



INFORME DE GESTIÓN SEGUNDO SEMESTRE DE 2023- RESUMEN EJECUTIVO

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS

DIANA CRISTINA AGUDELO HENAO
OFICIAL DE RIESGOS COA
febrero de 2024

OBJETIVO

Informar a los miembros de la Junta Directiva, los resultados de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus diferentes subsistemas en el segundo semestre de 2023, de acuerdo con los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud mediante las Circulares Externas 2021170000004-5 y 2021170000005-5 de 2021.

1. Sistema integrado de gestión de riesgos – SIGR: Principales actividades

- Se logró una eficacia del plan de mejora de 2023 de un 70%, de las 29 acciones generadas, se logró un cumplimiento de 20 de ellas. Entre las acciones pendientes, está la implementación de la segmentación SARLAFT/FPADM y la socialización del SIGR para todos los empleados y sus subsistemas que son responsabilidad exclusiva del oficial de riesgos; además de otras actividades como definición del contexto interno y externo del COA, la documentación del perfil epidemiológico y situación de salud de la población, que dependen de otros procesos.
- Se creó el comité de riesgos y buen gobierno en julio y se realizaron dos sesiones.
- Se actualizó el mapa de procesos, se definió la identificación de riesgos para 5 macroprocesos y 35 procesos y subprocesos; de éstos, faltan 7 procesos por la identificación de los riesgos y por caracterizar.
- En los meses de octubre y noviembre, se realizó acompañamiento a los gestores de riesgos en el seguimiento de los riesgos de sus procesos, vinculación de indicadores y definición de planes de acción para los riesgos con severidad residual alta y extrema y otros riesgos que consideraban necesario implementar acciones de mejora.
- Se realizó la presentación de la capacitación para la inducción y reinducción en el colegio de gestión del riesgo, a las cuales, se hará seguimiento en 2024.
- Se realizó el seguimiento de manera trimestral al 54% del total de riesgos identificados, por parte de los líderes de procesos.
- Se establecieron 38 planes de acción, de los cuales, se cerraron 7 (18%), 5 tienen algún avance (13%), 22 (57%) están vencidos y 4 (10%) están dentro de los tiempos establecidos para su ejecución.
- Se solicitó a los directores de calidad, proceso financiero y contable e infraestructura, incluir en los proyectos nuevos en la entidad en 2024, los riesgos de éstos, financieros, operacionales y de lavado de activos, financiación del terrorismo y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.
- Se presentaron los informes a la Supersalud de la Circular Externa 4-5 de 2021 y Circular Externa 003 de 2018.
- Estructuré una metodología del plan de continuidad basado en documentos de la Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Telecomunicaciones y modelo de la Función Pública, se socializó con el auditor interno de Clínica Imbanaco y lo propuso para implementación en todas las clínicas del grupo, sin embargo, en reunión con las otras clínicas, se definió buscar una asesoría externa, se va a solicitar como valor agregado al corredor de seguros.
- La circular externa 2022151000000053-5-de-2022 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, da los lineamientos para establecer el Programa de transparencia y ética empresarial -PTEE- en las instituciones de salud, el plazo de implementación era agosto de 2023; varios lineamientos de SICOFS ya implementados aplican para este programa, Al cierre de este informe nos envían las actas de aprobación del PTEE y el documento del programa, el cual, estuvo a cargo del área jurídica del grupo empresarial.

1.1. Riesgo en salud

En octubre y noviembre, los gestores de riesgos con el acompañamiento de la coordinación de seguridad del paciente y oficial de riesgos realizaron el seguimiento a cada uno de los riesgos de los procesos asistenciales, se reevaluaron y se establecieron acciones de mejora para algunos de ellos, de esta manera, de los 191 riesgos, 1 se encuentra en zona extrema, 3 en zona alta y 47 tienen un nivel de severidad moderado, correspondiente al 27% del total de riesgos, todos estos serán priorizados en el ciclo PAMEC¹ 2023 – 2024, el cual está enfocado en el Sistema integrado de gestión de riesgos, ya que, al ser transversal, impacta la gestión de la seguridad del paciente y, de manera general, la calidad de la prestación de servicios.

1.2. Riesgos en procesos administrativos

- En el segundo semestre, se identificaron 11 riesgos adicionales, respecto al primer semestre, en total, hay 99 riesgos en los procesos administrativos, de los cuales, 85 se encuentran en zona baja, 11 en zona moderada, 2 en zona alta y 1 en zona extrema.
- Se establecieron acciones de mejora en los procesos de gestión de infraestructura, gestión de tecnología de la información, gestión de tecnología biomédica, gestión de riesgos y en el sistema de seguridad y salud en el trabajo; de las cuales, se cerraron o tienen un avance 7 de ellas.
- Se registraron 17 eventos de riesgo relacionado con hurto de pertenencias del personal de la salud, de paciente; hurto de medicamentos, fallos en el servidor, interrupción en servicio de energía y agua, inconsistencias en inventario físico y de sistema de medicamentos.

1.3. Actividades priorizadas para 2024

- Articular los planes de acción de los riesgos con los planes de mejora institucionales.
- Subir a Almera los riesgos corporativos que se enviaron a casa matriz en 2023.
- Documentar el anexo 3 del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos - SIGR: alertas tempranas, indicadores y seguimiento de cada uno de los subsistemas de riesgos.
- Realizar sensibilización del SIGR a todos los empleados y contratistas (profesionales por honorarios médicos).
- Realizar el plan de continuidad, el cual, debe ser aprobado por la Junta Directiva.
- Se tiene un avance importante en la documentación del perfil epidemiológico, falta completarlo con el contexto de la situación de salud del territorio, información que se solicitó a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia y secretaría del municipio de Envigado.
- Definir las alertas tempranas, modelos e indicadores en el cuadro de mando en Almera para los riesgos financieros, en salud, actuariales y reputacionales.
- Identificar riesgos reputacionales y estratégicos.

2. Sistema de administración de riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva – SARLAFT/FPADM.

- Se documenta el procedimiento de debida diligencia y se socializa con los líderes de los procesos en donde hay riesgos LAFT.
- Se presentaron los reportes mensuales a la UIAF.

¹ Plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad

- Se realizó seguimiento a la debida diligencia de las contrapartes en el segundo semestre, como medida principal para prevenir los LAFT/FPADM, para los clientes se tuvo un cumplimiento del 100%, proveedores cumplió en 56% y para los empleados el indicador se encuentra en 100%, una mejora sustancial respecto al primer semestre, en el cual los resultados fueron del 95%, 27% y 59%, respectivamente.
- Se continuó con la actualización de datos anual, se obtuvo un cumplimiento para los clientes del 85%, para los proveedores fue del 47% y del 73% para los empleados; se evidencia una mejora sustancial para los dos primeros, pues en el primer semestre fue del 59% para los clientes y 20% para los proveedores, mientras que para los empleados se mantuvo igual.

2.1 Actividades pendientes

- Documentar el procedimiento de segmentación, a la fecha de entrega de este informe se tienen las variables definidas.
- Diseñar formatos para recibir donaciones, un formato específico para personas expuestas políticamente y los instructivos para los formatos que se encuentran publicados en la página web.
- Reinducción y capacitación para los procesos críticos a través del desarrollo de talleres.

3. Sistema de Administración de Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno - SICOF

- Se diseñó la presentación de capacitación en el colegio de gestión del riesgo para la inducción y reinducción de los colaboradores en 2024.
- Se documentó el procedimiento de la línea de transparencia en relación con los tipos de reportes, confidencialidad de la información, responsables del análisis por tipo de caso, protección del denunciante; los lineamientos de declaración de conflicto de intereses y lineamientos en relación con los regalos y atenciones. En 2024, el enfoque será en la sensibilización.
- Se identificaron los segmentos para el seguimiento de los riesgos de corrupción, fraude y soborno, se parametrizó en Almera y se subieron los datos de 3 años.

3.1. Actividades pendientes

- Identificación de los riesgos COFS en los 5 procesos faltantes correspondientes a direccionamiento estratégico y sistema de gestión de calidad.
- Realizar seguimiento al modelo de segmentación del sistema en Almera, de manera trimestral.
- Realizar capacitaciones del Sistema en todos los procesos y servicios de manera presencial. Además, se diseñará videos y boletines para sensibilización y, como actividades del Comité de gestión de riesgos y buen gobierno corporativo, se realizarán durante todo el año actividades para conocer cada uno de los lineamientos del código de conducta y ético del grupo empresarial, adoptado por el COA.

4. Conclusiones y recomendaciones

- Si bien, se evidencia un gran compromiso por parte de los líderes de procesos, falta seguimiento por parte de algunos líderes a los riesgos, la implementación de planes de acción, el registro de eventos para poder determinar y reevaluar la severidad de los riesgos. Es por esto que, el principal

objetivo para 2024 es implementar la cultura del riesgo en la institución alineada con nuestro proceso de acreditación.

- Se debe dar prioridad al plan de continuidad como parte de la gestión del riesgo operacional, estamos en espera de confirmación por parte del grupo empresarial de asesoría externa por parte del corredor de seguros.
- Es necesario convocar a los miembros del máximo órgano social para la capacitación anual en el sistema integrado de gestión de riesgos, con el fin de que conozcan a profundidad su responsabilidad en éste y cada uno de sus subsistemas.
- Al cierre de este informe se recibió acta No. 39 del 30 de septiembre de 2023, en donde se aprueba el informe presentado en el primer semestre.