SALUD NORTE
Red de Salud del Norte E.S.E.

INFORME DE EVALUACIÓN ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Julio - Diciembre de 2019

Oficina de Control Interno
Red de Salud del Norte E.S.E.
Santiago de Cali, 30 enero de 2020

INFORME DE SEGUIMIENTO Y/O EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS

En el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG reglamentado mediante Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017 y con fundamento en la guía metodológica emanada del Departamento Administrativo de la Función Pública para la Gestión del riesgo, se elabora el presente informe sobre el comportamiento de los riesgos durante el periodo Julio - diciembre de 2019.

OBJETIVO

El presente informe tiene por objeto evaluar el comportamiento de los riesgos identificados por la entidad para cada uno de los procesos de nivel superior, así como la eficacia de los controles implementados para prevenir la ocurrencia de eventos de riesgo y el tratamiento dado a aquellos que se han materializado.

CONTEXTO DE LA ENTIDAD

En la plataforma estratégica de la empresa se identifican 17 procesos considerados de Nivel superior, los cuales después de la aplicación de la metodología adoptada mediante la política de administración del riesgo, permitió identificar 72 riesgos para el periodo evaluado.

IDENTIFICACION DE RIESGOS POR

PROCESO GESTIÓN ESTRATÉGICA

PROCESO	RIESGO IDENTIFICADO
Planeación	Incumplimiento del Plan de Gestión.
	Demora o no reporte de la información a los entes de control y entidades del sector
	Falta de calidad del dato en los reportes enviados.
	No realizar gestión a la información reportada por fuera del estándar. (análisis, seguimiento y planes de mejoramiento)
	No realizar actualización del direccionamiento estratégico cuando se requiera.
Gestión de la calidad	Implementación no exitosa de los estándares del SUA Nacional en todos sus procesos y sedes, no obteniendo el reconocimiento positivo del Ente Acreditador ICONTEC.
	Documentación no estandarizada.
	No implementación de los planes de acción de los hallazgos identificados en las auditorías.
	No cumplimiento del programa de auditorías de Calidad.
	Falta de adherencia del personal al programa de Seguridad del Paciente.
	Incumplimiento de requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad bajo la nueva norma ISO 9001:2015.
	Falta de competencia de los auditores internos.

GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN DE SERVICIO DE SALUD

Atención al usuario y participación social	Atención a paciente sin documento de identidad.
	Incumplimiento en el trámite del requerimiento del usuario.
	Mal direccionamiento del usuario.
Promoción y prevención	Inadecuada clasificación del riesgo del paciente.
	No realización de las actividades de acuerdo al riesgo identificado.
	No adherencia del personal asistencial a las guías y protocolos de manejo.
	Mal diligenciamiento de la Historia Clínica
	Causar daño al paciente en el proceso de atención en salud de forma involuntaria
Cirugía	Paciente que no cumple con las condiciones para la realización de la cirugía.
	Falta de adherencia a Guías de atención
	Mal diligenciamiento de la Historia Clínica
	Causar daño al paciente en el proceso de atención en salud de forma involuntaria
Hospitalización	Hospitalización no pertinente.
	Falta de adherencia a Guías de atención
	Mal diligenciamiento de la Historia Clínica
	Causar daño al paciente en el proceso de atención en salud de forma involuntaria
Urgencias	Fallas en la Clasificación del Triage
	Falta de adherencia a Guías de atención
	Mal diligenciamiento de la Historia Clínica
	Causar daño al paciente en el proceso de atención en salud de forma involuntaria
Apoyo diagnóstico y terapéutico	No informar al paciente sobre las condiciones para la toma del examen
	Falta de información al paciente sobre la preparación para el examen de imagenología correspondiente.
	Fallas en la identificación del paciente en el servicio de apoyo diagnostico
	Error en la toma de muestra o imagen diagnóstica
	Validación de resultados no concordantes con la clínica del paciente
	Causar daño al paciente en el proceso de atención en salud de forma involuntaria
Ambulatorio	Mal diligenciamiento de la Historia Clínica
	Falta de adherencia a Guías de atención
	Incumplimiento en las metas de producción
	Causar daño al paciente en el proceso de atención en salud de forma involuntaria

GESTIÓN DE RECURSOS Y DE APOYO

Gestión Administrativa y Financiera	Falta de registro de hechos económicos
	Presentar iliquidez financiera
	Perdida de Dinero, Falsificación documentos, suplantación de claves o permiso
	Informes extemporáneos.
	Ejecutar presupuestalmente los gastos atendiendo el reconocimiento de los ingresos

Gestión de Información	Caída del sistema de información.
	Daños en los equipos de cómputo (Monitor, mouse, teclado, impresora, CPU)
	Ataque de Virus o hacker
	Perdida de información
	No adelantar la identificación, análisis y evaluación de la seguridad y privacidad de la información.
Gestión de Insumos y Suministros	Incumplimiento en la ejecución del plan de compras.
	Demora en la entrega de los pedidos a los servicios.
	Falta de oportunidad y confiabilidad en la generación de la información.
Gestión de Recurso Físico	Deterioro de los activos y la edificación afectando a terceros
	Incidente y/o eventos adversos en el uso de Tecnología.
	Fallas en los equipos biomédicos y/o quirúrgicos
	Pérdida o sustracción de elementos
Gestión Ambiental	Inadecuada disposición final de los residuos generados en la institución.
	Incumplimiento de la norma ambiental
GESTIÓN HUMANA	No ejecución del plan de Bienestar Social
	Imposibilidad de implementación y puesta a disposición del Plan Institucional de Capacitación PIC
	Pago Conceptos de Nómina no Justificados
	Falta de oportunidad en la radicación y Gestión de cobro de las incapacidades ante las aseguradoras
Gestión Jurídica	Vencimiento de términos judiciales.
	Perdida de documentos o expedientes.
	Incumplimiento contractual.
	Incumplimientos normativos.

GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

PROCESO	RIESGO IDENTIFICADO
Control Interno	Auditorias que no responden a la problemática de la entidad
	Incumplimiento en los seguimientos responsabilidad de la Oficina de Control Interno.
	Incumplimiento y mala presentación de los informes

Después de analizar las causas de los riesgos, a partir de los aspectos relevantes tanto internos como externos que pueden ocasionar y/o afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales, se concluyen los Factores Internos y externos más relevantes que determinan causa de riesgos para la empresa:

FACTORES INTERNOS DE RIESGOS POR PROCESO	
Infraestructura	2
Personal	22
Procesos	53
Tecnología	2

FACTORES EXTERNOS DE RIESGOS POR PROCESO	
Económicos	5
Medioambientales	10
Políticos	7
Sociales	12
Tecnológicos	17

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

Durante este periodo para los 17 procesos de nivel superior de la empresa, se continúa con los 72 riesgos identificados durante el primer semestre, los cuales corresponden a la siguiente clasificación:

Proceso	Clase De Riesgos					Total
	Cumplimiento	Estratégico	Financiero	Operativo	Tecnología	
Ambulatorio				4		4
Apoyo diagnóstico y terapéutico				6		6
Atención al usuario y participación	1			2		3
Cirugía				4		4
Control interno	1			2		3
Gestión administrativa y financiera	1		1	3		5
Gestión ambiental	1			1		2
Gestión de información				2	3	5
Gestión de insumos y suministros				3		3
Gestión de la calidad	1			6		7
Gestión de recurso físico				4		4
Gestión humana	1		1	2		4
Gestión jurídica	3			1		4
Hospitalización				4		4
Planeación	2	2		1		5
Promoción y prevención				5		5
Urgencias				4		4
Total	**11**	**2**	**2**	**54**	**3**	**72**

Esta clasificación de riesgos permite afirmar que: De los 72 riesgos identificados para los procesos de la (54) son operativos asociados al quehacer de la empresa,(11) son de cumplimiento relacionados con la capacidad de la empresa para cumplir con los requisitos legales y contractuales; (2) estratégicos, (2)

financieros relacionados con el manejo de recursos de la empresa y (3) riesgos de tecnología, asociados fundamentalmente a la forma como la empresa enfoca asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

ANÁLISIS DEL RIESGO

De acuerdo con la calificación, evaluación y respuesta al riesgo, los (72) riesgos identificados para cada uno de los procesos se encuentran clasificados en la siguiente escala:

Zona de riesgos	Riesgos por procesos	
	Antes de controles	Después de controles
Baja	3	4
Alta	40	48
Moderada	13	17
Extrema	16	3

Lo anterior permite observar que la empresa antes de implementar controles tenía concentrados los riesgos así: (16) riesgos en zona extrema, (40) en zona alta, (13) en moderada y (3) en la zona baja.

La evaluación después de controles muestra una variación al pasar en la zona extrema de (16) a (3), constituyendo una disminución de (13); en la zona alta se pasa de (40) a (48) y trasladando a la zona moderada 4 riesgos quedando en (17), finalmente en la zona baja se incrementó un (1) quedando en (4) riesgos.

Con respecto a la probabilidad de ocurrencia el análisis permite observar lo siguiente:

Probabilidad	Riesgos por procesos	
	Antes de controles	Después de controles
Raro	46	65
Improbable	14	1
Posible	10	4
Probable	2	2
Casi seguro	0	0

La empresa concentra la probabilidad de ocurrencia antes de controles en raro con (46) riesgos, seguida de improbable con catorce (14) riesgos.
Después de controles la probabilidad de ocurrencia presenta variación así: Raro aumenta quedando con (65) riesgos, improbable disminuye en (13), quedando en (1) y posible disminuye en (6), quedando en (4) riesgos.

En el análisis del impacto se parte por analizar la calificación de ocurrencia y las consecuencias que pueden causar la materialización del riesgo para la empresa obteniendo los siguientes resultados:

IMPACTO	Riesgos por Procesos	
	Antes de controles	Después de controles
Insignificante	0	1
Menor	3	3
Moderado	15	20
Mayor	33	29
Catastrófica	21	19

De los (5) riesgos materializados durante el periodo se encuentran (2) zona de catastrófica, dos (2) en zona de impacto moderado y uno (1) en zona de impacto mayor.

VALORACIÓN DEL RIESGO

Después de realizar evaluación a los riesgos de proceso, se pudo observar que los controles implementados a los riesgos presentan el siguiente resultado:

Valoración de los controles	
Preventivo	66
Correctivo	6

VIGILADO Supersalud

ZONA DE RIESGOS DESPUÉS DE CONTROLES

El comportamiento de los riesgos después de controles permite observar un mejoramiento en la concentración de riesgos en la zona extrema al pasar de (16) riesgos a cuatro (04); la Zona de riesgo alta pasa de tener (40) riesgos a (47), la zona moderada pasa de (13) riesgos a (17) y la zona de riesgos baja pasa de tener (3) a (4) riesgos, tal como se observa en el siguiente cuadro:

PROCESO	Zona de riesgo Baja		Zona de riesgo Moderada		Zona de riesgo Alta		Zona de riesgo Extrema		Total
	Antes de controles	Después de Controles	Antes de controles	Después de controles	Antes de controles	Después de Controles	Antes de controles	Después de Controles	
Ambulatorio					2	4	2		4
Apoyo diagnóstico y terapéutico			2	2	2	4	2		6
Atención al usuario y participación social					3	3			3
Cirugía	1	1			2	3	1		4
Control interno	1	1			2	2			3
Gestión administrativa y financiera			1	1	3	4	1		5
Gestión ambiental			1	1	1	1			2
Gestión de información			1	1	2	4	2		5
Gestión de insumos y suministros					2	3	1		3
Gestión de la calidad		1	4	5	2	1	1		7
Gestión de recurso físico			2	2	2	2			4
Gestión humana			2	3	2	1			4
Gestión jurídica					3	3	1	1	4
Hospitalización	1	1		1	1	1	2	1	4
Planeación					5	5			5
Promoción y prevención					4	4	1	1	5
Urgencias				1	2	2	2	1	4
Total general	3	4	13	17	40	47	16	4	72

CONCLUSIONES

MATERIALIZACION DE RIESGOS

Durante el segundo semestre del 2019, se materializaron riesgos en cuatro (4) procesos, razón por la cual, desde la Oficina de Planeación y Calidad, se llevó a cabo el acompañamiento a los líderes de proceso para adelantar las acciones correctivas, el Análisis de Causas y Plan de Mejoramiento respectivo.

Los riesgos materializados durante el periodo julio - diciembre de 2019 fueron los siguientes:

Proceso	Tipo de Riesgo materializado	Riesgo materializado	Descripción y Acción de mejora
Apoyo diagnóstico y terapéutico	**Riesgo Operativo**	Fallas en la identificación del paciente en el servicio de apoyo diagnostico	En el servicio de imagenología se presentaron 4 eventos relacionado con reportes de No Conformes consistente en fallas o error en la identificación del paciente. con lo cual se constituye la materialidad del riesgo
	Riesgo Operativo	Error en la toma de muestra o imagen diagnóstica	También se registraron cinco (5) reportes donde se menciona la ocurrencia de no conformidades por error en la toma de los exámenes de imágenes diagnósticas., Por lo cual se procedió a tomar nuevamente los exámenes y a socializar los casos y a capacitar a los responsables
Hospitalización	**Riesgo Operativo**	Causar daño al paciente en el proceso de atención en salud de forma involuntaria	Se presentó un evento adverso (caída del paciente) estando al cuidado del acompañante, se clasificó como incidente, que no presentó alteración después de evaluación médica. Se continúa trabajando con el personal de seguridad del paciente y el asistencial del servicio para fortalecer el proceso de seguridad de paciente.
Promoción y Prevención	**Riesgo Operativo**	Mal diligenciamiento de la Historia Clínica	Durante el periodo se han presentado inconsistencias en el registro individual de prestación de servicio en la historia clínica. Lo anterior obligó a revisar y corregir los casos por parte del personal asistencial en acompañamiento de los líderes de programas y capacitar nuevamente al personal.
Ambulatorio	**Riesgo Operativo**	Causar daño al paciente en el proceso de atención en salud de forma involuntaria	Se materializó el riesgo, con la caída de un paciente al presentarse un daño en la silla donde se encontraba esperando ser atendido, Se procede atenderlo de manera urgente; se solicita por parte del proceso atención al usuario que los adultos mayores deben acudir a la consulta con acompañamiento y se reporta a mantenimiento para la revisión y reparación de silla.

RIESGOS DE CORRUPCION

Durante el periodo evaluado a la luz de la política Riesgos adoptada por la Red de Salud del Norte ESE, se pudo constatar que de los treinta y cinco (35) riesgos de corrupción identificados, no se presentó ningún evento que se identifique con la posibilidad de que, por acción u omisión, se haya usado el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado, en ninguno de los 17 procesos de nivel superior de la empresa.

También se pudo evidenciar la publicación en la página web de la empresa del Mapa de Riesgos de corrupción y el link Transparencia y Acceso a la Información Pública, dando cumplimiento así, a lo estipulado en el artículo 73 de la ley 1474 de 2011 y el artículo 9 de la Ley 1712 de 2014.

RECOMENDACIONES

En la adopción de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital - Versión 4 - octubre de 2018, suministrado por el Departamento Administrativo de la Función Pública, es importante adelantar el ejercicio de validar y priorizar los riesgos por parte de cada líder de proceso, a fin de que estos den respuesta a los requerimientos que al respecto tiene la empresa.

También se considera importante que en el ejercicio de actualización que adelante cada líder de proceso, dar prioridad a los riesgos materializados, con el fin de evaluar las causas, la efectividad de los controles y consecuencias. Esto con el fin de adelantar los ajustes, correctivos o nuevas acciones que permitan evitar o minimizar su ocurrencia.

La actualización de la metodología de Riesgos y las matrices resultantes del ejercicio depende del empoderamiento de los líderes de los procesos y los equipos de apoyo.

Midan Aguilar Usuriaga
Jefe de Oficina de Control interno
Red de Salud del Norte E.S.E.