

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 1 de 24	

Fecha Informe:	12 de abril de 2023	Fecha de seguimiento	enero a diciembre de 2022
Proceso/Procedimiento auditado:	GSÍ - GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL, DYE - DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN, GAC - GESTIÓN APOYO CLÍNICO, UFT - UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO, DOC – DOCENCIA, GTI - GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN, GTC - GESTIÓN DE TECNOLOGÍA CLÍNICA E INFRAESTRUCTURA y GDG - GESTIÓN DEL GASTO		
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 2022.		
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 2022. 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 5, del Departamento Administrativo de la Función Pública. Instructivo para realizar Seguimientos de la Oficina de Control Interno GSÍ-P10-I-02, numeral 3 Evaluación Independiente de la Gestión del Riesgo. 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 2022 por la Oficina Asesora de Planeación • Priorización de Procesos que presentaron riesgos materializados • Preparación de reuniones revisando indicadores, informes y demás información requerida. • Realización de 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, así como seguimiento a las recomendaciones del informe emitido en marzo de 2022. • Realización de cierre de cada reunión en la cual se retroalimenta los hallazgos evidenciados.		

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
Página 2 de 24			

	- 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.

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 2022 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 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:

1. PROCESO GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

La Oficina de Control Interno, revisó los riesgos materializados en el 2022, 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 del INC.*

- El primero de ellos se trata de acción de reparación directa por pago de sentencia en caso de menor atendida por varias instituciones de salud quien llega al Instituto con diagnóstico de cáncer en estado muy avanzado, para lo que se realizó la atención correspondiente, sin embargo, el INC es condenado en segunda instancia.
- El segundo caso corresponde a sanción pecuniaria por parte de la Secretaría Distrital de Salud, por complicación posterior a radioterapia en paciente que presentó fístula vesico-vaginal.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 3 de 24	

- El tercer caso se trata de sanción pecuniaria por no presentar algunos protocolos e instructivos en visita realizada por la Secretaría Distrital de Salud.

Recomendaciones:

- En los casos que exista requerimiento por parte de entidad judicial o ente de control que corresponda a la prestación de servicios de salud, realizar Comité Ad-hoc para el análisis del caso mediante Protocolo de Londres con el fin de dar respuesta con mayor argumentación y evitar sanciones en las cuales se considere que el Instituto no tiene responsabilidad.
- Realizar acompañamiento por parte de la Asesoría de Calidad a la totalidad de visitas de entes de control relacionadas con aspectos asistenciales o de calidad.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

2. PROCESO DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

La Oficina de Control Interno, revisó los riesgos materializados en el 2022, reportados por el Proceso de Diagnóstico y Estadificación, al igual que realizó seguimiento a las recomendaciones registradas en el informe generado por la Oficina de Control Interno en marzo de 2022.

En lo relacionado con el riesgo: *Posibilidad de falla en la correcta identificación de paciente y/o pérdida de las muestras*, se observó:

- De acuerdo con recomendación registrada en Informe de Seguimiento realizado en marzo de 2022, el laboratorio clínico realizó diferenciación de los indicadores que evalúan la falla en la identificación de las muestras en los servicios de GAICA y hospitalización.
 - La identificación de la materialización del riesgo se realiza mediante seguimiento de los indicadores: Proporción de muestras rechazadas por mala identificación en el servicio de GAICA, Proporción de muestras rechazadas por mala identificación en el servicio de hospitalización, Porcentaje de muestras devueltas en patología.
- En los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) del Proceso Diagnóstico y Estadificación (DyE) se pregunta a cada Coordinador de Grupo sobre la materialización de los riesgos quienes brindan información para ser registrada en la lista de seguimiento y monitoreo solicitada por la Oficina de Planeación. No obstante, se presentó evento adverso debido a error en la marcación de muestra en el procedimiento de patología, el cual no fue reportado dentro de los riesgos materializados.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 4 de 24	

- Al revisar el cumplimiento del indicador: Proporción de muestras rechazadas por mala identificación en el servicio de hospitalización, se observa que cumple con el estándar con datos inclusive por debajo del valor mínimo en todos los meses de 2022.
- Según las recomendaciones registradas en informe de la Oficina de Control Interno realizado en marzo de 2022, se implementaron las siguientes actividades para disminuir la materialización del riesgo: *Posibilidad de falla en la correcta identificación de paciente y/o pérdida de las muestras.*
 - Fortalecimiento de la doble identificación de las muestras en los servicios de hospitalización.
 - Implementación del paquete instruccional.
 - Verificación de marcación y transporte adecuado de muestras entregadas por los camilleros mediante capacitaciones en los diferentes servicios con aplicación de pre y postest.
 - Adopción de medidas frente a las personas que reinciden en errores de marcación de las muestras o identificación de pacientes como, por ejemplo: capacitaciones específicas, retroalimentación y acompañamiento por Talento Humano, evidenciando mejoramiento en los indicadores.

Recomendaciones:

- Para la identificación de materialización del riesgo: *Posibilidad de falla en la correcta identificación de paciente y/o pérdida de las muestras*, se sugiere contemplar los eventos adversos que se presentan, aun cuando no se estén incluyendo en la medición de un indicador, esto de acuerdo con las directrices de la Oficina Asesora de Planeación.
- Fortalecer y facilitar la identificación de la materialización del riesgo, *Posibilidad de falla en la correcta identificación de paciente y/o pérdida de las muestras*, en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) del Proceso Diagnóstico y Estadificación (DyE) por parte de los Coordinadores de área que les aplique.
- Revisar y ajustar la meta del indicador, Proporción de muestras rechazadas por mala identificación en el servicio de hospitalización, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo.
- Revisar redacción del riesgo: *Posibilidad de falla en la correcta identificación de paciente y/o pérdida de las muestras*, teniendo en cuenta que puede ser causa de varios riesgos, más que un riesgo en sí mismo.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 5 de 24	

3. PROCESO GESTIÓN DE APOYO CLÍNICO

La Oficina de Control Interno, revisó los riesgos materializados en el 2022, reportados por el Proceso de Gestión de Apoyo Clínico; así mismo, realizó seguimiento a las recomendaciones registradas en el informe generado por la Oficina de Control Interno en marzo de 2022.

En relación con el riesgo: *Infecciones asociadas a la atención en salud* se observó:

- Se dispone de dos indicadores globales de infecciones asociadas a la atención de salud: Tasa Global de Infecciones, el cual registra datos por encima del estándar en los meses de mayo, julio y diciembre de 2022, en tanto que el Índice Global de Infecciones presenta datos por encima del estándar en los meses de enero, marzo, abril, mayo, julio, agosto y diciembre de 2022. En este sentido, es importante establecer con claridad el mecanismo para identificar la materialización del riesgo.
- Frente a la vigilancia activa concurrente se ha fortalecido en hospitalización aumentando la frecuencia de la concurrencia, sin embargo, es necesario realizarla sistemáticamente en consulta externa. De igual manera, es necesario fortalecer el autocontrol por parte de los servicios.
- En lo relacionado con el indicador: *Porcentaje de adherencia al protocolo de lavado de manos*, el número de observaciones ha aumentado y aun cuando el indicador se observa con datos sobre el mínimo, existen áreas que muestran mediciones muy bajas, por lo que se considera importante retroalimentar puntualmente a cada servicio.
- Con respecto a la aplicación de paquetes de medidas en las infecciones asociadas a dispositivos médicos, se observa que se ha implementado en tres de los cuatro servicios, no obstante, es necesario implementarlo en el servicio de Imagenología.
- De manera progresiva ha mejorado la asistencia de los diferentes servicios asistenciales al Comité de Infecciones, sin embargo, es necesario que el Área de Gestión ambiental y Soporte Hotelero presente información relacionada con los procesos de limpieza y desinfección validada con el fin de hacer análisis y proponer acciones de mejora.

Recomendaciones:

- Definir criterios para establecer si el riesgo, *Infecciones asociadas a la atención en salud*, se materializó o no, teniendo en cuenta el tipo de infección.
- Realizar sistemáticamente la vigilancia activa concurrente en consulta externa.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-PI0-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 6 de 24	

- Fortalecer la vigilancia activa concurrente por parte de los servicios como mecanismo de autocontrol, para lo que se sugiere establecer metodología sencilla y clara orientada a la identificación y reporte de casos, presentar resultados en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) y proponer acciones de mejora de acuerdo con los análisis causales que se requieran.
- Con respecto al indicador, *Porcentaje de adherencia al protocolo de lavado de manos*, se propone retroalimentar a los líderes de Procedimientos y sus equipos de trabajo en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) de Grupos asistenciales con el fin de realizar análisis causal y definir acciones de mejora.
- Es necesaria la aplicación de paquetes de medidas en las infecciones asociadas a dispositivos médicos en el servicio de Imagenología.
- Es importante que el Área de Gestión Ambiental y Soporte Hotelero presente en el Comité de Infecciones, información relacionada con los procesos de limpieza y desinfección validada, con el fin de hacer análisis y proponer acciones de mejora.
- Fortalecer utilización del Protocolo de Londres en el análisis de los casos de posibles infecciones asociadas a la atención en salud, incluyendo la totalidad de actores que participaron en cada caso.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

En relación con el riesgo: *Posibilidad de caída del paciente durante el proceso de atención*, se observó:

- Según las recomendaciones emitidas por esta Oficina en el seguimiento realizado en marzo de 2022, se implementaron las siguientes actividades para disminuir la materialización del riesgo:
 - Se implementó el indicador Tasa de caída de pacientes para los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.
 - Se está fortaleciendo la educación a los acompañantes y trabajando en plantilla para registrar la educación a los pacientes y acompañantes en medio digital y realizar seguimiento de manera más fácil a su implementación.
 - Se está trabajando en la valoración de los riesgos en GAICA para subir en medio digital formato ajustado a la realidad del servicio
 - Se están realizando rondas de seguridad a GAICA dos veces por semana con el fin de identificar casos y factores que predisponen la presentación de caídas

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 7 de 24	

- Se cuenta con Plan de Mejoramiento para socializar el paquete instruccional a otros profesionales como el Grupo médico y Servicios Generales.
- Se observó que el indicador, *Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias*, registró resultado por encima del límite máximo en los meses de enero, febrero, abril, mayo, junio, julio, noviembre y diciembre de 2022, por lo que se determinó la materialización del riesgo.

Recomendaciones:

- Teniendo en cuenta que en mesa de trabajo se mencionó la meta del indicador, *Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias*, sería ajustada hacia arriba dado el incumplimiento durante el 2022, se recomienda no realizar dicho ajuste dado que eventualmente generaría desestimulo al mejoramiento.
- Fortalecer entrenamiento en los puestos de trabajo en relación con la aplicación del paquete instruccional por parte del recurso humano nuevo en la institución, así como los estudiantes.
- Debido a que en los análisis de caídas en GAICA se identificó como factor predisponente las sillas, se sugiere incluir en la elaboración de estudios previos para la adquisición de mobiliario al recurso humano del servicio para definir sus características de acuerdo con la necesidad.
- Mejorar la oportunidad en el cumplimiento de los requerimientos que se realizan a otras áreas diferentes a enfermería, establecidos en los planes de mejoramiento derivados del análisis de caídas.
- Fortalecer análisis de caídas mediante Protocolo de Londres, así como la periodicidad de las mesas de trabajo para dichos análisis.
- Continuar con el mejoramiento en la cobertura de la capacitación a los acompañantes de los pacientes cada vez que ingrese uno nuevo.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

Con respecto al riesgo: *Posibilidad de pérdida de la integridad de la piel del paciente (úlceras por presión)*, se observó:

- Se dispone de dos indicadores para el seguimiento a la presentación de úlceras por presión: Tasa de úlceras por presión y Tasa de úlceras por presión en GAICA; éste último registra datos por encima del límite máximo en los meses enero, julio, septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2022, por lo que se consideró materializado el riesgo.
- En cuanto a la implementación de controles se evidenció:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 8 de 24	

- Se realizó capacitaciones a enfermería de manera mensual de acuerdo con la programación en relación con el cuidado de la piel y seguridad del paciente
- Se realizó de manera semestral en el 2022, el taller de cuidados de la piel, dirigido a enfermería
- Se realizó retroalimentación durante las rondas de seguridad al recurso humano de los servicios, así como educación al paciente y la familia
- Se realizó evaluación de la adherencia a la aplicación del paquete instruccional mediante los indicadores

Recomendaciones:

- Fortalecer capacitaciones frente al cuidado de la piel a los demás profesionales de salud que se requiera, así como a los estudiantes.
- Retroalimentar al Grupo de Seguridad del Paciente cuando los familiares no permiten mover al paciente con el fin de sensibilizarlos en el procedimiento.
- Fortalecer la adherencia a la aplicación del paquete instruccional en especial en los turnos de la noche de GAICA.
- Realizar de manera sistemática los reportes de los casos que se presenten, así como su análisis con Protocolo de Londres.
- Considerar el ajuste de la meta del indicador, Tasa de úlceras por presión, únicamente en el servicio de hospitalización, teniendo en cuenta los datos presentados durante el último año, con el fin de estimular el mejoramiento continuo.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

En relación con el riesgo: *Errores de medicación en la cadena de utilización de medicamentos*, se observó:

- De acuerdo con el análisis realizado en mesa de trabajo, se considera que el riesgo se encuentra definido como una causa, más que un riesgo en sí mismo.
- Al realizar seguimiento a la implementación de los controles, se observó:
 - Se realiza evaluación mensual al aliado estratégico sobre cumplimiento del contrato realizando seguimiento al proceso de compra, adquisición, almacenamiento y dispensación de medicamentos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 9 de 24	

- El Sistema de Información para la prescripción está siendo utilizado y se trabaja en la generación de alertas para cuando haya, por ejemplo, dosificaciones o vías de administración no usuales, entre otras.
- Se está implementando el programa de fármaco vigilancia y uso seguro de antimicrobianos.
- En inducción y reinducción se incluyó el tema de uso seguro de medicamentos.
- Se realiza auditoría en Hospitalización y GAICA de recepción de carro de medicamentos cada 4 meses y de carros de paro cada 3 meses.

Recomendaciones:

- Redefinir la redacción del riesgo, *Errores de medicación en la cadena de utilización de medicamento*, 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?).
- Establecer claramente el mecanismo o manera de identificar la materialización del riesgo, de acuerdo con su redefinición.
- Revisar la periodicidad de las auditorías de recepción de carro de medicamentos y de carros de paro, con el fin de identificar acciones de mejora de manera más oportuna.
- Revisar evaluación de la solidez del control, *Seguimiento al proceso de administración de medicamentos en quimioterapia*, teniendo en cuenta que en la explicación del control se menciona que es una actividad que no tiene consistencia, sin embargo, se evalúa como *solidez fuerte*.
- Aclarar explicación del control, *Para el servicio de GAICA, proyectar gestión directa del servicio farmacéutico*.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

4. PROCESO UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO

La Oficina de Control Interno, revisó los riesgos materializados en el 2022, reportados por el Proceso de Unidades Funcionales de Tratamiento y realizó seguimiento a las recomendaciones registradas en el informe emitido en marzo de 2022.

Adicionalmente, la Oficina de Control Interno identificó incidente adverso serio ocurrido en noviembre de 2022, el cual no fue reportado como materialización del riesgo, *Posibilidad de eventos adversos e incidentes asociados al uso de dispositivos médicos*, por lo que se recomienda fortalecer la

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 10 de 24	

identificación de los riesgos materializados en el Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) de Unidades Funcionales de Tratamiento (UFT). El seguimiento al mencionado incidente adverso serio se registra en el presente informe en la parte correspondiente al Proceso de Gestión Clínica e Infraestructura.

En relación con el riesgo, *Incumplimiento de los objetivos establecidos por no realizar el tratamiento quirúrgico del paciente*, se observó:

- Se incluyó indicador de cancelación de cirugía por causa institucional, con el fin de identificar la materialización del riesgo.
- De acuerdo con los datos evidenciados en el servicio quirúrgico, se observó alto porcentaje de cancelación de cirugías por parte de las Unidades Funcionales Médicas y Áreas como Radioterapia, Imagenología, entre otras.
- Al revisar los análisis de algunos indicadores de cancelación de cirugía por las Unidades Quirúrgicas se observa que es necesario fortalecerlos con la identificación de causas y acciones de mejora.
- Al revisar las causas de cancelación de cirugía en salas de cirugía, se evidencia que aún es necesario reforzar la valoración médica prequirúrgica por parte de los médicos especialistas de las Unidades Quirúrgicas, teniendo en cuenta que algunos pacientes son cancelados en salas por modificaciones en su situación clínica o exámenes que habían podido ser evaluados previamente.

Recomendaciones:

- Evaluar la posibilidad de incluir el indicador de cancelación de cirugía por causa institucional para cada Unidad Quirúrgicas, con el fin de identificar la materialización del riesgo de manera más precisa y realizar los análisis causales y acciones de mejora correspondientes.
- Socializar la información de cancelación de cirugía extramural a las Unidades Funcionales Médicas y otros servicios en los cuales se evidencia alto porcentaje de cancelación.
- Solicitar apoyo a la Asesoría de Calidad, seguridad del paciente con el fin de fortalecer el análisis causal de la cancelación de cirugía en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) de Unidades Funcionales de Tratamiento (UFT) y en su respectiva definición de acciones de mejora.
- Implementar de manera sistemática la valoración médica prequirúrgica por parte de los médicos especialistas de las Unidades Quirúrgicas con el fin de disminuir la cancelación de cirugía por causa institucional.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-PI0-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 11 de 24	

- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

Con respecto al riesgo: *Incumplimiento de los objetivos establecidos con la pérdida y/o mala rotulación del espécimen anatomopatológico*, se evidenció:

- El riesgo se materializó el 25 de octubre de 2022, por lo que se realizó reunión el 4 de noviembre de 2022 para su análisis mediante Protocolo de Londres.
- Al realizar revisión del Acta de la reunión en la cual se implementó el Protocolo de Londres se observa en cronología de los hechos, la descripción de fechas no claras puesto que se menciona la toma de la muestra el 25 de octubre de 2022, sin embargo, se escribe fecha de pérdida de la patología del 26 de noviembre de 2022. En este sentido, se recomienda aclarar las fechas descritas en Acta de la mencionada reunión.
- Con fecha 20 de febrero de 2023 se radicó Plan de Mejoramiento PMG-23-00008 relativo al caso, en el cual se registraron tres acciones de mejoramiento que habían sido definidas desde la reunión de análisis con Protocolo de Londres, sin embargo, no se incluyó recomendaciones como, *Socializar el documento: Descripción de la Actividad para Manejo de Muestras de Patología en Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria al personal de salas de cirugía*.

Esta Oficina considera que es una acción de mejora lo suficientemente relevante para el caso, que merece ser gestionada como Plan de Mejoramiento.

- En el mencionado Plan se observa la acción de mejora, *Realizar Ejercicio de Paciente Trazador en Salas de Cirugía con Acompañamiento de Oficina de Calidad*, con fecha de terminación 31 de diciembre de 2023. Al respecto, la Oficina de Control Interno considera que es un plazo demasiado prolongado para identificar oportunidades de mejoramiento y así evitar que sucedan nuevamente eventos como el que nos ocupa.

Recomendaciones:

- Precisar las fechas descritas en Acta de reunión de análisis de la pérdida de espécimen anatomopatológico mediante Protocolo de Londres.
- Incluir en el Plan de Mejoramiento PMG-23-00008 la acción de mejora: *Socializar el documento: Descripción de la Actividad para Manejo de muestras de patología en Grupo salas de cirugía y medicina perioperatoria*.
- Revisar plazo de ejecución de la acción de mejora, *Realizar Ejercicio de Paciente Trazador en Salas de Cirugía con Acompañamiento de Oficina de Calidad*, con el fin de propender por la oportunidad de las acciones de mejora que se deriven de dicho ejercicio.
- Mejorar la oportunidad de la radicación de Planes de Mejoramiento posterior al análisis de caso de seguridad del paciente.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 12 de 24	

- Revisar la posibilidad de grabar los procedimientos quirúrgicos que cuenten con este dispositivo, de acuerdo con los equipos biomédicos utilizados, con el fin de apoyar las decisiones terapéuticas y contar con soporte adicional a la Historia Clínica.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

En relación con el riesgo: *Incumplimiento de los objetivos establecidos por no garantizar la oportunidad e integralidad en la atención del paciente por parte del Grupo Área de Soporte Oncológico*, se evidenció:

- La materialización del riesgo se identifica mediante seguimiento a la oportunidad de la atención e integralidad dada por la cobertura, lo que se evidencia en Informe de Gestión del Área. Al revisar los indicadores de oportunidad de citas en cuidado paliativo y rehabilitación se observa que se cumple con las metas, por lo que es necesario validar la fuente de los datos.
- Al realizar seguimiento a la implementación de los controles se observa cumplimiento de su implementación en la mayoría, sin embargo, es necesario fortalecer la capacidad instalada en términos de suficiencia de recurso humano y la validez de los datos de los indicadores de oportunidad.
- Se realiza seguimiento a las recomendaciones registradas en informe generado por la Oficina de Control Interno en marzo de 2022, evidenciándose que fueron gestionadas las siguientes:
 - Se está implementando el proyecto de soporte oncológico para población pediátrica.
 - El proyecto de modelo de soporte oncológico integral se encuentra en desarrollo.
 - Se está realizando el seguimiento a la demanda satisfecha e insatisfecha.

Recomendaciones:

- Validar la fuente de los datos de los indicadores de oportunidad de cuidado paliativo y rehabilitación.
- Evaluar el mecanismo de agendamiento, teniendo en cuenta que la asignación de citas se abre cada mes.
- Considerar la definición de indicadores de cobertura con el fin de fortalecer la identificación de la materialización del riesgo.
- Fortalecer la capacidad instalada en términos de suficiencia de recurso humano, lo que favorecería la oportunidad de la atención en la consulta de cuidado paliativo y rehabilitación, así como la atención hospitalaria de salud mental.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 13 de 24	

- Continuar con el desarrollo del proyecto de modelo de soporte oncológico integral.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

5. PROCESO DOCENCIA

La Oficina de Control Interno, revisó los riesgos materializados en el 2022, reportados por el Proceso de Docencia, observándose en lo relacionado con el riesgo: *Envío inoportuno de las calificaciones de los estudiantes a las IES*, fue reportado como materializado en el primer trimestre de 2022, teniendo en cuenta que el indicador, Oportunidad en el envío de calificaciones de los estudiantes presentó pico en enero de 2022 por encima de la meta, al analizar el riesgo se evidenció:

- Se realizó como acción de mejora, el desarrollo de software para el registro de las notas de los estudiantes, entre otras funcionalidades, que cuenta con alarmas y notificaciones a los profesores para gestionar el envío oportuno de calificaciones a las universidades. Dicho sistema iniciará su aplicación a mediados de 2023, se encuentra en proceso de implementación a la fecha del presente informe.
- El indicador presentó cumplimiento en el resto del año, debido a la implementación de controles como el envío oportuno de formatos a los servicios,
- Se está aplicando el formato del Instituto para registro de notas en casos de contingencia y envío inmediato de calificaciones a las Universidades por correo electrónico.

Recomendaciones:

- Incluir en el mapa de riesgos, el software que se está implementando, como uno de los controles frente a la probabilidad.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

6. PROCESO GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

La Oficina de Control Interno, revisó los riesgos materializados en el 2022, reportados por el Proceso de Gestión de Tecnologías de la Información y realizó seguimiento a las recomendaciones registradas en el informe fechado marzo de 2022.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 14 de 24	

Se reportó materialización del riesgo: *Pérdida de Confidencialidad de la Información ante visibilidad y gestión limitada de seguridad en las redes y las comunicaciones*, al analizar la información se observó:

- No es posible identificar la fuga de información por el uso de Google, por lo tanto, se asume que el riesgo se materializa, es decir que se acepta el riesgo por la necesidad del uso del navegador por parte del Instituto. Se está analizando la posibilidad de brindar a los estudiantes correos institucionales con el fin de disponer de navegador con mayor control.
- Se identificó fallas en el control: *Cumplimiento de procedimientos de retiro y novedades de personal*, ante lo cual se elaboró Plan de Mejora con plazo 31 de diciembre de 2023, con el fin de contar con información de novedades de talento humano de manera completa y oportuna, el cual se refiere al diseño y aprobación del flujo para ingreso, retiro y novedades del personal del Instituto.

Con respecto al riesgo: *Pérdida de Integridad de la Información por Obsolescencia de sistemas operativos y equipos fuera de periodo de soporte extendido*, se observó:

- El riesgo se asume materializado y se acepta teniendo en cuenta que existen algunos equipos con sistemas operativos con vida útil vencidos, es prorrogada por el proveedor, sin embargo, los antivirus no se pueden actualizar.
- Los referidos equipos se aíslan y se restringe el uso de dispositivos hasta que puedan ser cambiados por otros con sistemas operativos que no estén obsoletos.

En lo referente al riesgo: *Pérdida de disponibilidad del sistema RIS -PACS ante incidentes que impliquen consolidación de discos del sistema de almacenamiento*, se observó:

- El riesgo se materializó en agosto de 2022, aunque se ha trabajado en el tema desde 2021 implementando Plan de Mejora mediante el cual se ha realizado calificación de impacto y priorización para revisar la contingencia en relación con la recuperación de la información.
- Se incluyó nuevo riesgo al respecto.

En relación con el riesgo: *Pérdida de Confidencialidad de la Información ante Infecciones de Malware y Virus de equipos de cómputo y servidores*, se evidenció:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 15 de 24	

- En diciembre de 2022 se presentó ataque cibernético que afectó la disponibilidad de los sistemas de información debido a que el Comité de contingencias autorizó el apagado de todos los Sistemas para evitar la pérdida de información. Posteriormente se realizó limpieza de los sistemas afectados y su respectiva recuperación concluyendo finalmente que no hubo pérdida de información.

Al realizar seguimiento a las recomendaciones del informe de marzo de 2022 generado por la Oficina de Control Interno observó:

- Reorganización de los riesgos con el fin de mejorar su redacción. Así mismo se solicitó presupuesto para nueva herramienta de gestión del riesgo que facilitaría su manejo.
- Teniendo en cuenta que en algunos riesgos no es posible visibilizar su materialización, se asume que el riesgo es incontrolable por lo que se presume materializado.
- Se implementó control relacionado con la pérdida de confidencialidad de la información por incumplimiento de normas de derecho de autor, mediante el cual se identificaron los sitios que tenían información del Instituto y solicitó su retiro. De igual manera se está monitoreando 7 x 24 en internet para identificar información filtrada y se está realizando evaluación de una herramienta para este fin.

Recomendaciones:

- Actualizar la explicación del control: *Implantación de Sistema de gestión de seguridad de la información (SGSI)*, del riesgo *Pérdida de Confidencialidad de la Información ante visibilidad y gestión limitada de seguridad en las redes y las comunicaciones*.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

7. PROCESO GESTIÓN DE TECNOLOGÍA CLÍNICA E INFRAESTRUCTURA

La Oficina de Control Interno, revisó los riesgos materializados en 2022, reportados por el Proceso de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura y realizó seguimiento a las recomendaciones registradas en informe emitido en marzo de 2022.

En lo relacionado con el riesgo: *Daño de activos por el uso o condiciones físicas inadecuadas de tecnología biomédica*, el cual se reporta como materializado, se evidenció:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 16 de 24	

- De acuerdo con la recomendación del informe generado por la Oficina de Control Interno en marzo de 2022, el Área de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura ajustó la metodología de identificación de materialización del riesgo con base en el indicador: *Porcentaje de mantenimientos correctivos por mal uso de los equipos biomédicos*, por lo que se reportó en el primer trimestre como riesgo materializado.
El indicador registra cumplimiento del estándar en los siguientes trimestres. Al analizar la información sobre los equipos con daño por mal uso, se observó incidente ocurrido en el cuarto trimestre de 2022 con uno de los resonadores en el cual existió riesgo importante de evento adverso y costo alto para la reparación del equipo.
Con base en lo expuesto, se sugiere que para identificar la materialización del riesgo se incluyan otros criterios, a vía de ejemplo, incidentes adversos, eventos adversos, afectación de la oportunidad de atención, costo del daño.
- Al realizar seguimiento al análisis del incidente adverso serio presentado en noviembre de 2022 con uno de los resonadores se evidenció:
 - El análisis del caso se realizó en Comité de tecnovigilancia de noviembre del 2022, en el cual se implementó el Protocolo de Londres, dando como resultado dos compromisos:
 - *Revisar la deficiencia del detector de metales y su ubicación en el área de resonancia.*
 - *Revisar la posibilidad de monitores de signos vitales en el interior de los equipos de resonancia, con el objetivo de evitar estos casos y tenerlo cerca en caso de deterioro del paciente.*
 - Se radicó Plan de Mejoramiento el 6 de marzo de 2023, el cual se incluye las siguientes acciones de mejora:
 - *Codificar el documento donde se encuentre el proceso de instrucciones para realizar estudios de resonancia en el aplicativo SIAPINC,*
 - *Socializar el documento donde se encuentre el proceso de instrucciones para realizar estudios de resonancia en el aplicativo SIAPINC,*
 - *Socializar el documento donde se encuentre el proceso de instrucciones para realizar estudios de resonancia en el aplicativo SIAPINC a pediatría (con fecha de vencimiento de julio 31 de 2023),*
 - *Solicitar área de biomédica un arco en C para la entrada del paciente hospitalizado al área de resonancia magnética y monitor de signos vitales compatible con resonador.*

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 17 de 24	

- La Oficina de Control Interno realizó visita el 16 de febrero de 2023 al Área de Imagenología con el fin de verificar la infraestructura del espacio de los resonadores y en entrevista con las colaboradoras que se encontraban en el Área, evidenció:

- Al ingreso del área de los resonadores no se observó señalización que la identifique como Resonancia Nuclear Magnética, así como tampoco existen recomendaciones generales especiales para su acceso.
- Al ingreso a los resonadores se evidenció señalización en varios idiomas la cual no es fácil de visualizar en español.
- Existen equipos de monitoreo que no son compatibles con los resonadores.
- El detector de metales solamente controla a los pacientes y acompañantes que ingresan de los vestieros.
- En la entrevista se identificaron situaciones como por ejemplo que la médica residente del área de pediatría no se encontraba acompañada por fellow o docente en el momento del incidente ni en la preparación del paciente. Adicionalmente no se encontraba el técnico en la sala del resonador cuando ocurrió el incidente debido a que el fin de semana solo hay un técnico en el área de RNM.

Recomendaciones:

- Considerar en la identificación de materialización del riesgo, la inclusión de otros criterios, a vía de ejemplo, incidentes adversos, eventos adversos, afectación de la oportunidad de atención, costo del daño; adicionalmente a la medición del indicador *Porcentaje de mantenimientos correctivos por mal uso de los equipos*.
- En relación con el análisis del incidente adverso serio se sugiere:
 - Fortalecer implementación del Protocolo de Londres disponiendo de la totalidad de información necesaria previamente a la mesa de trabajo para los análisis de eventos o incidentes, con el fin de evaluar cada aspecto propuesto por dicha metodología de manera completa y organizada.
 - En lo relacionado con Acta del Comité de tecnovigilancia que analizó el caso, se recomienda incluir lo descrito en el desarrollo de la reunión dentro de los compromisos, dado que se mencionan factores relacionados con la situación y actividades para prevenir riesgos de acuerdo con los hallazgos, pero no se reflejan en compromisos específicos.
 - Se sugiere revisar los siguientes temas para incluirlos en el Plan de mejoramiento PMG-23-00013:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 18 de 24	

- Falta de señalización al ingreso del área de RNM.
 - Mejoramiento de la señalización al ingreso de cada uno de los resonadores.
 - Revisar suficiencia del recurso humano técnico, con el fin que se cuente permanentemente en cada resonador cuando haya paciente y personal ajeno al servicio.
 - Revisar plazo de socialización de instrucciones para realizar estudios de resonancia magnética en el área de pediatría.
 - Preparación del paciente
 - Se observó que la radicación del Plan de Mejora se realizó tres meses después del análisis por parte del Comité de Tecnovigilancia, por lo que se recomienda mejorar la oportunidad de la radicación de los Planes de Mejoramiento posterior al análisis de caso de seguridad del paciente.
- En cuanto al Comité de Tecnovigilancia se recomienda:
 - Revisar la conformación y asistencia de los integrantes del Comité, con el fin de disponer con instancias decisorias que hagan más eficiente la toma de decisiones para la elaboración de los Planes de Mejoramiento.
 - Revisar el perfil del referente de tecnovigilancia
 - Incluir la Resolución institucional que reglamenta el Comité de Tecnovigilancia en SIAPINC
 - Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

Con respecto al riesgo: *Posibilidad de incumplimiento de los contratos de los proveedores del grupo área de Gestión de tecnología Clínica e Infraestructura*, el cual se reporta como materializado, se observó y recomienda:

- Se ajustó metodología para la identificación de materialización del riesgo de acuerdo con la manifestación del incumplimiento.
- Se sigue fortaleciendo la oportunidad de los Procesos de incumplimiento por parte de proveedores, cuando desde el Área de Tecnología Clínica e Infraestructura se informe al Área de Contratos.
- Se recomienda tener en cuenta las definiciones de garantías que realiza el Área de Tecnología Clínica e infraestructura en los estudios previos, para la definición de términos de referencia por el Grupo Área de Contratos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-I-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 19 de 24	

- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

8. PROCESO GESTIÓN DEL GASTO

La Oficina de Control Interno, revisó los riesgos materializados en el 2022, reportados por el Proceso de Gestión del Gasto y realizó seguimiento a la implementación de los controles. El Proceso en cita reportó la materialización del riesgo: *Inoportuna atención de necesidades o requerimientos ante la designación errada de la modalidad de selección, en elaboración o publicación de los términos de condiciones y demoras en el inicio de los procesos de selección.*

Al realizar el análisis del riesgo se observa:

- Se identificó materialización del riesgo mediante los indicadores de oportunidad de los Procesos de Contratación en el tercer trimestre de 2022.
- Se realizó reunión interna para identificar acciones de mejora dentro de las cuales se definieron: capacitación al Grupo de Gestión Contractual, capacitaciones a los supervisores, diligenciamiento de la hoja de ruta de cada contrato, seguimiento estricto al Plan de Adquisiciones y alertas al Coordinador del área cuando se observen desviaciones en el Plan de Adquisiciones.

Recomendaciones:

- Revisar redacción del riesgo, con el objeto de incluir todo el Proceso de la Gestión de los Contratos y no solo los primeros pasos.
- Realizar Actas de reuniones en las cuales se analice materialización de los riesgos por parte del Grupo Gestión Contractual y disponer así con documento soporte verificable y realizar de manera sistemática el seguimiento a las acciones de mejora definidas.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES DE LOS RIESGOS

La Oficina de Control Interno, posterior a la revisión de riesgos materializados y sus controles, reportados por los líderes de Procesos/Procedimientos en las Listas de Seguimiento y Monitoreo, así como su seguimiento, determinó y presenta en la siguiente tabla la efectividad de los controles de los riesgos en 2022, con base en el indicador: *Porcentaje de Efectividad de Controles para mitigar los Riesgos:*

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 20 de 24	

Proceso	Porcentaje de controles no efectivos	Porcentaje de controles efectivos
Gestión del Sistema de Desempeño Institucional	25,8	74,2
Diagnóstico y Estadificación	23,3	76,7
Unidades Funcionales de Tratamiento	29,6	70,4
Gestión de Apoyo Clínico	37,5	62,5
Docencia	13,5	86,5
Investigaciones	0	100
Salud Pública	0	100
Gestión y Desarrollo del Talento Humano	0	100
Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura	40,5	59,5
Gestión de Archivo y Documental	0	100
Gestión Comercial	0	100
Gestión del Gasto	9,4	90,6
Gestión Contable	0	100
TOTAL	20,6	79,4

Así las cosas, se observa porcentaje total de 79.4% de efectividad de los controles dado por los riesgos que no se materializaron durante 2022. 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. Los Procesos que registran cumplimientos bajos en su orden son: Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura, Gestión de Apoyo Clínico, Unidades Funcionales de Tratamiento, Gestión del Sistema de Desempeño Institucional, Diagnóstico y Estadificación y Docencia.

El Proceso de Gestión del Gasto presentó cumplimiento sobre el mínimo. Por su parte, los Procesos Investigaciones, Salud Pública, Gestión y Desarrollo del Talento Humano, Gestión de Archivo y Documental, Gestión Comercial y Gestión Contable presentaron cumplimiento de 100% por cuanto no se materializaron los riesgos.

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. De acuerdo con la evaluación realizada por Gestión de Tecnologías de Información, la efectividad de los controles de seguridad de la información es de 93%.

Recomendaciones:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 21 de 24	

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 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.

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 2022 como materializados.
2. En términos generales, la Oficina de Control Interno evidenció los siguientes aspectos sobre el seguimiento de la Gestión del Riesgo:
 - ✓ La redacción de algunos riesgos puede referirse a causas de éstos, más que riesgos en sí mismos.
 - ✓ Persisten controles que no se implementan de manera adecuada tal como se encuentran definidos y en otros casos su explicación no es clara.
 - ✓ 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.
 - ✓ No se están reportando en las Listas de Seguimiento y Monitoreo la totalidad de riesgos materializados.
 - ✓ Se realizó análisis de eventos e incidentes de seguridad del paciente mediante Protocolo de Londres, sin embargo, es necesario que esta buena práctica se desarrolle de forma sistemática.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-PI0-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 22 de 24	

- ✓ Se evidenció porcentaje total en el Instituto de 79.4% de efectividad de los controles, dado por los riesgos que no se materializaron durante 2022, el cual se encuentra por debajo del mínimo para el indicador.
- ✓ Se observó que para algunos riesgos no es claro el mecanismo para la identificación de su materialización.

RECOMENDACIONES

1. 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?).
2. 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)
3. 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.
4. Implementar de manera adecuada los controles, tal como están definidos en los mapas de riesgos con el fin de mitigar la materialización de los riesgos.
5. Fortalecer utilización del Protocolo de Londres para el análisis de incidentes o eventos de seguridad del paciente, de acuerdo con las recomendaciones metodológicas del Ministerio de Salud y Protección Social, con fines de mejoramiento de la seguridad del paciente, así como jurídicos.
6. Observar las recomendaciones específicas para los diferentes Procesos/Procedimientos, registradas en el acápite de hallazgos del presente informe.
7. 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.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 23 de 24	

8. Registrar en las Listas de Seguimiento y Monitoreo la totalidad de riesgos que se materializaron en cada período.
9. En lo relacionado con el indicador de efectividad de controles para mitigar los riesgos, la Oficina de Control Interno recomienda:
 - a. Realizar mensualmente análisis de cada riesgo materializado con el fin de identificar la efectividad de los controles definidos para el riesgo, es decir cuáles de los controles fueron deficientes en la mitigación de su materialización y reconocer las causas de la falta de efectividad de cada control.
 - b. Definir acciones de mejora para subsanar las causas de falta de efectividad de los controles y registrarlas en planes de mejoramiento de riesgos, realizando 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.
 - c. Socializar de manera mensual en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) los resultados de las mesas de trabajo de cada Proceso.
 - d. Atender por parte de cada líder de Proceso/Procedimiento, las recomendaciones registradas en el presente informe, realizando Acta de mesa de trabajo con acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación y Asesoría de Calidad (Segunda Línea de Defensa dentro del Modelo Esquema Líneas de Defensa), definiendo acciones para el Plan de Mejora de Riesgo.

Elaborado por:		Aprobado por:	
Angela Constanza Romero Infante Médico Especialista Oficina de Control Interno		Buenaventura Orduy Burgos. Jefe Oficina Control Interno INC	

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Cargo:	Profesional Universitario	Cargo:	Jefe Oficina Control Interno (E.)	Cargo:	Jefe Oficina Control Interno (E.)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 24 de 24	

Dependencia :	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Oficina de Control Interno	Dependencia:	Oficina de Control Interno
Fecha:	24-06-2019	Fecha:	27-06-2019	Fecha:	27-06-2019