

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN
RAFAEL DE TUNJA**

1

**INFORME
SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS POR PROCESO CON CORTE A
DICIEMBRE DE 2022**

**Elaborado
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**

Tunja, enero de 2023



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta que con la expedición del Decreto 1499 de 2017 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”, se crea un solo Sistema de Gestión y se alinea con el Sistema de Control Interno, hoy todas las entidades públicas requieren actualizar y/o implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, modelo que incorpora el Modelo Estándar de Control Interno MECI a través de la séptima dimensión del mismo.

2

Esta estructura requiere de un análisis articulado frente al desarrollo de las políticas de gestión y desempeño contenidas en el modelo y su efectividad en relación con la estructura de control, este último, aspecto especial para garantizar el buen manejo de los recursos, que las metas y objetivos se cumplan y se mejore la prestación del servicio a los usuarios, ejes fundamentales para la generación de valor público. Dentro de dicho Modelo se encuentra el componente denominado Evaluación de Riesgos.

Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las unidades de control interno o quien haga sus veces, evaluando aspectos, tanto internos como externos, que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizacionales, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control.

Artículo 17 del Decreto N° 648 de 2017 que modifica el Artículo 2.2.21.5.3 del Decreto N° 1083 de 2015, donde se define los roles que debe cumplir las oficinas de Control interno de Gestión Los cuales juegan un papel fundamental, a través de la asesoría, acompañamiento técnico y de evaluación y seguimiento a los diferentes pasos de la gestión del riesgo, que van desde la fijación de la política de administración de riesgo hasta la evaluación de la efectividad de los controles

En el marco de lo expuesto y el Rol de evaluación de la gestión del riesgo, se presenta el siguiente informe, teniendo en cuenta el mapa de riesgos institucional consolidado, y la política de administración del riesgo de la E.S.E hospital universitario san Rafael de Tunja



OBJETIVO

Evaluar el sistema de gestión de riesgos, analizando el diseño, efectividad y aplicación de los controles, validando que la línea estratégica, la primera línea y segunda línea de defensa cumplan con sus responsabilidades en la gestión de riesgos para el logro en el cumplimiento de los objetivos estratégicos, de acuerdo a lo establecido en Resolución 261 de 2022

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Revisar el adecuado diseño y ejecución de los controles para la mitigación de los riesgos que establecidos por parte de la Primer Línea de Defensa.
2. Hacer seguimiento a las actividades de control establecidas para la mitigación de los riesgos de los subprocesos que se encuentren documentadas y actualizadas.

3

ALCANCES DEL SEGUIMIENTO

La evaluación aplica para todos los Procesos y Subprocesos de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja que tiene identificados riesgos de proceso, en lo que corresponde al segundo semestre de la vigencia 2022

CRITERIOS DE EVALUACION

- Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
- Artículo 17 del Decreto N° 648 de 2017 que modifica el Artículo 2.2.21.5.3 del Decreto N° 1083 de 2015, donde se define los roles que debe cumplir las oficinas de Control interno de Gestión.
- Ley 1474 de 2011, por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión
- Guía para la administración del riesgo del departamento administrativo de la función pública. Versión 5
- Dimensión 7 Control Interno – Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG
- Resolución 261 de 2022 Política Administración de Riesgo.
- Manual de Gestión del riesgo OADS-M-02
- Guía Rol del las Oficinas de Control Interno o quien hace sus veces Versión 3

METODOLOGÍA:

Para esta evaluación y seguimiento la Oficina Asesora de Planeación dispuso un Link para el cargue y consolidación de los informes y las evidencias que soportan los avances en la gestión del riesgo en cada una de procesos de la E.S.E información compartida con esta Oficina y que junto con el Informe de seguimiento y monitoreo a riesgos realizado por la segunda línea de



defensa, Oficina de Planeación, se convierten en insumo para la generación del presente informe.

Para realizar el presente informe, la metodología adoptada consistió en verificar inicialmente la implementación de la primera y segunda línea de defensa de acuerdo a lo establecido en la Resolución 261 de 2022 Política Administración de Riesgo, y las herramientas de gestión de riesgos (Mapa de Riesgos de la ESE), procedimiento y Manual de Administración de Riesgos), con el fin de verificar su cumplimiento y la efectividad de sus controles

4

Hace parte de este informe archivo denominado: "Evaluación del Mapa de riesgos – segundo semestre de 2022", el cual contiene la matriz Excel donde se registraron las observaciones para cada uno de los 92 controles correspondientes a los 69 riesgos institucionales de los diferentes procesos del HUSRT

DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO

1. SEGUIMIENTO A LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

La Política de Administración de Riesgos tiene definido dentro de su estructura, el objetivo; el alcance; los responsables y sus roles; los lineamientos para seguimiento y monitoreo, manejo de riesgo materializados

Se evidenció que mediante Acta No 1 de reunión extraordinaria del Comité de Coordinación de Control Interno y gestión de calidad, la Alta Dirección en cumplimiento de sus funciones, aprobó la modificación de la resolución 116 de 2022 con de fin de actualizar e incluir mapas de riesgos para los procesos misionales, actualización realizada mediante la Resolución 261 del 30 de junio de 2022.

Se evidenció la publicación de la política de administración de riesgos en la página web institucional en la siguiente ruta:

<https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=247&seccion=transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica&slug=politicas-institucionales>

2. SEGUIMIENTO A LAS HERRAMIENTAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

En el sistema de gestión documental DARUMA se encuentra publicado el Procedimiento de Gestión y Administración de riesgos OADS-PR-11, dentro de sus actividades se encuentran descritas las etapas de identificación, análisis, evaluación, monitoreo y seguimiento de los controles establecidos, con el fin de prevenir o mitigar los eventos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y de procesos, Procedimiento con última actualización del 01 de julio de 2022

La actividad 15 del procedimiento indica que: Para riesgos de proceso y riesgos de los sistemas de Gestión se realiza un primer seguimiento por primera línea de defensa desde el rol del Responsable del proceso (Autocontrol) presentando reporte de seguimiento a la oficina de planeación en formato OADS-F-36. Segundo seguimiento Segunda línea de defensa desde el rol de la oficina de Planeación (Autoevaluación), y un tercer seguimiento desde la tercera línea de defensa desde el Rol de la oficina de Control Interno, Para mapas de riesgo de corrupción el seguimiento y monitoreo es cuatrimestral y lo realiza la oficina de Control Interno. Para seguridad de la información el seguimiento se realiza semestralmente y lo realiza la oficina de TIC.

5

La actividad 16 indica: la Oficina de Planeación generar informe a nivel institucional de seguimiento a la gestión del Riesgo desde el rol de la Segunda Línea de Defensa

Para dar cumplimiento a esta actividad la oficina de planeación radica informe en la oficina de control interno el 12 de enero de 2023 con la referencia **Monitoreo Mapa de Riesgos de proceso desde la segunda línea de defensa a corte 30 de diciembre de 2022**

La gestión del riesgo para todos los procesos incluidos los tercerizados de la entidad se realizará de acuerdo a lo establecido en la Guía de administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas versión 5 2020

Adicionalmente la institución cuenta con el MANUAL DE GESTION DEL RIESGO **CÓDIGO:** OADS-M-02 actualizado el 07 de julio de 2022 y cuyo objeto general es: Establecer los parámetros para la gestión del riesgo en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, asegurando la trazabilidad y seguimiento a los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.

3. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y CONTROLES

Conforme a la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas – versión 5; esta etapa tiene como objeto identificar los riesgos que estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.

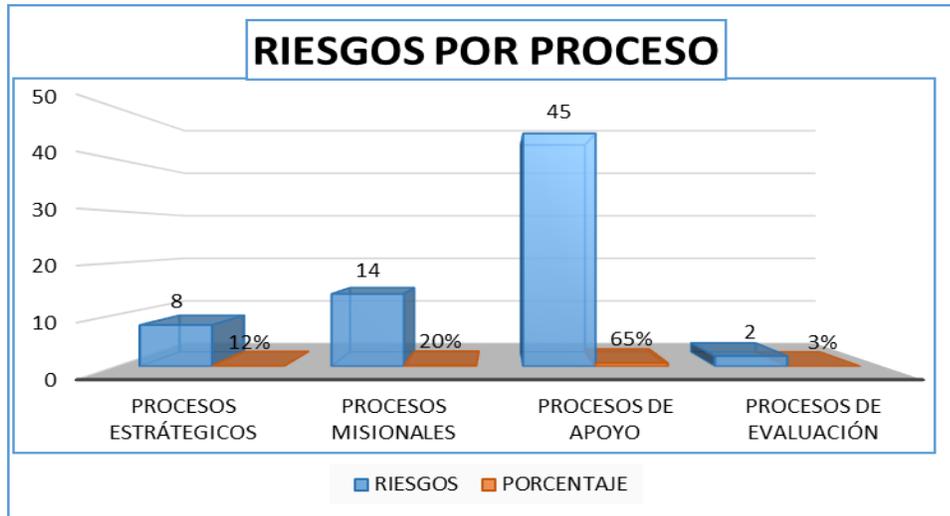
En el mes de junio de 2022, la Oficina asesora de Planeación realizo mesas de trabajo con el objetivo de identificar riesgos en los procesos misionales, ajustes mapas de riesgos en procesos de apoyo frente a identificación de riesgos específicos en algunos procesos según lo indicado por la Contraloría General de Boyacá.

Como resultado de estas mesas de trabajo se identifican nuevos riesgos y controles, actualizando el mapa de riesgos institucional de la vigencia 2022 a la versión 2, los cuales se distribuyen en los diferentes procesos de la siguiente manera:

	PROCESO	RIESGOS	CONTROLES	ACCIONES
PROCESOS ESTRATEGICOS	Direccionamiento Estratégico y humanización	1	1	1
	Gestión QHSE	2	4	2
	Gestión de investigación e innovación	2	2	0
	Gestión de talento humano	3	4	0
PROCESOS APOYO	Gestión Financiera	11	15	1
	Gestión Administrativa	15	17	6
	Gestión Documental	2	2	0
	Gestión de la Tecnología	2	3	2
	Gestión Mantenimiento	2	2	1
	Gestión de Suministros y Activos Fijos	3	4	1
	Gestión Jurídica	2	2	1
	Gestión Servicios de apoyo-TERCERIZADOS	1	2	1
	Gestión de sistemas de información y comunicación	3	6	1
	Gestión contratación	4	4	0
PROCESOS MISIONALES	Gestión Clínica	2	3	1
	Unidad de Cuidado Intensivo	2	3	1
	Gestión Quirúrgica	2	3	1
	Atención de Urgencias	2	3	1
	Enfermería	2	3	1
	Epidemiología y Salud Pública	1	1	0
	Gestión farmacéutica	0	0	0
	Sistema de información y atención al usuario	2	2	1
EVALUACION	Apoyo servicios de salud	1	1	0
	Control Interno	2	5	0
	TOTAL	69	92	23

Fuente: Consolidado matrices de mapas de riesgos de los procesos del HUSRT

El mapa de riesgos de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, tiene identificados 69 riesgos de proceso los cuales incluyen los servicios de apoyo (tercerizados) y 92 controles asociados respectivamente, dando cumplimiento a los lineamientos establecido en la Guía para la administración del riesgo del departamento administrativo de la función pública. Versión 5, los cuales se encuentran distribuidos en los 23 procesos de la entidad de la siguiente manera:



Fuente: Consolidado matrices de mapas de riesgos de los procesos del HUSRT

7

4. MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

Consultando la página web de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, se encontró publicada la matriz OADS-F-13, la cual contiene en su estructura, los siguientes componentes: Identificación de riesgo, análisis del riesgo inherente, Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual, además, cuenta con fórmulas para establecer la valoración de los riesgos y la valoración de los controles, matriz que se puede consultar en el siguiente enlace:

<https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=170&seccion=nuestra-entidad&slug=mapa-de-riesgo-institucional->

5. RESULTADO DE LA PARTICIPACIÓN DE LAS LINEAS DE DEFENSA

Teniendo en cuenta la metodología establecida en la Resolución 261 del 30 de junio de 2022 y el Manual de Gestión del riesgo OADS-M-02, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere la participación de las tres líneas de defensa, por lo que en el presente informe se incluye el seguimiento detallado realizado por cada una de las líneas, con el fin de verificar su desarrollo y efectividad.

PRIMERA LINEA DE DEFENSA.

Siguiendo los lineamientos de la Resolución 261 del 30 de junio de 2022, en el artículo 4 Responsabilidades del monitoreo y revisión de la gestión de riesgo, la Primera línea de defensa debe realizar seguimiento de autocontrol, dejando registro en el Formato de seguimiento y autocontrol de gestión de riesgos OADS-F-36.

SEGUNDA LINEA DE DEFENSA.

Siguiendo los lineamientos de la Resolución 261 del 30 de junio de 2022 en su artículo 5, se realizó un segundo seguimiento en el segundo semestre del año realizado por la oficina de planeación, suscrita al área de desarrollo de servicios, informe radicado en la Oficina asesora de control interno el 6 de enero de 2023.

TERCERA LINEA DE DEFENSA

La Oficina asesora de control interno como tercera línea de defensa, realiza la verificación del cumplimiento de la primera y segunda líneas de defensa, seguimientos realizados por procesos y descritos a continuación:

8

PROCESOS ESTRATÉGICOS

	PROCESO	RIESGOS	CONTROLES	SEGUIMIENTO 1a LINEA DE DEFENSA	SEGUIMIENTO 2a LINEA DE DEFENSA (Aplicación de los controles)	SEGUIMIENTO 3a LINEA DE DEFENSA
PROCESOS ESTRATEGICOS	Direccionamiento Estratégico y humanización	1	1	100%	100%	Se verifica la redacción de los riesgos y controles los cuales cumplen con lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5, Se evidencia que la aplicación del control es efectivo, para evitar la materialización del riesgo. Se evidencia seguimiento de la primera y segunda línea
	Gestión QHSE	2	4	50%	100%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se evidencia seguimiento parcial de la primera línea (Aportan formato OADS-F-36 solo de un riesgo) y seguimiento de la segunda línea de defensa.
	Gestión de investigación e innovación	2	2	100%	100%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se evidencia seguimiento de la primera y segunda línea de defensa, el proceso aporta las evidencias del control 1 en formatos desactualizados
	Gestión de talento humano	3	4	100%	100%	Se verifica la redacción de los riesgos y controles los cuales cumplen con lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5, Se evidencia que la aplicación del control es efectivo, para evitar la materialización del riesgo. Se evidencia seguimiento de la primera y segunda línea
	TOTAL	8	11	88%	100%	

Fuente: Propia – Revisión OACI seguimiento líneas de defensa

El seguimiento por parte de la primera línea de defensa de los procesos estratégicos, lo realizan 3 procesos de 4 que tiene identificados riesgos, **el proceso de Gestión QHSE no aporta evidencia del seguimiento realizado por la primera línea del riesgo, formato de autocontrol en el cual se registra la respectiva aplicación de los controles, y el resultado de la misma, se cuenta con las respectivas evidencias y formato OADS-F-36 (Posibilidad de sanciones debido al reporte extemporáneo de información legal a antes de inspección vigilancia y control frente a Resolución**

408 de 2018 (indicadores 2-Pamec y 10-Circular Única), Resolución 256 de 2016 y Decreto 2193 tabla de calidad)

PROCESOS MISIONALES

PROCESO	RIESGOS	CONTROLES	SEGUIMIENTO 1a LINEA DE DEFENSA	SEGUIMIENTO 2a LINEA DE DEFENSA (Aplicación de los controles)	SEGUIMIENTO 3a LINEA DE DEFENSA
Gestión Clínica	2	3	100%	100%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se evidencia seguimiento de la primera y segunda línea de defensa, sin embargo las evidencias aportadas del control 2 no permite establecer la efectividad del control
Unidad de Cuidado Intensivo	2	3	0%	50%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. No se evidencia seguimiento de 1a línea de defensa, No aportan evidencias del control 1 y 3, por lo cual no se pudo establecer la efectividad de los mismos
Gestión Quirúrgica	2	3	0%	0%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. No se evidencia seguimiento de 1a línea de defensa. No se pudo verificar la eficacia de los controles dado que no se aportaron las evidencias de aplicabilidad de controles
Atención de Urgencias	2	3	100%	75%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se evidencia seguimiento de la primera y segunda línea de defensa, No aportan evidencias del control 3, por lo cual no se pudo establecer la efectividad del mismo.
Enfermería	2	3	100%	100%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se evidencia seguimiento de la primera y segunda línea de defensa, las evidencias aportadas permiten establecer la efectividad de los controles.
Epidemiología y Salud Pública	1	1	100%	100%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se evidencia seguimiento de la primera y segunda línea de defensa, Las evidencias aportadas permiten establecer la efectividad de los controles.
Apoyo servicios de salud- consulta externa	1	1	0%	100%	Se verifica que los riesgos que estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se recomienda ajustar la redacción de los controles No se evidencia seguimiento de 1a línea de defensa, las evidencias aportadas permiten establecer la efectividad de los controles.
Sistema de información y atención al usuario	2	2	0%	100%	Se verifica que los riesgos que estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se recomienda ajustar la redacción de los controles No se evidencia seguimiento de 1a línea de defensa, las evidencias aportadas permiten establecer la efectividad de los controles.
TOTAL	14	19	50%	78%	

Fuente: Propia – Revisión OACI seguimiento líneas de defensa

El seguimiento por parte de la primera línea de defensa de los procesos misionales, lo realizan tres (4) procesos de los ocho (8) que tiene identificados riesgos, evidenciando que los procesos: **Gestión quirúrgica, UCI, apoyo Servicios de Salud (Consulta externa), y SIAU. Incumpliendo lo establecido en la Política de administración de riesgo y el Manual de gestión del riesgo el cual contempla lo siguiente:** Responsables de los procesos (Autocontrol) – Primer Línea de defensa- Encargados de realizar las acciones asociadas a los controles establecidos para cada uno de los riesgos identificados para su proceso, de acuerdo con la periodicidad establecida en la política de administración del riesgo de la entidad.

Durante la aplicación de las acciones de seguimiento cada líder de proceso debe mantener la traza o documentación respectiva de todas las actividades realizadas, para garantizar de forma razonable que dichos riesgos no se materializarán y por ende que los objetivos del proceso se cumplirán.

PROCESOS DE APOYO

PROCESO	RIESGOS	CONTROLES	SEGUIMIENTO 1a LINEA DE DEFENSA	SEGUIMIENTO 2a LINEA DE DEFENSA (Aplicación de los controles)	SEGUIMIENTO 3a LINEA DE DEFENSA CONTROL INTERNO
Gestión Financiera	11	15	0%	50%	Se verifica la redacción de los riesgos y controles los cuales se ajustan de acuerdo a lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se evidencia seguimiento de la primera y segunda línea de defensa, Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo
Gestión Administrativa	15	17	35%	75%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se evidencia seguimiento de la primera y segunda línea de defensa, El control 8 y 11 es parcialmente efectivos teniendo en cuenta que no se allego evidencia completa que permita establecer su efectividad. Para el caso del control 10 No se adjuntaron evidencias para verificar el control.
Gestión Documental	2	2	100%	50%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se evidencia seguimiento de la primera y segunda línea de defensa, los controles son parcialmente efectivos teniendo en cuenta que no se allego evidencia completa que permita establecer su efectividad
Gestión de la Tecnología	2	3	100%	100%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se evidencia seguimiento de la primera y segunda línea de defensa, Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo
Gestión Mantenimiento	2	2	100%	100%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se evidencia seguimiento de la primera y segunda línea de defensa, los controles son parcialmente efectivos teniendo en cuenta que allegan evidencias en formatos desactualizados
Gestión de Suministros y Activos Fijos	3	4	100%	75%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se evidencia seguimiento de la primera y segunda línea de defensa, no aportan evidencias de la aplicación del control 3
Gestión Jurídica	2	2	0%	50%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se evidencia seguimiento de la primera y segunda línea de defensa, los controles son parcialmente efectivos teniendo en cuenta que allegan evidencias en formatos desactualizados
Gestión Servicios de apoyo-tercerizados	1	2	100%	50%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se ajusta la redacción de los controles y soportes de evidencias. Se evidencia seguimiento de la primera y segunda línea de defensa, Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo
Gestión de sistemas de información y comunicación	3	6	67%	83%	Se verifica que los riesgos y controles estén redactados según lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas Versión 5. Se evidencia seguimiento de la primera y segunda línea de defensa. Los controles 1 y 5 Las evidencias aportadas no permiten establecer la efectividad del control , para el caso del control 6 no aportan soportes de evidencias
Gestión contratación	4	4	100%	75%	Es necesario realizar revisión y ajuste a de los controles 1, 2 y 3 ya que presenta debilidades en su definición y en su ejecución teniendo en cuenta que en auditoria realizada así como en seguimiento a secop se identificaron no conformidades que contribuyen a una posible materialización de este, siendo necesario su fortalecimiento lo que evidencia que este control es parcialmente efectivo.
TOTAL	45	57	24%	71%	

10

El seguimiento por parte de la primera línea de defensa de los procesos de apoyo, lo realizan 7 procesos de 10 que tiene identificados riesgos, **evidenciándose que los siguientes procesos. Gestión financiera, Gestión administrativa, Gestión de Jurídica, Incumplen lo establecido en la Política de administración de riesgo y el Manual de gestión del riesgo el cual contempla lo siguiente:** Responsables de los procesos (Autocontrol) – Primer Línea de defensa- Encargados de realizar las acciones asociadas a los controles establecidos para cada uno de los riesgos identificados para su proceso, de acuerdo con la periodicidad establecida en la política de administración del riesgo de la entidad. Durante la aplicación de las acciones de seguimiento cada líder de proceso debe mantener la traza o documentación respectiva de todas las actividades realizadas, para garantizar de forma razonable que dichos riesgos no se materializarán y por ende que los objetivos del proceso se cumplirán, actividad que se debe realizar diligenciando el Formato de seguimiento y autocontrol de gestión de riesgos OADS-F-36

EL proceso de gestión financiera envía correo el 13 de enero del 2023, explicando a la responsable del monitoreo de mapa de riesgos desde la segunda línea de defensa « Agradezco que por favor para el seguimiento del monitoreo de los riesgos se tenga en cuenta que nos encontramos en proceso de cierre de vigencia fiscal 2022 para la determinación de datos oficiales que son soporte para los reportes requeridos, tanto en mapa de riesgos como en POA, por lo cual una vez se concluya el cierre de vigencia y las conciliaciones de cifras entre las diferentes áreas se procederá a reportar la información solicitada; de igual manera, se reitera que desde el área de Financiera se ejecuta de manera permanente los controles para evitar la materialización de riesgos» Explicación que es tenida en cuenta para el seguimiento de la tercera línea de defensa.

Para el caso de los procesos de Gestión Administrativa Glosas y devoluciones aclaran que los informes trimestrales referentes a glosas y devoluciones están pendiente debido que son insumos para el cierre contable y presupuestal.

PROCESO DE EVALUACIÓN

	PROCESO	RIESGOS	CONTROLES	SEGUIMIENTO 1a LINEA DE DEFENSA	SEGUIMIENTO 2a LINEA DE DEFENSA (Aplicación de los controles)	SEGUIMIENTO 3a LINEA DE DEFENSA
PROCESOS EVALUACION	CONTROL INTERNO	2	5	100%	100%	El proceso de evaluación identifico riesgos y controles los cuales se diseñaron de acuerdo a lo establecido en la guía de administración de riesgos y controles definida por la función publica V- 5, las evidencias aportadas demuestran la adecuada aplicación de los controles y permiten evaluar la efectividad de los mismos.
	TOTAL	2	5			

Fuente: Propia – Revisión OACI seguimiento líneas de defensa

Se adjunta formato de autocontrol en el cual se registra la respectiva aplicación de los controles, y el resultado de la misma, formato OADS-F-36, se evidencia seguimiento de la primera y segunda línea de defensa, en el tiempo establecido según la Política de administración de riesgos.

6. RESULTADO SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESO TERCERA LINEA DEFENSA – CONTROL INTERNO

Para la evaluación del estado de la Gestión del Riesgo la Oficina Asesora de Control Interno del HUSRT, utilizó el archivo denominado: "Evaluación del Mapa de riesgos – segundo semestre de 2022", el cual contiene la matriz Excel agregándole una columna que contiene las observaciones realizadas por la Oficina de control interno segundo semestre 2022. En este aparte se registraron las conclusiones del análisis metodológico del diseño del control, se realizan comentarios acerca de la materialización u ocurrencia del riesgo y recomendaciones con el fin de mejorar el proceso de administración del riesgo y la aplicación de la metodología dispuesta por el DAFP.

12

Esta verificación se realizó en base a las evidencias que soportan los avances en la gestión del riesgo en cada una de los procesos de la ESE, las cuales fueron cargadas en el Link que dispuso la oficina de Planeación, en algunas ocasiones fueron tomadas otras evidencias que se encuentran publicadas en la página web del HUSRT, plataforma Daruma y evaluaciones o Auditorías realizadas por control interno

Se anexa matriz Excel donde se dejaron registradas las observaciones para cada uno de los 92 controles correspondientes a los 69 riesgos institucionales de los diferentes procesos del HUSRT, en la cual se analizaron los siguientes criterios:

6.1 DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS: Para realizar el análisis del diseño de los riesgos de los procesos se aplicaron los criterios indicados en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 5, diciembre de 2020 respectivamente, verificación realizada en el primer semestre de 2022.

6.2 DESCRIPCIÓN DE LOS CONTROLES. Para que un control este adecuadamente diseñado y que su implementación sea efectiva a la hora de mitigar un riesgo debe cumplir con los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 5, revisión realizada en el primer semestre de 2022

6.3 EJECUCIÓN DE LOS CONTROLES

Conforme a las directrices metodológicas de la *Guía para la administración del riesgo del departamento administrativo de la función pública. Versión 5*, ante la identificación de riesgos inherentes, corresponde el diseño y la aplicación de controles orientados a una debida orientación de los componentes de probabilidad e impacto asociados al riesgo y de esta manera disminuirlos a límites razonables según sea el caso, llegando a un nivel de riesgo residual.

Resultado de la aplicación del diseño e implementación de los controles, el panorama de los riesgos residuales reportados por el HUSRT, se presenta de la siguiente manera:

RIESGOS DE PROCESO	INHERENTE	RESIDUAL			
		EXTREMO	ALTO	MODERADO	BAJO
6	6	6			
35	35		24	11	
24	24			22	2
4	4				4
69	69	6	24	33	6

13

ZONA	EXTREMO	ALTO	MODERADO	BAJO
------	---------	------	----------	------

De acuerdo con la tabla anterior, se observa que después de realizar la respectiva valoración de controles, seis (6) riesgos quedaron ubicados en zona extrema, no presentaron variación después de controles y de los treinta y cinco (35) riesgos inherentes que se encontraban en zona alta, después de controles solo 11 pasaron a zona moderada.

De acuerdo con el seguimiento de este semestre, se detalla la efectividad de los controles de la siguiente manera:

CONTROLES EFECTIVOS			
	PROCESO	ID CONTROLES	EFFECTIVIDAD DE CONTROLES
PROCESOS ESTRATEGICOS	Direccionamiento Estratégico y humanización	5	EFFECTIVOS
	Gestión QHSE	3	EFFECTIVOS
	Gestión de investigación e innovación	7	EFFECTIVOS
	Gestión de talento humano	8,9,10,11	EFFECTIVOS
PROCESOS APOYO	Gestión Financiera	24,25,26,27,28,29,30,31,34,36,38,39,40	EFFECTIVOS
	Gestión Administrativa	5,6,7,9,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21	EFFECTIVOS
	Gestión de la Tecnología	55, 56, 57	EFFECTIVOS
	Gestión de Suministros y Activos Fijos	51, 52, 54	EFFECTIVOS
	Gestión Servicios de apoyo-TERCERIZADOS	43, 44	EFFECTIVOS
	Gestión de sistemas de información y comunicación	45,46,47,48	EFFECTIVOS
	Gestión contratación	2,3	EFFECTIVOS
PROCESOS MISIONALES	Consulta externa	1	EFFECTIVOS
	Enfermería	2,3,4	EFFECTIVOS

	Epidemiología	5	EFFECTIVOS
	Gestión Clínica	6,8	EFFECTIVOS
	Gestión quirúrgica	11	EFFECTIVOS
	Uci adulto, pediátrica y neonatal	13	EFFECTIVOS
	Urgencias	15 y 16	EFFECTIVOS
	Siau	18 y 19	EFFECTIVOS
PROCESOS EVALUACION	Control interno	1,2,3,4,5	EFFECTIVOS

14

Fuente: Propia- Consolidado valoración de controles

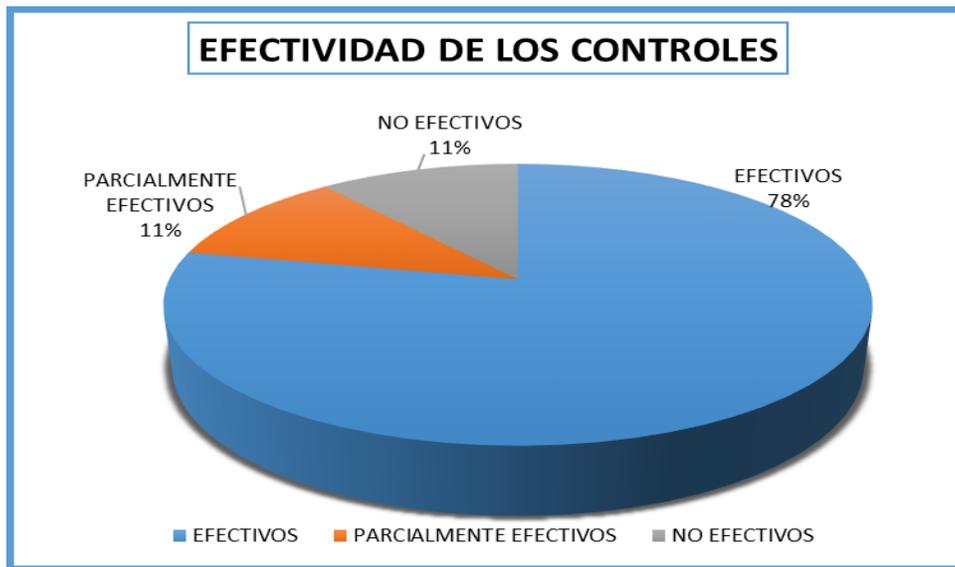
PARCIALMENTE EFECTIVOS Y/O NO EFECTIVOS					
PROCESOS MISIONAL	DE	Gestión Clínica	7	NO EFECTIVOS	No se adjuntaron evidencias para verificar el control.
		Gestión quirúrgica	9, 10	NO EFECTIVOS	No se adjuntaron evidencias para verificar el control.
		Uci adulto, pediátrica y neonatal	12, 14	NO EFECTIVOS	No se adjuntaron evidencias para verificar el control.
		Urgencias	17	NO EFECTIVOS	No se adjuntaron evidencias para verificar el control.
PROCESOS APOYO	DE	Gestión Documental	22	PARCIALMENTE EFECTIVOS	Las evidencias suministradas no permiten evaluar la efectividad del control.
			23	NO EFECTIVOS	No se pudo establecer la efectividad del control ya que las evidencias suministradas no permiten evaluar la efectividad del control.
		Gestión de Contratación	1	PARCIALMENTE EFECTIVOS	Las evidencias suministradas no permiten evaluar la efectividad del control.
			4	NO EFECTIVOS	No se pudo establecer la efectividad del control ya que las evidencias suministradas no permiten evaluar la efectividad del control.
		Gestión Administrativa	8, 11	PARCIALMENTE EFECTIVOS	Las evidencias suministradas no permiten evaluar la efectividad del control.
			10	NO EFECTIVOS	No se adjuntaron evidencias para verificar el control.
		Gestión de sistemas de información y comunicación	50	NO EFECTIVOS	No se adjuntaron evidencias para verificar el control
			49	PARCIALMENTE EFECTIVOS	Las evidencias suministradas no permiten evaluar la efectividad del control, soportes de evidencias incompletas
		Gestión de mantenimiento	41, 42	PARCIALMENTE EFECTIVOS	Las evidencias suministradas no permiten evaluar la efectividad del control, los soportes adjuntados se encuentran en formatos desactualizados
Gestión de Suministros y Activos Fijos	53	NO EFECTIVOS	No se adjuntaron evidencias para verificar el control.		



Gestión jurídica	39, 40	PARCIALMENTE EFECTIVOS	Las evidencias suministradas no permiten evaluar la efectividad del control, los soportes adjuntados se encuentran en formatos desactualizados
Gestión de Investigación e Innovación	6	PARCIALMENTE EFECTIVOS	Las evidencias suministradas no permiten evaluar la efectividad del control, los soportes adjuntados se encuentran en formatos desactualizados

Fuente: Propia- Consolidado valoración de controles

15



Fuente: propia-consolidado efectividad controles

Se evidencia que el 78% de controles asociados a los riesgos son efectivos, el 11% son parcialmente efectivo y el 11% no efectivos.

Al revisar la ejecución de los controles se encontró que, debido a que algunos procesos no suministran la información o la suministran de manera parcial o suministran evidencias que no corresponden al control, situación que no permite evaluar si el control ayuda a prevenir las causas que generan los riesgos, se establecen como no efectivo.

En resumen, en cumplimiento del rol de Gestión del riesgo la Oficina de control interno realiza las siguientes actividades:

Actividades desarrolladas por la OACI del HUSRT (tercera línea de defensa) en cumplimiento del rol de Gestión del riesgo	
ACTIVIDADES QUE DEBE DESARROLLAR	ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR OACI - HUSRT
Asesorar a la organización en metodologías, herramientas y técnicas para la identificación y administración de los riesgos y controles en coordinación con la segunda línea de defensa (Oficina de planeación, comités de riesgos).	Dando cumplimiento al cronograma de trabajo establecido por la oficina Asesora de Servicios de Salud/Planeación se realizan mesas de trabajo en el mes de junio de 2022, la oficina de control interno del HUSRT en su rol de asesoría acompaña estas mesas, en las cuales se elaboran 16 mapas de riesgos en los procesos misionales, se ajustan mapas de riesgos en procesos de apoyo. Actividades realizadas según los lineamientos de la Guía de administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas versión 5. 2020
Identificar y verificar durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el trabajo de auditoría interna, los cambios que podrían tener un impacto significativo en el sistema de Control interno.	Dando cumplimiento al Plan anual de auditorías, la Oficina asesora de control interno realizo un total de 13 auditorías a los siguientes procesos: Gestión Farmacéutica, Gestión Quirúrgica, Uci adulto, talento Humano, Comunicaciones y medio, Ingeniería Biomédica, sistemas, Cartera, Auditoria de cuentas médicas, presupuesto, contratación en las cuales se evaluó la efectividad de la Gestión del Riesgo en la Entidad, así como la adecuada aplicación de controles y se identificaron nuevos riesgos, adicionalmente producto de los resultados de las auditorias se elabora formato CORRELACION HALLAZGOS-RIESGOS, documento que se radica a la oficina Asesora de Servicios de Salud/Planeación , el cual es insumo para el proceso de identificación de riesgos para la vigencia 2023
Proponer espacios para el seguimiento de los riesgos (autoevaluación).	Dentro del Plan Anual de Auditoría basado en riesgos, se priorizaron aquellos procesos o unidades auditables que tienen mayor riesgo inherente.
Comunicar regularmente al comité de coordinación de control interno los Cambios e impactos en la evaluación del riesgo que resulten de la evaluación independiente.	En los comité de coordinación de control interno realizados bimensualmente, se comunica a los integrantes los resultados de las evaluaciones y/o seguimientos realizados por la Oficina de control interno (Informe de seguimiento mapas de riesgo de corrupción realizado cuatrimestralmente y el Informe seguimiento mapas de riesgos institucionales realizado semestralmente) , adicionalmente la Alta Dirección en cumplimiento de sus funciones, aprobó la modificación de la Política de administración de riesgos resolución 116 de 2022 con de fin de actualizar e incluir mapas de riesgos para los procesos misionales, teniendo en cuenta los hallazgos realizados por la Contraloría General de Boyacá.

Fuente: Guía rol de las unidades u oficinas de control interno -2018 DAFP

La oficina Asesora de Control Interno del HUSRT, dentro de su plan Anual de Auditorias para la vigencia 2022 realizó trece (13) Auditorías Internas de Gestión en las cuales NO se materializaron riesgos, las cuales se describen a continuación:

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA -MATRIZ DE SEGUIMIENTO AUDITORIAS REALIZADAS EN 2022								
N°	FECHA RADICACIÓN INFORME FINAL	PROCESO AUDITADO	TEMA	N° DE HALLAZGOS	N° DE HALLAZGOS REITERADOS	PLAN DE MEJORAMIENTO SI/NO	FECHA RAD PM	OBSERVACIONES
1	14/06/2022	TESORERIA	Realizar la verificación y seguimiento a las actividades que efectúa el área de Tesorería, con el fin de determinar el grado de cumplimiento en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja.	6	2	SI	15/07/2022	NO se materializaron riesgos; sin embargo, el proceso debe atender las observaciones dadas en el formato CORRELACIÓN HALLAZGOS RIESGOS
2	17/08/2022	CONTRATACION	Revisar y verificar el cumplimiento de la normatividad vigente y aplicable a la gestión contractual en sus diferentes etapas en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja.	6	2	SI	31/08/2022	NO se materializaron riesgos; sin embargo, el proceso debe atender las observaciones dadas en el formato CORRELACIÓN HALLAZGOS RIESGOS
3	30/09/2022	PRESUPUESTO	Verificar el cumplimiento del subproceso de presupuesto, según lo contemplado en la normatividad vigente aplicable y en los procedimientos internos del hospital Universitario San Rafael de Tunja, durante las diferentes fases del ciclo presupuestal.	1	0	SI	14/10/2022	NO se materializaron riesgos; sin embargo, el proceso debe atender las observaciones dadas en el formato CORRELACIÓN HALLAZGOS RIESGOS
4	15/11/2022	AUDITORIA CUENTAS MEDICAS	Verificar la gestión y devoluciones recibidas por prestación de servicios de salud, ante los responsables del pago y la aplicabilidad de la normatividad vigente en el proceso de Auditoría de Cuentas.	3	0	SI	29/11/2022	NO se materializaron riesgos; sin embargo, el proceso debe atender las observaciones dadas en el formato CORRELACIÓN HALLAZGOS RIESGOS
5	29/12/2022	CARTERA	Verificar el cumplimiento de los procedimientos, indicadores, formatos, riesgos y normatividad aplicable al subproceso	5	1	SI	16/01/2023	NO se materializaron riesgos; sin embargo, el proceso debe atender las observaciones dadas en el formato CORRELACIÓN HALLAZGOS RIESGOS
6	14/06/2022	INGENIERIA BIOMEDICA	Verificar las actividades realizadas por el proceso gestión tecnológica (biomédica), a partir de los procedimientos comprendidos en el ciclo de gestión y administración de los equipos biomédicos en aplicación de lo dispuesto en la normatividad vigente para la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja	3	0	SI	1/07/2022	NO se materializaron riesgos; sin embargo, el proceso debe atender las observaciones dadas en el formato CORRELACIÓN HALLAZGOS RIESGOS
7	22/08/2022	COMUNICACIONES Y MEDIOS	Realizar verificación y seguimiento a las actividades que efectúa el área de comunicaciones, con el fin de determinar el grado de cumplimiento en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja	5	0	SI	31/08/2022	NO se materializaron riesgos; sin embargo, el proceso debe atender las observaciones dadas en el formato CORRELACIÓN HALLAZGOS RIESGOS
8	22/11/2022	GESTIÓN TALENTO HUMANO	Verificar el cumplimiento de la política operación de talento humano y la ejecución del plan de trabajo del código de integridad, con el fin de medir la eficacia de los controles del proceso de gestión del talento humano de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja	5	0	SI	21/11/2022	NO se materializaron riesgos; sin embargo, el proceso debe atender las observaciones dadas en el formato CORRELACIÓN HALLAZGOS RIESGOS
9	19/12/2022	SISTEMAS	Verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la resolución 1519 de 2020 del ministerio de tecnologías de la información y las comunicaciones - Mintic, en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja	3	0	SI	30/12/2022	NO se materializaron riesgos; sin embargo el proceso debe atender las observaciones dadas en el formato CORRELACIÓN HALLAZGOS RIESGOS
10	30/12/2022	SISTEMAS	Verificar las actividades adelantadas por la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, para la implementación de la política de gobierno digital	3	2	N/A	N/A	NO se materializaron riesgos; sin embargo el proceso debe atender las observaciones dadas en el formato CORRELACIÓN HALLAZGOS RIESGOS



11	30/06/2022	GESTION QUIRURGICA/ SALA DE PARTOS Y GINECOLOGIA	Verificar la prestación del servicio de salud en el proceso de Gestión Quirúrgica/Salas de parto y Ginecología de acuerdo a los documentos institucionales, sistemas de información de la entidad y demás normas legales vigentes	9	0	SI	19/08/2022	NO se materializaron riesgos; sin embargo el proceso debe atender las observaciones dadas en el formato CORRELACIÓN HALLAZGOS RIESGOS
12	21/10/2022	UCI ADULTO	Verificar la prestación del servicio de salud en el proceso Unidad de cuidado Intensivo –UCI adulto, de acuerdo a los documentos institucionales, sistemas de información de la entidad y demás normas legales vigentes	7	0	SI	4/11/2022	NO se materializaron riesgos; sin embargo el proceso debe atender las observaciones dadas en el formato CORRELACIÓN HALLAZGOS RIESGOS
13	25/11/2022	FARMACIA	Verificar la gestión del Servicio Farmacéutico para garantizar la disponibilidad de medicamentos, insumos y dispositivos en todos los servicios teniendo en cuenta los criterios adoptados por la institución dentro de cada uno sus procedimientos, haciendo énfasis en la seguridad, continuidad, integralidad y oportunidad, así como la gestión del riesgo.	11	0	NO	PENDIENTE	NO se materializaron riesgos; sin embargo el proceso debe atender las observaciones dadas en el formato CORRELACIÓN HALLAZGOS RIESGOS
TOTALES				67	7			

Fuente: CODIGO: OACI-F-10 MATRIZ DE SEGUIMIENTO AUDITORIAS

Es importante que para la identificación de riesgos de la vigencia 2023, la segunda línea de defensa tener en cuenta las observaciones descritas en el formato CORRELACIÓN HALLAZGOS RIESGOS, radicados en la oficina Asesora de Servicios de Salud/Planeación

7. RESULTADO SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESO

La evaluación específica para cada uno de los noventa y dos (92) controles establecidos en el mapa de riesgos institucional. **Matriz de seguimiento "Evaluación del Mapa de riesgos – segundo semestre de 2022", archivo que se anexa a este informe.**

Para mayor facilidad de búsqueda el archivo Excel está organizado por proceso, en el cual se encontrarán las observaciones específicas y orden metodológico según los soportes que fueron examinados en cada caso. Se recomienda tener en cuenta esta información en para el diseño del mapa de riesgos de la vigencia 2023.

De acuerdo con el seguimiento realizado a los Riesgos de proceso se concluye lo siguiente:

- ✓ El seguimiento por parte de la primera línea de defensa la realizaron 14 procesos de los 23 que cuentan con Mapas de Riesgo.
- ✓ De acuerdo al Seguimiento por parte de la segunda línea se evidencia un cumplimiento del 100% en la aplicación de los controles en los procesos estratégicos, 71% de cumplimiento en los procesos de apoyo, 100% proceso de Evaluación y 78% en los procesos misionales.
- ✓ El diseño y redacción de los controles siguen la estructura propuesta por la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas

- ✓ De acuerdo con los seguimientos realizados por la tercera línea de defensa (Oficina de control interno) se pudo evidencia que no se han materializado riesgos de proceso.
- ✓ Debilidades en el seguimiento y monitoreo de la segunda línea de defensa, teniendo en cuenta que varios procesos adjuntan soportes de evidencias en formatos desactualizados o no incluyen la información necesaria para verificar la aplicabilidad del control.
- ✓ De los 24 procesos de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, el único que no tiene identificado riesgos de proceso es Gestión Farmacéutica

8. SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS SEGURIDAD DEL PACIENTE

Teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 261 de 2022 *Política de Administración de Riesgos de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA*, en su ARTÍCULO TERCERO, parágrafo 5 "...La gestión del riesgo de Seguridad el paciente se desarrollará de acuerdo a lo establecido en el eje 2 "Gestión del riesgo" del programa de Seguridad del paciente CODIGO: CA-PG-03, y teniendo en cuenta la meta 2, que define "Gestionar y monitorear los riesgos identificados en cada uno de los procesos involucrados en la prestación de servicios con el fin de evitar lesión en el paciente durante la atención en la institución.

Asimismo el artículo QUINTO SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE GESTION DE RIESGO...". El seguimiento a la implementación del plan de gestión del riesgo en seguridad del paciente se realizará en tres líneas de defensa de la siguiente manera:

- Un primer seguimiento en el segundo trimestre del año por el líder de proceso.
- Un segundo seguimiento en el tercer trimestre del año, realizado por la Oficina de Desarrollo de Servicios/Líder del programa de seguridad del paciente.
- Un tercer seguimiento en el cuarto trimestre del año, el cual será realizado por la Oficina de Control Interno.

El día 16 de enero de 2022, el profesional de la oficina de control interno, encargado de realizar seguimiento por parte de la tercera línea, descarga del listado maestro de documentos del software DARUMA el formato CA-F-75 MATRIZ DE RIESGOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, con el objeto de verificar el cumplimiento de la primera y segunda línea de defensa de los procesos y programas que los tiene identificados, evidenciando lo siguiente:

SEGUIMIENTO PRIMERA Y SEGUNDA LINEA RIESGOS SEGURIDAD DEL PACIENTE - PROCESOS			
PROCESO	RIESGOS	Seguimiento 1a Línea de Defensa	Observaciones 2a línea defensa
ENFERMERIA	6	Realizan seguimiento 17/03/2022 pendiente seguimiento corte junio de 2022	No se evidencia seguimiento de 2a línea de defensa.

GESTION CLINICA	6	Realizan seguimiento 15/04/2022 y 15/06/2022	No se evidencia seguimiento de 2a línea de defensa.
GESTION QUIRURGICA	6	Realizan seguimiento 30/06/2022	No se evidencia seguimiento de 2a línea de defensa.
UCI ADULTOS	6	Realizan seguimiento 30/06/2022	No se evidencia seguimiento de 2a línea de defensa.
UCI PEDIATRICA	4	Realizan seguimiento 18/07/2022	No se evidencia seguimiento de 2a línea de defensa.
UCI NEONATAL	8	Realizan seguimiento a los controles de 4 riesgos de los identificados	No se evidencia seguimiento de 2a línea de defensa.
URGENCIAS	9	No se evidencia seguimiento de 1a línea de defensa.	No se evidencia seguimiento de 2a línea de defensa.
GESTION FARMACEUTICA	2	No se evidencia seguimiento de 1a línea de defensa.	No se evidencia seguimiento de 2a línea de defensa.
CENTRAL DE MUESTRAS	6	No se evidencia seguimiento de 1a línea de defensa.	No se evidencia seguimiento de 2a línea de defensa.
EPIDEMIOLOGIA	2	No se evidencia seguimiento de 1a línea de defensa.	No se evidencia seguimiento de 2a línea de defensa.
APOYO SERVICIOS SALUD-IMAGENELOGIA	8	No se evidencia seguimiento de 1a línea de defensa.	No se evidencia seguimiento de 2a línea de defensa.
APOYO SERVICIOS SALUD-LABORATORIO	9	No se evidencia seguimiento de 1a línea de defensa.	No se evidencia seguimiento de 2a línea de defensa.
APOYO SERVICIOS SALUD-PATOLOGIA	5	No se evidencia seguimiento de 1a línea de defensa.	No se evidencia seguimiento de 2a línea de defensa.
CIRUGIA VASCULAR	5	No se evidencia seguimiento de 1a línea de defensa.	No se evidencia seguimiento de 2a línea de defensa.

Fuente: formato CA-F-75 MATRIZ RIESGOS SEGURIDAD DEL PACIENTE – DARUMA-16/02/2022

El seguimiento por parte de la primera línea de defensa de los procesos y servicios, lo realizan 5 procesos de 14 que tiene identificados riesgos de seguridad del paciente, evidenciando que los siguientes proceso: Uci Neonatal, Urgencias, Gestión farmacéutica, Central de muestras, Epidemiología, imageneología, Laboratorio, Patología y Cirugía vascular, No realizaron el correspondiente seguimiento que se debía realizar con corte a Junio, adicionalmente no se observa seguimiento de la segunda línea (líder del programa de seguridad del paciente), la cual se debería realizar en el tercer trimestre del año.

SEGUIMIENTO PRIMERA Y SEGUNDA LINEA RIESGOS SEGURIDAD DEL PACIENTE- PROGRAMAS		
PROGRAMAS	Seguimiento 1a Línea de Defensa	Observaciones 2a línea defensa
PIEL SANA	Seguimiento realizado 30/06/2022	No se evidencia seguimiento de 2a línea de defensa
SOPORTE NUTRICIONAL	No se evidencia seguimiento de 1a línea de defensa	No se evidencia seguimiento de 2a línea de defensa
FARMACOVIGILANCIA	No se evidencia seguimiento de 1a línea de defensa	No se evidencia seguimiento de 2a línea de defensa
TECNOVIGILANCIA	No se evidencia seguimiento de 1a línea de defensa	No se evidencia seguimiento de 2a línea de defensa
USO RACIONAL DE AB	No se evidencia seguimiento de 1a línea de defensa	No se evidencia seguimiento de 2a línea de defensa
PMC	No se evidencia seguimiento de 1a línea de defensa	No se evidencia seguimiento de 2a línea de defensa
B-24	No se evidencia seguimiento de 1a línea de defensa	No se evidencia seguimiento de 2a línea de defensa

Fuente: formato CA-F-75 MATRIZ RIESGOS SEGURIDAD DEL PACIENTE – DARUMA-16/02/2022

En cuanto a los riesgos de seguridad del paciente de los programas, se evidencia que solo en programa de piel sana realizo seguimiento por parte de la primera línea de defensa, **adicionalmente no se observa seguimiento de la segunda línea (líder del programa de seguridad del paciente), el cual se debería realizar en el tercer trimestre del año.**

A la vez el ARTÍCULO SEGUNDO de la Resolución 453 de 2022...” Por medio de la cual se deroga la resolución 155 de abril de 2022, y se aprueban los ajustes a los programas institucionales en su, relaciona los siguientes programas institucionales:

21

- PROGRAMA SOPORTE METABÓLICO NUTRICIONAL (Res. 100 de 2016)
- PROGRAMA MADRE CANGURO (Res. 172 de 2017)
- PROGRAMA B24 (RES. 148 DE 2018)
- ATENCIÓN DEL PACIENTE CON ATAQUE CEREBOR-VASCULAR (ACV) ISQUEMICO AGUDO (RES. 044 DE 2019)
- PROGRAMA DE AMIGOS DEL CORAZON (Res. 055 DE 2018)
- PROGRAMA DE CLINICA DE HERIDAS (Res. 141 de 2015)
- PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA (Res. 095 del 2014)
- PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA (Res. 096 de 2014)
- PROGRAMA DE USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS (Res. 036 de 2016)
- PROGRAMA DE REACTIVOGILANCIA (Res. 089 de 2014)
- PROGRAMA ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA (RES. 258 DE 2018)
- PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE (RES. 200 DE 2017)

Al comparar con los programas relacionados anteriormente con el formato CA-F-75 MATRIZ DE RIESGOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, se observa que los siguientes programas no tiene identificados riesgos como son: Programa amigos del corazón, atención de víctimas de violencia sexual y atención del paciente con ataque cerebro vascular

Como resultado del seguimiento realizado por la oficina de control interno se pudo establecer lo siguiente:

1. Incumplimiento al artículo tercero- párrafo 5. de la Política de Administración de riesgos “...La gestión del riesgo de Seguridad el paciente se desarrollará de acuerdo con lo establecido en el eje 2 “Gestión del riesgo” del programa de Seguridad del paciente CODIGO: CA-PG-03.
2. Incumplimiento al artículo quinto de la Política de Administración de riesgos SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE GESTIÓN DE RIESGO de la primera y segunda línea de defensa en los tiempos establecidos
3. Incumplimiento a lo establecido en el ARTICULO QUINTO. SEGUIMIENTO Y MONITOREO del Programa programa de Seguridad del paciente CODIGO: CA-PG-03...” consignar en la columna de LINEAS DE SEGUIMIENTO de la CA-F-75 MATRIZ DE RIESGOS

RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE las observaciones, comentarios, soportes adicionales generados del seguimiento, registrando la fecha de realización.

Lo cual permite observar debilidades en la adherencia del programa de Seguridad de paciente, se requiere implementar estrategias para fortalecer la gestión del riesgo, el fortalecimiento de la cultura de seguridad, adecuada aplicación de los controles establecidos, cumplir con los tiempos establecido para el seguimiento y monitoreo de estos, diseñar una herramienta que permita realizar un seguimiento óptimo de acuerdo con las líneas de defensa.

22

Es importante gestionar y monitorear los riesgos identificados en cada uno de los procesos involucrados en la prestación del servicio con el fin de evitar lesión en el paciente durante la atención en la institución.

SEGUIMIENTOS RIESGOS SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 261 de 2022 Política de Administración de Riesgos, Artículo 5 Seguimiento y monitoreo Gestión del Riesgo el cual establece « Para los riesgos identificados en Seguridad de la información El Hospital Universitario San Rafael de Tunja y su equipo evaluará el desempeño de la implementación de la metodología para el levantamiento y gestión de riesgos de los activos de información , por medio de un monitoreo que permita hacer seguimiento de las gestiones que se están llevando a cabo y evaluar la eficiencia en su puesta en marcha, adelantando comprobaciones al menos una vez al semestre o cuando la entidad lo considere necesario, evidenciando y comunicando constantemente a la alta gerencia aquellas situaciones o causas que puedan estar influyendo en la aplicación de las acciones de tratamiento»

Teniendo en cuenta lo anterior, la oficina Asesora de Control interno solicitó el 26 de enero de 2022, por correo electrónico al líder del proceso de Sistemas y Comunicaciones el resultado de monitoreo realizado de riesgos de los activos de información corte segundo semestre 2022, información que no fue allegada a esta Oficina

Lo cual permite evidenciar un Incumplimiento al artículo QUINTO SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LA GESTION DEL RIESGO de la resolución 261 de 2022 Política de administración de riesgos Para los riesgos identificados en seguridad de información El Hospital universitario San Rafael de Tunja y su equipo "Evaluará el desempeño de la implementación de la metodología para el levantamiento y gestión de riesgos de, los activos de información", por medio de un monitoreo que permite hacer seguimiento de la gestiones que están llevando a cabo y evaluar la eficiencia en su puesta en marcha, adelantando comprobaciones al menos una vez al semestre o cuando la entidad lo considere necesario, comunicando a la alta dirección aquellas situaciones o causas que pueden estar influyendo en la aplicación de las acciones de tratamiento.

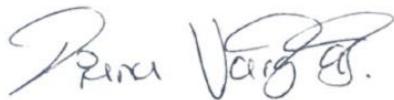
Adicionalmente a lo contemplado en el Capítulo 10 EVALUACION **MANUAL METODOLÓGICO PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN**

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- La gestión del riesgo para todos los procesos incluidos los tercerizados de la entidad se realizó de acuerdo con lo establecido en la Guía de administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas versión 5- 2020
- Conforme al seguimiento realizado a la Política de Administración de Riesgos de la entidad, se concluye que ésta no está siendo implementada como ha sido definida, lo que genera incumplimiento de la normatividad interna, poniendo en riesgos los objetivos del HUSRT y los objetivos del Sistema de Control Interno de asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros, por tal razón se recomienda al Programa de Seguridad del paciente dar cumplimiento al monitoreo y seguimiento en los tiempos establecidos, apoyando y asesorando a los líderes de los programas en la actualización de los mapas de riesgos y sus respectivos controles.
- Se recomienda al responsable de la seguridad de la información identificar los riesgos de seguridad de la información, que incluyen: la información de activos en contenedores, la identificación del riesgo, el análisis del riesgo y la definición de controles, a la vez realizar el respectivo monitoreo semestral o en el momento que se determine, aplicando y proponiendo los correctivos y ajustes que sean necesarios para emprender un efectivo manejo de los riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información.
- Continuar con el fortalecimiento de la cultura de autocontrol en la realización de las diferentes actividades inherentes a la aplicación de controles en el mapa de riesgos de gestión institucional teniendo en cuenta que al verificar el monitoreo realizado por la primera línea algunos procesos no adjuntaron soportes del diligenciamiento del formato OADS-F-36 , adicionalmente se observó el diligenciamiento de formatos desactualizados
- Se recomienda a la segunda línea de defensa tener en cuenta para la identificación de riesgos de la vigencia 2023, las observaciones descritas en el formato CORRELACION HALLAZGOS-RIESGOS
- En aras de evitar la materialización de riesgos y en concordancia con la cultura de autocontrol; recordar a los líderes de procesos que son ellos con el apoyo de su equipo los responsables de implementar y monitorear permanentemente los controles.
- Hace parte integral de este informe, la **Matriz de seguimiento "Evaluación del Mapa de riesgos – segundo semestre de 2022"** donde quedan registradas las observaciones y recomendaciones para cada uno de los riesgos y sus controles. Algunas de las observaciones se encuentran en el presente informe porque se consideraron relevantes, pero la mayoría se deben consultar en la respectiva matriz.

- Se recomienda a los líderes de proceso, verificar las evidencias presentadas para demostrar el cumplimiento de cada uno de los controles, dando cumplimiento a los tiempos establecidos , teniendo en cuenta que se evidenciaron formatos desactualizados lo que permite observar la falta de monitoreo por parte de los líderes de proceso.
- Se ajusta informe preliminar de acuerdo a las observaciones allegadas por los siguientes procesos: Gestión financiera, Gestión QHSE, Gestión del talento humano y gestión de la tecnología.

Anexo: Matriz de seguimiento "Evaluación del Mapa de riesgos – segundo semestre de 2022"



DIANA LIZBETH VARGAS GONZÁLEZ
Asesora de Control Interno
ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Proyectó: Claudia S. Sáenz Jiménez
Profesionales Universitario OACI

Apoyo Verificación: Nayarith Ochoa, Gustavo Molano





Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

