

PRIMER SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS

Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Periodo evaluado del 01 de enero a 31 de agosto de 2019

**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE SANTANDER**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
1. SEGUIMIENTO Y CONTROL	3
2. OBJETIVOS DEL SEGUIMIENTO	3
3. ALCANCE	3
4. ANTECEDENTES	3
5. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO	4
5.1. Documentación analizada – Enfoque.....	4
5.2. Implementación	6
6. DEBILIDADES ENCONTRADAS	13
6.1. Riesgos sin valoración y evaluación – Sistema:.....	13
6.2. Riesgos clasificados en nivel extremo que no cuentan con plan de acción o las acciones no cumplen con el ciclo PHVA:.....	16
6.3. Controles que no cumplen con la metodología de diseño de controles establecido por el DAFP- Mapa de riesgos por proceso:.....	16
6.4. Controles que no cumplen con la metodología de diseño de controles establecido por el DAFP- Mapa de riesgos de corrupción:	21
6.5. Riesgos sin valoración y evaluación – Sistema Riesgo Clínico:.....	22
6.6. Riesgos sin valoración y evaluación – Sistema Riesgo de acreditación:	25
6.7. Procesos que no han gestionado sus riesgos.....	26
6.8. Sistemas de gestión que no han gestionado sus riesgos:.....	26
6.9. Sistemas de gestión del riesgo que no tienen responsable	26
RECOMENDACIONES	26
CONCLUSIONES.....	27

INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno de la ESE Hospital Universitario de Santander, en cumplimiento a lo dispuesto por el Decreto 1499 de 2017 donde se actualizó el Modelo Estándar de Control Interno –MECI para todas las entidades del Estado, donde la “Evaluación del Riesgo” ha sido contemplada como uno de los componentes de la nueva estructura del MECI, como ente evaluador independiente, en aras de fortalecer el trabajo institucional, de dar un marco de referencia para el buen gobierno, ha verificado la efectividad y el respectivo cumplimiento del Plan de Manejo de Riesgos de la ESE HUS, el sistema de administración del Riesgo y las estrategias implementadas para asegurar la mitigación de toda situación que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones, que impiden el logro de los objetivos estratégicos y el cumplimiento de la misión institucional.

En este sentido, la Oficina de Control Interno ejerce su rol de seguimiento permanente a las actividades implementadas por los diferentes responsables de la entidad, encaminadas al fortalecimiento, desarrollo e implementación de una Política de Administración del Riesgo, colaborando así en la consolidación de un entorno organizacional orientado hacia la prevención.

Este informe se encuentra delimitado entre el 1 de enero y el 30 de agosto de 2019 y muestra el avance del HUS en tema de Acciones Preventivas derivadas del mapa de riesgos por Procesos.

1. SEGUIMIENTO Y CONTROL

El seguimiento y el control a las acciones contenidas en el Plan de manejo de riesgos del HUS, es adelantado por la Oficina de Control Interno de la ESE Hospital Universitario de Santander, donde se publicó en la página web de la Entidad los resultados de dichas acciones en el periodo de enero a agosto de 2019.

2. OBJETIVOS DEL SEGUIMIENTO

- Establecer el nivel de cumplimiento de las acciones propuestas en la Política de Gestión del Riesgo de la ESE HUS.
- Identificar las acciones de mejora necesarias para dar cumplimiento a todas las acciones propuestas y a los estándares exigidos.

3. ALCANCE

Hacer seguimiento a la gestión adelantada durante el periodo de enero a agosto de 2019, con respecto al cumplimiento al elemento MECI: Evaluación del Riesgo analizando la actualización del Mapa de Riesgos, la formulación de una Política para la Administración de los riesgos identificados y la implementación de Acciones Preventivas para mitigarlos.

4. ANTECEDENTES

En las vigencias anteriores la administración del riesgo se realizaba de manera reactiva, generando controles legales, operativos y de gestión permitiendo la administración del riesgo en términos de impacto y probabilidad, y de acuerdo a los

Números Prioritarios de Riesgo - NPR obtenidos evidenciar en los seguimientos los desplazamientos de los riesgos en el mapa de riesgos por proceso y a su vez su impacto en el mapa de riesgos institucional.

Partiendo de esta actualización, la gestión del riesgo de la ESE Hospital Universitario de Santander inició un proceso de transición de administración del riesgo del año 2017 con enfoque proactivo a un diseño para la vigencia 2018 con enfoque proactivo o preventivo y la adopción y adaptación de las matrices para responder a los nuevos requerimientos.

El modelo de gestión de riesgos de la E.S.E. HUS parte de la política institucional de gestión del riesgo, la cual fue adoptada por la ESE HUS mediante la Resolución 427 del 28 de septiembre de 2018 cuyo acto administrativo establece las políticas institucionales para definir el compromiso de la gerencia y sus colaboradores en “gestionar los riesgos que pueden impedir el cumplimiento de los objetivos institucionales, identificando los riesgos de procesos, corrupción, SARLAFT, seguridad y salud en el trabajo, seguridad de la información, de defensa jurídica, clínicos, ambientales, de emergencias, orientando la toma de decisiones oportunas, minimizando los efectos adversos al interior de la Entidad, asegurando el cumplimiento de los compromisos con los grupos de interés”.

Dentro de la política de gestión del riesgo de la ESE HUS se refleja la gestión de riesgos en los procesos estratégicos, misionales, apoyo y evaluación definidos en su mapa de procesos, los cuales se trabajaron a través de niveles superiores de calidad dentro del proceso de Acreditación durante el 2018, para lo cual los riesgos identificados se gestionaron bajo la metodología expuesta en la estructura de riesgos: Análisis de Modos y Efectos de Falla - AMEF.

A partir de la decisión gerencial de trabajar Nivel Superior de Calidad desde los estándares del Sistema Único de Acreditación, cuarto componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, asume desde los estándares de Gerencia GER 4 la gestión integral del riesgo para ser desarrollado de manera sistémica y sistemática desde todos los procesos institucionales, cuya metodología se utiliza para gestionar los riesgos de: seguridad de la información, riesgos estratégicos, riesgos clínicos, riesgos de estándares y ejes de acreditación, riesgos jurídicos, riesgos reactivovigilancia, tecnovigilancia, hemovigilancia y dispositivos médicos e industriales y los riesgos poblacionales según PAIS y MIAS. Adicional a lo anterior, los riesgos ambientales, riesgos de seguridad y salud en el trabajo, riesgos SARLAFT, riesgos de desastres, riesgos de braquiterapia y riesgos de gestión documental.

Por lo anterior, se actualizó la Política de Gestión del Riesgo según Resolución Numero 427 – SEPTIEMBRE 28 DE 2018, donde se refleja la gestión del riesgo preventivo, reactivo o ambos enfoques y de acuerdo a su tipología se realiza su intervención, partiendo que la estructura para la gestión de los riesgos institucionales es la misma: contexto, identificación, análisis, valoración, tratamiento, monitoreo y evaluación.

5. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

5.1. Documentación analizada – Enfoque

Se evidenció que desde el proceso de planeación se lideró la elaboración de los siguientes documentos como base para la gestión de los riesgos en la ESE HUS:

- Actualización de Política de Gestión Integral del Riesgo GDI-PLA-FO-10 FORMATO POLITICA GESTION DEL RIESGO
- Elaboración y aprobación del GDI-PLA-PG-01 PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS
- Se está elaborando el Instructivo GDI-PLA-IN-XX Metodología AMFE
- Se está elaborando el Instructivo GDI-PLA-IN-XX Metodología Riesgos DAFP
- Y se identificaron los Sistemas de Gestión Integral del Riesgo Implementados en la ESE HUS:



Imagen 1. Sistemas de Gestión Integral del Riesgo ESE HUS.
Fuente: Oficina Desarrollo Institucional

	Sistema	Responsable	Modelo de Gestión	Programa/Instructivo	Matriz	Seguimiento
1	RIESGOS DE PROCESOS O GESTIÓN	Desarrollo Institucional	DAFP	Si	Si	Si
2	CORRUPCIÓN	Desarrollo Institucional	DAFP	Si	Si	Si
3	RIESGOS ESTRATÉGICOS	Desarrollo Institucional	DAFP	Si	Si	Si
4	RIESGOS ESTÁNDARES Y EJES DE ACREDITACIÓN	Gestión de Calidad	AMFE	Si	Si	Si
5	RIESGOS DE DEFENSA JURÍDICA	Gestión Jurídica	DAFP	Si	Si	No
6	RIESGOS AMBIENTALES	Ambiente Físico	ISO 14001	No	No	No
7	SEGURIDAD DIGITAL, DATOS PERSONALES Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	Tecnología e Información	DAFP	No	No	No
8	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Talento Humano	GTC 45	Si	Si	Si
9	SARLAFT	Gestión Administrativa		Si	No	No
10	GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES	Ambiente Físico	GTC 45	Si	No	No
11	RIESGOS REACTIVOVIGILANCIA – TECNOVIGILANCIA – HEMOVIGILANCIA - DISPOSITIVOS MÉDICOS E INDUSTRIALES.	Gestión de Calidad	AMFE	Si	Si	Si
12	RIESGOS DE BRAQUITERAPIA SEGÚN LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE MINAS Y	Alto Costo - Oncología	Braquiterapia	Si	Si	Si

	ENERGÍA.					
13	RIESGOS POBLACIONALES SEGÚN LINEAMIENTOS POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD -PAIS Y MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN EN SALUD - MIAS.			No	No	No
14	RIESGOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL.	Tecnología e Información	DAFP	No	Si	No
15	RIESGOS CLÍNICOS		AMFE	Si	Si	Si

Tabla 1. Responsables Sistemas de Gestión Integral del Riesgo ESE HUS.
Fuente: Oficina Desarrollo Institucional

5.2. Implementación

Se evidenció que se realizaron las siguientes actividades:

5.2.1. Capacitación Gestión Integral del Riesgo a Comité MIPG

Se evalúa la capacitación y se obtienen los siguientes resultados:

COBERTURA		
TOTAL LÍDERES CONVOCADOS	TOTAL LÍDERES CAPACITADOS	PORCENTAJE DE COBERTURA
33	32	97%
ADHERENCIA		
TOTAL LÍDERES QUE APRUEBAN LA CAPACITACIÓN	TOTAL LÍDERES EVALUADOS	PORCENTAJE DE ADHERENCIA
32	32	100%

Imagen 2. Resultados evaluación capacitación en Riesgos.
Fuente: Oficina Desarrollo Institucional.

Se concluye que teniendo en cuenta la cobertura obtenida en la capacitación del Programa de Gestión Integral del Riesgo en cuanto a cobertura y adherencia, no es necesario tomar acciones correctivas, por lo que se toma como una capacitación exitosa.

5.2.2. Aplicación evaluación de cultura de gestión del riesgo según eje Acreditación

III. GESTIÓN DEL RIESGO

¿Cuáles de los siguientes sistemas de gestión aportan a la gestión del riesgo institucional? *

A. Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo

B. Sistema de Gestión de Emergencias y Desastres

C. Sistema de Equipos de Computo

D. A y B son ciertas

E. Todas las anteriores

Los tipos de intervención para la gestión del riesgo son *

Preventivo y Reactivo

Frecuente y Determinante

Calidad y Ambiental

Ninguna de las anteriores

Imagen 3. Resultados evaluación capacitación en Riesgos.
Fuente: Oficina Desarrollo Institucional.

5.2.3. Aplicación capacitación en Moodle sobre gestión integral del riesgo



Imagen 4. Resultados evaluación capacitación en Riesgos.
Fuente: Oficina Desarrollo Institucional.

5.2.4. Identificación de riesgos por proceso según metodología DAFP – registro en Almera

Se evidenció que se cargaron los mapas de riesgos de los siguientes procesos en la plataforma ALMERA:

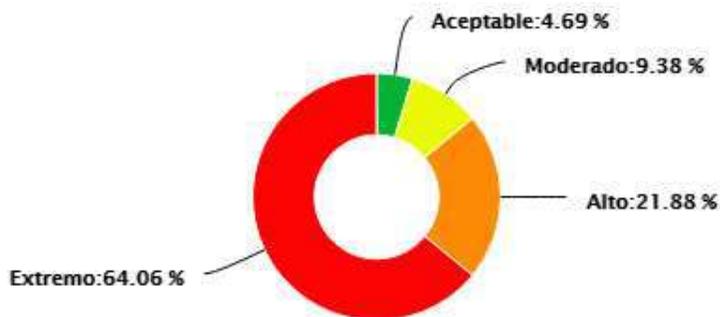


Imagen 5. Mapa de calor Riesgos HUS en ALMERA.
Fuente: Oficina Desarrollo Institucional.

CLASIFICACIÓN	PROCESO	ACEPTABLE	MODERADO	ALTO	EXTREMO	Acciones	TOTAL RIESGOS
Apoyo	Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	1	1	1	0	0	3
Apoyo	Cartera	0	0	0	1	4	1
Estratégico	Comunicación	1	0	1	0	0	2
Misional	Consulta Externa	0	0	0	1	5	1
Apoyo	Contabilidad	1	0	0	0	0	1
De Evaluación y control	Control interno	1	2	0	0	0	3
Apoyo	Costos	0	1	0	0	5	1
Apoyo	Defensa Judicial y Extrajudicial	0	0	0	1	5	1

CLASIFICACIÓN	PROCESO	ACEPTABLE	MODERADO	ALTO	EXTREMO	Acciones	TOTAL RIESGOS
Estratégico	Desarrollo del Talento Humano	0	0	0	2	5	2
Misional	Docencia - Servicio	0	1	0	1	4	2
Apoyo	Dotación e Insumos	1	1	0	0	2	2
Misional	Esterilización	0	0	0	1	5	1
Apoyo	Facturación	1	0	0	0	4	1
Misional	Farmacia	0	1	1	0	0	2
Apoyo	Gerencia de la Información	0	0	1	1	5	2
Apoyo	Gestión ambiental	0	0	0	2	10	2
Estratégico	Gestión de Calidad	0	0	1	3	4	4
Misional	Gestión de Cuidados Intensivos	0	0	0	1	1	1
Apoyo	Gestión de tecnología	0	0	1	1	7	2
Misional	Gestión de urgencias	0	0	0	1	3	1
Estratégico	Gestión directiva	0	2	1	0	0	3
Apoyo	Gestión documental	0	0	1	1	9	2
Misional	Gestión Quirúrgica	0	0	0	1	5	1
Misional	Hemocentro	0	0	0	1	4	1
Misional	Hospitalización	0	0	0	1	4	1
Misional	Imagenología	0	0	0	1	4	1
Misional	Infectología	0	0	0	1	4	1
Apoyo	Infraestructura	0	1	0	1	4	2
Estratégico	Ingreso del Talento Humano	0	0	0	1	5	1
Misional	Investigación	1	0	0	1	0	2
Misional	Laboratorio Clínico	0	0	0	1	4	1
Estratégico	Mercadeo	0	0	1	0	0	1
Misional	Nutrición	0	1	1	0	4	2
Misional	Oncología	0	0	2	0	5	2
Misional	Patología	0	0	0	1	5	1
Estratégico	Planeación	0	0	0	1	5	1

CLASIFICACIÓN	PROCESO	ACEPTABLE	MODERADO	ALTO	EXTREMO	Acciones	TOTAL RIESGOS
Estratégico	Planeación del Talento Humano	0	0	0	1	5	1
Apoyo	Presupuesto	0	0	0	1	0	1
Misional	Rehabilitación	0	0	0	1	5	1
Estratégico	Retiro del Talento Humano	0	0	0	1	5	1
Apoyo	Servicios Básicos	1	0	0	0	0	1
Estratégico	Sistema de Información del Usuario	0	0	2	0	4	2
Apoyo	Sistemas de Información	0	0	1	1	8	2
Apoyo	Tesorería	0	1	0	0	5	1
Misional	Radiología Intervencionista	0	0	0	0	0	0
Misional	Apoyo Diagnóstico Especializado	0	0	0	0	0	0
TOTAL MISIONALES		1	3	4	14	62	22
TOTAL ESTRATEGICOS		1	2	6	9	33	18
TOTAL DE APOYO		5	5	5	10	68	25
TOTAL DE CONTROL		1	2	0	0	0	3
TOTAL GENERAL		8	12	15	33	163	68

Tabla 2. Cantidad de riesgos identificados y valores según metodología DAFP en ALMERA.

Fuente propia.

5.2.5. Identificación de riesgos de corrupción según metodología DAFP

Se evidenció que se elaboraron mapas de riesgos de corrupción de los siguientes procesos:

CLASIFICACIÓN	PROCESO	ACEPTABLE	MODERADO	ALTO	EXTREMO	Acciones	TOTAL RIESGOS
DE APOYO	JURIDICA	0	9	0	0	12	9
DE APOYO	AMBIENTE FISICO	0	1	0	0	12	1
ESTRATEGICO	FINANCIERA	0	3	0	0	15	3
MISIONALES	NUTRICIÓN	1	0	0	0	0	1
MISIONALES	REHABILITACIÓN	1	0	0	0	0	1
MISIONALES	CONSULTA EXTERNA	2	0	0	0	0	2
DE APOYO	GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN	0	1	0	0	0	1

CLASIFICACIÓN	PROCESO	ACEPTABLE	MODERADO	ALTO	EXTREMO	Acciones	TOTAL RIESGOS
ESTRATEGICO	GESTIÓN DIRECTIVA	0	2	0	0	0	2
MISIONALES	FARMACIA	0	3	0	0	6	3
DE APOYO	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	0	3	0	0	0	3
TOTAL MISIONALES		4	3	0	0	6	7
TOTAL ESTRATEGICOS		0	5	0	0	15	5
TOTAL DE APOYO		0	14	0	0	24	14
TOTAL GENERAL		4	22	0	0	45	26

Tabla 3. Cantidad de riesgos de corrupción identificados y valores según metodología DAFP.

Fuente propia.

5.2.6. Identificación de riesgos clínicos según metodología AMFE GMC-GCA-FO-22 AMFE

La perspectiva de la Gestión del Riesgo en la Acreditación en Salud, identifica riesgos clínicos en la atención del paciente, a través de los paquetes instruccionales de seguridad del paciente.

Se evidenció que se cargaron los mapas de riesgos clínicos en la plataforma ALMERA, con los siguientes resultados:

UNIDAD	BAJO	MODERADO	ALTO	Acciones	TOTAL RIESGOS
Apoyo Diagnóstico Especializado	1	0	2	10	3
Consulta Externa	2	1	1	5	4
Esterilización	0	0	2	6	2
Farmacia	0	0	5	21	5
Gestión de Cuidados Intensivos	0	0	1	4	1
Gestión de Urgencias	0	0	1	3	1
Gestión Quirúrgica	0	0	1	5	1
Hemocentro	0	1	1	4	2
Imagenología	0	0	1	4	1
Infectología	1	2	1	4	4
Investigación	2	2	1	4	5
Laboratorio Clínico	0	0	1	5	1
Nutrición	0	3	3	20	6
Oncología	0	0	1	5	1
Rehabilitación	1	4	2	27	7
TOTAL MISIONALES	7	13	24	127	44

Tabla 4. Cantidad de riesgos clínicos identificados y valores según metodología AMFE en ALMERA.

Fuente propia.

5.2.7. Identificación de riesgos AMFE Acreditación

Implica el abordaje de la gestión del riesgo en los estándares de acreditación en salud.

Se evidenció que se cargaron los mapas de riesgos de los siguientes procesos en la plataforma ALMERA:

UNIDAD	Numero de riesgos	Acciones
7. Grupo de Estándares del Proceso Asistencial - PACAS Hospitalario y Ambulatorio	17	33
GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	10	29
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	8	0
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	15	42
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	12	54
GESTIÓN DIRECTIVA	1	4
GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN	13	11
TOTAL	76	173

*Tabla 5. Cantidad de riesgos de acreditación identificados y valores según metodología AMFE en ALMERA.
Fuente propia.*

6. DEBILIDADES ENCONTRADAS

Se observaron las siguientes situaciones, que tienen presentadas debilidades con relación a la evidencia del nivel de avance reportado:

6.1. Riesgos sin valoración y evaluación – Sistema:

PROCESO	RIESGO	OBSERVACION
Cartera	Falla en la generación de respuestas a glosas	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo ni su tratamiento
Consulta externa	Probabilidad de subutilización de los servicios de consulta externa	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo ni su tratamiento
Contabilidad	Probabilidad de baja confiabilidad en la información para la generación de estados financieros	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo ni su tratamiento
Defensa judicial y extrajudicial	Inoportunidad para la defensa en los procesos judiciales y extrajudiciales	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo ni su tratamiento
Desarrollo del Talento Humano	Falla en el fortalecimiento continuo de las competencias del personal.	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo ni su tratamiento
Desarrollo del Talento Humano	Incumplimiento en la normatividad vigente en Seguridad y Salud en el Trabajo.	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo ni su tratamiento
Esterilización	Falla en la esterilización de los insumos, dispositivos médicos, instrumental quirúrgico y ropa hospitalaria	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo ni su tratamiento
Facturación	Fallas en el proceso de revisoría de cuentas.	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo ni su tratamiento
Farmacia	Falla en la dispensación de medicamentos y dispositivos médicos formulados de manera incompleta a tratamientos prescritos con cantidades y tiempo señalado	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo ni su tratamiento

PROCESO	RIESGO	OBSERVACION
Farmacia	Inoportunidad en la adquisición, de medicamentos y dispositivos médicos, para dar cumplimiento oportuno a la terapia prescrita	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo ni su tratamiento
Gerencia de la información	Fallas en la identificación de necesidades de información de los procesos para contribuir a la calidad de los datos	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • No se identificaron sus causas y efectos • No se clasificó • No se estableció el control • Evaluación del diseño y ejecución del control.
Gestión Ambiental	Falla en la respuesta ante una emergencia de riesgo biológico	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo ni su tratamiento
Gestión Ambiental	Falla en la segregación de residuos hospitalarios por parte del personal de la ese HUS	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo ni su tratamiento
Cuidados Intensivos	Fallas en la identificación de eventos adversos asociados a cuidado crítico.	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo ni su tratamiento
Gestión de tecnología	Incumplimiento a las actividades relacionadas con la metrología legal vigente	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo ni su tratamiento
Gestión de urgencias	Falla en la ejecución de las actividades y procedimientos del servicio urgencias de la ESE HUS	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo
Gestión Directiva	Incumplimiento de las políticas institucionales que garantizan el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la E.S.E HUS	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • No se estableció el control • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo ni su tratamiento
Gestión Directiva	Incumplimiento del plan de gestión del Gerente, establecido mediante la Resolución 408 de febrero de 2018	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • No se estableció el control • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo ni su tratamiento
Gestión Quirúrgica	Incumplimiento en las condiciones físicas de almacenamiento de documentos en bodega.	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo

PROCESO	RIESGO	OBSERVACION
Hemocentro	Insuficiencia en la captación de donantes voluntarios de sangre para suplir la demanda de la ESE HUS.	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo
Hospitalización	Falla en la atención de pacientes cardiovasculares.	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo
Imagenología	Falla en la continuidad de la prestación de los servicios de imagenología.	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • No se estableció la zona de riesgo
Gestión documental	Incumplimiento en las condiciones físicas de almacenamiento de documentos en bodega.	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo ni su tratamiento
Ingreso del Talento Humano	Falla en la ejecución de actividades para la contratación del personal idóneo y competente requerido por la ESE HUS.	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo
Laboratorio clínico	Falla en la toma, identificación y transporte de muestras biológicas del laboratorio clínico.	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo ni su tratamiento
Mercadeo	Falla en la divulgación del portafolio de servicios	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • No se estableció la Zona de riesgo residual
Planeación del Talento Humano	Falla en la identificación de las necesidades de personal requerido para la ejecución de los procesos de la ESE HUS.	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • No se estableció la Zona de riesgo residual
Patología	Falla en la identificación de muestras recibidas en el laboratorio de patología	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • No se estableció la Zona de riesgo residual
Planeación	Incumplimiento a la Normatividad Legal Vigente relacionada con la elaboración, publicación, ejecución y seguimiento a los Planes Operativos Anuales y Planes de Acción Institucionales.	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • No se estableció la Zona de riesgo residual
Rehabilitación	Inoportunidad en la entrega de soportes para facturación por parte de los profesionales de Rehabilitación	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo ni su tratamiento
Retiro del Talento Humano	Falla en la comunicación para la ejecución de las actividades de desvinculación del personal	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • No se estableció la Zona de riesgo residual
Sistemas de información	Probabilidad de pérdida de información de las bases de datos de la institución.	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del diseño y ejecución del control. • No se estableció la zona de riesgo ni su tratamiento

PROCESO	RIESGO	OBSERVACION
Sistemas de información	Probabilidad en las limitantes de contar con el soporte técnico de los sistemas de información de la ESE HUS.	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> No se identificaron sus causas y efectos No se clasificó No se estableció el control Evaluación del diseño y ejecución del control. No se estableció la zona de riesgo ni su tratamiento
Tesorería	Falla en la digitación y aplicación de los descuentos al momento de hacer el egreso	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> No se estableció la Zona de riesgo residual

Tabla 6. Riesgos sin valoración ni evaluación.

Fuente propia.

6.2. Riesgos clasificados en nivel extremo que no cuentan con plan de acción o las acciones no cumplen con el ciclo PHVA:

PROCESO	RIESGO	OBSERVACION
Calidad	Incumplimiento del cierre del ciclo de PAMEC	<ul style="list-style-type: none"> No cuenta con plan de acción
Calidad	Inoportunidad en el reporte de los indicadores normativos	<ul style="list-style-type: none"> No cuenta con plan de acción
Gestión de cuidados intensivos	Fallas en la identificación de eventos adversos asociados a cuidado crítico.	<ul style="list-style-type: none"> Solo cuenta con una acción de Planear, de las 4 mínimas para cumplir el ciclo PHVA
Investigación	Incumplimiento de la normatividad vigente sobre la ley de protección de datos personales.	<ul style="list-style-type: none"> No cuenta con plan de acción
Presupuesto	Incumplimiento en la meta del presupuesto proyectado para cubrir los compromisos adquiridos por la institución.	<ul style="list-style-type: none"> No cuenta con plan de acción

Tabla 7. Riesgos clasificados en nivel extremo que no cuentan con plan de acción o las acciones no cumplen con el ciclo PHVA.

Fuente propia.

6.3. Controles que no cumplen con la metodología de diseño de controles establecido por el DAFP- Mapa de riesgos por proceso:

PROCESO	CONTROL	OBSERVACION
Defensa Judicial y Extrajudicial	La ejecución de los procedimientos actualizados para dar cumplimiento con los requisitos de los procesos judiciales y extrajudiciales según los responsables en cada una de las actividades del proceso de Defensa Judicial y Extrajudicial	En su diseño no se logra identificar: <ul style="list-style-type: none"> El responsable que realiza la actividad La periodicidad definida para su ejecución. El cómo se realiza la actividad de control. Qué pasa con las observaciones o desviaciones encontradas en la ejecución del control.

PROCESO	CONTROL	OBSERVACION
		<ul style="list-style-type: none"> • Qué evidencia se deja en la ejecución del control.
Farmacia	El profesional universitario de farmacia mensualmente cuantifica el indicador medicamentos y dispositivos médicos solicitados comparándolo las cantidades solicitadas con las cantidades recibidas para garantizar cumplimiento en el pedido solicitado, dejando como evidencia la factura y el pedido solicitado.	<p>En su diseño no se logra identificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qué pasa con las observaciones o desviaciones encontradas en la ejecución del control.
Gestión de calidad	El auditor médico de calidad aplica la lista de chequeo para la verificación del cumplimiento de la metodología de adopción de las GPC según instructivo GMC-GCA-IN-12	<p>En su diseño no se logra identificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La periodicidad definida para su ejecución. • Qué pasa con las observaciones o desviaciones encontradas en la ejecución del control.
Gestión de tecnología	Ajustar las metodologías para el cumplimiento de los requerimiento para la metrología legal vigente	No es un control sino una acción.
Gestión de Urgencias	Establecer los lineamientos enfocados a mejorar la comunicación entre las partes que interactúan en los procedimientos asistenciales de urgencias siguiendo las recomendaciones de la guía de buen práctica para gestionar la adecuada comunicación entre las personas que atienden el paciente	No es un control sino una acción.
Infectología	El Infectólogo junto con el equipo de profesionales de infectología realiza semanalmente verificación sobre las actividades del personal asistencial para el cumplimiento de las medidas preventivas del manual adoptado de medidas básicas de prevención de IAAS a través de las listas de chequeo de seguridad del paciente específicas para la evaluación de las buenas prácticas. Se realiza seguimiento al cumplimiento de las buenas prácticas presentando informe al comité de infecciones y tomando decisiones frente a desviaciones encontradas. Se deja registro del control en las listas de chequeo el análisis en el acta de comité de infecciones.	No se evaluó el diseño y ejecución del control
Infraestructura	Aplicar los lineamientos de hospital seguro y hospital verde en las actividades recurrentes de mantenimiento y verificación de infraestructura con relación al cumplimiento de los requisitos de sismo resistencia	<p>En su diseño no se logra identificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El responsable que realiza la actividad • La periodicidad definida para su ejecución. • El cómo se realiza la actividad de control. • Qué pasa con las observaciones o desviaciones encontradas en la ejecución del control. • Qué evidencia se deja en la ejecución del control.

		No se evaluó el diseño y ejecución del control
PROCESO	CONTROL	OBSERVACION
Laboratorio clínico	La Coordinadora de Laboratorio Clínico realiza informe mensual con los hallazgos la toma, identificación y transporte de muestras biológicas del laboratorio clínico, por parte del personal asistencial de la institución.	En su diseño no se logra identificar: <ul style="list-style-type: none"> • El cómo se realiza la actividad de control. • Qué pasa con las observaciones o desviaciones encontradas en la ejecución del control. • Qué evidencia se deja en la ejecución del control. No se evaluó el diseño y ejecución del control
Oncología	Las auxiliares de enfermería de oncología clínica mensualmente realizan seguimiento a los pacientes que no asisten al tratamiento sin causa justificada durante 10 días hábiles seguidos. Se realiza llamada telefónica para seguimiento de paciente y se elabora informe para comunicar al área de trabajo social y Coordinación de Oncología, quienes revisan las causas de la inasistencia e inician la gestión con el paciente para abordar las mismas; elaboran informe nuevamente de causas y lo comunican a la Subgerencia de Alto Costo para ser enviado a las Entidades Administradoras quienes deberán dar su respectivo tratamiento. Como evidencia, los informes quedan registrados en la historia clínica de cada paciente por Médicos y Trabajo Social y posteriormente ser enviados a través de correo electrónico a las partes interesadas.	No se evaluó el diseño y ejecución del control
Oncología	El Médico Oncólogo Clínico Hemato Oncólogo en el momento previo a realizar el tratamiento recibe los exámenes de laboratorio (cuadro hemático) para verificar que los parámetros hematológicos del paciente se encuentren dentro de los parámetros normales. En caso que el paciente no tenga los exámenes dentro de los parámetros normales se suspende el tratamiento hasta cuando los parámetros se encuentren estables. De igual manera la Jefe del servicio de quimioterapia debe revisar los parámetros hematológicos del paciente estén normales. En caso de conocerse previamente que el tratamiento de quimioterapia que va a recibir el paciente es muy aplasante, este se debe prevenir mediante la aplicación de factores de crecimiento de colonia. La evidencia de los exámenes quedan registradas en las evoluciones del	No se evaluó el diseño y ejecución del control

PROCESO	CONTROL	OBSERVACION
	paciente dentro de la historia clínica (Dinámica)	
Patología	Definición de lineamientos para la correcta identificación de las muestras por parte del personal de patología.	No es un control sino una acción.
Planeación del Talento Humano	La Profesional Especializada de Talento humano anualmente realiza la identificación de necesidades de talento humano por proceso a través de los diferentes procedimientos y actividades del proceso de talento humano con el fin de elaborar el informe de identificación de necesidades de talento humano. Las necesidades son analizadas por la Gerencia y desde allí se toman decisiones frente a desviaciones encontradas, dejando registro en acta para dar inicio al proceso de ingreso del talento humano.	No se evaluó el diseño y ejecución del control
Presupuesto	La profesional Universitario de Presupuesto, mensualmente realiza un análisis de las Ejecuciones Presupuestales indicando los factores de riesgo del recaudo frente al gasto. En caso que se presente novedades que afecten el presupuesto, a la alta Dirección, para la toma de decisiones, frente al Disponible en el presupuesto. Lo anterior queda evidenciado en los Informes de las ejecuciones presupuestales	No se evaluó el diseño y ejecución del control
Rehabilitación	La funcionaria de facturación diariamente registrara los ingresos al servicio de rehabilitación y semanalmente revisara el avance de las sesiones realizadas en cada factura, con el fin de controlar la entrega oportuna de soportes de los profesionales y la cierre oportuno de las facturas.	En su diseño no se logra identificar: <ul style="list-style-type: none"> • Qué pasa con las observaciones o desviaciones encontradas en la ejecución del control. • Qué evidencia se deja en la ejecución del control. No se evaluó el diseño y ejecución del control
Retiro del Talento Humano	Diseñar el procedimiento de retiro del personal	No es un control sino una acción.

Sistema de Información del Usuario	Las auxiliares de SIAU realizan semanalmente la identificación de los casos de vulneración de derechos en los servicios registrando en el formato los datos del paciente, su ubicación y personal institucional implicado. Cuando se presentan desviaciones las auxiliares SIAU intervienen ante el personal de los servicios y en caso de no seguir las recomendaciones se reporta al profesional de SIAU para su respectiva intervención y diligencia evidenciándose a través de correo electrónico u oficio	No se evaluó el diseño y ejecución del control
PROCESO	CONTROL	OBSERVACION
Sistema de Información del Usuario	La profesional universitario SIAU semanalmente revisa y consolida las quejas presentadas por los usuarios identificando la causa de queja. Cuando se presentan desviaciones la profesional del servicio remite a Control interno disciplinario evidenciándose en oficio y correo electrónico con soportes de lo actuado	En su diseño no se logra identificar: <ul style="list-style-type: none"> • El cómo se realiza la actividad de control. No se evaluó el diseño y ejecución del control
Sistemas de información	El profesional universitario de UFATI diariamente mediante formato lista de chequeo realiza revisión de la infraestructura tecnológica y Backus de los diferentes sistemas de información de la ese HUS. Si se encuentran desviaciones debe tomar acciones necesarias junto con el profesional especializado UFATI para evitar que dicho riesgo se materialice. el seguimiento de hace mediante el formato GTE-GTE-FO-47 Versión 1	No se evaluó el diseño y ejecución del control
Tesorería	La tesorera cada vez que se realice un pago registra en el archivo del listado de liquidación de pagos la información del proveedor, verificando el número del egreso que continua dentro del Sistema dinámica gerencial, fecha de pago, numero de factura, numero del contrato, valor de la factura, descuentos de impuestos, descuentos estampillas y valor a pagar. En caso de encontrar errores en la digitación, se corrige inmediatamente, antes de ser cargado en el sistema de dinámica gerencial, se deja evidencia en listado de liquidación de pagos, que se encuentra en la carpeta compartida de Tesorería con el equipo de trabajo.	No se evaluó el diseño y ejecución del control

Tabla 8. Controles que no cumplen con la metodología de diseño de controles establecido por el DAFP- Mapa de riesgos por proceso.
Fuente propia.

6.4. Controles que no cumplen con la metodología de diseño de controles establecido por el DAFP- Mapa de riesgos de corrupción:

PROCESO	CONTROL	OBSERVACION
GESTION INTEGRAL DE LA INFORMACION	Los ingenieros de soporte de Historia Clínica realizan la inducción en el sistema DGH para el personal nuevo, así como en los espacios dados por cada subgerencia en sus grupos primarios o diferentes reuniones. Esto con la frecuencia que se requiera. Como evidencias se tendrán los Formatos de Solicitud de Usuario y Aplicativos- Lista de Asistencias.	<ul style="list-style-type: none"> No es un control sino una acción.
PROCESO	CONTROL	OBSERVACION
GESTION INTEGRAL DE LA INFORMACION	El profesional Especializado realizara seguimiento trimestral con las áreas de la institución para el envío de las novedades de usuarios retirados, para inactivación en el sistema. Este control se evidencia con un correo institucional o comunicación oficial.	<p>En su diseño no se logra identificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Qué pasa con las observaciones o desviaciones encontradas en la ejecución del control.
GESTIÓN DIRECTIVA	Regulación de las decisiones directivas	<p>En su diseño no se logra identificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> El responsable que realiza la actividad La periodicidad definida para su ejecución. El cómo se realiza la actividad de control. Qué pasa con las observaciones o desviaciones encontradas en la ejecución del control. Qué evidencia se deja en la ejecución del control.
GESTIÓN DIRECTIVA	Aporte de criterios tecnico-científicos para la toma de decisiones gerenciales.	<p>En su diseño no se logra identificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> El responsable que realiza la actividad La periodicidad definida para su ejecución. El cómo se realiza la actividad de control. Qué pasa con las observaciones o desviaciones encontradas en la ejecución del control. Qué evidencia se deja en la ejecución del control.
GESTIÓN DIRECTIVA	Se cuenta con asignación de recursos para la realización de actividades de comunicación y difusión	No es un control
GESTIÓN DIRECTIVA	Seguimiento a Plan de desarrollo	<p>En su diseño no se logra identificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> El responsable que realiza la actividad La periodicidad definida para su ejecución.

		<ul style="list-style-type: none"> • El cómo se realiza la actividad de control. • Qué pasa con las observaciones o desviaciones encontradas en la ejecución del control. • Qué evidencia se deja en la ejecución del control.
GESTIÓN DIRECTIVA	PQRS	No es un control

Tabla 9. Controles que no cumplen con la metodología de diseño de controles establecido por el DAFP- Mapa de riesgos de corrupción.

Fuente propia

6.5. Riesgos sin valoración y evaluación – Sistema Riesgo Clínico:

UNIDAD	FALLA POTENCIAL DEL PROCESO (RIESGO)	OBSERVACION
Apoyo Diagnóstico Especializado	Falla en la preparación del usuario	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Consulta externa	Inoportunidad en la atención puntual de la hora citada la consulta	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Consulta externa	Inoportunidad en la asignación de citas por falta de capacidad funcional en las especialidades y subespecialidades de mayor demanda	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Consulta externa	Probabilidad de subutilización de los servicios de consulta externa	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Consulta externa	Inoportunidad en el reporte de las agendas por parte de las diferentes subgerencias	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Esterilización	Falta de insumos para empaque (ropa - papel gradomédico)	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Esterilización	Recepción de material de osteosíntesis incompleto o incorrecto	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Farmacia	Emitir un concepto técnico con poca claridad en el uso del dispositivo medico por desconocimiento sus especificaciones técnicas.	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Farmacia	Plan de compras incompleto	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Farmacia	No utilizar herramientas técnicas para detectar defectos	En la matriz no se realizó:

	de calidad de los productos recibidos	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Farmacia	Almacenar medicamentos y dispositivos médicos sin tener en cuenta el orden de vencimiento.	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Farmacia	No detectar faltantes o sobrantes o errores de medicamentos al momento de recibir el carro transportador de medicamentos.	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Gestión de Cuidados Intensivos	Incumplimiento en el tiempo de egreso estandarizado	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo absoluto • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Gestión de Urgencias	Falla en la ejecución de las actividades y procedimientos del servicio de urgencias de la ESE HUS	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Gestión Quirúrgica	Incumplimiento en la programación quirúrgica	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
UNIDAD	FALLA POTENCIAL DEL PROCESO (RIESGO)	OBSERVACION
Homocentro	Incumplimiento a los lineamientos nacionales para recepción de donantes.	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Homocentro	Insuficiencia en la captación de donantes para suplir la demanda de voluntarios de sangre	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Imagenología	Falla en la continuidad de la prestación de los servicio de imagenología	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Infectología	Probabilidad de aumento en incidencia de IAAS	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Investigación	falla en el diligenciamiento de la documentación y base de datos	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Investigación	falla en el diligenciamiento de las encuestas de necesidades investigativas	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Investigación	Falla en la vinculación de grupos de Investigación interinstitucionales.	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Investigación	falla en la ejecución y diligenciamiento de los formatos para la presentación de proyectos de Investigación	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Investigación	Falla metodológica en los proyectos de Investigación, incumplimiento de los principios bioéticos.	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Laboratorio Clínico	Incumplimiento a la toma, identificación y transporte de muestras	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Nutrición	Inoportunidad en la atención nutricional adecuada al paciente hospitalizado	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual

Nutrición	Realizar una adecuada educación nutricional al paciente y su familia sobre el plan de manejo nutricional asignado al paciente y realizar anotación en historia clínica.	En la matriz no se realizó: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Nutrición	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de determinación de la necesidad del GSMN en la intervención del paciente hospitalizado. 2. Falta de oportunidad en la solicitud de interconsulta al GSMN. 3. No realización de educación al paciente sobre el tipo de soporte nutricional que tiene el paciente. 4. Falta de entrega de recomendaciones al egreso del GSMN al paciente, ya sea que finalice hospitalización o continúe en otro servicio hospitalario sin intervención del GSMN. 	<p>En la matriz no se realizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual <p>Se recomienda separar las fallas y analizarlas individualmente.</p>
UNIDAD	FALLA POTENCIAL DEL PROCESO (RIESGO)	OBSERVACION
Nutrición	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de recepción de las solicitudes de preparación de fórmulas en los horarios estipulados vía correo electrónico, que retrasan la producción y generan riesgos en la solicitud de pedido. 2. Falta de verificación de los rótulos de acuerdo a la toma por parte de las Auxiliares de enfermería encargadas de producción. 3. Producción inadecuada de fórmulas sin concordancia con las solicitudes del día, con técnicas que no cumplen con los parámetros de calidad. 4. Transporte inadecuado de producto por falta de equipos transportadores adecuados. 	<p>En la matriz no se realizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual <p>Se recomienda separar las fallas y analizarlas individualmente.</p>
Nutrición	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de conocimiento del procedimiento de recolección y entrega de leche materna por parte del personal asistencial de los diferentes servicios de la E.S.E HUS que atiendan mujeres lactantes. 	<p>En la matriz no se realizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Nutrición	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demora y errores en la solicitud de dietas por parte de los profesionales de Nutrición Clínica Asistencial. 2. Inadecuado despacho de las dietas hospitalarias por parte de la empresa contratista del servicio de alimentos. 3. Inadecuado servicio de entrega de las dietas terapéuticas por parte de la empresa contratista del servicio de alimentos al paciente. 	<p>En la matriz no se realizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para determinar Zona de riesgo residual <p>Se recomienda separar las fallas y analizarlas individualmente.</p>

Oncología	Falla en la continuidad del tratamiento del paciente para la prestación del servicio de oncología.	En la matriz no se realizó: • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Rehabilitación	No entrega oportuna de soportes por parte de los profesionales para facturar los servicios de Rehabilitación	En la matriz no se realizó: • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Rehabilitación	No contar con un procedimiento de control del servicio de Rehabilitación	En la matriz no se realizó: • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Rehabilitación	Fallas en la remisión al servicio de rehabilitación (Interconsulta - Remisión)	En la matriz no se realizó: • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Rehabilitación	No contar con un instructivo de evaluación de paciente en las diferentes áreas	En la matriz no se realizó: • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Rehabilitación	No diligenciamiento del formato de evaluación y el formato de toma de medidas en los usuarios atendidos en el Taller de Ortesis y Prótesis	En la matriz no se realizó: • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
UNIDAD	FALLA POTENCIAL DEL PROCESO (RIESGO)	OBSERVACION
Rehabilitación	No entregar reporte final a los usuarios el cual incluya recomendaciones y plan casero	En la matriz no se realizó: • Análisis para determinar Zona de riesgo residual
Rehabilitación	No entrega oportuna de recomendaciones a usuarios del taller de ortesis y prótesis	En la matriz no se realizó: • Análisis para determinar Zona de riesgo residual

Tabla 10. Riesgos sin valoración y evaluación – Sistema Riesgo Clínico.

Fuente propia

6.6. Riesgos sin valoración y evaluación – Sistema Riesgo de acreditación:

La mayoría de los riesgos no cuentan con clasificación del nivel del riesgo absoluto y residual.

6.7. Procesos que no han gestionado sus riesgos

CLASIFICACIÓN	PROCESO
Misional	Radiología Intervencionista
Misional	Apoyo Diagnóstico Especializado

Tabla 11. Procesos que no han gestionado sus riesgos.

Fuente propia

6.8. Sistemas de gestión que no han gestionado sus riesgos:

	Sistema	Responsable	Modelo de Gestión	Programa/Instructivo	Matriz	Seguimiento
1	RIESGOS AMBIENTALES	Ambiente Físico	ISO 14001	No	No	No
2	SEGURIDAD DIGITAL, DATOS PERSONALES Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	Tecnología e Información	DAFP	No	No	No
3	SARLAFT	Gestión Administrativa		Si	No	No
4	GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES	Ambiente Físico	GTC 45	Si	No	No

Tabla 12. Sistemas de gestión que no han gestionado sus riesgos.

Fuente propia

6.9. Sistemas de gestión del riesgo que no tienen responsable

	Sistema	Responsable	Modelo de Gestión	Programa/Instructivo	Matriz	Seguimiento
1	RIESGOS POBLACIONALES SEGÚN LINEAMIENTOS POLITICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD- PAIS Y MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD - MIAS.			No	No	No

Tabla 13. 6.9. Sistemas de gestión del riesgo que no tienen responsable.

Fuente propia

RECOMENDACIONES

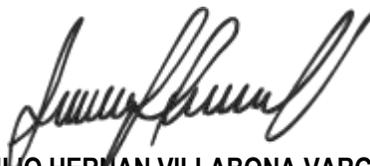
- Se recomienda realizar los ajustes de la Matriz de Riesgos por cada uno de los sistemas, según las debilidades encontradas.
- Se recomienda realizar actualización de las matrices de Riesgos de procesos y de corrupción, adoptando las nuevas acciones que considere convenientes si el riesgo ya estaba identificado, o incluirlo si no estaba, producto

del monitoreo continuo y de otras fuentes de información como auditorías internas de calidad y Control Interno, entre otras. Estas actualizaciones deben ser reportadas a la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional, quienes son los responsables de consolidar esta información.

- Se hace necesario fortalecer los mecanismos de difusión y socialización de los riesgos, para que cada responsable de las correspondientes áreas intensifiquen e involucren a todos los funcionarios y colaboradores en la participación de un ambiente de compromiso y auténtica conciencia en la búsqueda y ejecución de acciones encaminadas a la prevención y administración de los riesgos.
- Se recomienda definir el responsable del sistema de Riesgos POBLACIONALES SEGÚN LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD -PAIS Y EL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD -MIAS, para que se inicie su documentación y gestión.

CONCLUSIONES

- Es preciso anotar que los procesos adoptados por la Entidad siguiendo las directrices de la Norma Técnica de Calidad tienen carácter Nacional por tanto el desarrollo de las acciones así como la responsabilidad de la eficiencia y manejo de los riesgos que conciernen a los procesos son de exclusivo resorte de su líder.
- Las auditorías de evaluación y seguimiento son una herramienta indispensable, para que este tipo de actividades ayuden a mejorar y acercan cada vez más a la excelencia, reportando a la Oficina de Control Interno los informes que esta dependencia solicite a la dirección del proceso. Las observaciones son tomadas como base para la mejora continua y para que todas las personas involucradas se identifiquen y apoyen el desarrollo y avance del proceso.
- De lo examinado se desprende que se está trabajando para un manejo adecuado de los mapas de riesgos, convirtiéndose en un mecanismo para la prevención de posibles contingencias y ayudando con el cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.



JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS
Jefe Oficina Asesora Control Interno