

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GS-IP10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 1 de 19			

Fecha Informe:	10 de mayo de 2024	Fecha de seguimiento	enero a diciembre de 2023
Proceso / Procedimiento auditado:	GSI - Gestión del Sistema de Desempeño Institucional, DYE - Diagnóstico y Estadificación, GAC - Gestión Apoyo Clínico, UFT - Unidades Funcionales De Tratamiento, DOC – Docencia, GTC - Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura, GDG - Gestión del Gasto y GAD - Gestión de Archivo y Documental.		
Objetivo general del seguimiento:	Realizar evaluación independiente y objetiva mediante seguimiento a la efectividad de la operación de los controles de los riesgos durante la vigencia 2023.		
Alcance del seguimiento:	Evaluar la efectividad de la operación de los controles de los riesgos del Instituto mediante análisis del diseño, ejecución y materialización en la vigencia 2023. Así mismo, realizar seguimiento a las recomendaciones registradas en Informe generado en marzo de 2022.		
Criterios:	Resolución 365 de 2022 por medio del cual se actualiza la Política de Administración del Riesgo en el contexto del Sistema Integrado de Gestión del Instituto. Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas versión 6, del Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto 648 de 2017, por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015 reglamentario del sector de la Función Pública, numeral 2.4 Rol de Evaluación de la Gestión del Riesgo, a cargo de la Oficina de Control Interno. Guía Rol de las Unidades de Control Interno, Auditoría Interna.		
Metodología empleada:	Para la realización de este seguimiento se utilizó la siguiente metodología: • Revisión de listas de seguimiento y monitoreo aplicadas en 2023 por la Oficina Asesora de Planeación • Priorización de Procesos que presentaron riesgos materializados • Preparación de reuniones revisando indicadores, informes y demás información requerida. • Mesas de trabajo con los líderes de Proceso/Procedimiento con el fin de evaluar la efectividad de controles de los riesgos materializados y revisar la definición de riesgos y controles objeto de este informe. • Cierre de cada reunión en la cual se retroalimenta los hallazgos evidenciados. • Evaluación cuantitativa de la efectividad de los controles de los riesgos en el Instituto. • Elaboración del Informe de Seguimiento.		
Responsable del seguimiento:	Angela Constanza Romero Infante, Médico Especialista, Oficina de Control Interno.		

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 2 de 19			

HALLAZGOS

La Oficina de Control Interno en cumplimiento de su función y rol frente a la Evaluación de la Gestión del Riesgo (Decreto 648 de 2017), realizó seguimiento a la efectividad de la operación de controles de los riesgos priorizados de acuerdo con la materialización.

Para el efecto, se revisó listas de seguimiento y monitoreo aplicadas en 2023 por la Oficina Asesora de Planeación, diligenciadas por los líderes de Proceso/Procedimiento en relación con la gestión de los riesgos. Esto con el fin de priorizar los Procesos que presentaron riesgos materializados.

Se realizaron reuniones con los líderes de Procesos/Procedimientos priorizados, en las cuales se analizó el reporte de materialización de los riesgos, el diseño e implementación de controles de los riesgos materializados, con el objeto de evaluar la efectividad de la operación de los controles previamente definidos.

En este orden, a continuación, se describen los hallazgos evidenciados y recomendaciones sobre el particular:

PROCESO GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

La Oficina de Control Interno, revisó los riesgos materializados en el 2023, reportados por el Proceso de Gestión del Sistema de Desempeño Institucional, así:

Riesgo materializado: *“Decisiones erróneas que llevan a condenas en demandas derivados de la prestación del servicio y laborales”.*

- Se reporta materialización del riesgo en julio, octubre y noviembre de 2023. Se trata de condenas de nulidad y restablecimiento del derecho frente a obligaciones laborales con sus trabajadores y reparación directa por prestación de servicios. Dichas condenas se analizaron en el Comité de Conciliaciones en el cual se tomaron decisiones al respecto.
- Dado lo anterior, se ajustó el riesgo incluyendo condenas por temas laborales.

Recomendaciones:

- Establecer una instancia en la cual se realice seguimiento a la gestión de los riesgos del Proceso de (GSI), incluyendo los siguientes aspectos:
 - Seguimiento a materialización de los riesgos, identificación, análisis y definición de acciones de mejora.
 - Seguimiento a implementación y cierre de acciones de mejora derivadas del análisis de los riesgos materializados o de acciones para fortalecer los controles según el mapa de riesgos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 3 de 19			

- Seguimiento a implementación de los controles de los riesgos, definidos en el mapa, con el objeto de identificar si son suficientes, pertinentes y si se están ejecutando adecuadamente.
- Identificación de alertas tempranas con el fin de evitar la materialización de los riesgos.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

PROCESO DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

La Oficina de Control Interno, revisó los riesgos materializados en 2023, reportados por el Proceso de Diagnóstico y Estadificación, evidenciando:

Riesgo materializado: *“Posibilidad de falla en la correcta identificación de paciente y/o pérdida de las muestras”.*

- Se reporta materialización del riesgo en los meses de febrero, marzo, mayo y agosto de 2023.
- Se presentaron casos de mala marcación de muestras de laboratorio clínico en GAICA, por no cumplir con el paquete instruccional respectivo. Para lo anterior se realizó análisis en conjunto con la Oficina de Calidad estableciendo acciones de mejora relacionadas con socialización del paquete instruccional, identificación de personal reincidente para trabajar cada caso. El indicador *“Proporción de muestras rechazadas por mala identificación del servicio de GAICA”* se observa por encima del estándar en los meses de febrero y marzo, sin embargo, se observa controlado el resto de 2023.
- De igual manera se identificaron cinco casos de errores de marcación en muestras de patología, los cuales posterior al análisis se califican como incidentes de seguridad, identificando como causa la no verificación de los datos de los pacientes. Los diferentes casos fueron analizados con la Oficina de Calidad y definidas acciones de mejoramiento.
- En agosto se reporta una pérdida de muestra en patología, se analiza con el área de calidad y se clasifica como evento adverso identificando algunas acciones inseguras.

Recomendaciones:

- Realizar seguimiento a la implementación de los controles de los riesgos materializados de seguridad del paciente en el momento en que se estén analizando dichas situaciones con el fin de identificar si dichos controles son suficientes o existe la necesidad de definir otros adicionales, de igual manera si los existentes se están implementando de manera adecuada.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

Riesgo materializado: *“Posibilidad de expedir resultados errados de estudios, exámenes diagnósticos y de fallas en la entrega de productos de radio farmacia”*

- El riesgo se reportó materializado en mayo de 2023.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 4 de 19			

- El evento fue analizado en conjunto con el área de calidad, identificado como evento adverso y como causa la marcación errónea de una muestra en el servicio de radiología, para lo que se realizó plan de mejora.

Recomendaciones:

- Realizar seguimiento a la implementación de los controles de los riesgos materializados de seguridad del paciente en el momento en que se estén analizando dichas situaciones con el fin de identificar si dichos controles son suficientes o existe la necesidad de definir otros adicionales, de igual manera si los existentes se están implementando de manera adecuada.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

PROCESO GESTIÓN DE APOYO CLÍNICO

La Oficina de Control Interno, revisó los riesgos materializados en el 2023, reportados por el Proceso de Gestión de Apoyo Clínico, observando lo que sigue:

Riesgo materializado: *“Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas ante infecciones asociadas a la atención en salud”*

- Se reporta materialización del riesgo durante los meses de enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio y agosto de 2023.
- Al realizar el análisis del indicador *Tasa Global de Infecciones*, se observa que superó el límite máximo en los meses de abril y junio, el resto de los meses de 2023 se encontró por debajo. Se observó en dichos meses falta de seguimiento a la estrategia de lavado de manos por lo que se cuenta actualmente con un jefe de enfermería líder de dichas actividades.
- Al realizar seguimiento a la implementación de los controles, se observa que es necesario actualizar el mapa y el link de riesgos en el SIAPINC, así como fortalecer algunos de ellos.

Recomendaciones:

- Definir si se reportará como materializado el riesgo, cuando el resultado del indicador *Tasa Global de Infecciones*, se encuentre por encima del límite máximo o se presente algún evento centinela.
- Fortalecer el seguimiento a la estrategia de lavado de manos contando con personal específico para ello y que cuente con la competencia necesaria, así como tener definidas esas actividades dentro de sus funciones con el fin de garantizar sistematicidad en la actividad.
- Actualizar el mapa de riesgos y el contenido de gestión del riesgo en el link de riesgos en el ciclo de mejoramiento de SIAPINC, en lo relacionado con los controles del riesgo *“Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas ante infecciones asociadas a la atención en salud”*.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 5 de 19			

- Redactar los controles de los riesgos en términos de *evaluar la adherencia de*, en lugar de *aplicación de*
- Realizar seguimiento a la implementación de los controles de los riesgos materializados de seguridad del paciente en el momento en que se estén analizando dichas situaciones con el fin de identificar si dichos controles son suficientes o existe la necesidad de definir otros adicionales, de igual manera si los existentes se están implementando de manera adecuada.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

Riesgo materializado: “*Posibilidad de caída del paciente durante el proceso de atención*”

- Se reporta materialización del riesgo en los meses de enero, febrero, junio, agosto, noviembre y diciembre de 2023.
- Al realizar el análisis del indicador “*Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias*”, se observa que se reporta por encima del límite máximo en agosto de 2023. El mismo indicador en *consulta externa y hospitalización* no presentó datos por encima de los límites máximos. No obstante, lo anterior, el riesgo se reportó materializado en los meses mencionados debido a que se presentaron eventos adversos y eventos centinela.
- Los casos son analizados en conjunto con el grupo de seguridad del paciente, estableciendo acciones de mejora.
- Al realizar seguimiento de los controles definidos se observa que la socialización del paquete instruccional presenta baja asistencia. Dichas socializaciones se realizan en horarios extralaborales.

Recomendaciones:

- Fortalecer socialización del paquete instruccional en horarios laborales para garantizar la cobertura y favorecer el cumplimiento del mencionado lineamiento.
- Realizar seguimiento a la implementación de los controles de los riesgos materializados de seguridad del paciente en el momento en que se estén analizando dichas situaciones con el fin de identificar si dichos controles son suficientes o existe la necesidad de definir otros adicionales, de igual manera si los existentes se están implementando de manera adecuada.
- Redactar los controles de los riesgos en términos de *evaluar la adherencia de*, en lugar de *aplicación de*
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe

Riesgo materializado: “*Posibilidad de pérdida de la integridad de la piel del paciente (Úlceras por presión)*”

- Se reporta materialización del riesgo en los meses enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2023.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 6 de 19			

- Al revisar los indicadores relacionados se encuentra que el indicador *“Tasa de úlceras por presión GAICA”* sobrepasa el límite máximo en diciembre de 2023, *“Tasa de úlceras por presión en los servicios de hospitalización”* se encuentra bajo el límite superior durante todo el año, sin embargo, se reporta materializado el riesgo debido a la presentación de lesiones grado III y IV.
- Se analizan casos con el área de calidad y se definen acciones de mejora.

Recomendaciones:

- Insistir en la valoración de la integridad de la piel al ingreso del paciente con el fin de identificar lesiones y evitar su progresión.
- Fortalecer socialización del paquete instruccional en horarios laborales para garantizar la cobertura y favorecer el cumplimiento del mencionado lineamiento.
- Realizar seguimiento a la implementación de los controles de los riesgos materializados de seguridad del paciente en el momento en que se estén analizando dichas situaciones con el fin de identificar si dichos controles son suficientes o existe la necesidad de definir otros adicionales, de igual manera si los existentes se están implementando de manera adecuada.
- Redactar los controles de los riesgos en términos de *evaluar la adherencia de...*, en lugar de *aplicación de*
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe

Riesgo materializado: *“Posibilidad de comunicación no asertiva entre el paciente, familia y el equipo de salud durante el proceso de atención”*

- Se reporta materialización del riesgo en los meses de febrero, mayo, junio y julio de 2023, por quejas relacionadas con la comunicación entre personal de salud y pacientes o familiares, así como en la comunicación entre colaboradores.

Recomendaciones:

- Redefinir la redacción del riesgo, *“Posibilidad de comunicación no asertiva entre el paciente, familia y el equipo de salud durante el proceso de atención”*, atendiendo las orientaciones de la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas (Lo que puede ocurrir, es decir “la posibilidad de”, ¿cómo? y ¿por qué?). Lo anterior con el fin de evitar definir riesgos como fallas en los procedimientos.
- Establecer mecanismo mediante el cual se identifica la materialización del riesgo ajustado y revisar los controles de acuerdo con la nueva redacción del riesgo.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe

Riesgo materializado: *“Sobreocupación de GAICA”*

- Se reporta materialización del riesgo durante todos los meses de 2023.
- De acuerdo con el informe de gestión de GAICA la ocupación ha llegado a observarse sobre 1000%.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 7 de 19			

- La Coordinación del servicio ha realizado acciones de mejora con el fin de agilizar la atención de los pacientes con patología de urgencia adicional a su patología oncológica logrando el cumplimiento del indicador Promedio de Estancia en GAICA, no obstante, lo anterior, se presentan largas estancias de pacientes que pertenecen a otros servicios pero que se hospitalizan en GAICA debido a no disponibilidad de camas en hospitalización.

Recomendaciones:

- Medir el promedio de estancia de los pacientes que son hospitalizados en GAICA por motivos diferentes a patología de urgencia y analizar la situación en los EPM de GAC.
- Incluir dentro de los indicadores de SIAPINC del procedimiento, el indicador de sobreocupación en GAICA.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe

Riesgo materializado: “Errores de medicación en la cadena de utilización de medicamentos”

- Se reporta materialización del riesgo en los meses de marzo, mayo, junio, julio, septiembre, octubre y diciembre de 2023, por fallas en la aplicación de los correctos en enfermería.
- Se observa el indicador “Proporción de adherencia a los correctos en la administración de medicamentos”, encontrando cumplimiento bajo el estándar, sin embargo, se reporta la materialización del riesgo ya que se presentaron eventos adversos en la administración de los medicamentos.

Recomendaciones:

- Realizar análisis a los controles establecidos para el riesgo en el mapa de riesgos, teniendo en cuenta que pueden ser insuficientes, con el objeto de incluir unos nuevos controles.
- Incluir en el reporte de materialización del riesgo errores de medicación, las situaciones en las cuales el medicamento es entregado a enfermería con errores en su preparación y se generan eventos adversos.
- Ajustar la definición del riesgo teniendo en cuenta que la cadena de utilización de medicamentos es muy amplia, en la que participan diferentes actores. Lo anterior, atendiendo las orientaciones de la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas (Lo que puede ocurrir, es decir “la posibilidad de”, ¿cómo? y ¿por qué?). Lo anterior con el fin de evitar definir riesgos como fallas en los procedimientos.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe

Riesgo materializado: “Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios ante la pérdida de la cadena de esterilidad del instrumental”

- Se reporta materialización del riesgo en los meses de enero y febrero de 2023, debido a que el material esterilizado es devuelto de salas de cirugía y consulta externa sin ser utilizado por cancelaciones de procedimientos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GS-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 8 de 19			

- Se reporta materializado por los datos del indicador de *Porcentaje de instrumental devuelto*, sin embargo, al revisar el indicador mencionado, solamente en el mes de marzo el indicador registra dato por encima del estándar, que es 9%.

Recomendaciones:

- Revisar el criterio para determinar cuándo se materializa el riesgo, teniendo en cuenta que se reportó materializado contando con un indicador dentro de los límites del estándar y que la devolución se debió a entrega de material al área de esterilización por no ser utilizado.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe

Riesgo materializado: *“Posibilidad de fallas de los procedimientos desde la donación de la sangre o plaquetas, el procesamiento, liberación y administración de hemocomponentes”*

- Se reporta materialización del riesgo en los meses de abril, agosto y octubre de 2023, por fallas en los sistemas de información y dos eventos adversos por administración a paciente equivocado. Se realizó análisis de los casos y planes de mejora.

Recomendaciones:

- Revisar la definición de los controles del riesgo atendiendo las recomendaciones de la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas (responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad; Acción: se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control. Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control). Lo anterior teniendo en cuenta que se observó que se describen actividades del Procedimiento como controles.
- Incluir dentro de los controles la evaluación de la adherencia al paquete instruccional respectivo.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe

Riesgo materializado: *“Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros ante la pérdida de medicamentos de alto costo”*

- Se reporta materialización del riesgo en agosto de 2023, por pérdida de medicamento de alto costo.
- Se analizó el caso implementando medidas con el auxiliar implicado.

Recomendaciones:

- Realizar mesa de trabajo en conjunto con Calidad y servicio farmacéutico con el fin de definir acciones que ayuden a controlar la pérdida de medicamentos de alto costo, como por ejemplo la devolución de cajas al servicio farmacéutico.
- Incluir las acciones definidas como control en el mapa de riesgos de GAC para el riesgo respectivo.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 9 de 19			

Riesgo materializado: *“Posibilidad de pérdida del instrumental que ingresa y sale de la central de esterilización”*

- Se reporta materialización del riesgo en mayo de 2023.
- Se presentaron dos casos de pérdida de instrumental, los cuales fueron analizados y se tomaron las medidas disciplinarias necesarias y recuperación del recurso.

PROCESO UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO

La Oficina de Control Interno, revisó los riesgos materializados en el 2023, reportados por el Proceso de Gestión Unidades Funcionales de Tratamiento, evidenciando:

Riesgo materializado: *“Incumplimiento de los objetivos establecidos por realizar procedimiento quirúrgico en sitio, órgano o paciente equivocado”*

- Se reporta materialización del riesgo en abril y mayo de 2023, se reportó materializado por casos de mala marcación para la toma de una biopsia y procedimiento en sitio equivocado.
- Se analizaron los casos con la Oficina de Calidad y se definieron planes de mejoramiento

Recomendaciones:

- Revisar la definición de los controles del riesgo atendiendo las recomendaciones de la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas (responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad; Acción: se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control. Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control). Lo anterior teniendo en cuenta que se observó que se describen actividades del Procedimiento como controles.
- Incluir dentro de los controles la evaluación de la adherencia al paquete instruccional respectivo.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe

Riesgo materializado: *“Incumplimiento de los objetivos establecidos por no realizar el tratamiento quirúrgico del paciente”*

- Se reporta materialización del riesgo en abril, agosto, septiembre, octubre y diciembre de 2023.
- El riesgo es reportado teniendo en cuenta el indicador *“Porcentaje de cancelación de cirugías por causas atribuibles al INC”*, sin embargo, al observar los datos se encuentra cumplimiento por debajo del estándar (6%).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 10 de 19			

- Es de resaltar que el grupo quirúrgico ha realizado análisis de la información cuando observa que el indicador tiende a subir, aun cuando se encuentra dentro del estándar, estableciendo acciones de mejora.

Recomendaciones:

- Revisar el criterio para determinar cuándo se materializa el riesgo, teniendo en cuenta que se reportó materializado contando con un indicador dentro de los límites del estándar, lo anterior teniendo presente que se reportaría cuando los datos del indicador se encuentren por encima del estándar o cuando la cancelación de la cirugía por causa institucional genere un evento adverso evitable.
- No obstante, lo mencionado se sugiere revisar la posibilidad de ajustar las metas del indicador “*Porcentaje de cancelación de cirugías por causas atribuibles al INC*”, con el objeto de realizar mejoramiento continuo.
- De acuerdo con las acciones de mejora definidas, revisar si pueden incluirse como controles para mitigar el riesgo.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe

Riesgo materializado: “*Incumplimiento de los objetivos establecidos por no garantizar la oportunidad e integralidad en la atención de paciente por parte de grupo área de soporte oncológico*”

- Se reporta materialización del riesgo en agosto y diciembre de 2023 de acuerdo con el informe de gestión que realiza el coordinador del área con relación a la demanda insatisfecha y la falta de cobertura en el paciente hospitalizado.
- Se han definido acciones de mejoramiento para el 2023, las cuales se han estado implementando, sin embargo, aún se presenta la materialización del riesgo.

Recomendaciones:

- Disponer de datos reales de oportunidad midiéndola desde la fecha de solicitud inicial del servicio hasta la fecha de atención de la cita, lo anterior teniendo en cuenta que las agendas se abren cada mes.
- Disponer de datos relacionados con la demanda insatisfecha, entrevistando a los pacientes a quienes se entregó orden de servicio y que no han sido agendados para cita, con el fin de identificar causas institucionales.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe

PROCESO DOCENCIA

Riesgo materializado: “*Posibilidad de no realizar la inducción a la totalidad de los estudiantes que inician rotación en el INC.*”

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 11 de 19			

- Se reporta materialización del riesgo en agosto de 2023, inasistencia a la asistencia a la inducción por parte de una residente de psiquiatría.
- Se implementan acciones correctivas en conjunto con la Universidad Nacional y el área de psiquiatría, las cuales se establecen en plan de mejora.

Recomendaciones:

- Incluir dentro de los controles del riesgo la acción de mejora establecida para garantizar la veracidad de los certificados de inducción por el sistema de información.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe

Riesgo materializado: *“Incumplimiento de los objetivos establecidos por no formar al talento humano en oncología.”*

- Se reporta materialización del riesgo en mayo de 2023, debido a un estudiante que reprueba dos rotaciones continuas por lo que pierde el cupo en el programa.
- Teniendo en cuenta que se han presentado casos que son por causa de los estudiantes y no del Instituto, el riesgo se retiró del mapa de riesgos de docencia.

PROCESO GESTIÓN DE TECNOLOGÍA CLÍNICA E INFRAESTRUCTURA

Riesgo materializado *“Daño de activos por el uso o condiciones físicas inadecuadas de tecnología biomédica.”*

- Se reporta materialización del riesgo en diciembre de 2023 por los resultados del indicador: Porcentaje de mantenimientos correctivos por mal uso de los equipos biomédicos, el cual presenta datos por encima del estándar en los meses de noviembre y diciembre de 2023.
- El área realiza análisis del riesgo materializado y realizan acciones de mejora como capacitaciones y retroalimentación.

Recomendaciones:

- Validar la posibilidad de realizar referenciación en otras instituciones con el fin de adoptar las mejoras prácticas en lo relacionado con el daño de equipos biomédicos por mal uso.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe

PROCESO GESTIÓN DE ARCHIVO Y DOCUMENTAL

Riesgo materializado *“Pérdida de información privilegiada por extravío o daño de expedientes físicos entregados a las áreas en calidad de préstamo”*

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 12 de 19			

- Se reporta materialización del riesgo en diciembre de 2023, por pérdida de expediente laboral en el área de Gestión de Talento Humano, el cual había sido prestado en septiembre de 2023.
- El área de Gestión de Archivo y Documental realizó varias mesas de trabajo en conjunto con el área de gestión del talento humano y definió acciones correctivas y de mejora con el fin de mitigar el riesgo, las cuales se han estado implementando.

Recomendaciones:

- Incluir las acciones de mejora pertinentes como controles para mitigar el riesgo, en el mapa de riesgos del proceso.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe

PROCESO GESTIÓN DEL GASTO

Riesgo materializado *“Posibilidad de duplicidad de pagos por errores en la verificación de transacciones económicas”*

- Se reporta materialización del riesgo en junio de 2023, por duplicidad de pagos por mayor valor pagado en el área de Tesorería.
- El área de Tesorería gestionó la devolución del dinero y ajustó el mapa de riesgos de acuerdo con las acciones de mejora implementadas.

Recomendaciones:

- Realizar análisis causal cuando se materialice algún riesgo y definir plan de mejora en SIAPINC, dejando evidencia en acta.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe

Riesgo materializado *“Incumplimiento legal por contratar con personas naturales o jurídicas que se encuentren relacionadas con actos delictivos como lavado de activos o financiación del terrorismo.”*

- Se reporta materialización del riesgo en octubre de 2023, por parte del Proceso de Gestión del Gasto, en relación con SARLAFT.
- Se realiza análisis del caso y se establece plan de mejora con acompañamiento de la Oficina de Planeación

Recomendaciones:

- Incluir las acciones de mejora pertinentes como controles para mitigar el riesgo, en el mapa de riesgos del proceso.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 13 de 19			

EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES DE LOS RIESGOS

La Oficina de Control Interno, posterior a la revisión y seguimiento de riesgos materializados y sus controles, reportados por los líderes de Procesos/Procedimientos en las Listas de Seguimiento y Monitoreo, presenta el resultado de la medición de la efectividad de los controles de los riesgos en 2023, con base en el indicador: *Porcentaje de Efectividad de Controles para mitigar los Riesgos*.

En la siguiente tabla, se observa porcentaje total de 72.4% de efectividad de los controles dado por los riesgos que no se materializaron durante 2023. El citado indicador registra estándar de 95%, mínimo de 90% y máximo de 100%, por lo que el Instituto se ubica por debajo del mínimo para este indicador.

Proceso	Porcentaje de controles no efectivos	Porcentaje de controles efectivos
Gestión del Sistema de Desempeño Institucional - GSI	25	75
Diagnóstico y Estadificación - DYE	46,5	53,5
Unidades Funcionales de Tratamiento -UFT	15,3	84,7
Gestión Apoyo Clínico - GAC	81	19
Docencia - DOC	9,3	90,7
Investigación - INV	0	100
Salud pública - SP	0	100
Gestión y Desarrollo del Talento Humano - GTH	0	100
Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura - GTC	18,6	81,4
Gestión de Archivo y Documental - DAD	27,8	72,2
Gestión Comercial - GCM	0	100
Gestión del Gasto - GDG	17,9	82,09
Gestión Contable - GCO	0	100
TOTAL	27,6	72,4

Los Procesos que registran cumplimientos bajos son: Gestión del Sistema de Desempeño Institucional (GSI), Diagnóstico y Estadificación (DYE), Unidades Funcionales de Tratamiento (UFT), Gestión Apoyo Clínico (GAC), Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura (GTC), Gestión de Archivo y Documental (DAD) y Gestión del Gasto (GDG).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSi-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 14 de 19			

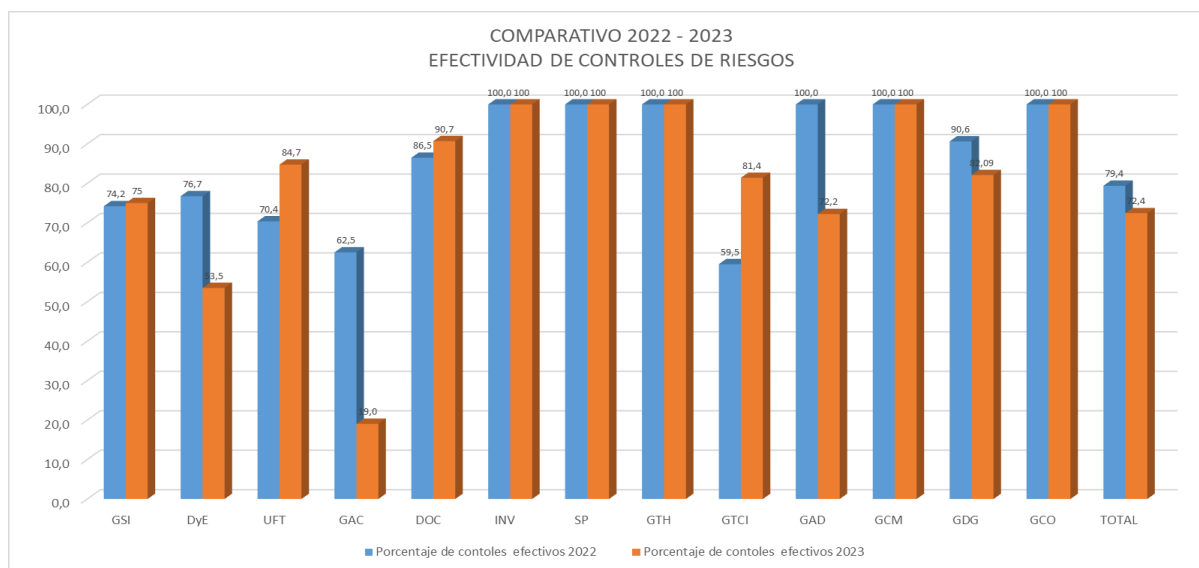
El Proceso de Docencia (DOC) presentó cumplimiento sobre el mínimo. Por su parte, los Procesos Investigaciones, Salud Pública, Gestión y Desarrollo del Talento Humano, Gestión Comercial y Gestión Contable presentaron cumplimiento de 100% por cuanto no reportaron riesgos materializados.

Es de precisar que el Proceso de Gestión de Tecnologías de Información realiza medición de la efectividad de controles de riesgos mediante metodología específica para seguridad de la información emitida por el MinTIC, por lo que no se incluye en el indicador mencionado en la tabla anterior, puesto que son metodologías diferentes. Con base en la evaluación realizada por Gestión de Tecnologías de Información en noviembre de 2023, la efectividad de los controles de seguridad de la información es de 91%.

Al realizar el comparativo entre los años 2022 y 2023 se observa:

Proceso	Porcentaje de controles efectivos 2022	Porcentaje de controles efectivos 2023
Gestión del Sistema de Desempeño Institucional - GSI	74,2	75
Diagnóstico y Estadificación - DYE	76,7	53,5
Unidades Funcionales de Tratamiento -UFT	70,4	84,7
Gestión Apoyo Clínico - GAC	62,5	19
Docencia - DOC	86,5	90,7
Investigación - INV	100	100
Salud pública - SP	100	100
Gestión y Desarrollo del Talento Humano - GTH	100	100
Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura - GTC	59,5	81,4
Gestión de Archivo y Documental - DAD	100	72,2
Gestión Comercial - GCM	100	100
Gestión del Gasto - GDG	90,6	82,09
Gestión Contable - GCO	100	100
TOTAL	79,4	72,4

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 15 de 19			



Es necesario mencionar que debido a la diferencia el tipo y número de riesgos, así como número de controles existentes en los diferentes Procesos, éstos no deben ser comparados entre sí.

Por otro lado, el aumento del número de riesgos materializados puede obedecer al mejoramiento en la cultura del reporte.

Se observa que los procesos Diagnóstico y Estadificación, Gestión de Apoyo Clínico, Gestión de Archivo y Documental y Gestión del Gasto presentaron disminución de la efectividad de los controles en 2023, mientras que los procesos Gestión del sistema de desempeño institucional, Unidades Funcionales de Tratamiento, Docencia y Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura presentaron aumento en el porcentaje de efectividad de los controles en comparación con 2022. Los Procesos de Investigación, Salud pública, Gestión y Desarrollo del Talento Humano, Gestión Comercial y Gestión Contable, continúan en 100% de efectividad de los controles de los riesgos. En general, la efectividad de los controles de los riesgos disminuyó en 7% en 2023, en relación con el año 2022.

Recomendaciones:

Con el fin de mejorar la efectividad de los controles para mitigar los riesgos en el Instituto, se recomienda:

- Realizar mensualmente análisis de cada riesgo materializado con el fin de identificar la efectividad de los controles definidos para el riesgo, es decir cuáles controles fueron

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 16 de 19			

deficientes en la mitigación de su materialización y reconocer las causas de la falta de efectividad de cada control.

- Definir acciones de mejora para subsanar las causas de falta de efectividad de los controles y registrarlas en planes de mejoramiento de riesgos. Para esta labor es necesario realizar mesas de trabajo con acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación para orientar la metodología y de la Asesoría de Calidad en los casos de riesgos relacionados con seguridad del paciente.
- Socializar mensualmente los resultados de las mesas de trabajo en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) de cada Proceso.
- Realizar análisis de las tendencias por cada uno de los Procesos, con acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación con el fin de hacer seguimiento a las causas de la materialización de los riesgos y la efectividad de las acciones para su disminución, así como para fortalecer el reporte.

CONCLUSIONES

1. La Oficina de Control Interno en cumplimiento de la Resolución 365 de 2022 (Política Administración del Riesgo), realizó seguimiento a los riesgos reportados a la Oficina Asesora de Planeación por parte de los diferentes líderes de Procesos/ Procedimientos en 2023 como materializados, efectuando evaluación de la efectividad de los controles.
2. En términos generales, la Oficina de Control Interno evidenció los siguientes aspectos sobre el seguimiento de la Gestión del Riesgo:
 - a. La redacción de algunos riesgos puede referirse a causas de éstos, más que riesgos en sí mismos.
 - b. La redacción de algunos controles aún se presenta como tareas de los Procedimientos más que actividades de control para la mitigación del riesgo, las cuales deben estar articuladas con las actividades de control descritas en los Procedimientos.
 - c. Se observó que para algunos riesgos no es claro el mecanismo para la identificación de su materialización.
 - d. Aun cuando se ha mejorado progresivamente el diligenciamiento de las Listas de Seguimiento y Monitoreo aplicadas por la Oficina Asesora de Planeación, algunas no se diligencian de forma clara y completa, en la identificación del riesgo que se materializó y qué lo soporta.
 - e. De acuerdo con el indicador “Porcentaje de Efectividad de Controles para mitigar los Riesgos”, se evidenció porcentaje total en el Instituto de 72.4% de efectividad de los controles, dado por los riesgos que no se materializaron durante 2023, el cual se encuentra por debajo del mínimo para el indicador.
 - f. Se observó disminución de 7%, en la efectividad de los controles en 2023, en relación con el reportado en 2022.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 17 de 19			

- g. Se evidenció mejora en el ejercicio de análisis de la materialización de los riesgos, así como en el reporte por parte de los líderes de los Procesos.

RECOMENDACIONES

- ✓ Asegurar por parte de la Oficina Asesora de Planeación la actualización del contenido de gestión del riesgo en el link de riesgos en el ciclo de mejoramiento de SIAPINC, dado que se evidenció diferencia con los mapas de riesgos de algunos Procesos publicados en diciembre de 2023, siendo este link un referente para los colaboradores del Instituto.
- ✓ Revisar en la próxima actualización de los mapas de riesgos redacción de los riesgos, teniendo en cuenta que se observó algunos que pueden referirse a causas de estos más que riesgos en sí mismos. Esto en concordancia con las recomendaciones de la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas (Lo que puede ocurrir, es decir “la posibilidad de”, ¿cómo? y ¿por qué?).
- ✓ Revisar en la próxima actualización de los mapas de riesgos redacción de los controles, teniendo en cuenta que se observó algunos que se describen como actividades del Proceso/Procedimiento, de igual manera complementar las explicaciones de los controles en los cuales no exista o no están completas. Esto en concordancia con las recomendaciones de la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas (responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad; Acción: se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control. Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control). Redactar los controles de los riesgos en términos de evaluar la adherencia de ..., en lugar de aplicación de
- ✓ Incluir en la próxima actualización de los mapas de riesgos, para cada riesgo, el mecanismo para identificar su materialización, de tal forma que sea claro, objetivo y documentado.
- ✓ Realizar el seguimiento a la implementación de los controles de los riesgos materializados de seguridad del paciente en el momento en que se estén analizando dichas situaciones.
- ✓ Capacitar por parte de la Oficina Asesora de Planeación a los líderes de Proceso/Procedimiento, en lo relacionado con el diligenciamiento de las Listas de Seguimiento y Monitoreo, con el fin de disponer de información más completa y precisa.
- ✓ Observar las recomendaciones específicas para los diferentes Procesos/Procedimientos, registradas en el acápite de hallazgos del presente informe.
- ✓ Realizar mensualmente análisis de cada riesgo materializado con el fin de identificar la efectividad de los controles definidos para el riesgo, es decir cuáles controles fueron

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 18 de 19			

deficientes en la mitigación de su materialización y reconocer las causas de la falta de efectividad de cada control.

- ✓ Definir acciones de mejora para subsanar las causas de falta de efectividad de los controles y registrarlas en planes de mejoramiento de riesgos. Para esta labor es necesario realizar mesas de trabajo con acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación para orientar la metodología y de la Asesoría de Calidad en los casos de riesgos relacionados con seguridad del paciente.
- ✓ Socializar mensualmente los resultados de las mesas de trabajo en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) de cada Proceso.
- ✓ Realizar análisis de las tendencias por cada uno de los Procesos, con acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación con el fin de hacer seguimiento a las causas de la materialización de los riesgos y la efectividad de las acciones para su disminución, así como para fortalecer el reporte.

Elaborado por:



Angela Constanza Romero Infante
Médico Especialista
Oficina de Control Interno

Aprobado por:

Buenaventura Orduy Burgos
Jefe Oficina Control Interno
Oficina Control Interno

VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE ACTUALIZACIÓN	RESPONSABLE OYM
1	31-12-2016	Versión inicial del documento	Administrador del Sistema Tms
2	28-06-2019	Se realiza la revisión del documento, se actualiza por vigencia	Paula Andrea Salamanca Medina
3	28-04-2023	El documento no presenta cambios en su contenido y estructura, se requiere actualizar por vencimiento de la vigencia.	Xiomara Faizuly Rubiano Aguilar

"TODA VERSIÓN FÍSICA O ELECTRÓNICA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA DOCUMENTO NO CONTROLADO"

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 19 de 19			

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Cargo:	Profesional Universitario	Cargo:	Jefe Oficina Control Interno	Cargo:	Jefe Oficina Control Interno
Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Oficina de Control Interno	Dependencia:	Oficina de Control Interno
Fecha:	25-04-2023	Fecha:	28-04-2023	Fecha:	28-04-2023