



**INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL DEL
MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL POR PROCESOS VIGENCIA 2023.**

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 2023.

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 2023.

METODOLOGIA

Para realizar este informe se tuvo en cuenta los seguimientos que cada líder de los procesos de la Entidad realizó al mapa de riesgos y para lo cual la oficina de control interno realizó una verificación cuatrimestral 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, 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 86%, sin embargo, en los procesos que relacionan a continuación se observó lo siguiente:

PROCESO DE GESTION ADMINISTRATIVA.

En el proceso de gestión administrativa, el riesgo “La falta de procesos de control de seguridad conlleva a posibles pérdidas de insumos, equipos y materiales de la E.S.E sigue siendo alto. Allí se contempló levantar planes de seguridad y acciones de seguridad, recomendando la documentación de la política de seguridad institucional. Se evidenció que falta los procesos de control de seguridad con personal en las diferentes entradas y salidas de la entidad para evitar posibles pérdidas de insumos, equipos y materiales de la E.S.E., a lo que el responsable del proceso, refiere que el hospital se encuentra en proceso de saneamiento fiscal y financiero, por tal razón no se ha contratado personal de seguridad.

GESTION FINANCIERA PRESUPUESTAL Y DE FACTURACION.

“Posibilidad de tener recursos insuficientes para la operación de los servicios” sigue siendo de alto impacto ya que no se alcanzó el porcentaje de mitigación de riesgo esperado en la vigencia 2023. Allí se contempló que para garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente y mitigar el riesgo de iliquidez para la operación de los servicios, la E.S.E. debe realizar depuración permanente de cartera para mantener actualizado el proceso de cobro y así obtener el ingreso de los recursos económicos para la E.S.E . Así mismo se observa el riesgo “Manipulación de las cifras para demostrar resultados favorables “ lo cual se refiere a los procedimientos del área de presupuesto y contabilidad, los cuales no están implementados ni socializados

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. 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 evidenció que falta la implementación de evaluación de adherencia a las guías de práctica clínicas, dado que aún no se han adoptado ni adaptado la totalidad de las GPC estimadas, según la priorización de las 10 causas principales de morbilidad por las cuales consultan los usuarios de la ESE en consulta externa, al igual que los protocolos de procedimientos realizados en urgencias, hospitalización y atención del parto. Además, se hace necesaria la socialización de las GPC adelantadas, con evidencias en Actas que reposen en coordinación médica y oficina de calidad, para efectos de auditorías internas y externas.

GESTION DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO.

En el proceso de Promoción y Mantenimiento, continúan los riesgos “Posibilidad de Incumplimiento en las estimaciones de PyM por falta de fortalecimiento de PyM.”, porque no se realizan los seguimientos al cumplimiento de las estimaciones, como tampoco las acciones correctivas. Cabe anotar además, que en esta vigencia se dio inicio a la socialización de los protocolos y guías de PyM y salud pública, tales como: lineamientos y guías de las rutas, Guías y protocolos de atención en dengue y malaria, guías y protocolos de atención de la ruta materno perinatal, primera infancia, Infancia, Adolescencia, Adultez y Vejez Socialización de guías y protocolos atención en la primera infancia y Desnutrición (resolución 2350). Por otro lado, no se realiza al 100% la medición de adherencia en las diferentes rutas de atención de PyM.

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 2023, 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 y análisis de los mismos, pero la cantidad de reportes no se considera suficiente por la cantidad de usuarios atendidos, a lo que se recomienda fortalecer la cultura de reporte en el servicio de laboratorio clínico.



GESTION DEL TALENTO HUMANO:

Ante el riesgo “El no conocimiento del manual de funciones conlleva a que el funcionario termine tomando decisiones inadecuadas”, en esta vigencia se observa que no se socializó el manual de funciones por la parte de la profesional universitaria encargada de talento humano, como también se observa “La falta de un plan estratégico de talento humano podría conllevar a no gestionar el talento humano de forma adecuada”, que siendo de alto impacto, porque se documentó, pero no se socializó ni se ha implementado a cabalidad.

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; sin embargo, se tienen algunos avances del proceso, y se han adelantado acciones como el de control de entrada y salida de historias clínicas, capacitación en gestión documental a todo el personal de la ESE y la elaboración de las Tablas de Retención Documental.

GESTION DE MANTENIMIENTO:

El riesgo de no existir un plan de mantenimiento preventivo, podría afectarse la calidad de los resultados organizacionales, por la no gestión de factores críticos como la infraestructura”, se determina aún de alto impacto, sin embargo, aunque se evidencian mantenimiento y calibración de equipos biomédicos vigentes.

GESTION DE COMPRAS Y SUMISTROS:

Ante el riesgo “Posibilidad de Perdida de bienes en la recepción de activos fijos de la entidad para dar de baja a beneficio propio y/o de terceros”, se visualiza como de alto impacto, porque los inventarios están actualizados, pero no se tiene reporte de los activos dados de baja, ni la codificación respectiva de los equipos.

GESTION DE LA INFORMACION.

Se sigue observando que, el riesgo “Posibilidad de pérdida de información, correos electrónicos, daños de software, aplicativos y otros” sigue siendo de alto impacto. Realizando el seguimiento a las evidencias de la gestión a las acciones para este riesgo, se evidenció que falta gestionar la compra de antivirus licenciado, para evitar la pérdida

de la información asistencial y administrativa del software, se carece además de la política de gestión de la información, hojas de vida de los equipos de cómputo donde se detallan los mantenimientos preventivos y correctivos.

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 no se han dado cumplimiento, por lo que se hace necesario implementar las respectivas acciones correctivas para la vigencia 2024, y se recomienda crear controles efectivos en las siguientes acciones:

1. Levantar plan de seguridad.
2. Implementar plan de seguridad
3. Levantar política de seguridad de la información
4. Documentar la estructura funcional y operativa del área de contabilidad.
5. Documentar la estructura del área de PRESUPUESTO.
6. Presentar informes al comité de gestión y desempeño sobre el estado actual de cartera.
7. Terminar la documentación, adopción y adaptación de las GPC.
8. Realizar seguimiento y evaluación de adherencia a las GPC
9. Socializar con todo el personal de la ESE el PLAN ESTRATEGICO DE TALENTO HUMANO.
10. Socializar el Manual de Funciones de la entidad.
11. Implementar el PLAN ESTRATEGICO DE TALENTO HUMANO.
12. Realizar plan de mantenimiento de la Planta física
13. Reporte de los activos dados de baja.
14. Fortalecer la cultura de reporte de los eventos adversos que se presenten en el laboratorio.
15. Gestionar compra de antivirus licenciado
16. Adquirir UPS para evitar daños del servidor institucional



Por todo lo descrito, en esta vigencia 2023, el jefe de control interno en su monitoreo y revisión al MAPA DE RIESGO INTEGRAL (Corrupción y gestión) de La ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, pudo notar un buen cumplimiento de ejecución de las actividades definidas para cada proceso, lo cual muestra el compromiso por parte de los jefes de área para aplicar los controles y en efecto, lograr la mitigación de los riesgos, ya que se impulsa y se mantiene el seguimiento cuatrimestral a los avances de cada gestión o dependencia de la ESE, en pro del mejoramiento continuo de los procesos y la calidad en la prestación de los servicios. Las acciones que no se han desarrollado a cabalidad, quedarán pendientes, para ser contempladas en la siguiente vigencia.

Cordialmente.



ZULIM TRUJILLO GUERRA.

Jefe de control interno.

