

San José del Guaviare, 16 de enero de 2023

100-102-001-2022

Doctora
OVEIDA PARRA NOVOA
Gerente
E.S.E Hospital San José del Guaviare
San José del Guaviare

Asunto: Evaluación Riesgos de Gestión Segundo Semestre Vigencia 2022

Cordial saludo, Dra. Oveida,

De manera respetuosa remito evaluación del Mapa de Riesgos de Gestión, correspondiente al II semestre de la vigencia 2022; al respecto y de acuerdo a la verificación realizada a través de del software Almera de la Entidad, la ESE Hospital San José del Guaviare, ha identificado 34 Riesgos de Gestión, los cuales fueron tratados de conformidad a la política de Gestión del Riesgo adoptado por la entidad y sistematizados en el software Almera, donde cada responsable del control adjunta la evidencia de cumplimiento; la Oficina de Control Interno de Gestión, realizó evaluación al cumplimiento de los controles; cabe resaltar que este informe es publicado en la página web de la institución, así mismo el documento Excel Evaluación del Mapa de Riesgos de Gestión el cual es parte integral de este informe.

Tabla No 1.

RIESGOS DE GESTION II SEMESTRE VIG. 2022		
No. AREAS/SERVICIO/PROCESOS	No. RIESGOS IDENTIFICADOS	NO. ACTIVIDADES DE CONTROL
32	34	36

En la tabla No. 1 se observa que los 34 riesgos identificados, corresponden a 32 áreas, servicios o procesos de las mismas, entre tanto, para el tratamiento de los 34 riesgos de gestión identificados se establecieron 36 actividades de control; se informa que para el semestre evaluado se omitió una actividad de control, teniendo en cuenta que ésta se había asignado a un tercero.

Tabla No 2. Actividades de Control sin avance:

UNIDAD DE RIESGO	CONTROL	ESTADO	AVANCE	OBSERVACIONES
Esterilización	El líder del proceso de esterilización deberá establecer la necesidad de suscribir el contrato de mantenimiento anual de las autoclaves; de igual forma debe presentar y reportar la novedad del daño generado en los equipos cada vez que se presente.	Sin iniciar	0%	Se observa registro de solicitudes de elementos y dispositivos para el funcionamiento y operación del servicio de esterilización. Pero no se observa los soportes de lo propuesto en el control y las evidencias.

De acuerdo a la tabla No. 2 el control propuesto al riesgo identificado no presentó el registro u explicación del no reporte en el software establecido para tal fin. Es de anotar que se evidenció

"El Hospital a su Servicio"



información que no corresponde. El porcentaje que da la actividad no gestionada correctamente se valora en un 3%.

Tabla No 3. Actividades de control con cumplimiento parcial.

UNIDAD DE RIESGO	CONTROL	ESTADO	AVANCE	OBSERVACIONES
Servicio de Alimentación	El líder del proceso realizará capacitación sobre buenas prácticas de manufactura al personal manipulador de alimentos que opera en el servicio, con el fin de establecer un producto inocuo al paciente hospitalizado	Sin finalizar ejecución.	58%	Se evidencia 4 actas de socialización.
Tecnología Informática	El líder del área de sistemas realizará copias de seguridad periódicas de la base de datos del software Dinámica Gerencial para evitar la pérdida de información.	Sin finalizar ejecución.	50%	Se evidencia 1 informe y la frecuencia para realizar el control es semestral.
Auditoría de Cuentas Médicas	El líder del proceso deberá gestionar capacitaciones (en habilidades ofimáticas) para mejorar y optimizar la gestión de glosas	Sin finalizar ejecución.	50%	Se evidencia dos (2) informes del 2 y 3 trimestre de la gestión de auditoría de cuentas médicas correspondiente. No se evidencia listados de asistencia de los cursos de Excel, se evidencian comunicados a Talento Humano solicitando cursos de Excel para el personal del área.
Gobierno en Línea	El líder de Gobierno digital realizará capacitación a los líderes de las áreas sobre el manejo y la importancia de la ley de transparencia y el envío oportuno de la información mínima requerida para su respectiva publicación y cumplimiento en página web.	Sin finalizar ejecución.	70%	Se observa un correo en el que se compartió información /video el cual corresponde a la importancia y obligación de la publicación de la información; sin embargo no es una capacitación como se propuesto en el control y evidencia para el II semestre de la vigencia evaluada.
Cirugía	1-El líder del proceso de cirugía informará a las áreas de almacén y farmacia (o a quien corresponda) sobre requerimientos adicionales de insumos y medicamentos necesarios para la realización de jornadas adicionales, así como lo requerido para garantizar el mantenimiento del stock del servicio; de igual forma se realizará un reporte de los casos presentados mensualmente, en donde se encontraron novedades de las autorizaciones y procedimientos.	Sin finalizar ejecución.	50%	Se evidencia solicitudes de pedido realizadas al servicio farmacéutico y almacén mediante el software Dinámica Gerencial. (No se observa la Matriz de pacientes con novedad).
Terapia Física	1-El líder de terapia física realizará la socialización del manual de equipos y procedimientos de fisioterapia, así mismo, se debe implementar la verificación periódica del estado de las almohadillas.	Sin finalizar ejecución.	70%	Se evidencia ejecución del control realizado en el 2 semestre de 2022, y se observa que mensualmente se realizó verificación del estado de las almohadillas en el formato de listas de chequeo estado de almohadillas para electro estimulación.
Terapia Respiratoria	El líder del proceso de realizar la capacitación del protocolo de ventilación mecánica al personal del servicio, así mismo se implementará la lista de chequeo para	Sin finalizar ejecución.	50%	Se evidencia cumplimiento en la creación de la lista de chequeo de control de higiene. Sin embargo no hay registro

"El Hospital a su Servicio"

San José Del Guaviare. Calle 12 Carrera 20 - B. La Esperanza, TEL: (608) 5840535

Página Web www.esehospitalguaviare.gov.co



	verificar la adherencia al protocolo			de la capacitación.
--	--------------------------------------	--	--	---------------------

Se observa que a durante el II semestre 2022, 7 controles de mitigación de 7 Riesgos identificados dieron un cumplimiento parcial; estos controles corresponden a un 19% del universo de controles propuesto en el tratamiento del mapa de Riesgos de Gestión. Así mismo se observa que éstos controles alcanzaron un cumplimiento razonable entre el 50% y 70%.

Tabla No 4. Actividades de Control con cumplimiento de 100%.

UNIDAD DE RIESGO	CONTROL	ESTADO	AVANCE	OBSERVACIONES
Mercadeo	El líder del proceso de comunicación realizará programas radiales sobre los diferentes procesos y procedimientos de la entidad para el conocimiento de los usuarios.	Ejecutado	100%	Se evidencia un informe de programas en los medios de comunicación de la vigencia 2022.
Mercadeo	El líder del proceso de Planeación deberá Implementar un sondeo de mercado trimestralmente para brindar servicios de acuerdo a las condiciones de mercado.	Ejecutado	100%	Se observa 4 informes de sondeo de mercado durante el II semestre de 2022.
Seguridad y Salud en el Trabajo	El líder del proceso deberá realizar una mesa de trabajo con el área de Talento Humano, para articular actividades en beneficio de la salud mental de los trabajadores, de acuerdo al diagnóstico que arrojo el Sistema de Vigilancia Epidemiológico para Riesgo Psicosocial de la E.S.E Hospital San José del Guaviare, de igual forma se realizará un diagnóstico de clima laboral en dos servicios asistenciales, el cual será entregado en el segundo semestre de la vigencia 2022.	Ejecutado	100%	Se evidencia 2 informes diagnóstico de clima laboral de los servicios
Talento Humano	El líder de Talento Humano, deberá hacer seguimiento a los líderes de área sobre el impacto y eficiencia del objetivo del proceso durante la inducción y reinducción a los Servidores y contratistas, con el objeto de mejorar el logro del cumplimiento de metas institucionales.	Ejecutado	100%	Se evidencia informe de análisis a resultados de la encuesta realizada a los líderes de las áreas.
Gestión Documental	El líder del proceso deberá realizar la intervención de los fondos acumulados (clasificación, ordenación, organización y descripción de información) de acuerdo a la normatividad archivística la cual será presentada mediante un informe con sus respectivas evidencias, registro fotográfico y los (FUID) Formato Único de Inventario Documental, con el fin de propender la conservación y preservación de la memoria institucional.	Ejecutado	100%	Se evidencia el informe con actividades desarrolladas en la intervención de fondos acumulados. De igual manera se observa información adicional que complementa la gestión del control propuesto. Se observa que los formatos único de inventarios documental, registran fecha del 23/11/2022 y los otros archivos FUID no registran fecha; acción que no evidencia que la actividad se haya realizado en el I semestre de la vigencia 2022.

"El Hospital a su Servicio"



Control Interno Disciplinario	El profesional del proceso deberá emitir los autos de conformidad con lo establecido en la ley 1952 de 2019 reformada por la ley 2094 de 2021 y demás normas concordantes.	Ejecutado	100%	Se evidencia informes trimestrales y semestrales de la vigencia 2022
Costos	El líder del proceso de gestión de costos, realizara notificación a través de los canales de comunicación institucional (correo electrónico), donde se informa al área responsable las inconsistencias de las cotizaciones con respecto a la necesidad.	Ejecutado	100%	Se evidencia 2 informes semestrales de la gestión realizada frente a las cotizaciones para la contratación de bienes y servicios.
Auditoría Concurrente	Realizar el seguimiento diario de la historia clínica de los pacientes que ingresan a la E.S.E. Hospital San José del Guaviare.	Ejecutado	100%	Se evidencia los informes mensuales (6) de auditoría concurrente correspondientes al segundo semestre de 2022, de igual manera se evidencian los soportes complementarios al informe mensual, como los reportes de hallazgos de auditoría, socialización de hallazgos de auditoría y no conformidades asistenciales. Se recomienda implementar acciones de mejora frente a lo evidenciado en los informes.
Calidad	El equipo del área de Calidad deberá realizar asesorías y auditoria por grupos de estándar de acreditación, (Direccionamiento, Gerencia, Mejoramiento continuo, Ambiente físico, Talento Humano, información, Tecnología y Cliente asistencial) para el mejoramiento continuo de la entidad.	Ejecutado	100%	Se evidencia informe anual de aprendizaje organizacional, igualmente se evidencian actas de la asesoría y auditoria PAMEC correspondientes al 2 semestre 2022. Se recomienda anexar listados de asistencia de las actas.
Estadística	El líder de estadística realizará la socialización del manual de manejo de historias clínicas al personal del área de manera semestral, con el fin de dar cumplimiento a los requisitos para la entrega de la historia clínica de acuerdo a la resolución 1995 de 1999	Ejecutado	100%	Se evidencia cumplimiento del control diseñado. Se recomienda realizar medición de adherencia.
Gestión Ambiental	El profesional del Proceso de Gestión Ambiental realizara sensibilización mensual por cada uno de los servicios de las áreas administrativas y asistenciales de la ESE. Hospital San José del Guaviare sobre la adecuada segregación de los residuos biodegradables, biosanitarios y reciclables, de acuerdo con la resolución 2184 de 2019 (la cual establece el nuevo código de colores).	Ejecutado	100%	Se evidencia todas las evidencias propuestas. (listados de asistencia, registros fotográficos e informe semestral a través del formato de la ficha técnica de capacitación aprobada por el área de calidad)
Planeación	El líder del proceso deberá realizar seguimiento trimestral a las acciones y metas programadas en el plan de acción institucional para la vigencia 2022.	Ejecutado	100%	Se evidencia 4 informes de seguimiento al plan de acción correspondientes a cada trimestre de la vigencia 2022
Consulta Externa	El líder de consulta externa realizará un Informe trimestral de análisis de oportunidad, que servirá de base para la toma de decisiones en la subgerencia de servicios de salud.	Ejecutado	100%	Se evidencia 4 informes de análisis de indicadores de la prestación de servicios de salud cada uno de ellos correspondientes a cada trimestre de la vigencia 2022.

"El Hospital a su Servicio"

San José Del Guaviare. Calle 12 Carrera 20 - B. La Esperanza, TEL: (608) 5840535

Página Web www.esehospitalguaviare.gov.co



Epidemiología	El líder del proceso de epidemiología realizará capacitación a personal asistencial e inducción al personal nuevo sobre la importancia de la notificación de eventos en salud pública y el correcto diligenciamiento de las fichas epidemiológicas; igualmente se notificará a la coordinación médica y a la subgerencia de servicios de salud la falta de notificación de eventos por parte de los médicos.	Ejecutado	100%	Se evidencia cumplimiento de las actividades.
Hospitalización	El líder del proceso deberá realizar la capacitación sobre el protocolo de riesgo de caída para el personal de enfermería.	Ejecutado	100%	Se evidencia 2 fichas técnicas y listas de asistencia de capacitación, pretes y pos tes.
Imagenología	El líder del proceso realizará rondas periódicas en el servicio de imagenología de manera aleatoria, con el fin de verificar la utilización de las medidas de protección por parte de los tecnólogos.	Ejecutado	100%	Se evidencia formato de inspecciones al servicio de imagenología, correspondiente a los meses de enero a diciembre de 2022.
Imagenología	Realizar el control de docimetría mensual de cada tecnólogo donde se verifica el nivel de radiación a la que se expone	Ejecutado	100%	Se evidencia informe/lectura de docimetría de enero a noviembre, la del mes de diciembre manifiesta la coordinadora del servicio que la lectura del docimetría es entregada por el contratista a mediados o finales de enero de 2023, de otra parte, no hay contrato para el envío del docimetría. Por tanto, no se puede cargar. Se advierte en software Almera registra una evidencia pero al exporta la matriz registra otro información.
Laboratorio Clínico	1. Notificar al personal de manera inmediata las fallas presentadas, registrando en el libro de control, dar retroalimentación al personal que incurre en la falla sobre el manual de toma de muestras (gases arteriales), de igual manera realizar seguimiento de los hechos, reportar al referente de seguridad del paciente mediante software Almera.	Ejecutado	100%	Se evidencia el reporte en el formato de análisis y el registro en el libro de seguimiento al riesgo, en los casos presentados durante la vigencia.
Referencia y Contra Referencia	El líder del proceso de referencia debe realizar la revisión periódica de las remisiones de pacientes, para detectar inconsistencias en la justificación clínica no pertinente, así mismo debe solicitar al médico auditor la revisión de la remisión.	Ejecutado	100%	Se evidencia informe tecnico de las causas detectadas / pertinencia medica correspondiente al II semestre 2022.
Servicio Transfusional	1. El líder del servicio Transfusional aplica de manera mensual formato Guía de inspección - ejercicio de trazabilidad, con el fin de verificar el correcto procedimiento establecido.	Ejecutado	100%	Se evidencia que se realizó ejercicio de trazabilidad Guía de Inspección durante la vigencia 2022.
Servicio Transfusional	Realizar reinducción al protocolo de Transfusión Sanguínea intrahospitalaria al personal involucrado en fallas detectadas.	Ejecutado	100%	Se evidencia fichas técnicas de socialización, capacitación, pre tes y pos tes, al personal asistencial.



Transporte Asistencial	El líder de transporte asistencial realizará la socialización al personal auxiliar de enfermería responsable del cargue de la bitácora al software de DINAMICA GERENCIAL con el fin de aclarar dudas y sensibilizar la importancia del registro	Ejecutado	100%	Se evidencia cumplimiento en el control del riesgo con las capacitaciones y medición de adherencia con relación a los resultados de postes, correspondientes al II semestre de la vigencia 2022
Trabajo social	El líder del proceso debe realizar la notificación a la EPS de salida del paciente y solicita (la ubicación de albergues y transportes), una vez se obtiene la autorización respectiva de la EPS se realiza notificación a la entidad (red contratada) que autoriza el pagador (albergue, transporte y aerolínea) por medio de oficio de entrega, correo electrónico, y llamada.	Ejecutado	100%	Se evidencia cumplimiento de las acciones propuestas en el control. Se observa el registro de informes adicionales que dan cuenta de la atención a población vulnerable (Indígenas)
Unidad de Cuidados Intermedios	El líder del proceso capacitará al personal del servicio sobre el protocolo de prevención upp (ulceras por presión)	Ejecutado	100%	Se evidencia 1 ficha técnica de capacitación con los soportes del prestes y postes, así mismo se observa 1 ficha técnica de Seguimiento a la aplicación de la escala de Braden de valoración del riesgo de UPP en la dinámica gerencial
Unidad Materno Infantil	El líder del proceso realizará capacitación del protocolo de riesgo de caída al personal de enfermería (UMI)	Ejecutado	100%	Se evidencia ficha técnica de capacitación, prestes, postes y ficha técnica de seguimiento y capacitación en el diligenciamiento de las escalas institucionales de prevención de caída en el software Almera
Unidad Materno Infantil	Medir adherencia al protocolo de identificación del paciente al personal del servicio de la UMI	Ejecutado	100%	Se evidencia 1 ficha técnica de capacitación y 1 ficha técnica seguimiento a la identificación del paciente en los diferentes servicios asistenciales, con análisis del servicio materno infantil. Se observa en la información que visualiza almara que lo referido en "EVIDENCIA" es diferente a lo referido en la columna "EVIDENCIA" al exportar la matriz mapa de riesgos.
Urgencias	El líder del proceso realizara capacitación en el manual de administración de medicamentos para el personal de enfermería	Ejecutado	100%	Se evidencia ficha técnica de capacitación y 2 fichas técnicas de verificación de adherencia al manual de administración de medicamentos. Se observa acciones complementarias al control y evidencia propuestas, al mismo tiempo que falta cumplimiento en la frecuencia de la actividad del control.



SIAU	1. El líder del proceso de atención al usuario realizara el envío de la petición, queja y reclamo (PQRS) mediante correo institucional a las áreas responsables de establecer la respuesta oportuna, de igual manera se debe establecer recordatorios periódicos para la fecha de respuesta en el menor tiempo posible, así como también se debe presentar la gestión de las peticiones quejas y reclamos ante el comité de PQRS, con el fin de establecer acciones de mejora	Ejecutado	100%	Se evidencia cumplimiento en el control propuesto.
------	---	-----------	------	--

Se observó un 78% de cumplimiento a los controles plasmados en el mapa de Riesgos de Gestión, representado en 28 controles, los cuales fueron diseñados para mitigar la materialización de 26 riesgos identificados por 24 líderes de áreas o servicios de la E.S.E Hospital San José del Guaviare; se resalta que estas áreas están activas para mitigación de los riesgos y cumplimiento de sus objetivos.

Finalmente se observa, que aunque las áreas cargaron evidencias, estas no daban cumplimiento total a la actividad de control o en su defecto eran evidencias que no correspondían a la evidencia propuesta en el tratamiento del mapa de riesgo de gestión y en otras ocasiones no se cumplió el número de veces proyectada en la frecuencia de la actividad.

Dado que ésta evaluación corresponde no solo al II semestre sino también a la última de la vigencia 2022; las áreas no cuentan con más oportunidad para el cumplimiento de las actividades de control; sin embargo, el cumplimiento general de las actividades de los riesgos de gestión alcanzo una calificación del 89%.

Teniendo en cuenta lo anterior, se recomienda a las áreas y de manera particular al área de planeación en capacitar a los líderes de los procesos del contenido de la guía para la administración del riesgo, del DAFP, a fin de operar dicha herramienta y lograr mayor efectividad en el cumplimiento de las actividades de control como también de un eficiente tratamiento del mapa de riesgos de gestión.

Atentamente,

(ORIGINAL FIRMADO)

LUCEDY TRUJILLO LAZO

Jefe Oficina Control Interno de Gestión

Proyecto: Luz A. Parrado V.; Apoyo Prof. C.I.G

"El Hospital a su Servicio"

San José Del Guaviare. Calle 12 Carrera 20 - B. La Esperanza, TEL: (608) 5840535

Página Web www.esehospitalguaviare.gov.co

