

**INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL
MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL POR PROCESOS VIGENCIA 2020**

OFICINA DE CONTROL INTERNO

E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE VALENCIA – CORDOBA.

**PROFESIONAL:
ZULIM TRUJILLO GUERRA.**

VALENCIA – CORDOBA.



INFORME DE SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL POR PROCESOS VIGENCIA 2020.

CRITERIO.

En cumplimiento del decreto 1537 de 2001, que reglamento la ley 87 de 1993, donde establece que control interno define y aplica medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir desviaciones y establece el rol que deben desempeñar estas oficinas con respecto a la administración del riesgo y lo establecido en la guía para la administración del riesgo DAFP.

OBJETIVO.

Con el fin de dar cumplimiento a los criterios anteriormente mencionados, especialmente a lo establecido en la Guía para la administración del riesgo DAFP en el cual menciona que los encargados de realizar acciones asociadas a los controles establecidos para cada uno de los riesgos identificados son los responsables de los procesos y que el encargado de realizar seguimiento a los riesgos que a nivel institucional han sido consolidados está a cargo de la Oficina de Control Interno, se hace necesario realizar dicho seguimiento con corte al 31 de diciembre de 2020

METODOLOGIA

Para realizar este informe se tuvo en cuenta los seguimientos que cada dueño de los procesos de la Entidad realizó al mapa de riesgos y para lo cual la oficina de control interno realizó una verificación del cumplimiento de las actividades por parte de cada proceso mediante la observación de registros, entrevistas y evidencia objetiva, revisando en forma detallada cada riesgo propuesto, al igual que sus controles y las acciones e indicadores planteadas para su manejo.



RESULTADOS GENERALES.

De acuerdo al seguimiento realizado a los diferentes procesos en el mapa de riesgos se observó que se están cumpliendo con los controles para la mitigación de riesgos contemplados en el mapa de riesgos institucional, con un porcentaje del 91,05%, sin embargo, en los procesos que relacionan a continuación se observó lo siguiente:

PROCESO DE GESTION ADMINISTRATIVA.

Se sigue observando que, en el proceso de gestión administrativa, el riesgo “Pérdida de insumos, materiales o equipos (por sustracción)” se materializó. Allí se contempló levantar planes de seguridad y acciones de seguridad. Realizando el seguimiento a las evidencias de la gestión a las acciones de este riesgo, se evidencio que falta los procesos de control de seguridad y falta de control con personal de seguridad en las diferentes entradas y salidas de la institución para evitar posibles pérdidas de insumos, equipos y materiales de la E.S.E. al respecto el responsable del proceso refiere que el hospital estaba en proceso de recuperación financiera y por esta razón no se había contratado personal de seguridad.

Así mismo se observa que no se le están realizando en los tiempos establecidos las reuniones del comité de gestión y desempeño institucional, por medio de los cuales se le hace seguimiento al comportamiento de los procesos

GESTION FINANCIERA PRESUPUESTAL Y DE FACTURACION.

Se sigue observando que, el riesgo “Posibilidad de tener recursos insuficientes para la operación de los servicios” sigue siendo de alto impacto y no se alcanzó el porcentaje de mitigación de riesgo esperado en la vigencia 2020. Allí se contempló que para garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente y mitigar el riesgo de liquidez para la operación de los servicios, la E.S.E. debía realizar actas de conciliación con las diferentes EPS a fin de hacer depuración de cartera y así obtener el ingreso de los recursos económicos por la prestación de servicios de salud. Realizando el seguimiento a las evidencias de la gestión a las acciones de este riesgo, se evidencio que falta realizar depuración de cartera con las diferentes EPS, y el responsable del proceso refiere que ha sido un año difícil para realizar depuración de cartera por razones de pandemia de COVID - 19.



Así mismo podemos observar que no se ha realizado el estudio de costos de producción de servicios; como tampoco la implementación de dicho análisis, llamados **costos** de operación, lo cual permite a la organización saber cuáles **son** los gastos necesarios **para** mantener a la empresa, la diferencia entre el ingreso (por ventas y otras entradas) y el **costo de producción** indica el beneficio bruto.

GESTION ASISTENCIAL.

Se sigue observando que, el riesgo “Posibilidad de no alcanzar la efectividad clínica por falta de adherencia a las guías de práctica clínica” sigue siendo de alto impacto y no se alcanzó el porcentaje de mitigación de riesgo esperado en la vigencia 2020. El objetivo de realizar socialización y seguimiento a la adherencia a las guías de prácticas clínicas es para brindar atención asistencial integral, segura oportuna y pertinente a los usuarios y garantizar la satisfacción y evitar los eventos adversos que afecten la salud de estos. Realizando el seguimiento a las evidencias de la gestión a las acciones para este riesgo. Se evidencio que falta la implementación de evaluación de adherencia a las guías de práctica clínicas.

GESTION DE APOYO DIAGNOSTICO.

Se sigue observando que, el riesgo “Posibilidad de presentación de eventos adversos que afecten la salud de los usuarios” sigue siendo de alto impacto y no se alcanzó el porcentaje de mitigación de riesgo esperado en la vigencia 2020, debido a que en el seguimiento a las de la gestión a las acciones para este riesgo, se evidencio que falta gestionar los eventos adversos que se produzcan en el área de este proceso; porque se realiza el reporte, pero no se realiza el análisis de los mismos.

GESTION DOCUMENTAL:

Se sigue observando que, el riesgo “La falta de un plan de gestión documental crea la posibilidad de una inadecuada gestión documental “, sigue siendo de alto impacto y no se alcanzó el porcentaje de mitigación de riesgo esperado en la vigencia 2020, sin embargo

se tienen algunos avances del proceso, y se han levantado algunos procedimientos como el de control de entrada y salida de historias clínicas y documentación administrativa.

GESTION DE LA INFORMACION.

Se sigue observando que, el riesgo “Posibilidad de pérdida de información, correos electrónicos, daños de software, aplicativos y otros” se materializó. Realizando el seguimiento a las evidencias de la gestión a las acciones para este riesgo, se evidencio que falta gestionar la compra de antivirus licenciado, para evitar la pérdida de la información asistencial y administrativa del software, aunque se cuenta con copias de seguridad, disco duro, sin embargo, falta la política de gestión de la información.

Cabe anotar, que mediante resolución #0053 del 16 de abril del año 2020, se modificó el MAPA DE RIESGO INTEGRAL DE LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, dando como resultado la inclusión de unas nuevas acciones, las cuales se detallan a continuación.

ACCIONES INCLUIDAS:

23A

- Socializar e implementar los lineamientos impartidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la pandemia Covid-19, para la atención de pacientes de grupos de riesgo, según Res 521 de 2020.

23B

- Modificar rutas de acceso para pacientes sintomáticos respiratorios, para garantizar el aislamiento preventivo y atención diferencial.
- Garantizar la entrega de medicamentos a grupos de riesgo, según Res 521 de 2020.

26A.

- Garantizar la suficiencia y uso permanente de EPP para los funcionarios de todas las áreas de trabajo, en el marco de la pandemia Covid-19.
- Realizar inspecciones y seguimiento de las acciones y protocolo de bioseguridad, contenidas en la resolución 1155 de 2020.
- Implementar la adecuada Señalización y acceso seguro de las áreas y salas de espera de la ESE, en marco de la pandemia Covid-19.
- Reporte de accidentes y enfermedad laboral por covid-19 de los trabajadores de la ESE HSCJ.

27A

- Reporte y seguimiento de pacientes sospechosos o confirmados de covid-19, captados dentro de los programas de Pyp.
- Reporte a Entes de control externo, de atenciones a usuarios en el marco de la pandemia covid-19, como lo establece la Res 521 de 2020.
- Seguimiento de pacientes a través de teleconsulta o visita domiciliaria, según indiquen los lineamientos de MINS.

28A.

- Socializar lineamientos del MINSP en el marco de la pandemia Covid-19, para procedimientos de laboratorio clínico.
- Garantizar el control de calidad para la Toma de muestras para covid-19.

29A

- Divulgar modificaciones contenidas en la actualización del PGIRHS a PGIRASA Gestionar y garantizar la separación de residuos de los servicios asistenciales, en el marco de la pandemia Covid-19.

33A

- Realizar adiciones al plan anual de adquisiciones, para incluir lo necesario para la contingencia por la pandemia covid-19.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La Oficina de Control interno, después de revisar las evidencias de las acciones para la mitigación de los riesgos concluye que de manera general se evidencia el cumplimiento en la ejecución y control de las acciones contempladas en el mapa de riesgo, sin embargo, se



observa en algunos procesos ya indicados que algunas acciones asociadas al control no se han realizado por tanto, se hace necesario implementar las respectivas acciones correctivas para la vigencia 2021, y se recomienda crear controles efectivos en las siguientes acciones:

1. Implementar de forma bimensual reuniones del comité de gestión y desempeño institucional
2. Levantar plan de seguridad.
3. Implementar plan de seguridad
4. Levantar política de seguridad de la información
5. Realizar depuración de cartera
6. Presentar informes al comité de gestión y desempeño sobre el estado actual de cartera.
7. Realizar estudio de costos de producción de servicios
8. Realizar seguimiento y evaluación de adherencia a las GPC
9. Gestionar los eventos adversos que se presenten en el laboratorio
10. Gestionar compra de antivirus licenciado
11. Activar UPS para evitar daños del servidor institucional

Cordialmente.

ZULIM TRUJILLO GUERRA.
Jefe de Control Interno.
E.S.E. Hospital Sagrado Corazón De Jesús.



