productoras documentales.

Oportunidades de mejora:

- El indicador del recaudo de cartera presenta porcentaje positivo durante los meses de enero 3.84%, febrero 26.68%, pero presenta variación negativa para los siguientes meses así: marzo (17.34%), abril (13.52%), mayo (13.60%), para esta desviación se

	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	CÓDIGO	FOR-HUV-HUV-xxx		
	“EVARISTO GARCIA” E.S.E.	VERSIÓN	1	Página 6 de 10	
	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DEL RIESGO	FECHA DE EMISIÓN	DÍA	MES	AÑO
			xx	xx	2021

está realizando seguimiento a facturación por los coordinadores semanalmente (facturación máximo 24 horas después del egreso)

- A pesar de que no se ha materializado el riesgo *Perdida de Información en medido físico*, el control es DEBIL porque está en un tercero y no se realiza el debido seguimiento. Se recomienda diseñar un control a cargo del proceso responsable.

Resultados de la gestión de riesgos de seguridad digital:

Se cuenta con tres riesgos de seguridad digital, a saber:

No. RIESGO	RIESGOS DE SEGURIDAD DIGITAL
17	Perdida de disponibilidad de la Información
18	Perdida de integridad de la Información
19	Perdida De Confidencialidad De La Información


Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2021, elaboración propia, control interno

Actividades con avance positivo:

- Se establecieron procedimientos, frecuencias, responsables y medios para la realización de copias de seguridad de la información del SGC - DARUMA.
- Mensualmente, 5 de cada mes, el personal técnico del proceso de Gestión de la Información, realiza la cancelación del login de acceso a los usuarios reportados por el proceso de talento humano como retirados.
- El control ha permitido identificar correos maliciosos, a los cuales se dio el trámite correspondiente.

Oportunidades de mejora:

- No se presentan actividades de socialización en los procesos, donde sensibilicen sobre los controles a ejecutar por parte de los funcionarios para minimizar/ evitar la pérdida de información.

	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	CÓDIGO	FOR-HUV-HUV-xxx		
	“EVARISTO GARCIA” E.S.E.	VERSIÓN	1	Página 7 de 10	
	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DEL RIESGO	FECHA DE EMISIÓN	DÍA	MES	AÑO
			xx	xx	2021


RIESGOS CLÍNICOS

Para el seguimiento de los riesgos clínicos, se encuentran priorizados 7 y estos son transversales a la institución:

No.	RIESGO
1	Errores en la identificación del paciente
2	Comunicación inefectiva
3	Errores en la administración de medicamentos
4	Procedimiento quirúrgico incorrecto
5	Infecciones asociadas a la atención en salud
6	Caídas
7	UPP

De acuerdo a la herramienta aplicada para el seguimiento se encuentra lo siguiente:

- 100% de auto control de los riesgos identificados, estos han sido socializados y trabajados mensualmente por el equipo de seguridad del paciente a través de las rondas de seguridad del paciente, los seguimientos y trazabilidad de casos que realizan de manera trimestral.
- 95% de efectividad de los controles, 19 de los 20 controles establecidos para los 7 riesgos priorizados son efectivos, dándonos un nivel de efectividad de FUERTE.
- Se cuenta con las evidencias de implementación de cada uno de los controles establecidos, es importante tener en cuenta que durante los seguimientos realizados por parte del Programa de Seguridad del paciente a los servicios asistenciales, se logra evidenciar las actividades implementados por cada servicio para la prevención de la materialización de los riesgos, realización de rondas de seguridad del paciente, capacitaciones en los servicios, medición de adherencia a las metas por parte del equipo del programa.
- Con base a las acciones de intervención, se lleva un 80% de cumplimiento de las mismas.
- 4 de los 7 riesgos priorizados se materializaron durante el cuatrimestre (abril-julio 2021), como se evidencia en la siguiente tabla:

	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	CÓDIGO	FOR-HUV-HUV-xxx		
	“EVARISTO GARCIA” E.S.E.	VERSIÓN	1	Página 8 de 10	
	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DEL RIESGO	FECHA DE EMISIÓN	DÍA	MES	AÑO
			xx	xx	2021

Riesgos Materializados	Total
Errores en la administración de medicamentos	<p style="text-align: center;">0%</p> <p>Este porcentaje se da teniendo en cuenta el número de ingresos de pacientes que han sido atendidos durante el cuatrimestre (abril – julio 2021) en los procesos de urgencias, hospitalización, consulta externa y apoyo diagnóstico son: 106.342 pacientes</p>
Infecciones asociadas a la atención en salud	
Caídas	
UPP	

A continuación, y con base en el formato propuesto, se presentan las fortalezas, debilidades, recomendaciones y conclusiones, detectadas en el ejercicio de seguimiento, de acuerdo con lo presentado por Control Interno a los riesgos *Administrativos* y por Seguridad del Paciente a los riesgos *Clínicos*.


6. FORTALEZAS

Seguimiento Riesgos Administrativos

- La Institución cuenta con herramientas para la Gestión de los Riesgos: Política y Metodología para la Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos Institucional, Programa de Gestión del Riesgo y el Grupo Institucional de Gestión del Riesgo.
- El acompañamiento y asesoría que brinda la Oficina Asesora de Planeación en la formulación de riesgos y sus controles y en la consolidación y priorización en el mapa institucional.
- El seguimiento que se realiza cada cuatro meses, lo que contribuye al mejoramiento continuo.

Seguimiento Riesgos Clínicos

- Se cuenta con una Política institucional y un programa de seguridad del paciente.
- Se cuenta con el Manual de Seguridad del paciente.
- Se realiza la socialización de la política, programa y Manual a través del PIC y los medios de comunicación interna.
- Se realiza seguimientos trimestrales por parte del programa de Seguridad del Paciente a los planes de mejoramiento derivado de los eventos adversos y trazabilidad de casos.
- Píldoras de seguridad del paciente durante los recibo y entrega de turno.
- Articulación entre los servicios tanto para el análisis como para la realización de acciones de mejoramiento.
- Búsqueda activa de eventos adversos a través de Rondas de seguridad del paciente.

	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	CÓDIGO	FOR-HUV-HUV-xxx		
	“EVARISTO GARCIA” E.S.E.	VERSIÓN	1	Página 9 de 10	
	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DEL RIESGO	FECHA DE EMISIÓN	DÍA	MES	AÑO
			xx	xx	2021

7. DEBILIDADES

Seguimiento Riesgos Administrativos

- Debilidad en la identificación de las causas y de la formulación de las acciones de mejora.
- La cultura de autocontrol y autoevaluación no es lo suficientemente fuerte.

Seguimiento Riesgos Clínicos

- Debilidad en la formulación de los planes de mejoramiento en términos de impacto.
- Alta rotación de personal.
- No adherencia a las metas institucionales de seguridad del paciente.
- Falta sentido de pertenencia del personal para con la institución.


8. RECOMENDACIONES:

Seguimiento Riesgos Administrativos

- Realizar desde cada proceso/ área, un ejercicio planeado y juicioso en la identificación de riesgos, causas y acciones de mejora, en desarrollo de la planeación estratégica se realiza a final del año para la siguiente vigencia.
- Fomentar al interior de los procesos /áreas la cultura del autocontrol y la autoevaluación, que fortalezca el Sistema de Control Interno
- Al proceso de coordinación académica, realizar seguimiento estricto al cumplimiento del aforo según la capacidad instalada de las diferentes salas.
- Realizar socialización en los procesos institucionales, donde se sensibilice sobre los controles a ejecutar por parte de los funcionarios para minimizar/evitar la pérdida de información, teniendo en cuenta que es un riesgo transversal.
- Al área de Gestión documental, diseñar un control para el riesgo *Perdida de Información en medio físico*, el cual este bajo su responsabilidad.
- Al proceso de Gestión Jurídica, realizar revisión y ajuste de los controles y/o acciones de intervención del riesgo *ofrecimiento de dadas, tráfico de influencias y clientelismo en el proceso de contratación*, que apunten a evitar su materialización.

Seguimiento Riesgos Clínicos

- Reestructurar los planes de mejora.
- Brindar capacitación en la adecuada formulación de planes de mejora en términos de impacto.
- Fortalecer el rol del vigía de seguridad del paciente en cada uno de los servicios.
- Asignar a los colaboradores de cada uno de los servicios a través de los cuadros de turno de manera rotativa, semanal, un responsable para generar actividades propias de la seguridad del paciente.
- Involucrar a todo el personal médico, médicos especialistas, residentes e internos en las actividades de seguridad del paciente en cada uno de los servicios.

	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	CÓDIGO	FOR-HUV-HUV-xxx		
	“EVARISTO GARCIA” E.S.E.	VERSIÓN	1	Página 10 de 10	
	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DEL RIESGO	FECHA DE EMISIÓN	DÍA	MES	AÑO
			xx	xx	2021

De acuerdo a los riesgos materializados, es importante analizar si la materialización de los mismos es por causas diferentes a las ya identificadas anteriormente, esto con el fin de formular y trabajar en los controles y prevenir así la materialización de los mismos.

9. CONCLUSIONES:

Seguimiento Riesgos Administrativos

Se evidenció un ejercicio más juicioso por parte de las áreas involucradas de ejecutar los controles y acciones planteadas.

En desarrollo del seguimiento, y al aplicar la nueva metodología, hubo rechazo de varios procesos, los cuales argumentan lo siguiente:

- *Se percibe un reproceso como si se estuviera construyendo nuevamente la matriz.*
- *Se repite la metodología.*
- *No es claro el impacto que se espera, que no se obtenga con la herramienta anterior.*
- *En vez de volver más amigable la herramienta, la complicaron aún más.*

Seguimiento Riesgos Clínicos

- Se logra identificar que la institución está trabajando con enfoque en riesgo.
- El Programa de Seguridad del paciente se encuentra consolidado, trabajando en la identificación de los riesgos inherentes en cada uno de los servicios, esto con el fin de evitar la ocurrencia de los eventos adversos.
- Es importante trabajar en la formulación de los planes de mejora para que estos sean en términos de impacto, donde podamos evidenciar con mayor adherencia el mejoramiento continuo.

Elaboró: Beatriz E. Santa H., Oficina Control Interno
Norma Constanza Patiño Yustes – Enf. Programa Seguridad del Paciente
Equipo de Seguridad del Paciente

Revisó: Ervin U. Rizo Tigreros, Jefe Oficina Control Interno
Dra. Marisol Badiel Ocampo – Subgerente de Servicios de Salud

Aprobó: Ing. Ervin U. Rizo Tigreros – Jefe Oficina Control Interno