



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPAYAN

Confianza y valor para su vida

INFORME FINAL GESTION DEL RIESGO Vigencia 2021



INFORME GESTION DEL RIESGO Vigencia 2021

Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

LUIS FELIPE MUÑOZ HURTADO
Enfermero GI Planeación

HUGO ERNESTO BURBANO DAZA
Jefe Oficina Asesora de Planeación

INTRODUCCIÓN

La administración del riesgo es un mecanismo de control de la función pública, que le permite a la entidad auto controlar aquellos eventos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos. Su fin es lograr la imperiosa necesidad que los funcionarios públicos incluyan en los procesos, unos controles bien diseñados que al ser aplicados sistemáticamente, impacten significativamente la mitigación de los riesgos para el lograr el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

El Consejo Asesor del Gobierno nacional en materia de control interno consideró necesario unificar la metodología existente para la administración del riesgo de gestión y corrupción, con el fin de hacer más sencilla la utilización de esta herramienta gerencial para las entidades públicas y así evitar duplicidades o reprocesos¹

Como el modelo de operación del Hospital Universitario San José ESE es por procesos, en el último trimestre de 2019, se revisan los mapas de riesgos por proceso, que se actualizaron por última vez en el año 2017, y se encuentra la necesidad de actualizarlos de acuerdo a la última metodología del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, la cual esta consignada en la “Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas, versión 4 de octubre de 2018”

La actualización de mapa de riesgos, permitió socializar de manera personalizada a cada Coordinador y líder de proceso, los lineamientos de Gestión del Riesgo del DAFP. Además, permitió detectar que varios riesgos no eran coherentes con los objetivos estratégicos y de procesos, y que a mediano plazo se requiere la actualización de las caracterizaciones de varios procesos.

Se pudo detectar, que los coordinadores y líderes responsables de la gestión de los mapas de riesgo, carecen en general de los conocimientos básicos de la elaboración de los mismos, dado que frecuentemente no diferencian claramente entre lo que es el objetivo del proceso, los riesgos como tales, sus causas, sus efectos y consecuencias si se materializan, los controles que deben atacar las causas, y las acciones para mitigar los riesgos. Igualmente desconocen la matriz de calificación de los riesgos antes y después de controles y la relevancia de la misma.

Se hicieron redacción de nuevos riesgos y se suprimieron algunos que a criterio de sus responsables, no eran relevantes. Igualmente se suprimieron controles y se crearon otros que impactan realmente las causas de los riesgos. Además, se redefinieron acciones a desarrollar en aras de seguir mitigando los riesgos.

Se hizo especial énfasis en la priorización a todo nivel, es decir, riesgos, causas y consecuencias, así como en la correcta elaboración de controles utilizando para ello la metodología propuesta por el DAFP.

¹ Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas, versión 4, octubre de 2018

Surge así un nuevo mapa de riesgos institucionales en un momento coyuntural, toda vez que se actualizan con la última versión propuesta por el ente nacional competente para ello como lo es el DAFP, iniciando un nuevo decenio que, además, inicia con nuevas administraciones departamentales y municipales, y en nuestro caso, con una nueva administración designada para cuatro años a partir del mes de abril de 2020.

Para la vigencia 2021, se decide mantener el mismo mapa de riesgos que se reformuló a finales del 2019 y que se gestionó durante el año 2020, por considerarse actualizado y vigente, más aun, cuando el DAFP propone una nueva metodología que debe estudiarse y adoptarse para vigencias futuras.

El presente informe se realiza con el fin de mostrar los resultados del seguimiento a las actividades definidas en la aplicación de los controles para la mitigación de los riesgos, previamente concertadas con cada uno de los líderes de los procesos, y su vez permitirá monitorear la efectividad en la aplicación de los controles, y el avance de las acciones de mejora contempladas en los Mapas de Riesgos efectuados para los 61 procesos institucionales que contempla el actual Mapa de Procesos según los ajustes realizados por esta nueva administración.

GESTION INTEGRAL DEL RIESGOS

CONCEPTOS BASICOS SOBRE RIESGOS ²

Riesgo de gestión: posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre el cumplimiento de los objetivos. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.

Probabilidad: se entiende como la posibilidad de ocurrencia del riesgo. Esta puede ser medida con criterios de frecuencia o factibilidad.

Impacto: se entiende como las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

Causa: todos aquellos factores internos y externos que solos o en combinación con otros, pueden producir la materialización de un riesgo.

Consecuencia: los efectos o situaciones resultantes de la materialización del riesgo que impactan en el proceso, la entidad, sus grupos de valor y demás partes interesadas.

Riesgo inherente: es aquel al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones de la dirección para modificar su probabilidad o impacto.

Riesgo residual: nivel de riesgo que permanece luego de tomar sus correspondientes medidas de tratamiento.

Control: medida que modifica el riesgo (procesos, políticas, dispositivos, prácticas u otras acciones)

Gestión del riesgo: proceso efectuado por la alta dirección de la entidad y por todo el personal para proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos.

Mapa de calor de riesgo: consiste en una matriz con dos ejes, donde el eje x representa la probabilidad de frecuencia del riesgo y el eje y representa el impacto que puede tener el mismo.

TIPOLOGIA DE LOS RIESGOS³

Riesgos estratégicos: posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los objetivos estratégicos de la organización pública y por tanto impactan toda la entidad.

Riesgos gerenciales: posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los procesos gerenciales y/o la alta dirección.

Riesgos operativos: posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los procesos misionales de la entidad.

Riesgos financieros: posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los estados financieros y todas aquellas áreas involucradas con el proceso financiero como presupuesto, tesorería, contabilidad, cartera, central de cuentas, costos, etc.

Riesgos tecnológicos: posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten la totalidad o parte de la infraestructura tecnológica (hardware, software, redes, etc.) de una entidad.

² Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas, versión 4, octubre de 2018

³ Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas, versión 4, octubre de 2018

Riesgos de cumplimiento: posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten la situación jurídica o contractual de la organización debido a su incumplimiento o desacato a la normatividad legal y las obligaciones contractuales.

Riesgo de imagen o reputacional: posibilidad de ocurrencia de un evento que afecte la imagen, buen nombre o reputación de una organización ante sus clientes y partes interesadas.

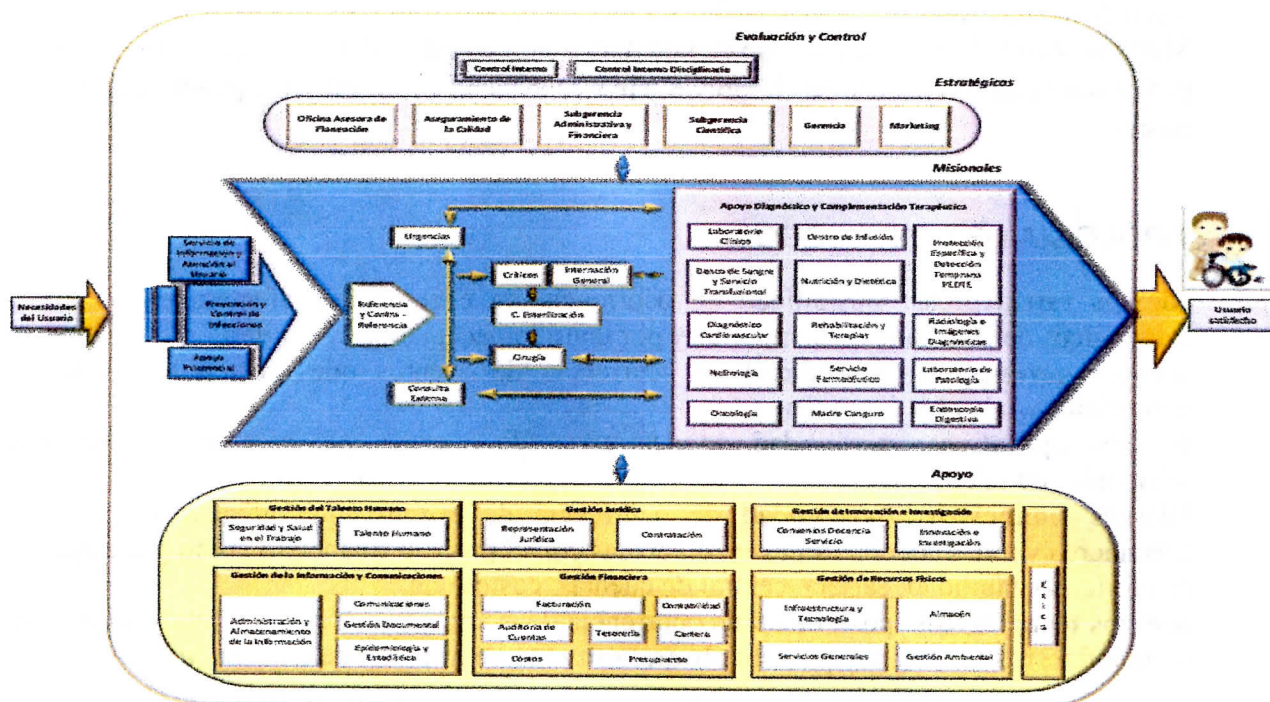
Riesgos de corrupción: posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.

Riesgos de seguridad digital: posibilidad de combinación de amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital. Puede debilitar el logro de objetivos económicos y sociales, afectar la soberanía nacional, la integridad territorial, el orden constitucional y los intereses nacionales. Incluye aspectos relacionados con el ambiente físico, digital y las personas.

MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS

El modelo de operación por procesos es el estándar organizacional que soporta la operación de la entidad pública, integrando las competencias constitucionales y legales que la rigen con el conjunto de planes y programas necesarios para el cumplimiento de su misión, visión y objetivos institucionales. Pretende determinar la mejor y más eficiente forma de ejecutar las operaciones de la entidad.⁴

MAPA DE PROCESOS



⁴ Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas, versión 4, octubre de 2018

POLITICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

Durante el año 2019, la alta dirección ve la necesidad de ajustar las políticas institucionales, entre ellas la de gestión del riesgo, en concordancia con los requerimientos del Modelo de Planeación y Gestión MIPG, bajo unos determinados parámetros establecidos para la redacción de todas sus políticas. Queda determinada la Política de Gestión del Riesgo adoptada mediante la Resolución 0375 de 2019 de la siguiente manera:

Resolución #0375

POLÍTICA DE GESTION DEL RIESGO

DESCRIPCIÓN

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E gestionará los riesgos priorizados institucionalmente con el fin de mitigar su impacto en pro del usuario, familia y comunidad.

OBJETIVO ESTRATÉGICO

Esta política le apunta a prestar atención segura y humanizada, alcanzar y mantener la estabilidad financiera y fortalecer el mejoramiento continuo de los procesos los cual son objetivos institucionales.

LINEAMIENTOS

- Identificación de los riesgos de cada proceso formulando su mapa de riesgos.
- Seguimiento y evaluación de las actividades planteadas para la mitigación de riesgos.
- Retroalimentación periódica en la gestión del riesgo.

 **HOSPITAL
SAN JOSÉ**

IDENTIFICACION DE LOS RIESGOS

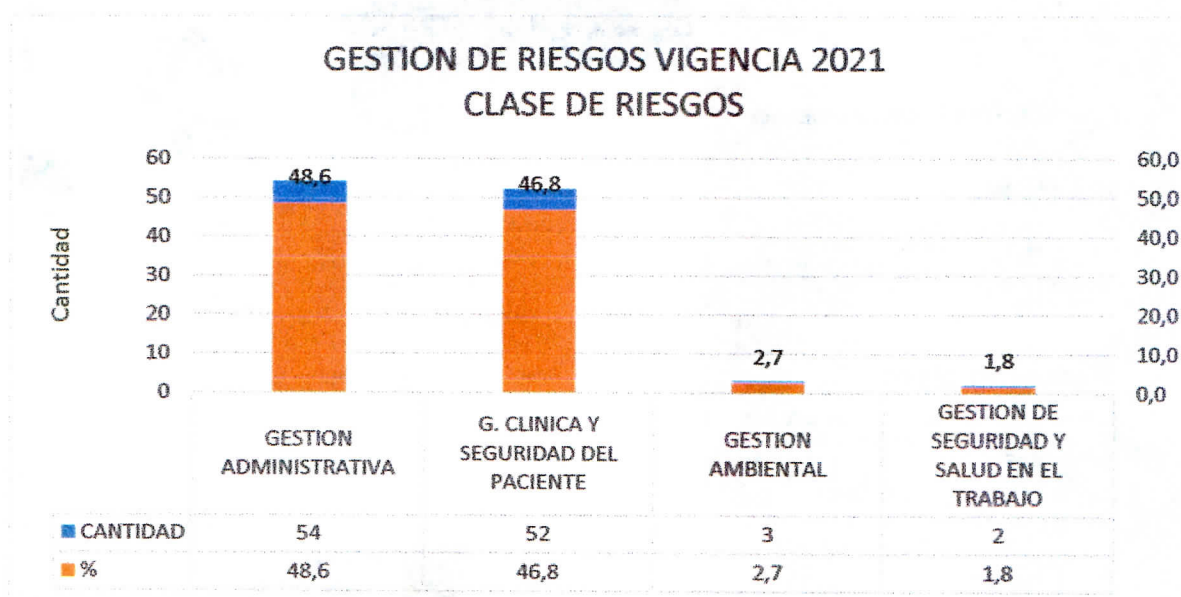
Número de mapas de riesgo: Con respecto a la actualización, se realizó esta actividad en el primer trimestre de 2021, con la construcción y actualización de los mapas de riesgos de los nuevos procesos producto de la oferta institucional ajustada por la pandemia, y por los cambios realizados por la administración actual. Se resumen en la siguiente tabla:

PROCESOS INSTITUCIONALES	CANTIDAD	
	No.	%
ADMINISTRATIVOS	34	56
ASISTENCIALES	27	44
TOTAL	61	100,0

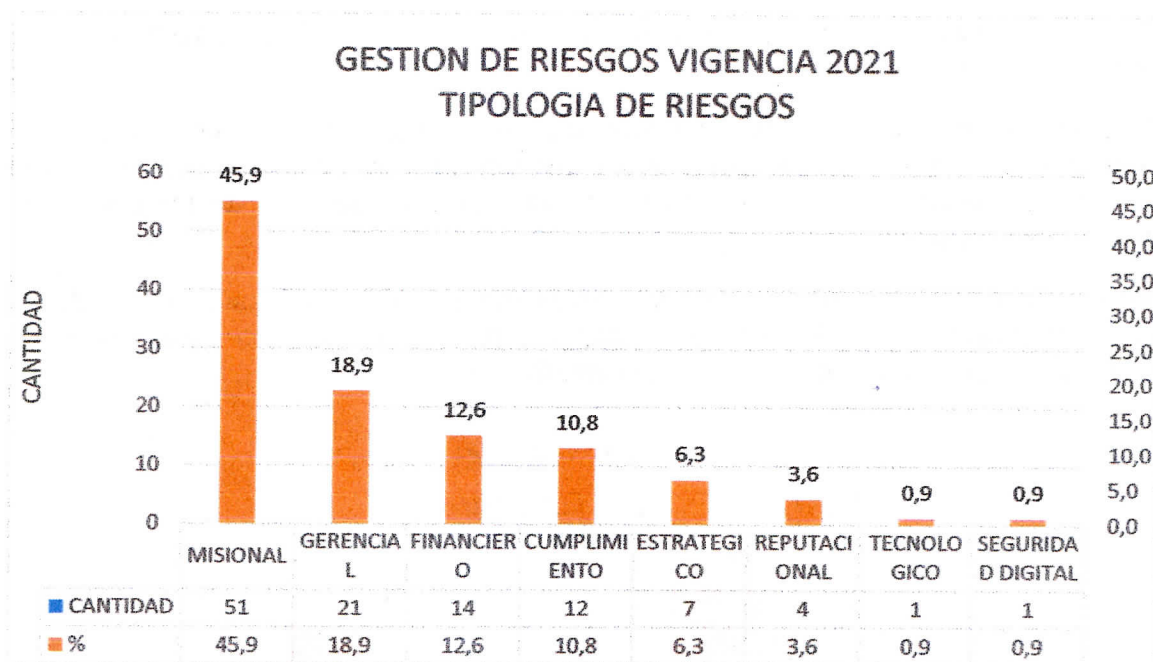
Se mantienen por esta vigencia algunos mapas de riesgo suscritos en el 2020 a pesar que no aparecen en el actual mapa de riesgos, toda vez que se fusionaron en otro procesos, entre

ellos, Coordinación de Enfermería que pasa a depender de Subgerencia Científica, Vigilancia y control de contratos que pasa a depender de Subgerencia Administrativa, Vigilancia Epidemiológica que se fusiona con Estadística, venta de servicios que se fusiona con Marketing que a su vez es un nuevo proceso al igual que Innovación e Investigación. La Unidad Mental suscribe por primera vez mapa de riesgos pro que ya cuenta con una profesional para coordinación designada oficialmente para el cargo.

Clase de riesgos: En los 61 mapas de los procesos institucionales, se definieron 111 riesgos distribuidos en las cuatro clases de riesgos como lo muestra la siguiente gráfica:



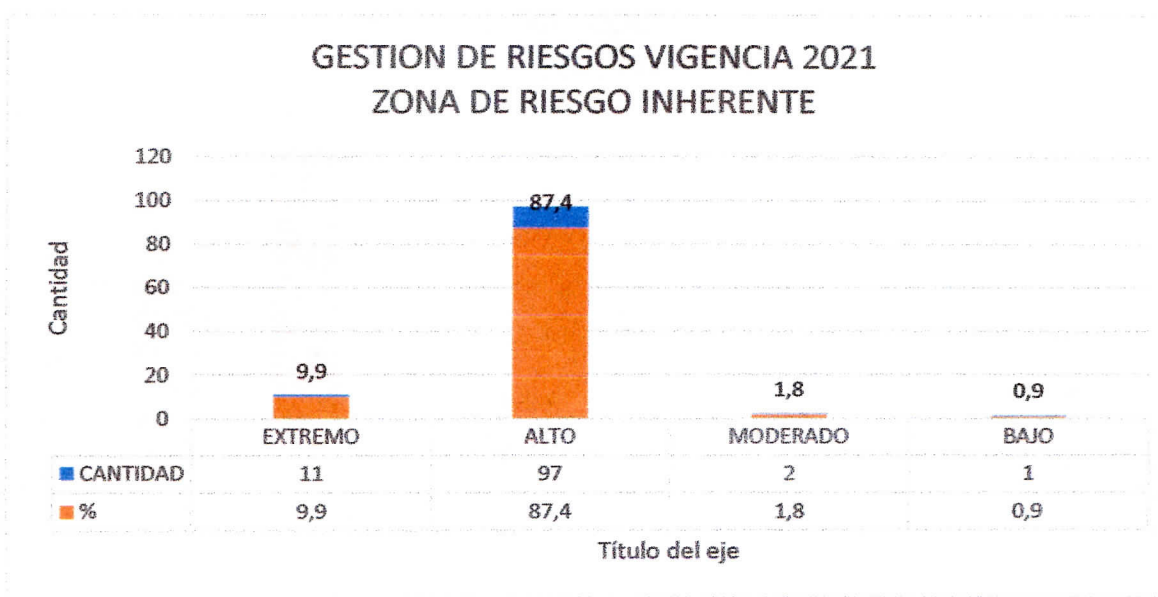
Tipología de los riesgos: Según la metodológica del DAFP, los 111 riesgos definidos se distribuyen en los tipos que muestra la siguiente gráfica:



Los riesgos operativos ocupan el 45.9% de los casos, apenas lógico porque obedecen a las actuaciones propias de la misión institucional.

VALORACION DE LOS RIESGOS

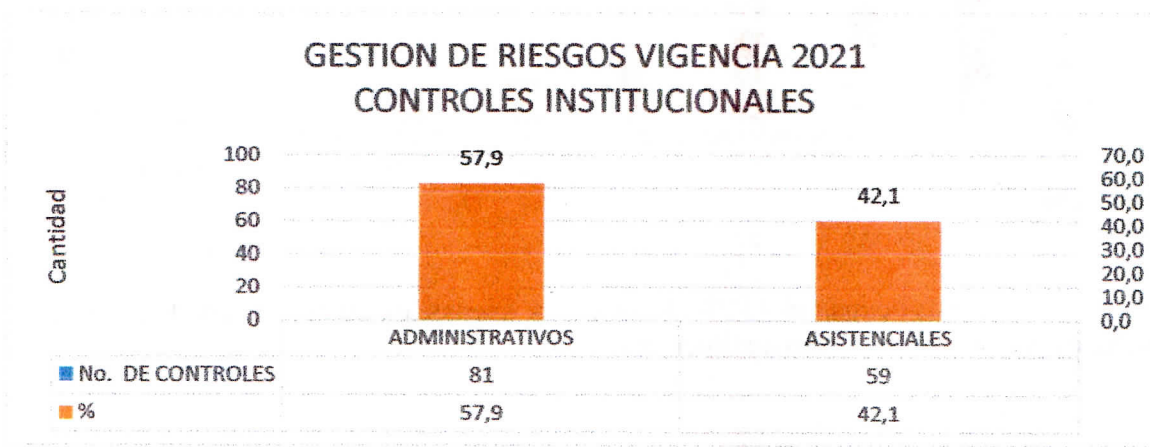
Riesgo inherente: La valoración inicial de los riesgos antes de aplicación de los controles, arrojó como resultado que los 111 riesgos quedaron distribuidos en el mapa de calor, en las zonas de riesgo que muestra la siguiente gráfica:



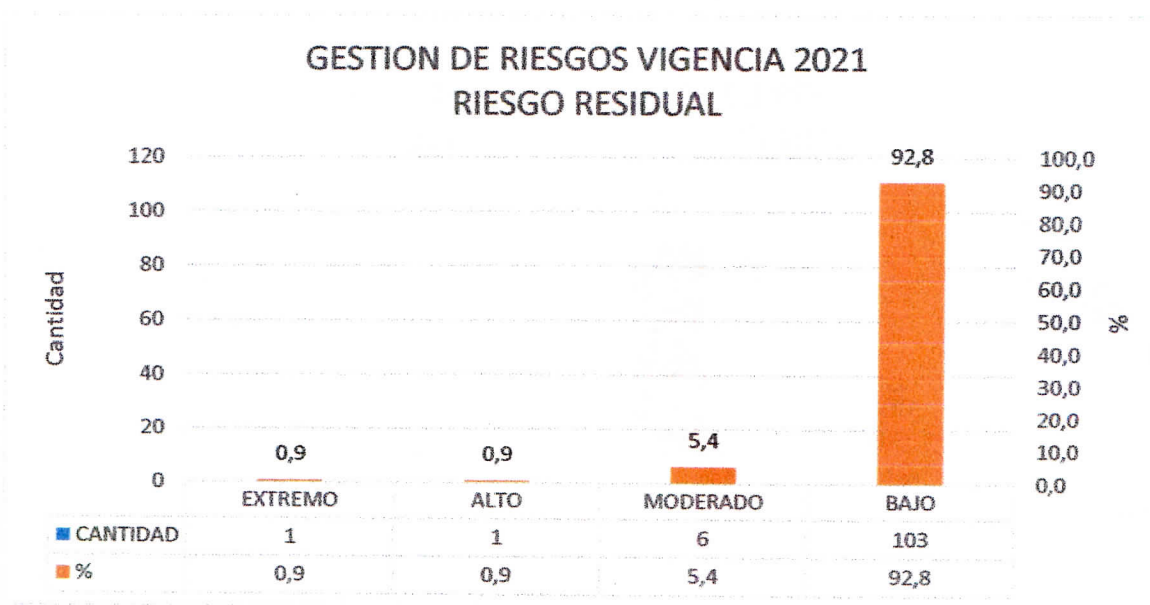
El 87% de los riesgos está ubicado en la zona de riesgo ALTO y el 10% en la zona de riesgo EXTREMO.

Así las cosas, la gestión del riesgo en la vigencia 2021, busca que un buen diseño y aplicación de controles sea tan sólido, que permita que los ubicados en zona de riesgo extremo desaparezcan, y los de zona de riesgo alto disminuyan a zona de riesgo moderado y zona de riesgo bajo en lo posible.

Controles: Se revisaron y ajustaron los controles existentes adoptando la metodología del DAFP, definiendo 140 controles para los 61 mapas de riesgo, a razón de dos controles en promedio por cada riesgo, como lo muestra la siguiente gráfica:



Riesgo residual: Una vez establecida la solidez de los controles, y habiendo realizado los debidos desplazamientos en el mapa de calor, se obtuvieron los riesgos residuales con la siguiente distribución:



El 93% de los riesgos quedaron en zona de riesgo bajo, 5% en zona de riesgo moderado y 1% en zona de riesgo alto y extremo.

Este riesgo residual extremo es de la clase “Gestión Administrativa”, del tipo “Cumplimiento” y está definido como “Posibilidad de que no se ejecute el proyecto de formalización laboral según la norma, en el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. en el tiempo definido por la ley”, que se daría por una **causa externa** como lo es la falta de voluntad política, competencia del Concejo Municipal para asumir tal compromiso.

El siguiente cuadro nos muestra el resumen del mapa de riesgos del Hospital para la vigencia 2021

SEGÚN AREA	SEGÚN MAPA DE PROCESOS	ZONA DE RIESGO	RIESGO	
			INHERENTE	RESIDUAL
ASISTENCIAL	MISIONALES	Extremo	2	0
		Alto	48	0
		Moderado	0	2
		Bajo	0	48
	Subtotal		50	50
ADMINISTRATIVA	ESTRATEGICOS Y DE APOYO	Extremo	9	1
		Alto	49	1
		Moderado	2	4
		Bajo	1	55
	Subtotal		61	61
TOTAL			111	111

ZONA DE RIESGO	RIESGO	
	INHERENTE	RESIDUAL
Extremo	11	1
Alto	97	1
Moderado	2	6
Bajo	1	103
TOTAL	111	111

Según el área - asistencial y administrativa – el número de riesgos son 50 y 61 respectivamente para un total de 111.

Frecuencia de riesgos: La siguiente tabla muestra como es la frecuencia de los riesgos en los procesos institucionales.

FRECUENCIA DE RIESGOS	CANTIDAD	%
Eventos clínicos	30	27,0
Incumplimiento normativo	15	13,5
Perdida de información	6	5,4
Desabastecimiento, vencimiento o daño de insumos	3	2,7
Cierre o suspensión de servicios	1	0,9
Accidentes laborales	1	0,9
Contaminación (personas, alimentos, agua)	3	2,7
HC incompleta	2	1,8
Falta de equipos	2	1,8
Barreras físicas	0	0,0
Otros	48	43,2
TOTAL	111	100,0

Es la “**posibilidad que se presenten eventos clínicos**” el riesgo con mayor frecuencia con un 27%, muy propio de las instituciones de salud, seguido del “**incumplimiento normativo**” con un 13.5% y en tercer lugar la “**pérdida de información**” con un 5.4%

Causas de los riesgos más frecuentes: Se presenta a continuación la frecuencia de las tres primeras causas de los principales riesgos institucionales:

CAUSAS DE EVENTOS CLINICOS	CANTIDAD	%
Falta adherencia a guías, protocolos y procedimientos institucionales	15	50,0
No apropiación del código de integridad.	8	26,7
Falta de controles en la custodia de los elementos e insumos	2	6,7
Otras	5	16,7
TOTAL	30	100,0

CAUSAS DE INCUMPLIMIENTO NORMATIVO	Frecuencia	%
Falta de adherencia a proceso de elaboración de informes	4	26,7
No apropiación del código de integridad.	3	20,0
Falta de oportunidad en generación y entrega de la información	3	20,0
Otras	5	33,3
TOTAL	15	100,0

CAUSAS DE PERDIDA DE INFORMACION	Frecuencia	%
Falta de adherencia a procesos administrativos	3	50,0
Daño u obsolescencia de hardware, software y redes	3	50,0
Otras	0	0,0
TOTAL	4	100,0

La causa más frecuente por la cual se pueden materializar los riesgos, es la falta de adherencia a guías, protocolos, procesos y procedimientos según aplique, tanto en el área administrativa como en el área asistencial. La segunda causa más común, es la “No apropiación del código de integridad” .

CONCLUSIONES

- ✓ En los 61 mapas de los procesos institucionales, se definieron 111 riesgos.
- ✓ Los riesgos operativos ocupan el 45.9% % de los casos, apenas lógico porque obedecen a las actuaciones propias de la misión institucional.
- ✓ El 87% de los riesgos inherentes está ubicado en la zona de riesgo ALTO y el 10% en la zona de riesgo EXTREMO.
- ✓ Se revisaron y ajustaron los controles existentes adoptando la metodología del DAFP, definiendo 140 controles para los 61 mapas de riesgo.
- ✓ El 93% de los riesgos residuales están ubicados en zona de riesgo bajo, 5% en zona de riesgo moderado y 1% en zona de riesgo extremo.
- ✓ Es la “posibilidad que se presenten eventos clínicos” el riesgo con mayor frecuencia con un 27% muy propio de las instituciones de salud, seguido del incumplimiento normativo con un 13.5% y en tercer lugar la “pérdida de información” con un 5.4%
- ✓ La causa más frecuente por la cual se pueden materializar los riesgos, es la “falta de adherencia a guías, protocolos, procesos y procedimientos” según aplique, tanto en el área administrativa como en el área asistencial. La segunda causa más común, es la “No apropiación del código de integridad” lo que se traduce en falta de compromiso institucional para hacer las cosas bien desde un principio.

RECOMENDACIONES

- Mantener actualizado guías, protocolos, procesos y procedimientos tanto administrativos como asistenciales.
- Aplicar sistemáticamente las herramientas definidas para evaluar la adherencia a guías, protocolos, procesos y procedimientos a todo el talento humano institucional independiente de su modo de vinculación y de sus funciones administrativas y/o asistenciales.
- Incluir en el Plan Institucional de Capacitación - PIC y en los procesos de inducción y re inducción, la socialización del Código de integridad y del servicio público adoptado por Resolución No 0386 de 2020.
- Socializar los mapas de riesgo por lo menos dos veces al año en cada procesos a cargo de sus respectivos coordinadores.

ACTUALIZACION DEL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION

Siguiendo la metodología del DAFP para este tipo de riesgos, se revisaron y actualizaron los riesgos de corrupción que se venían gestionando desde el año 2017. Se priorizaron 12 riesgos, dos de ellos de causas transversales por posibilidad de darse en todos los procesos. Estos 12 riesgos se incluyeron en los mapas suscritos por cada uno de los coordinadores y responsables de su gestión según pertinencia.

RIESGOS DE CORRUPCION
1. Posibilidad de apropiación de bienes, elementos, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización (Peculado, Peculado por apropiación, peculado por uso) o solicitar una dádiva a cambio de realizar u omitir un acto inherente a su cargo (Cohecho)
2. Posibilidad de dar un manejo inapropiado de los recursos destinados para el funcionamiento de la caja menor.
3. Posibilidad de hacer liquidación de los rubros de nómina y prestaciones sociales favoreciendo a un funcionario de planta
4. Posibilidad de realizar tráfico de influencias para gestionar turnos de consultas médicas y de procedimientos
5. Posibilidad durante la realización de sus funciones o actividades, acceder a los sistemas de información y alterar su configuración y resultados
6. Posibilidad de evitar la auditoría y radicación de las facturas para beneficio propio o de un tercero
7. Posibilidad de elaborar estudios previos y términos de condiciones para adquisición de insumos y medicamentos favoreciendo a un proveedor

RIESGOS DE CORRUPCION	
8. Posibilidad que los funcionarios del área jurídica, omitan algún requisito legal o trasgredan lo normado en el manual de contratación para favorecer a terceros la asignación de un contrato o vinculación de personal	
9. Posibilidad que los profesionales contratados para la defensa judicial, a cambio de dádivas, por acción u omisión, favorezcan los intereses de terceros (Cohecho)	
10. Posibilidad de omisión voluntaria del proceso de supervisión de contratos que favorezcan los intereses de terceros	
11. Posibilidad de prestar servicios de imagenología sin facturar para beneficio propio o de terceros	
12. Posibilidad de aceptar ofrecimiento de beneficios por acelerar los pagos (Concusión).	

Los riesgos “1. Posibilidad de apropiación de bienes, elementos, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización (Peculado, Peculado por apropiación, peculado por uso) o solicitar una dádiva a cambio de realizar u omitir un acto inherente a su cargo (Cohecho)” y “10. Posibilidad de omisión voluntaria del proceso de supervisión de contratos que favorezcan los intereses de terceros” son los considerados de causas transversales a todos los procesos.

Los cuadros siguientes resumen el mapa de riesgos de corrupción:

RIESGOS DE CORRUPCION 2020		
AREAS	No. RIESGOS DE CORRUPCION	No. DE CONTROLES
ADMINISTRATIVAS	8	10
ASISTENCIALES	2	2
ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL	2	3
Total	12	15

ZONA DE RIESGO	RIESGO		RIESGO	
	INHERENTE	%	RESIDUAL	%
Extremo	5	41,7	0	0,0
Alto	6	50,0	2	16,7
Moderado	1	8,3	4	33,3
Bajo	0	0,0	6	50,0
TOTAL	12	100	12	100

Se definen 15 controles para mitigar los 12 riesgos de corrupción.

Los riesgos inherentes se ubican en zona de riesgo ALTO y EXTREMO con un 50 y 41.7% respectivamente, y con la solidez de los controles, se reubican los riesgos en la zona de riesgo BAJO. MODERADO Y ALTO en un 50.0, 33.3 y 16.7% respectivamente.

CONCLUSION

La gestión de riesgos de corrupción basada en sus controles, es efectiva en el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. toda vez que el 50% de los riesgos residuales están en zona de riesgo bajo, y 33.3% en zona de riesgo moderado.

Durante el primer semestre de 2021, no se evidenció la materialización de alguno de los riesgos de corrupción.

SEGUIMIENTO A GESTION DEL RIESGO PRIMER SEMESTRE 2021

SEGUIMIENTO A RIESGOS POR PROCESOS			
Procesos	Cantidad	Con seguimiento	Cumplimiento
Administrativos	34	29	85,3
Asistenciales	27	21	77,8
TOTAL	61	50	82,0

SEGUIMIENTO A ACTIVIDADES DE GESTION DEL RIESGO			
Procesos	Cantidad	Con seguimiento	Cumplimiento
Administrativos	169	155	91,7
Asistenciales	107	87	81,3
TOTAL	276	242	87,7

CONCLUSIONES PRIMER SEMESTRE 2021

De los 61 mapas de riesgos suscritos, 50 reportaron información para su seguimiento con corte a junio de 2021, lo que equivale al 82% de cumplimiento.

De las 276 actividades específicas en los procesos para la gestión de los riesgos, 242 se llevaron a cabo para un cumplimiento del 87.7%.

Las acciones definidas para ejercer los controles a los procesos en sus puntos críticos y mitigar los posibles riesgos, han permitido que en cumplimiento de la misión, se lleve a cabo el desarrollo de guías, protocolos y procedimientos, reduciendo las incertidumbres sobre afectaciones potenciales que puedan surgir tanto en los procesos asistenciales como administrativos, manteniendo el riesgo en unas condiciones razonables, lo que se evidencia en los resultados de los indicadores.

RESULTADOS GESTION DEL RIESGO VIGENCIA 2021

Debido a la expedición de la Circular Externa 20211700000004-5 del 15 de septiembre de 2021 de la SUPERSALUD "por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos", así como la expedición de la Circular Externa 20211700000005-5 del 17 de septiembre de 2021 de la SUPERSALUD "instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018", se hace corte de la gestión y del seguimiento a los mapas de riesgo con corte a 30 de noviembre de 2021, con el objeto hacer la evaluación respectiva de la actual vigencia, e iniciar la nueva vigencia basados en estas directrices utilizando además la matriz de mapas de riesgos sugerida en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 5, de Diciembre de 2020, sugerida por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP

Los resultados son los siguientes:

SEGUIMIENTO A RIESGOS POR PROCESOS			
Procesos	Cantidad	Con seguimiento	Cumplimiento
Administrativos	34	34	100,0
Asistenciales	27	27	100,0
TOTAL	61	61	100,0

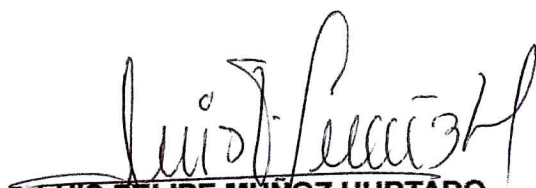
SEGUIMIENTO A ACTIVIDADES DE RIESGOS DEL PROCESO			
Procesos	Cantidad	Con seguimiento	Cumplimiento
Administrativos	161	161	100,0
Asistenciales	102	102	100,0
TOTAL	263	263	100,0

CONCLUSIONES

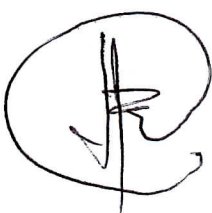
- ✓ Se realizó el ciclo completo de la gestión hasta su evaluación, a los 111 riesgos definidos para los 61 mapas de los procesos institucionales, incluyendo sus planes de mejora cuando hubo lugar a ello, para un cumplimiento del 100% en cuanto a su seguimiento.
- ✓ Se hizo el respectivo seguimiento semestral a los 140 controles establecidos según directrices del DAFP para los 61 mapas de riesgo.
- ✓ Igualmente se cumplió con las 263 actividades o acciones pactadas con los líderes para controlar y/o mitigar el riesgo en cada proceso para todos y cada uno de los riesgos definidos al inicio de la vigencia.
- ✓ Los riesgos operativos que ocuparon el 45.9% % de los casos, se mantuvieron en su calificación de riesgo residual inicial gracias a los controles y acciones de mejora establecidas en lo pertinente.
- ✓ Los riesgos residuales ubicados en zona de riesgo moderado 5% y en zona de riesgo extremo 1%, están bajo vigilancia permanente y no se materializaron gracias a los controles y acciones definidas para su prevención.
- ✓ Es la “posibilidad que se presenten eventos clínicos” el riesgo con mayor frecuencia con un 27% muy propio de las instituciones de salud, seguido del incumplimiento normativo con un 13.5% y en tercer lugar la “pérdida de información” con un 5.4%
- ✓ La causa más frecuente por la cual se pueden materializar los riesgos operativos o asistenciales, es la “falta de adherencia a guías, protocolos y procedimientos” El Indicador No. 63 “Porcentaje de adherencia a Guías de Atención” cerro a Noviembre de 2021 con un resultado de 95.5% en rango “SATISFACTORIO” lo que responde a la razón por la cual los riesgos se mantuvieron controlados dentro de los límites esperados en la actual vigencia.
- ✓ Respecto a los 12 riesgos de corrupción priorizados para su seguimiento, en esta vigencia solo en el proceso de facturación se presentó un incidente, en cuanto a una presunta apropiación de dineros producto de la atención en salud por parte de un colaborador, a quien luego de la respectiva notificación a las autoridades administrativas correspondientes, estas no concretaron tipificación alguna por falta de pruebas. Sin embargo, se aplicó plan de mejora que incluyó inicialmente separar al funcionario del cargo y luego del hospital, levantar el procedimiento de control de facturas con pago cero pesos, e ilustrar con carteleras a los usuarios para que exijan recibo de caja cada vez que hagan un pago en efectivo. En conclusión, no se pudo concretar que se tipificara delito alguno, y por lo tanto, no se concretó el riesgo como tal.

RECOMENDACIONES

- Mantener actualizado guías, protocolos y procedimientos tanto administrativos como asistenciales.
- Aplicar sistemáticamente las herramientas definidas para evaluar la adherencia a guías, protocolos y procedimientos a todo el talento humano institucional independiente de su modo de vinculación y de sus funciones administrativas y/o asistenciales.
- Incluir en el Plan Institucional de Capacitación - PIC y en los procesos de inducción y re inducción, la socialización del Código de integridad y del servicio público adoptado por Resolución No 0386 de 2020.
- Socializar los mapas de riesgo por lo menos dos veces al año en cada proceso a cargo de sus respectivos coordinadores.



LUIS FELIPE MUÑOZ HURTADO
Enf. G I Planeación



Vo. Bo. HUGO ERNESTO BURBANO DAZA.
Jefe Oficina Asesora de Planeación

