



**INFORME DE SEGUIMIENTO A
RIESGOS INSTITUCIONALES A
31 DE DICIEMBRE 2023**



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL
GARZÓN - HUILA

INFORME DE SEGUIMIENTO A RIESGOS INSTITUCIONALES A 31 DE DICIEMBRE 2023

PROCESO

GESTIÓN DE LA MEJORA CONTÍNUA

JORGE HUMBERTO GONZALEZ BAHAMON
Gerente

ESPERANZA FIERRO VANEGAS
Subdirección Administrativa

PABLO LEON PUENTES QUESADA
Subdirección Científica

JAIME ORLANDO GÓMEZ GONZÁLEZ
Asesor Oficina de Control Interno

GARZÓN - HUILA



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVO.....	4
POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO.....	4
METODOLOGÍA.....	5
RIESGOS - ADMINISTRATIVOS.....	5
Unidad Funcional de Almacén.....	6
Unidad Funcional de Salud y Seguridad en el Trabajo-SST.....	7
Unidad Funcional de Auditoría de Cuentas Médicas.....	8
RIESGOS – ASISTENCIALES.....	8
Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Adultos - UCIA.....	9
Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal - UCIAN.....	10
Servicio de Farmacia.....	10
Servicio de Imágenes Diagnosticas.....	11
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.....	12

INTRODUCCIÓN

La Oficina Asesora de Control Interno en cumplimiento de sus funciones hace seguimiento a los riesgos institucionales de la E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl del municipio de Garzón Huila, de igual manera en cumplimiento a la Ley N.º 87 de 1993, Artículo 12, Funciones de los auditores internos “d. Verificar que los controles asociados con todas y cada una de las actividades de la organización, estén adecuadamente definidos, sean apropiados y se mejoren permanentemente, de acuerdo con la evolución de la entidad”.

OBJETIVO

Verificar el nivel de adherencia y cumplimiento de la política de gestión de riesgo institucional para la vigencia 2023 a 31 de diciembre.

POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

La E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl del municipio de Garzón Huila cuenta con la Política de Gestión del Riesgo la cual está contenida en el Manual de Políticas Institucionales identificada con el ítem N° 24, de igual manera la E.S.E. a través de la Resolución N°0095 de 2021 “Por la cual se adopta la guía metodológica para la gestión del riesgo de la E.S.E. Hospital Departamental san Vicente de Paúl de Garzón y se dictan otras disposiciones”, y el Acuerdo 022 de 2021 “Por medio del cual se actualizan las políticas de gestión en salud de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental y se dictan otras disposiciones”, lo anterior le permite a la entidad contar con la normatividad para adherir la política, implementar la guía, y realizar seguimiento a través de la matriz de riesgos, diseñada por la Oficina de Planeación:

- Guía Metodológica para la Gestión del Riesgo basado en la versión 5,
- Acuerdo 022 - 29 Nov 2021,
- Resolución 0095-2021 Gestión del Riesgo,
- Manual Políticas Institucionales en Salud 2021,
- Matriz Gestión del Riesgo,
- Mapas de riesgos de unidades o áreas administrativas,
- Mapas de riesgos de unidades o áreas asistenciales.

Para efectos de consulta de la normatividad y demás documentación de gestión del riesgo en la institución se puede acceder al siguiente enlace y descargar la información:

<https://www.hospitalsvpgarzon.gov.co/gestionhsvp/mipg/sistemadesarrolloadministrativo.html>

METODOLOGÍA

Para la realización de los seguimientos al mapa o matriz de riesgos administrativos y asistenciales se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- Priorizar los riesgos clasificados en “moderados, altos, y extremos”.
- Priorizar el seguimiento teniendo en cuenta la probabilidad de materialización de cada riesgo.
- Priorizar los riesgos cuyas actividades o planes de acción dependan directamente del servicio o Unidad Funcional.
- Realizar los seguimientos trimestralmente en grupos de 4 unidades administrativas, y 4 servicios asistenciales hasta lograr el 100% de la cobertura de la ESE.

Ilustración 1 Riesgos priorizados durante el seguimiento

4 TRIMESTRE-DICIEMBRE									
Nº	UNIDAD FUNCIONAL/SERVICIO	LIDER/COORDINADOR	AREA	RIESGOS BAJOS	RIESGOS MODERADOS	RIESGOS ALTOS	RIESGOS EXTREMOS	TOTAL RIESGOS	OBSERVACIONES SEGUIMIENTO
1	SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO	DIEGO ALEJANDRO SANTAMARIA	ADMINISTRATIVO	0	0	0	4	4	Riesgos evaluados: 1,2,4,5
2	FARMACIA	MARIA ELENA GOMEZ MARTINEZ	ASISTENCIAL	0	2	1	0	3	Riesgos evaluados: 2,5,7
3	ALMACÉN	CARLOS EDUARDO RIVERA RIVERA	ADMINISTRATIVO	0	0	3	0	3	Riesgos evaluados: 4,5,6
4	IMAGENOLOGIA	ANA MILENA GALINDO	ASISTENCIAL	0	0	3	0	3	Riesgos evaluados: 1,2,3
5	UCI ADULTOS	ANGEL YECID VALENCIA GUASPUD	ASISTENCIAL	0	0	3	0	3	Riesgos evaluados: 1,2,3
6	AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	LUZ ELENA CORDOBA RIVERA	ADMINISTRATIVA	0	0	3	0	3	Riesgos evaluados: 2,3,4
7	UCI NEONATAL	NIDIA PATRICIA BARRERA	ASISTENCIAL	0	0	1	1	2	Riesgos evaluados: 9, 11
TOTAL RIESGOS				0	2	14	5	21	

Fuente: Control Interno (2023)

- Riesgos nivel moderado: 2
- Riesgos nivel alto: 14
- Riesgos nivel extremo: 5
- **Total, riesgos: 21**

Para el cargue de evidencias de las actividades programadas en el plan de acción de cada mapa o matriz de riesgos se estableció una ruta en la unidad compartida de la red institucional:

T:// DEPENDENCIAS/TODOS/CONTROL INTERNO/RIESGOS/

RIESGOS - ADMINISTRATIVOS

El proceso de identificación, medición, y evaluación a riesgos institucionales de la E.S.E. es liderado desde la Oficina de Planeación en conjunto con los líderes de área o servicio, para el presente informe de seguimiento se seleccionaron 3 unidades administrativas:

- Almacén,
- Auditoría de cuentas médicas,
- Salud y Seguridad en el Trabajo-SST.

Unidad Funcional de Almacén

Riesgos: 3 altos.

Seguimiento:

ALMACEN					
4° Seguimiento a riesgos - Diciembre - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
4	Posibilidad de afectación económica por falta de adherencia al proceso de salida y baja de elementos de la institución debido a la no aplicación de los controles establecidos	ALTO	Realizar registro de las actas de entrega y de baja de activos fijos a las áreas correspondientes.	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 3 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
5	Posibilidad de afectación económica por multa o sanción debido a errores en la verificaciones los inventarios tanto de insumos como de activos fijos	ALTO	Realizar inventario trimestral en bodega de almacén. Realizar inventario semestral al área activos fijos.	SI CUMPLE	
6	Posibilidad de afectación económica por sanciones debido a la pérdida de insumos y demoras en las entregas a las áreas que requieran suministros diarios y periodicos	ALTO	Dar cumplimiento al cronograma de entregas	SI CUMPLE	

Evidencias:

- NO SE PRESENTARON BAJAS DE ACTIVOS FIJOS EN LA VIGENCIA 2023,
- INVENTARIO ACTIVOS FIJOS (NUTRICION),
- INVENTARIOS 2023 B01,
- CRONOGRAMA,
- ENTREGAS DICIEMBRE,
- ENTREGAS NOVIEMBRE.

Unidad Funcional de Salud y Seguridad en el Trabajo-SST

Riesgos: 4 extremos.

Seguimiento:

SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO - SST					
4° Seguimiento a riesgos - Diciembre - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
1	Probabilidad de afectación económica por sanción debido a inadecuada identificación y valoración del riesgo en seguridad y salud en el trabajo.	EXTREMO	Realizar la identificación o actualización de los riesgos por exposición de forma anual. Evidencia lista de asistencia en reunión de colaboradores.	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 4 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
2	Probabilidad de afectación económica por sanción debido a una falta de reporte de accidentes de trabajo y enfermedad laboral.	EXTREMO	Capacitar al personal de la institución en la forma de como realizar un reporte de accidente de trabajo y/o enfermedad laboral de forma anual.	SI CUMPLE	
3	Probabilidad de afectación económica por sanción debido a un inadecuado proceso de investigación y cumplimiento de los planes de acción.	EXTREMO	Diligenciar de manera periodica la matriz de accidentalidad (cada vez que se presenta un evento)	SI CUMPLE	
5	Probabilidad de afectación económica por sanción debido a una inadecuada actualización y verificación de requisitos legales aplicables a la E.S.E	EXTREMO	Realizar actualización del normograma institucional de seguridad y salud en el trabajo.	SI CUMPLE	

Evidencias:

- MATRIZ DE IDENTIFICACION DE PELIGROS Y V_ RIESGOS-Act 2024,
- ACTA DE CAPACITACIÓN AT POR PARTE DE SURA,
- LISTA ASISTENCIA VERIFICACIÓN VOTACION DE LA VII JORNADA SST,
- LISTA DE ASISTENCIA VII JORNADA SST 03-07-2023,
- OFICIOS INVITACIÓN VII JORNADA SST 3-08- 2023,
- MATRIZ DE ACCIDENTALIDAD 2023,
- FORMATO NORMOGRAMA 2024.

Unidad Funcional de Auditoría de Cuentas Médicas

Riesgos: 3 altos.

Seguimiento:

AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS					
4° Seguimiento a riesgos - Diciembre - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
2	Probabilidad de afectación económica por la no radicación de trámite de objeciones y/o devoluciones a diferentes ERP en plataformas o via email debido a fallas tecnológicas	ALTO	Registro del trámite de objeciones, devoluciones y evidencia de radicación de respuestas a diferentes ERP via email o en la plataformas dispuestas para tal fin.	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 3 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
3	Probabilidad de afectación económica por incumplimiento en la citas de conciliación debido a dificultades en el proceso	ALTO	Elaborar cronograma mensual de programación de conciliaciones y realizar su cumplimiento con generación de ACTA DE CONCILIACIÓN.	SI CUMPLE	
4	Probabilidad de afectación económica por no realizar la socialización al personal involucrado en el proceso debido a la falta de tiempo del personal	ALTO	Realizar socialización mensual de hallazgos de auditoría a líderes de procesos o Auditor Md Concurrente de acuerdo con dichos hallazgos detectados.	SI CUMPLE	

Evidencias:

- RADICACION DEVOLUCIONES,
- RADICACION OBJECIONES,
- CRONOGRAMA CONCILIACIONES,
- SOCIALIZACIÓN HALLAZGOS.

RIESGOS – ASISTENCIALES

El proceso de identificación, medición, y evaluación a riesgos institucionales de la E.S.E. en el área asistencial es liderado por la Oficina de Gestión de Calidad en conjunto con los líderes de servicios, para el presente informes se seleccionaron los siguientes servicios:

- UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS - UCIA,
- UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL – UCIN,
- FARMACIA,
- IMÁGENES DIAGNOSTICAS.

Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Adultos - UCIA

Riesgos: 3 Altos.

Seguimiento:

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS-UCIA					
4° Seguimiento a riesgos - Diciembre - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
1	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por la posible demora en los procedimientos asistenciales a los pacientes que se genera por la carga laboral debido a la inasistencia de el personal de turno	ALTO	realiza programación mensual de cuadros de turno de la UF	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de 3 actividades del plan de acción, además el líder de servicio realizó un informe detallado con recomendaciones y conclusiones
2	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por demoras en la atención, debido a la falta de comunicación y omisión de aspectos relevantes entre los líderes de los servicios en el momento del traslado del paciente a la UCIA	ALTO	realizar revisión completa de la HC del paciente que ingresa y registrar el revisado	SI CUMPLE	
3	Posibilidad de afectación económica a la institución por demoras en el proceso de asignación de camas, en hospitalización, debido a que el tiempo estancia extra en UCI no es Reconocido por las aseguradoras.	ALTO	realizar solicitud de asignación de cama en el servicio de hospitalización y llevar registro de los mismos	SI CUMPLE	

Evidencias:

- CUADROS MENSUALES DE TURNO,
- REVISIÓN DE HISTORIA CLINICA DE PACIENTES QUE INGRESAN A LA UCIA,
- REGISTRO DE ASIGNACIÓN DE CAMA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE UCIA,
- INFORME DETALLADO DE RIESGOS DEL SERVICIO II SEMESTRE DEL AÑO 2023.

Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal - UCIN

Riesgos: 1 Extremo, 1 Alto.

Seguimiento:

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL-UCIN					
4° Seguimiento a riesgos - Diciembre - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
9	POSIBILIDAD DE AFECTACION A LA IMAGEN INSTITUCIONAL Y ECONOMICA DEBIDO A LA NO REALIZACION DEL PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS AL INGRESO DEL SERVICIO PRESENTANDOS EN IAAS.	ALTO	Realizar educacion a los usuarios que ingresan a la UF frente al adecuado lavado de manos y registrar en formato establecido.	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 2 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
11	POSIBILIDAD DE AFECTACION DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL POR DEMORA DEL EGRESO DEL PACIENTE AL RECIBIR LA ORDEN DE SALIDA DEBIDO A DEMORA EN LA REALIZACION DE LA DOCUMENTACION.	EXTREMO	Realizar lista de chequeo en presencia del familiar responsable del RN para verificar las condiciones clinicas de paciente y hacer entrega de documentacion frente a su manejo al egreso del paciente	SI CUMPLE	

Evidencias:

- LISTA DE CHEQUEO SEGURIDAD DEL PACIENTE NEONATAL,
- FORMATO LAVADO DE MANOS PERSONAL EXTERNO A LA UCIN.

Servicio de Farmacia

Riesgos: 2 Moderados, 1 Alto

Seguimiento: NO CUMPLE

SERVICIO DE FARMACIA					
4° Seguimiento a riesgos - Diciembre - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
2	posibilidad de fallas en la atencion de los usuarios debido al desabastecimiento de los insumos basicos en los carros de paros por no realizarse la revision periodica de los mismos.	MODERADO	realizar revision mensual de carros de paro en las diferentes UF y generar acta	NO CUMPLE	No se evidenció el cumplimiento de las 3 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
4	fallas en la atencion oportuna de la emergencia por no contar con los insumos necesarios y de calidad en los kits debido a la falta de verificacion mensual de los mismos.	MODERADO	revisar mensualmente los kits de respuesta y generar acta con los involucrados	NO CUMPLE	
7	posibilidad de afectacion economica por la perdida de la calidad de los insumos por falta de seguimiento de los factores ambientales de las areas de almacenamiento	ALTO	realizar registro digital diario de los factores ambientales y consolidar informe mensual	NO CUMPLE	

Observaciones:

- La Oficina de Control Interno envió la matriz de riesgos al servicio de Farmacia el 1 de febrero de 2023, matriz o mapa de riesgos que fue elaborada por la oficina de Planeación.
- La Oficina de Control Interno informa el seguimiento a la matriz el 30 de diciembre de 2023, y solicita la publicación o envío de evidencias hasta el 10 de enero de 2024.



- El 18 de enero de 2024, pasados 6 días hábiles ya extemporáneos del plazo para la entrega de evidencias, el servicio de Farmacia mediante correo electrónico manifiesta que un colaborador de Control Interno manifestó que no era requerido el seguimiento a su servicio durante la vigencia 2023.
- El 18 de enero de 2024, la Oficina de Control Interno aclara que el seguimiento se programó para la última cohorte junto a los servicios de UCIA, UCIN, IMÁGENES DIAGNOSTICAS, AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS, SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO, y ALMACÉN, cuyas evidencias se recopilaban a corte de 31 de diciembre de 2023, por tanto, su seguimiento se realiza en la siguiente vigencia 2024.
- Para efectos de verificación y consulta de la información, los correos electrónicos se encuentran en la oficina de Control Interno.

Servicio de Imágenes Diagnosticas

Riesgos: 3 Altos

Seguimiento:

SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS					
4° Seguimiento a riesgos - Diciembre - 2023					
RIESGO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
1	Posibilidad de afectación económica en la institución por errores en las lecturas por la inadecuada preparación debido a la poca comprensión del usuario a las orientaciones al usuario por la falta de utilización de lenguaje claro e inclusivo por parte del personal encargado	ALTO	diligenciamiento permanente del libro registro de recomendaciones a los usuarios	SI CUMPLE	
3	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por desconocimiento de la información suministrada debido a la falta de utilización de lenguaje claro e inclusivo por parte del personal encargado	ALTO	realizar registro del libro de recomendaciones posterior a las recomendaciones	SI CUMPLE	se evidenció el cumplimiento de las 3 actividades del plan de acción con sus respectivos soportes
7	Posibilidad de afectación en la imagen institucional en el aumento de la insatisfacción del usuario por las demoras en las lecturas por parte de los especialistas para hacer una oportuna entrega de resultados	ALTO	realizar analisis estadístico mensual para evaluar de manera permanente la oportunidad en la entrega de resultados	SI CUMPLE	

Evidencias:

- RIESGO N°1 LIBRO DE RECOMENDACIONES A USUARIOS,
- RIESGO N°3 ANALISIS ESTADISTICO MENSUAL,
- RIESGO N°7 REGISTRO EN EL LIBRO DE RECOMENDACIONES POSTERIOR A LAS RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los líderes de Unidades y Servicios coordinar el ajuste de las matrices o mapas de riesgos con la oficina de Planeación y Calidad respecto a las actividades que presentan inconsistencias en relación de los manuales de procesos y procedimientos, debido a que se detectó que en algunos casos las actividades no son competencia de la unidad funcional o servicio.
- Con base en el análisis se recomienda a las Unidades Funcionales y Servicios elaborar un acta cuando se realicen capacitaciones y demás jornadas que involucren al personal ya que en algunos casos solo se limitan a tener evidencia fotográfica y listas de asistencia.
- Se presentó dificultad en el seguimiento del servicio de UCIN, debido a que no hay claridad en la diferencia de las evidencias para la oficina de Planeación, y la Oficina de Control Interno.
- El servicio de Farmacia fue el único con calificación de NO CUMPLE, porque no hizo entrega de las evidencias requeridas.
- Para la vigencia 2024 se recomienda a las oficinas de Planeación para las áreas administrativas, y a la oficina de Calidad para las áreas asistenciales, realizar la socialización de los mapas o matrices de riesgos con los líderes de procesos ajustados y que se levante un acta junto a la asistencia, para que en el ejercicio de seguimiento no se siga repitiendo el argumento por parte de los líderes de que la información no le fue socializada.
- Para efectos de trazabilidad y confiabilidad de la información, en especial de los tiempos de entrega para las evidencias, la Oficina de Control Interno solicitará la entrega a través del correo electrónico.


JAIME ORLANDO GOMEZ GONZALEZ
Asesor de Control Interno