

**CONTROL INTERNO
No.110.20.11.021.2021
(Noviembre 23/2021)**

**INFORME DE SEGUIMIENTO MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL
PROCESOS MISIONALES
II SEMESTRE 2021**

La oficina de Control Interno dentro de su Rol de evaluación y seguimiento, presentó el Informe de Seguimiento realizado a la Matriz de Riesgos Institucionales en el II semestre de la vigencia 2021, con el fin de verificar los controles, estrategias y acciones implementadas para mitigar los riesgos identificados en los procesos de Gestión Atención Ambulatoria y Atención Hospitalaria de la Red de Salud del Suroriente E.S.E.

La Resolución No.100.16.1.218-2019 *“Por medio del cual se actualiza las políticas en materia de administración del riesgo y se determina la posición de las líneas de defensa para la red de salud del suroriente E.S.E. del Municipio de Santiago de Cali”*, en su Artículo 4º. define lo que es la administración del Riesgos, asegura la Gestión de los Riesgos a través de la Primera Línea defensa que está a cargo de la Gerencia y los Líderes de Proceso:

ARTÍCULO 4. FUNCIONALIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.

La administración del riesgo es un proceso dinámico, interactivo, continuo, lógico y sistemático desarrollado en cada área, en coordinación con la Secretaría de Planeación e Información, el monitoreo permanente de los líderes de proceso como el seguimiento y evaluación por la Oficina de Control Interno, plasmado en la herramienta denominada "Mapa de Riesgos" para los riesgos de gestión y corrupción y mediante la herramienta Matriz de Riesgos SGSI para los riesgos de seguridad digital. Los riesgos de gestión, y de corrupción como también las oportunidades identificadas, se consolidarán anualmente para conocimiento de todos los colaboradores la página web de la Entidad para su permanente consulta.

COMPONENTES DEL CONTROL INTERNO.

❖ **SEGUNDO COMPONENTE**

Gestión de los riesgos institucionales

1. Asegurar la gestión del riesgo en la Red de Salud del Suroriente E.S.E.

Este segundo componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo de los líderes de los procesos y de todos sus servidores, y permite identificar,

evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales

Primera Línea – Dirección y Líderes de Procesos, a quienes le corresponde:

- ✓ Identificar y valorar los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales
- ✓ Definen y diseñan los controles a los riesgos
- ✓ A partir de la política de administración del riesgo, establecer sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos específicos bajo la supervisión de la Dirección. Con base en esto, establecen los mapas de riesgos
- ✓ Identificar y controlar los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción en el ejercicio de sus funciones y el cumplimiento de sus objetivos, así como en la prestación del servicio y/o relacionados con el logro de los objetivos. Implementan procesos para identificar, disuadir y detectar fraudes; y revisan la exposición de la entidad al fraude con el Líder de Control Interno de la Red de Salud del Suroriente E.S.E.

1. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

1.1 Se realizó socialización de la nueva matriz de Riesgos Institucional Vigencia 2021 actualizada por el Coordinador de Planeación en el primer trimestre del 2021.

1.2 Se realizó socialización de la Resolución No.100.16.1.218-2019 *“Por medio del cual se actualiza las políticas en materia de administración del riesgo y se determina la posición de las líneas de defensa para la red de salud del suroriente E.S.E. del Municipio de Santiago de Cali”, para su conocimiento, apropiación e implementación y se menciona la normatividad relacionada:*

- Que la Ley 87 de 1993, en su Artículo 2º define los Objetivos del sistema de Control Interno. Atendiendo los principios constitucionales que deben caracterizar la administración pública, el diseño y el desarrollo del Sistema de Control Interno, el cual se orienta al logro de los siguientes objetivos fundamentales:
 - ✓ Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten;
 - ✓ Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional;

- ✓ Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad;
- ✓ Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;
- ✓ Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros;
- ✓ Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos.

1.3 CUADRO GENERAL DE LOS RIESGO IDENTIFICADOS EN LOS POR PROCESO MISIONALES:

- ❖ Se procedió a realizar un cuadro de la Clasificación de los Riesgos y cantidad de Riesgos identificados de los procesos misionales Atención Ambulatoria y Atención Hospitalaria , según la Matriz de Riesgos Institucional vigencia 2021:

PROCESO	TOTAL RIESGOS IDENTIFICADOS	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
GESTION ATENCION AMBULATORIA	3	0	1	2
GESTION ATENCION HOSPITALARIA	2	0	1	1
TOTALES	5	0	2	3

1.4 CUADRO GENERAL DE LOS RIESGO IDENTIFICADOS POR PROCESO MISIONAL: Se procedio a realizar un cuadro del

PROCESO	RIESGO IDENTIFICADO 2021	CALIFICACIÓN DEL RIESGO
GESTION ATENCIÓN AMBULATORIA	Falta de pertinencia en la atención médica, por falta de adherencia a guías y protocolos definidos institucionalmente.	ALTO
	Inasistencia de pacientes que solicitan cita en los diferentes servicios.	MEDIO
	Mal diligenciamiento de formatos y asistenciales (historia clínica, RIPS,	ALTO

	SIVIGILA, Evento Adverso)	
GESTION ATENCIÓN HOSPITALARIA	Falta de oportunidad en la atención en urgencias.	MEDIO
	Falta de pertinencia en la atención médica, por falta de adherencia a guías y protocolos definidos institucionalmente.	ALTO

Se observa que el proceso de Gestión Atención Ambulatoria presenta el mayor número de Riesgos Altos lo que se hace necesario mayor atención en los controles establecidos con el fin de mitigar la materialización del riesgo.

1.5 SEGUIMIENTO Y RESULTADOS DE LOS RIESGOS VALORADOS CON CALIFICACION ALTO.

Se identificaron los siguientes Riesgos en un nivel alto, los cuales son importantes resaltar las acciones realizadas tendientes a mitigar su materialización las cuales se detallan a continuación por proceso:

PROCESO	RIESGO IDENTIFICADO 2021	CALIFICACIÓN DEL RIESGO
GESTION ATENCIÓN AMBULATORIA	Falta de pertinencia en la atención médica, por falta de adherencia a guías y protocolos definidos institucionalmente.	ALTO
	Mal diligenciamiento de formatos y asistenciales (historia clínica, RIPS, SIVIGILA, Evento Adverso)	ALTO
GESTION ATENCIÓN HOSPITALARIA	Falta de pertinencia en la atención médica, por falta de adherencia a guías y protocolos definidos institucionalmente.	ALTO

2. SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES Y ACCIONES IMPLEMENTADAS PARA LA MITIGACION DE LOS RIESGOS DE ATENCION AMBULATORIA:

2.1 Falta de oportunidad en la atención en urgencias.

a. Controles establecidos: La forma eficaz de controlar el Triage es realizando monitoreo aleatorio a las historias clínicas desarrolladas por el personal del Triage de los diferentes tipos de clasificación inicial verificando objetividad y cumplimiento de Triage. Evidencias tablero de mando.

b. Acciones implementadas: Verificando objetividad y cumplimiento de Triage. Evidencias tablero de mando.

2.2 Falta de pertinencia en la atención médica, por falta de adherencia a guías y protocolos definidos institucionalmente.

a. Controles establecidos: Se realiza evaluación de manera aleatoria a las historias clínicas, desarrolladas por cada uno de los profesionales de la institución en sus diferentes ámbitos de atención donde se evidencia que se logra cumplimiento tanto para pertinencia como diligenciamiento superando la meta institucional con un cumplimiento por encima del 90%.

b. Acciones implementadas: Capacitaciones al personal asistencial de adherencias a guías de práctica clínicas. Hasta la fecha se han realizado capacitación como consta en las actas del segundo semestre.

3. SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES Y ACCIONES IMPLEMENTADAS PARA LA MITIGACION DE LOS RIESGOS DE ATENCION HOSPITALARIA.

3.1 Falta de oportunidad en la atención en urgencias.

a. Controles establecidos: La forma eficaz de controlar el Triage es realizando monitoreo aleatorio a las historias clínicas desarrolladas por el personal del Triage de los diferentes tipos de clasificación inicial verificando objetividad y cumplimiento de Triage. Evidencias tablero de mando vigencia 2021.

b. Acciones implementadas: Se Verifico objetividad y cumplimiento de Triage. Evidencias tablero de mando vigencia 2021

3.2. Falta de pertinencia en la atención médica, por falta de adherencia a guías y protocolos definidos institucionalmente.

- a. Se realiza evaluación de manera aleatoria a las historias clínicas, desarrolladas por cada uno de los profesionales de la institución en sus diferentes ámbitos de atención donde se evidencia que se logra cumplimiento tanto para pertinencia como diligenciamiento superando la meta institucional con un cumplimiento mayor del 90%. Se realiza evaluación de manera aleatoria a las historias clínicas, desarrolladas por cada uno de los profesionales de la institución en sus diferentes ámbitos.
- b. **Acciones implementadas:** Capacitaciones al personal asistencial de adherencias a guías de práctica clínicas. Hasta la fecha se han realizado capacitación como consta en las actas del segundo semestre del 2021.

4. RECOMENDACIONES:

- ❖ Se sugiere la modificación de la Resolución No.100.16.1.218 de noviembre 27 de 2019, de acuerdo a la nueva Guía de Administración del Riesgo emitida por el Departamento de la Función Pública-AFP, si consideran pertinente.
- ❖ Es indispensable que se involucren a los líderes de los procesos misionales y de Apoyo en la formulación de los Riesgos de Gestion (Institucionales), siendo estos los responsables de los riesgos de su proceso, conocedores de sus actividades diarias y de los Riesgos que con mayor frecuencia se pueden presentar.
- ❖ Asignar un coordinador para los Riesgos Institucionales y de Corrupción capaz de:
 - ✓ Determinar acciones que contribuyan a mitigar los riesgos.
 - ✓ Definir controles en materia de TIC.
 - ✓ Implementar políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en materia de control.
 - ✓ Fortalecer el desarrollo de las actividades de control a partir del desarrollo de las otras dimensiones de MIPG
 - ✓ Asegurar que el personal de la Red transite por ese mismo camino, a la Dirección le corresponde hacer seguimiento a la adopción, implementación y aplicación de los controles, por parte de los responsables de la gestión. De la misma forma, de los medios, mecanismos y procedimientos de control que aseguren que sus competencias se ejerzan y las actividades se llevan a cabo eficaz y eficientemente para la obtención de los resultados pretendidos.
 - ✓ Apoyar actividades que se pueden dar en el día a día de la gestión institucional o a través de evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías), y su propósito es valorar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; (iv) los

resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la Red.

- ❖ Fortalecer las rondas de seguridad mensual que incluya la evaluación pertinencia, la auditoría mensual de adherencia a guías clínicas y protocolos.
- ❖ Los líderes de los procesos misionales, no presentan a la Oficina de control interno los soportes y/o evidencias de los resultados del Tablero de mando del Triage y las actas de capacitación de adherencias a Guías de prácticas clínicas del personal asistencial.
- ❖ Los reportes de monitoreo elaborados por los líderes de proceso responsable, deberán ser verificados y evaluados por la Oficina de Control Interno con el fin de constatar que no se hayan presentado los Riesgos y en el evento que se hayan presentado verificar las acciones implementadas que mitigaron dichos Riesgos.
- ❖ Se puede concluir que durante la vigencia 2021, no se evidencio que los riesgos BAJO, MEDIO Y ALTO se hallan materializado, debido a la oportuna intervención de los líderes con la aplicación de los controles, estrategias y acciones implementadas.

INFORME ELABORADO POR:


ANA PATRICIA LOPEZ CHAVEZ
 Asesora de Control Interno