
 <p>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL <small>NT: 890204153-7 Cra 26 N° 17-124 Tel 094-7735742 - FAX 094-7739510 Barrio San Pedro</small></p>	CONTROL INTERNO	MECI 1000:2014  MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION	
	INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL	CODIGO: CI-FO	PÁGINA: Página 1 de 9

Enero- 02-2023

Doctor

RAUL HERRERA CHICO

GERENTE

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE LORICA

Referencia: Informe seguimiento mapa de riesgo 2022.

Objetivo

Realizar seguimiento y verificación a los controles propuestos en los mapas de riesgo por proceso, asistenciales y de corrupción, en la ESE Hospital San Vicente de Paul, de acuerdo a las normas legales vigentes.

Alcances de la auditoria

1. Verificar la gestión de las acciones de control definidas en los riesgos
2. Evaluar los resultados de los indicadores de medición de los riesgos
3. Determinar la calidad de los controles definidos y monitorear si las acciones realizadas tienden a gestionar los riesgos según las medidas de respuesta exigidas
4. Proponer ajustes, observaciones y recomendaciones

Soportes de la auditoria

- ✓ Mapa de riesgos por procesos
- ✓ Mapa de riesgos asistenciales
- ✓ Resolución 0055 de 2018 administración del riesgo
- ✓ Guía para la administración del riesgo del departamento administrativo de la función pública
- ✓ Demás normas aplicables

Áreas involucradas

Procesos y subprocesos con los respectivos mapas de riesgos por procesos, asistenciales y de corrupción vigentes.



CONTROL INTERNO

MECI 1000:2014

mipg

MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION

INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL

CODIGO:

CI-FO

PÁGINA:

Página 2 de 9

Metodología:

Se realiza verificación en sitio con cada uno de ellos coordinadores y líderes responsables de los mapas de riesgos por proceso, asistenciales y de corrupción cuyo riesgo residual es alto o extremo, evaluando la efectividad de los controles implementados.

1. RESULTADO SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESOS

Teniendo en cuenta la metodología establecida en la resolución interna, y en la política de gestión del riesgo, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere la participación de las tres líneas de defensa, por lo que en el presente informe se incluye el seguimiento realizado a cada una de las líneas, con el fin de verificar su desarrollo y efectividad.

1.1 IDENTIFICACION DE RIESGOS

En la política de gestión de riesgo, lineamientos frente a la administración de riesgo, menciona que la administración de riesgos de la ESE Hospital San Vicente de paúl armonizara con el modelo de operación por procesos definido en la institución.

Para verificar la armonización de la gestión de riesgos con el modelo de operación por procesos, se verifica los riesgos con el mapa de procesos, dando como resultado lo siguiente:

PROCESOS ESTRATEGICOS		
PROCESO	MAPA DE RIESGO	PORCENTAJE
Planeación	Tiene mapa de riesgo	100%
Calidad	Tiene mapa de riesgo	100%
Siau	Tiene mapa de riesgo	100%
Epidemiología y salud publica	Tiene mapa de riesgo	100%



CONTROL INTERNO

MECI 1000:2014



**MODELO INTEGRADO DE
PLANEACION Y GESTION**

INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL

CODIGO: CI-FO

PÁGINA: Página 3 de 9

PROCESOS DE APOYO			
PROCESO	SUB PROCESO	MAPA DE RIESGO	PORCETAJE
Almacén		Tiene mapa de riesgo	100%
Sistemas		Tiene mapa de riesgo	100%
Gestión de ambiente físico	Mantenimiento	Tiene mapa de riesgo	100%
Gestión administrativa	Auditorias de cuentas	Tiene mapa de riesgo	100%
	Cartera	Tiene mapa de riesgo	
	Facturación	Tiene mapa de riesgo	
Gestión ambiental		Tiene mapa de riesgo	100%
Talento humano		Tiene mapa de riesgo	100%
Gestión documental		Tiene mapa de riesgo	100%
Contratación		Tiene mapa de riesgo	100%
Contabilidad y financiera		Tiene mapa de riesgo	100%
Jurídica		Tiene mapa de riesgo	100%
Seguridad de salud en el trabajo		Tiene mapa de riesgo	100%
Servicios de apoyo	Alimentación	Tiene mapa de riesgo	100%
	Aseo	Tiene mapa de riesgo	100%
	Vigilancia	Tiene mapa de riesgo	100%

1.2 PRIMERA LINEA DE DEFENSA

Siguiendo los lineamientos de la política de administración del riesgo de la resolución N° 0055 de 2018 en su artículo primero, punto 5 donde dice que la revisión periódica del mapa de riesgo para evaluar la efectividad de las acciones de mitigación e identificación de nuevos riesgos.

SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESOS

PROCESO	PRIMERA LINEA DE DEFENSA
ALMACEN	100%
GESTION AMBIENTAL	100%
AUDITORIA MEDICA	100%
CALIDAD	100%
CARTERA	100%



CONTROL INTERNO

MECI 1000:2014

mipg

MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION

INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL

CODIGO:

CI-FO

PÁGINA:

Página 4 de 9

FACTURACION	100%
SISTEMAS	100%
CONTRATACION	100%
PLANEACION	100%
FINANCIERA	100%
GESTION DOCUMENTAL	100%
JURIDICA	100%
MANTENIMIENTO	100%
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	100%
SIAU	100%
SISTEMAS	100%
TALENTO HUMANO	100%

SEGUIMIENTO RIESGOS ASISTENCIALES

De acuerdo a la información aportada por el programa de seguridad del paciente y de acuerdo a la resolución N° 0055 de 2018, política de gestión de gestión de riesgo, la primera línea de defensa realizo la revaloración de los riesgos, ajuste y seguimiento a la ejecución del plan de control planteado para cada riesgo.

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 2022, 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 San Vicente de Paul 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.



CONTROL INTERNO

MECI 1000:2014

mipg

MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION

INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL

CODIGO: CI-FO

PÁGINA: Página 5 de 9

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

CONTROL INTERNO

INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA
DE RIESGO INSTITUCIONAL

CODIGO:

CI-FO

PÁGINA:

Página 6 de 9

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

2. SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS ENERO-ABRIL 2022.

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.

ACCIONES DE INTERVENCIÓN DESDE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

A la luz de estos resultados en el primer trimestre 2022, 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 2022. 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 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.

2.1 SEGÚNDA LINEA DE DEFENSA



CONTROL INTERNO

INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL

MECI 1000:2014	
	
MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION	
CODIGO:	CI-FO
PÁGINA:	Página 7 de 9

En la resolución N° 0055 DE 2018, EN SU ARTICULO N ° 1 numero 6 donde dice “la fomentación de la cultura del autocontrol en los colaboradores de la entidad orientada a la gestión del riesgo. La presente política se establece dentro del marco normativo, legal y del sistema integrado de gestión y se encuentra alineado con los objetivos institucionales” los cuales deben estar alineados con la dimensión de MIPG de control interno, que se desarrolla con el MECI, a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles.

SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESOS

El área de control interno realizo seguimiento a los mapas de riesgo por procesos el 04 de noviembre de 2022, donde se verifica los riesgos y sus controles y se establece la metodología impartida por la función pública para modificar los mapas de riesgos de proceso y de corrupción existentes y generar otros actualizados. Se recomienda realizar controles y acciones los cuales permitirán la mitigación de los riesgos, realizando los planes de mejoramiento por área o por proceso dentro de la ESE.

SEGUIMIENTO A RIESGOS ASISTENCIALES

La segunda línea de defensa realizo seguimiento a la ejecución del ciclo de gestión del riesgo de seguridad del paciente de los programas institucionales de la ESE HOSPITAL SAN VICETE DE PAUL, mediante la revaloración de cada riesgo y estableciendo el riesgo residual junto con la formulación de nuevas acciones del plan de control.

2.2 TERCERA LINEA DE DEFENSA

SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESOS

De acuerdo a la metodología establecida por la ESE, se realizó seguimiento y evaluación por parte de la oficina de control interno a los riesgos por proceso.

Evaluación de la efectividad de los controles:

En el marco del seguimiento directo que realizó la oficina de control interno, no se detectó la materialización de ningún riesgo. El total de los riesgos son No.20. De igual manera en la verificación mensual que realiza la oficina de control interno al SIA OBSERVA y SECOP II, se detectó que en los meses de enero a marzo se presentaron extemporaneidades en la publicación en las plataformas. Si bien los



CONTROL INTERNO

INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL

MECI 1000:2014	
	
MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION	
CODIGO:	CI-FO
PÁGINA:	Página 8 de 9

controles aplicados habían sido efectivos durante parte del 2022; los mismos a pesar de ser ejecutados, no mitigaron el riesgo.

En el marco del comité institucional de control interno La Alta dirección luego del análisis de la información aportada por la oficina de planeación, establece la necesidad de actualizar la matriz de riesgo, al igual que el código de ética y buen gobierno, en cumplimiento de las circulares externas 4-5 de 2021 y 5-5 de 2021 de la Supersalud, y solicita que se tomen las acciones pertinentes en pro de establecer un enfoque preventivo, acorde a los riesgos críticos a los que está expuesta la institución.

Recomendación de control interno: Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario que la oficina asesora jurídica gestione de manera oportuna en conjunto con la oficina de Planeación, los correctivos o aclaraciones a las observaciones, con el fin de tomar las medidas que mitiguen el riesgo y eviten nuevas materializaciones en la presente vigencia.

Es necesario fortalecer la cultura del reporte de cambio o materialización de los riesgos, con el fin de tomar correctivos oportunos e iniciar acciones frente a las desviaciones producto de la aplicación de los controles. Para esto se requiere que los líderes de proceso conozcan el proceder frente a la materialización de los riesgos. Por lo tanto, se recomienda que la oficina de planeación en los monitoreos o en la estructuración de los mapas de riesgos, capaciten sobre la ocurrencia de estos hechos y brinde la asesoría necesaria.

- Siendo este el primer seguimiento y teniendo en cuenta que algunos controles , se requiere para el seguimiento , un trabajo directo con los líderes de procesos con el fin de evaluar de manera más directa la efectividad de los controles, desde la perspectiva de los contratistas o funcionarios que ejecutan estos. Las mesas de trabajo serán necesarias, para ello, se estará apartando el espacio designado en el calendario con suficiente antelación.

CONTROL INTERNO

INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA
DE RIESGO INSTITUCIONAL**RECOMENDACIONES MAPA DE RIESGOS POR PROCESO Y ASISTENCIALES.**

- ✓ Se debe fortalecer el diseño de los controles en cada uno de los programas, de acuerdo con la política de riesgo, el control debe incluir propósito, periodicidad, responsable, como se va a realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución, lo que permite tener claridad en la descripción lo que facilita consulta y seguimiento apropiado, así como una evaluación objetiva de la ejecución del plan de control.
- ✓ Se debe dar cumplimiento a la resolución N° 0055 de 2018 con el fin de hacer seguimiento por las tres líneas de defensa a los mapas de riesgos asistenciales y tener la trazabilidad de avance de cada uno de ellos.
- ✓ Unificar criterios de evaluación de los controles para las 3 líneas de defensa para los mapas de riesgos por procesos administrativos con el fin de homogenizar la trazabilidad de los mismos.
- ✓ Crear metodología para el reporte de materialización de riesgos asistenciales y administrativos con el fin de llevar trazabilidad de los mismos y generar plan de acción para mitigar o evitar la ocurrencia.
- ✓ Definir los riesgos de los procesos asistenciales, teniendo en cuenta los riesgos no solo del programa de seguridad del paciente sino los demás riesgos representativos que puedan presentarse, con el fin de que los líderes de procesos coadyuven a la gestión de riesgos.
- ✓ Tener en cuenta los tiempos para implementar los compromisos realizados para documentar controles que mitiguen los riesgos de procesos con el fin de evitar la materialización de los mismos.


Ing. LUIS FERNANDO PADILLA MONTES
 JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO