



## INFORME DE SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS ESE SANTIAGO DE TUNJA

**Asesor de Control Interno**

**CLAIRE CARVAJAL PINZON**

**Fecha de elaboración:  
diciembre de 2022**

### INTRODUCCION

El Mapa de Riesgos Institucional constituye una herramienta que permite hacer monitoreo, seguimiento y mitigar riesgos, con el fin de evitar que algún suceso afecte el cumplimiento de la misión, los objetivos institucionales, los objetivos del proceso o la satisfacción del cliente.

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento de lo establecido en el PAAI-2022 "*Procedimiento para la Administración Integral de los Riesgos Institucionales*", actualizada mediante Resolución No. 089 del 13 de julio del 2022, hace seguimiento para verificar su respectivo cumplimiento.

### OBJETIVO

Evaluar y verificar el grado de avance y eficacia de los controles y acciones implementadas para mitigar los riesgos detectados, evitar su materialización y entregar a la Alta Dirección, información sobre los aspectos relevantes de la evaluación y seguimiento, para el fortalecimiento a la entidad en la Política de administración del Riesgo.

### ALCANCE

El seguimiento y verificación se realizó a las acciones adelantadas para gestionar y administrar los riesgos que fueron identificados, analizados y valorados por cada uno de los procesos de la entidad, en el segundo semestre del 2022.

### METODOLOGIA

Se realizó verificación y revisión a los soportes de los controles plasmados en las matrices por proceso para cada uno de los riesgos.



## CRITERIOS DE AUDITORIA

- ✚ **Ley 1474 de 2011** “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”, artículo 73.
- ✚ **Decreto 1537 de 2001:** Por el cual reglamenta parcialmente Ley 87 de 1993, Artículo 4°, define y aplica medidas para prevenir riesgos, detectar y corregir las desviaciones.
- ✚ **Artículo 3°.** Decreto 1599 de 2005- MECI-Componente Administración del Riesgo.
- ✚ Guía para la administración del riesgo DAFP.
- ✚ Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 31000.
- ✚ **Resolución No. 089 DEL 2022** (13 de julio de 2022), por medio de la cual se define la política de administración del riesgo de la ESE Santiago de Tunja, de acuerdo con la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas – versión 5 – función pública

## RESULTADO DE LA AUDITORIA

Actualizado el Mapa de Riesgos Institucional bajo la metodología del DAFP y la guía de administración del riesgo en su versión 5.

Realizada la revisión de conformidad con el Programa Anual de Auditorías Internas - PAAI Vigencia 2022, para el segundo semestre, a continuación, se presenta el estado de los riesgos, los controles y seguimiento:

### CONFORMACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS

Inicialmente para la vigencia 2022 el Mapa de Riesgos Institucional contaba con veintiocho (28) riesgos distribuidos en 8 procesos (matrices) y con 41 controles definidos; se actualizó con la Resolución 089 del 13 de julio del 2022 la Política de Administración del Riesgo de acuerdo con la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 5 – Función Pública, se incluyeron las Matrices mapa de Riesgos Misionales, Metodología Mintic, Riesgos seguridad del paciente- atención inmediata, Atención interna y Atención quirúrgica, quedando identificados cerca de 150 riesgos de los procesos institucionales; generando controles y planes de acción para evitar la materialización de los mismos; su seguimiento quedó para la siguiente vigencia.

A continuación, se describen los riesgos con sus controles de cada una de las matrices y sus seguimientos.



## **DESARROLLO ORGANIZACIONAL**

- **Incumplimiento del plan de desarrollo institucional**

Control: Comité de gerencia para seguimiento a los indicadores del plan de desarrollo.

Se realiza comité de gerencia en donde se monitorizan los indicadores priorizados por resolución.

- **Manipulación de los informes de cumplimiento del Plan Gestión Anual**

Control: Revisión previa de la veracidad de la información presentada en el informe de gestión por parte de control interno.

Control interno solicita el informe presentado anualmente a junta directiva como parte del control realizado.

- **Pérdida de información de contratos de cualquier vigencia de las EAPB (no hay trazabilidad de los contratos)**

Control: Remisión de minutas contractuales a los líderes de procesos por correo electrónico.

La oficina de contratación con EAPB y ERP realiza envío de estas, cada que se realiza contratación para seguimiento y aprobación a las minutas.

- **Firma de contratos con ERP que son firmados sin observaciones del personal involucrado.**

Control 1: Realizar seguimiento en comité de indicadores vitales.

Se realiza comité de gerencia en donde se monitorizan los indicadores priorizados por resolución.

Control 2: Elaborar tabla de retención de mercadeo.

Se elaboró tabla bajo lineamientos del archivo general de la nación y acorde a la documentación generada.

Control 3: Realizar mesas de trabajo con los líderes de proceso para revisar minutas contractuales.

La oficina de contratación con EAPB y ERP efectúa envío de estas cada que se realiza contratación para seguimiento y aprobación a las minutas.



CONTINUA UNO EN CURSO

**GERENCIA DE LA INFORMACION**

- **Daño de la información alojada en las bases de datos de la entidad.**

Control: Copias de seguridad diarias.

El ingeniero a cargo de la oficina de TI realiza back ups a la información crítica.

- **No cumplimiento de la normatividad del plan de seguridad y privacidad de la información.**

Control 1: El ingeniero a cargo de la oficina de TI realiza back ups a la información crítica de la información.

El ingeniero a cargo de la oficina de TI realiza asignación de roles y usuarios para todos los sistemas de información institucional.

Control 2: Implementar el 100% de las políticas de seguridad y privacidad de la información.

El ingeniero a cargo de la oficina de TI se encuentra en proceso de implementación de las políticas establecidas en el plan de seguridad y privacidad de la información institucional

- **Pérdida de información en los depósitos de archivo.**

Control: Manual de gestión documental documentado.

La coordinadora de gestión documental formuló el manual institucional teniendo en cuenta lineamientos nacionales, departamentales, municipales e institucionales.

Control 2: Garantizar las condiciones de almacenamiento en todas las sedes.

La coordinadora de gestión documental cuenta con espacios para la gestión y almacenamiento de la documentación generada en las sedes.

- **Acceso a documentos por personal no autorizado para fines personales.**

Control 1: Seguimiento y evaluación del plan de contingencia existente.

El ingeniero a cargo de la oficina de TI y coordinador de calidad realizaron evaluación a lo formulado en el plan de contingencia.

Control 2: Implementar los puntos de control en el préstamo de documentos.



La coordinadora de gestión documental cuenta procedimiento y formatos que garantizan la implantación de puntos de control.

#### CUATRO EN CURSO

##### **GESTION INTEGRAL DE CALIDAD**

- **Reporte inoportuno de indicadores del sistema de información para la calidad (SIC).**

Control: Tablero de indicadores con seguimiento en comité de indicadores vitales.

La institución ya cuenta con un tablero de seguimiento a indicadores de cada proceso.

- **Incumplimiento de los requisitos exigidos para la habilitación de servicios.**

Control 1: Autoevaluaciones de los criterios aplicables a la institución para todas las sedes.

La oficina de calidad realiza las autoevaluaciones a las condiciones mínimas de habilitación y genera planes de mejora cuando evidencia incumplimientos.

Control 2: Incluir en el presupuesto rubro para cumplir con los criterios de habilitación aplicables.

Se tiene presupuesto para cada uno de los estándares de habilitación.

- **Suplantación de la identidad del usuario para expedición historias clínicas.**

Control 1: Estandarización de procedimiento de entrega de HC.

Se tiene el procedimiento estandarizado bajo los criterios normativos.

Control 2: Definir permisos para personal que debe entregar HC y políticas de seguridad y privacidad de la información.

El ingeniero a cargo de la oficina de TI realiza asignación de roles y usuarios para todos los sistemas de información institucional y se estableció procedimiento de entrega de HC.

- **Incumplimiento de los tiempos de respuesta a Peticiones y Quejas.**

Control: Estandarización de procedimiento de respuesta a PQRS con puntos de control y roles.

Se tiene el procedimiento estandarizado bajo los criterios normativos.



## DOS EN CURSO

### **GESTION DE CONTROL Y SEGUIMIENTO**

- **Favorecimiento de los resultados en la realización de auditorías internas o externas.**

Control: Manual de auditoría.

Se elaboró manual de auditoría para las aplicables a nivel institucional

- **Ausencia de seguimiento en los procesos de la entidad.**

Control: Seguimientos por control interno.

Control interno en cumplimiento al Plan Anual de Auditoria realiza control seguimiento y verificación a los procesos de la Institución.

- **Falta de integridad en la realización de auditorías al PAAC.**

Control: Reestructurar planta de personal incluyendo auditores.

Se está trabajando en la reestructuración de la planta bajo lineamientos emitidos por el DAFP.

## UNO EN CURSO

### **GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO**

- **No entrega de informes técnicos a entes de control**

Control 1: Capacitación del personal que realiza los reportes.

Se tiene programada para el segundo semestre.

Control 2: Determinar informes del proceso y establecer cronograma de reporte.

Se realizó matriz de seguimiento a reportes.

- **No ejecución de mantenimiento preventivo de infraestructura.**

Control: Destinar el presupuesto para la ejecución del mantenimiento a la infraestructura.

En el presupuesto se tiene establecido el rubro para garantizarlo



- **No ejecución de mantenimiento preventivo de la tecnología biomédica.**

Control: Destinar el presupuesto para la ejecución del mantenimiento de la tecnología biomédica.

En el presupuesto se tiene establecido el rubro para garantizarlo

- **Daño en la dotación biomédica que impide la prestación del servicio.**

Control 1: Políticas de gestión de la tecnología biomédica.

Se tiene documentada la política institucional.

Control 2: Documentar plan de renovación de las tecnologías biomédicas.

Se documentó POA para la vigencia.

- **Hojas de vida de equipos incompletas**

Control: Auditorías a las hojas de vida.

Se tiene programada para el segundo semestre.

## DOS EN CURSO

### **GESTION FINANCIERA**

- **Perdida de confiabilidad y exactitud de la información.**

Control 1: Copias de seguridad y manejo de sistema de información (SOFTWARE).

El ingeniero a cargo de la oficina de TI realiza back ups a la información crítica de la información.

Control 2: Realizar minería de datos y reuniones mensuales de revisión de la información almacenada en el sistema de información.

El ingeniero a cargo de la oficina de TI realiza minería de datos y en comités financieros hacen seguimiento a la información

- **Alteración de información confidencial de la entidad.**

Control: Reportes a entes de control.

Se realizó matriz de seguimiento a reportes.

- **No entrega de informes técnicos a entes de control.**

Control 1: Capacitación del personal que realiza los reportes.



Se tiene programada para el segundo semestre.

Control 2: Determinar informes del proceso y establecer cronograma de reporte.

Se realizó matriz de seguimiento a reportes.

### TRES EN CURSO

#### **GESTION JURIDICA**

- **Contratos que no cumplan la normatividad vigente.**

Control 1: Contratación bajo estatuto aprobado por junta directiva.

Se tiene estatuto aprobado y bajo el mismo se realizan los contratos.

- **Deficiencia en el direccionamiento y definición de criterios en el proceso de selección objetiva que rige la contratación de la entidad.**

Control 1: Capacitación del personal que realiza los reportes.

Se tiene programada para el segundo semestre.

Control 2: Estandarizar herramienta de evaluación y estudios de mercado.

Se tiene en construcción el documento.

- **No entrega de informes técnicos a entes de control**

Control 1: Implementar comité de contratación.

Se realizan mensualmente.

Control 2: Determinar informes del proceso y establecer cronograma de reporte.

Se realizó matriz de seguimiento a reportes.

### TRES EN CURSO

#### **GERENCIA DEL TALENTO HUMANO**

- **No veracidad de los títulos profesionales en el proceso de selección del personal.**

Control: Procedimiento de verificación de títulos.

Se tiene procedimiento para gestión del talento humano

- **Incumplimiento del PIC.**



Control: Seguimiento al PIC en comité de gestión y desempeño.

Se realiza seguimiento en comité de GYD.

Para las siguientes matrices que se incluyeron con la actualización de la Política, se dejan descritos los riesgos y los controles, pero su seguimiento y verificación quedó determinada para la siguiente vigencia.

### **MISIONALES**

- **Incumplimiento de metas para el primer nivel**

Control: Coordinador de rutas, equipo especializado y exclusivo en servicios de promoción y mantenimiento. Seguimiento el 31/04/2023.

### **RIESGOS DE CORRUPCION**

- **Manipulación de los informes de cumplimiento del plan Gestión Anual.**

Control: Revisión previa de la veracidad de la información presentada en el informe de gestión por parte de control interno

- **Firma de contratos con ERP que son firmados sin observaciones del personal involucrado.**

Control: Remisión de minutas contractuales a los líderes de procesos por correo electrónico.

- **Favorecimiento de los resultados en la realización de auditorías internas o externas.**

Control: Manual de auditoría. finalizado

- **Suplantación de la identidad del usuario para expedición historias clínicas**

Control: Estandarización de procedimiento de entrega de HC.

- **Incumplimiento de los tiempos de respuesta a Peticiones y Quejas.**

Control: Estandarización de procedimiento de respuesta a PQRS con puntos de control y roles. finalizado

- **Falta de integridad en la realización de auditorías al PAAC.**

Control: Seguimientos por control interno

- **No ejecución de mantenimiento preventivo de la tecnología biomédica.**



Control: Destinar el presupuesto para la ejecución. finalizado

- **Daño en la dotación biomédica que impide la prestación del servicio.**

Control: Políticas de gestión de la tecnología biomédica.

- **Alteración de información confidencial de la entidad.**

Control: Reportes a entes de control. finalizado

- **Deficiencia en el direccionamiento y definición de criterios en el proceso de selección objetiva que rige la contratación de la entidad.**

Control: sin control

### **SEGURIDAD DIGITAL**

- **Desde un operador externo tener acceso a los datos y modificación de la historia clínica.**

Control: Políticas de seguridad y privacidad de la información.

- **Cualquier persona puede hacer uso de la información de forma no autorizada para entrega a usuario o familiares.**

Control: no existe control

- **Acceso no permitido a los equipos de cómputo del área financiera y pérdida de la información.**

Control: Mantenimiento de equipos -medidas de seguridad para el manejo de actividades financieras

- **No es posible realizar una trazabilidad de la facturación, que genere datos confiables a la entidad y que, en el corto, mediano y largo plazo pueden generar riesgo financiero.**

Control: Seguimiento mensual comité de facturación y cartera.

- **Afecta la efectividad en el desarrollo del trabajo la calidad y la eficacia.**

Control: Soporte físico en Excel para mantener la información

- **Perdida o alteración de información.**

Control: No existe control



- **La Información no es confiable desde el punto de vista analítico e informativo**

Control: Auditorias y cruces.

- **Información contenida en las hojas de vida.**

Control: No existe control

- **Acceso Indebido A La Plataforma Tecnológica de la entidad, generando daño en los sistemas y/o vulneración de los mismos por el uso inadecuado de la información, causando pérdida de la información, daño en los sistemas y/o vulneración de los mismos, afectando la disponibilidad, confidencialidad e integridad de la información.**

Control: Políticas de seguridad y privacidad de la información.

- **Posibilidad de ataques en la red en los equipos de comunicaciones como los son (malware - ransomware - dos - escaneo de puertos - arp spoofing - man in the middle - sql inyección - phishing - web defacement entre otros) afectando la disponibilidad, confidencialidad e integridad de la información.**

Control: Políticas de seguridad y privacidad de la información

- **Posibilidad de no garantizar que la información sea accesible y usable bajo demanda de los usuarios autorizados, que no esté disponible en todo momento, por interrupciones del servicio por cortes de electricidad, fallos de hardware, daño de los sistemas de climatización de la central de comunicaciones y daño y/o descarga de las baterías del equipo ups, daños provocados por mal funcionamiento o uso de los equipos tecnológico etc.**

Control 1: Procedimiento de gestión de incidentes seguridad de la información

Control 2: Plan de mantenimientos anual.

## **SEGURIDAD DEL PACIENTE ATENCION INMEDIATA**

- **Caída de paciente**

### Controles

- Educación intermitente al paciente sobre medidas para evitar las caídas durante estadía en la institución.
- Programa de seguridad del paciente.
- Verificación periódica de adherencia a proceso asistencial seguro de prevenir y reducir la frecuencia de caídas.
- Realización de rondas de seguridad.



- Permiso de acompañante permanente a pacientes con alto riesgo de caídas.
  - Protocolo de prevención de caídas.
- Semaforización del riesgo a pacientes con alto riesgo de caídas.

- **Accidentes post transfusionales.**

Controles

- Protocolo de transfusión de hemoderivados
- Programa de seguridad del paciente.
- Verificación frecuente en ronda de seguridad de proceso asistencial seguro de seguridad en la administración de hemo componentes.
- Implementación de comité de transfusión de hemo componentes.

- **Convulsión febril intrahospitalaria**

Controles

- Protocolo de monitorización o toma de signos vitales
- Protocolo de entrega y recibo de turno.
- Rondas de enfermería durante el turno.
- Verificación periódica de adherencia a protocolo de entrega y recibo de turno.
- Sistema de reporte de incidentes y eventos adversos relacionados con la atención en salud.
- Programa de seguridad del paciente.
- Comité de farmacovigilancia.
- Sistema de llamado de personal asistencial en las habitaciones.

- **Daño o lesión al paciente por reportes equivocados o inoportunos de ayudas diagnosticas.**

Controles

- Verificación y análisis de incidentes relacionados con ayudas diagnosticas de imagenología y laboratorio.
- Talleres intermitentes sobre toma de muestras.
- Protocolo de toma de muestras.
- Solicitud de certificado de curso de toma de muestras a trabajadores del área asistencial.
- Realización de rondas de seguridad donde se verifica adherencia a proceso asistencial seguro de identificación correcta de las muestras de laboratorio.

- **ECV en paciente hospitalizado no previsto a su ingreso.**

Controles

- Reporte de incidentes relacionados con fallas en la dotación que afectan al paciente.



- **Eventos adversos asociados a las tecnologías en salud.**

Controles

- Sistema de reporte de incidentes relacionados con la tecnología.
- Hojas de vida de equipos biomédicos.
- Lista de chequeo de verificación diaria de desfibrilador.

- **Evento adverso medicamentoso evitable.**

Controles

- Verificación periódica de adherencia a proceso asistencial seguro de administración segura de medicamentos en las rondas de seguridad.
- Programa de seguridad del paciente.
- Protocolo de administración de medicamentos.
- Identificación del paciente alérgico a medicamento con manilla de identificación.

- **Falla renal POP o post aplicación medio de contraste.**

Controles

- Solicitud de certificación de curso de toma de muestras al personal de enfermería y de laboratorio que ingresa a laborar en la institución.
- Realización de talleres intermitentes sobre toma de muestras de laboratorio.

- **Flebitis en sitio de punción.**

Controles

- Protocolo de inserción de catéter o venopunción.
- Protocolo de administración de medicamentos.
- Verificación en rondas de seguridad de adherencia al proceso asistencial seguro de administración de medicamentos.
- Programa de seguridad del paciente.

- **Fuga de paciente.**

Controles

- Procedimiento documentado de fuga de paciente.
- Rondas periódicas de enfermería en el servicio.
- Control al ingreso de la portería de usuarios y acompañantes.
- Acompañantes permanentes a pacientes menores de edad y con enfermedad mental.
- Implementación de formato de acompañamiento permanente.



- **Infecciones respiratorias asociadas a la atención en salud.**

Controles

- Verificación de adherencia periódicamente al protocolo de lavado de manos.
- Realización frecuente de rondas de seguridad.
- Sistema de reporte de eventos adversos.
- Realización de campañas de lavado de manos.
- Protocolo de aislamiento.
- Infraestructura para aislamiento respiratorio de pacientes.
- Programa de seguridad del paciente con proceso asistencial seguro de detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud.

- **Infecciones urinarias asociadas a la atención en salud.**

Controles

- Verificación de adherencia periódicamente al protocolo de lavado de manos.
- Realización frecuente de rondas de seguridad.
- Sistema de reporte de eventos adversos.
- Realización de campañas de lavado de manos.
- Protocolo de inserción de sonda vesical.
- Infraestructura para aislamiento respiratorio de pacientes.
- Programa de seguridad del paciente con proceso asistencial seguro de detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud.

- **Pérdida económica para el paciente y/o su familia.**

Controles

- Existencia de mobiliario en las habitaciones para guardar pertenencias de los usuarios.
- Control intermitente del ingreso-egreso de usuarios y acompañantes en el área de hospitalización.

- **Lesiones por presión.**

Controles

- Protocolo de prevención de úlceras por posición.
- Verificación frecuente de adherencia al protocolo de prevención de úlceras por posición.
- Proceso asistencial seguro de prevenir úlceras por posición en el programa de seguridad del paciente.
- Identificación de pacientes con alto riesgo de formación de úlceras por posición. (escala de Braden).



- **Procedimiento quirúrgico equivocado o en un sitio o paciente erróneo.**

Controles

- Se tiene documentado proceso asistencial seguro de identificación correcta del paciente en los procesos asistenciales.
- Se realiza verificación periódica de adherencia a proceso asistencial seguro de identificación correcta del paciente en los procesos asistenciales.
- Implementación de manillas de identificación en el paciente.
- Implementación de tableros de identificación del paciente en la unidad que se encuentra ubicado.

- **Inoportunidad en la administración de medicamentos.**

Controles

- Sistema de reporte de incidentes relacionados con la atención en salud.

- **Tromboembolismo pulmonar en paciente hospitalizado no previsto a su ingreso.**

Controles

- Sistema de reporte de eventos adversos e incidentes.

- **Retiro accidental de dispositivos médicos con lesión.**

Controles

- Sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
- Programa de seguridad del paciente.
- Protocolo de traslado del paciente.

- **Neumonías bronco aspirativas en paciente hospitalizado.**

Controles

- Sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
- Programa de seguridad del paciente.

- **Daño y/o pérdida por condiciones de Seguridad.**

Controles

- Protocolo de sujeción terapéutica.
- Sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
- Control intermitente de acceso de usuarios al hospital.



- **Daño y/o pérdida por riesgo biomecánico.**

Controles

- No se identifican.

- **Insatisfacción.**

Controles

- No se identifican.

- **Daños a la estructura física.**

Controles

- Protocolo de sujeción terapéutica.
- Sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
- Control intermitente de acceso de usuarios al hospital.

- **Pérdida de información.**

Controles

- No se identifican.

- **Pérdida o Daño de equipos**

Controles

- Sistema de reporte de incidentes y eventos adversos relacionado con equipos biomédicos.
- Realización de rondas de seguridad por parte de coordinador de seguridad del paciente.
- Realización de mantenimientos correctivos según necesidad por parte de ingeniero biomédico.



## **SEGURIDAD DEL PACIENTE ATENCION EXTERNA**

### **• Caída de paciente**

- Educación intermitente al paciente sobre medidas para evitar las caídas durante estadía en la institución.
- Programa de seguridad del paciente.
- Verificación periódica de adherencia a proceso asistencial seguro de prevenir y reducir la frecuencia de caídas.
- Realización de rondas de seguridad.
- Permiso de acompañante permanente a pacientes con alto riesgo de caídas.
- Protocolo de prevención de caídas.
- Semaforización del riesgo a pacientes con alto riesgo de caídas.

### **• Choque hipovolémico en post – quirúrgico o postparto**

- Protocolo de monitorización
- Protocolo de entrega de turno
- Protocolo de equipos de respuesta rápida.
- Verificación periódica de adherencia a protocolo de entrega de turno.
- Realización de rondas de enfermería durante el turno.
- Vigilancia del paciente en posoperatorio inmediato en el servicio de salas de cirugía.
- Programa de educación continua a colaboradores de la institución.

### **• Accidentes post transfusionales**

- Protocolo de transfusión de hemoderivados
- Programa de seguridad del paciente.
- Verificación frecuente en ronda de seguridad de proceso asistencial seguro de seguridad en la administración de hemo componentes.
- Implementación de comité de transfusión de hemo componentes.



- **Convulsión febril intrahospitalaria**
  - Protocolo de monitorización o toma de signos vitales
  - Protocolo de entrega y recibo de turno.
  - Rondas de enfermería durante el turno.
  - Verificación periódica de adherencia a protocolo de entrega y recibo de turno.
  - Sistema de reporte de incidentes y eventos adversos relacionados con la atención en salud.
  - Programa de seguridad del paciente.
  - Comité de farmacovigilancia.
  - Sistema de llamado de personal asistencial en las habitaciones.
- **Daño o lesión al paciente por reportes equivocados o inoportunos de ayudas diagnósticas.**
  - Verificación y análisis de incidentes relacionados con ayudas diagnósticas de imagenología y laboratorio.
  - Talleres intermitentes sobre toma de muestras.
  - Protocolo de toma de muestras.
  - Solicitud de certificado de curso de toma de muestras a trabajadores del área asistencial.
  - Realización de rondas de seguridad donde se verifica adherencia a proceso asistencial seguro de identificación correcta de las muestras de laboratorio.
- **ECV en paciente hospitalizado no previsto a su ingreso**
  - Reporte de incidentes relacionados con fallas en la dotación que afectan al paciente.
- **Eventos adversos asociados a las tecnologías en salud**
  - Sistema de reporte de incidentes relacionados con la tecnología.
  - Hojas de vida de equipos biomédicos.
  - Lista de chequeo de verificación diaria de desfibrilador.



- **Evento adverso medicamentoso evitable**

- Verificación periódica de adherencia a proceso asistencial seguro de administración segura de medicamentos en las rondas de seguridad.

- Programa de seguridad del paciente.

- Protocolo de administración de medicamentos.

- Identificación del paciente alérgico a medicamento con manilla de identificación.

- **Falla renal POP o post aplicación medio de contraste**

- Solicitud de certificación de curso de toma de muestras al personal de enfermería y de laboratorio que ingresa a laborar en la institución.

- Realización de talleres intermitentes sobre toma de muestras de laboratorio.

- **Flebitis en sitio de punción**

- Protocolo de inserción de catéter o venopunción.

- Protocolo de administración de medicamentos.

- Verificación en rondas de seguridad de adherencia al proceso asistencial seguro de administración de medicamentos.

- Programa de seguridad del paciente.

- **Fuga de paciente**

- Procedimiento documentado de fuga de paciente.

- Rondas periódicas de enfermería en el servicio.

- Control al ingreso de la portería de usuarios y acompañantes.

- Acompañantes permanentes a pacientes menores de edad y con enfermedad mental.

- Implementación de formato de acompañamiento permanente.

- **Infecciones de localización quirúrgica asociadas a la atención en salud**

- Protocolo de lavado de manos.

- Verificación de adherencia al lavado de manos.



- Realización de rondas de seguridad.
- Sistema de reporte de eventos adversos (infecciones de localización quirúrgica).
- Protocolo de aislamiento.
- Preparación de paciente previo a la cirugía. (baño del paciente con clohexidina).
- **Infecciones respiratorias asociadas a la atención en salud**
- Verificación de adherencia periódicamente al protocolo de lavado de manos.
- Realización frecuente de rondas de seguridad.
- Sistema de reporte de eventos adversos.
- Realización de campañas de lavado de manos.
- Protocolo de aislamiento.
- infraestructura para aislamiento respiratorio de pacientes.
- Programa de seguridad del paciente con proceso asistencial seguro de detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud.
- **Infecciones urinarias asociadas a la atención en salud**
- Verificación de adherencia periódicamente al protocolo de lavado de manos.
- Realización frecuente de rondas de seguridad.
- Sistema de reporte de eventos adversos.
- Realización de campañas de lavado de manos.
- Protocolo de inserción de sonda vesical.
- infraestructura para aislamiento respiratorio de pacientes.
- Programa de seguridad del paciente con proceso asistencial seguro de detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud.
- **Pérdida económica para el paciente y/o su familia**
- Existencia de mobiliario en las habitaciones para guardar pertenencias de los usuarios.



- Control intermitente del ingreso-egreso de usuarios y acompañantes en el área de hospitalización.

- **Lesiones por presión**

- Protocolo de prevención de úlceras por posición.

- Verificación frecuente de adherencia al protocolo de prevención de úlceras por posición.

- Proceso asistencial seguro de prevenir úlceras por posición en el programa de seguridad del paciente.

- Identificación de pacientes con alto riesgo de formación de úlceras por posición. (escala de Braden)

- **Procedimiento quirúrgico equivocado o en un sitio o paciente erróneo**

- Se tiene documentado proceso asistencial seguro de identificación correcta del paciente en los procesos asistenciales.

- Se realiza verificación periódica de adherencia a proceso asistencial seguro de identificación correcta del paciente en los procesos asistenciales.

- Implementación de manillas de identificación en el paciente.

- Implementación de tableros de identificación del paciente en la unidad que se encuentra ubicado.

- **Inoportunidad en la administración de medicamentos**

- Sistema de reporte de incidentes relacionados con la atención en salud.

- **Tromboembolismo pulmonar en paciente hospitalizado no previsto a su ingreso**

- Sistema de reporte de incidentes relacionados con la atención en salud.

- **Retiro accidental de dispositivos médicos con lesión**

- Sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.

- Programa de seguridad del paciente.

- Protocolo de traslado del paciente



- **Neumonías bronco aspirativas en paciente hospitalizado**
  - Sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
  - Programa de seguridad del paciente.
- **Daño y/o pérdida por condiciones de Seguridad**
  - Protocolo de sujeción terapéutica.
  - Sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
  - Control intermitente de acceso de usuarios al hospital.
- **Daño y/o pérdida por riesgo biomecánico**
  - No se identifican.
- **Insatisfacción**
  - No se identifican.
- **Daños a la estructura física**
  - Protocolo de sujeción terapéutica.
  - Sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
  - Control intermitente de acceso de usuarios al hospital.
- **Pérdida de información**
  - No se identifican.
- **Pérdida o Daño de equipos**
  - Sistema de reporte de incidentes y eventos adversos relacionado con equipos biomédicos.
  - Realización de rondas de seguridad por parte de coordinador de seguridad del paciente.
  - Realización de mantenimientos correctivos según necesidad por parte de ingeniero biomédico.



## **SEGURIDAD DEL PACIENTE ATENCION QUIRURGICA**

### **• Caída de paciente**

- Educación intermitente al paciente sobre medidas para evitar las caídas durante estadía en la institución.
- Programa de seguridad del paciente.
- Verificación periódica de adherencia a proceso asistencial seguro de prevenir y reducir la frecuencia de caídas.
- Realización de rondas de seguridad.
- Protocolo de prevención de caídas.
- Semaforización del riesgo a pacientes con alto riesgo de caídas.
- Acceso de acudiente en caso de pacientes menores de edad a salas de recuperación.

### **• Choque hipovolémico en post – quirúrgico o postparto**

- Protocolo de monitorización
- Protocolo de entrega de turno
- Protocolo de equipos de respuesta rápida.
- Verificación periódica de adherencia a protocolo de entrega de turno.
- Realización de rondas de enfermería durante el turno.
- Vigilancia del paciente en posoperatorio inmediato en el servicio de salas de cirugía.
- Programa de educación continua a colaboradores de la institución.

### **• Accidentes post transfusionales**

- Protocolo de transfusión de hemoderivados
- Programa de seguridad del paciente.
- Verificación frecuente en ronda de seguridad de proceso asistencial seguro de seguridad en la administración de hemo componentes.
- Implementación de comité de transfusión de hemo componentes.



- **Daño o lesión al paciente por reportes equivocados o inoportunos de ayudas diagnosticas**

- Verificación y análisis de incidentes relacionados con ayudas diagnosticas de imagenología y laboratorio.

- Talleres intermitentes sobre toma de muestras.

- Protocolo de toma de muestras.

- Solicitud de certificado de curso de toma de muestras a trabajadores del área asistencial.

- Realización de rondas de seguridad donde se verifica adherencia a proceso asistencial seguro de identificación correcta de las muestras de laboratorio.

- **Eventos adversos asociados a las tecnologías en salud**

- Sistema de reporte de incidentes relacionados con la tecnología.

- Hojas de vida de equipos biomédicos.

- Lista de chequeo de verificación diaria de desfibrilador.

- Lista de chequeo de verificación de máquina de anestesia.

- Lista de chequeo de verificación de Arco en C.

- **Evento adverso medicamentoso evitable**

- Verificación periódica de adherencia a proceso asistencial seguro de administración segura de medicamentos en las rondas de seguridad.

- Programa de seguridad del paciente.

- Protocolo de administración de medicamentos.

- Identificación del paciente alérgico a medicamento con manilla de identificación.

- **Flebitis en sitio de punción**

- Protocolo de inserción de catéter o venopunción.

- Protocolo de administración de medicamentos.

- Verificación en rondas de seguridad de adherencia al proceso asistencial seguro de administración de medicamentos.



- Programa de seguridad del paciente.
- **Infecciones de localización quirúrgica asociadas a la atención en salud**
- Protocolo de lavado de manos.
- Verificación de adherencia al lavado de manos.
- Realización de rondas de seguridad.
- Sistema de reporte de eventos adversos (infecciones de localización quirúrgica).
- Protocolo de aislamiento.
- Preparación de paciente previo a la cirugía. (baño del paciente con clorhexidina).
- **Infecciones urinarias asociadas a la atención en salud**
- Verificación de adherencia periódicamente al protocolo de lavado de manos.
- Realización frecuente de rondas de seguridad.
- Sistema de reporte de eventos adversos.
- Realización de campañas de lavado de manos.
- Protocolo de inserción de sonda vesical.
- Infraestructura para aislamiento respiratorio de pacientes.
- Programa de seguridad del paciente con proceso asistencial seguro de detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas a la atención en salud.
- **Pérdida económica para el paciente y/o su familia**
- Existencia de mobiliario en las habitaciones para guardar pertenencias de los usuarios.
- Control intermitente del ingreso-egreso de usuarios y acompañantes en el área de hospitalización.
- **Procedimiento quirúrgico equivocado o en un sitio o paciente erróneo**
- Se tiene documentado proceso asistencial seguro de identificación correcta del paciente en los procesos asistenciales.
- Se realiza verificación periódica de adherencia a proceso asistencial seguro de identificación correcta del paciente en los procesos asistenciales.



- Implementación de manillas de identificación en el paciente.
- Implementación de tableros de identificación del paciente en la unidad que se encuentra ubicado.
- **Retiro accidental de dispositivos médicos con lesión**
- Sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
- Programa de seguridad del paciente.
- Protocolo de traslado del paciente
- **Daño y/o pérdida por riesgo biomecánico**
- No se identifican.
- **Insatisfacción**
- No se identifican.
- **Pérdida de información**
- No se identifican.
- **Pérdida o Daño de equipos**
- Sistema de reporte de incidentes y eventos adversos relacionado con equipos biomédicos.
- Realización de rondas de seguridad por parte de coordinador de seguridad del paciente.
- Realización de mantenimientos correctivos según necesidad por parte de ingeniero biomédico.

## CONCLUSIONES

- Se tienen identificados los riesgos institucionales y se obtienen matrices con las metodologías aplicadas a los procesos institucionales
- Se debe garantizar la implementación de controles y la inclusión del costo de estos en el presupuesto institucional.



## FORTALEZAS

- Apoyo y seguimiento de la Alta Dirección a la Política de Administración del Riesgo, proporcionando los lineamientos y recursos necesarios para el monitoreo y control permanente de los riesgos.
- Compromiso y disposición con los procesos, para dar cumplimiento a las acciones implementadas en las Matrices de Riesgos de la ESE Santiago de Tunja, en aras de prevenir situaciones que afecten los objetivos.
- La ESE Santiago de Tunja, realiza la implementación y mantenimiento del sistema, realiza el monitoreo permanente y lo ajusta según las recomendaciones resultado de las auditorías realizadas de acuerdo con las tres líneas de defensa establecidas en el MIPG aplicable como único modelo para las instituciones públicas de Colombia y al cual respondemos como empresa social del estado

## RECOMENDACIONES

- Se debe continuar realizando continuo monitoreo y seguimiento para asegurar la ejecución de las acciones de control establecidas, que permitan reducir los riesgos identificados.
- Se recomienda mantener controles que fortalezcan y mitiguen cada uno de los riesgos establecidos que permitan abordar la totalidad de la causa de los mismos, priorizando según sea el caso.
- Divulgar una cultura del control encaminada en la Administración de los riesgos, con el fin de reducir las probabilidades de ocurrencia de problemas adversos.
- Socializar a los integrantes de los procesos, los resultados de la verificación realizada, en aras de su retroalimentación y fortalecimiento de los riesgos incluidos en el mapa de la vigencia 2022 y realizar el respectivo monitoreo a los riesgos y controles de las nuevas matrices en las fechas establecidas.

**CLAIRE CARVAJAL PINZON**  
**ASESORA DE CONTROL INTERNO**  
**ESE SANTIAGO DE TUNJA**



Empresa Social del Estado  
**Santiago de Tunja**

[www.esesantiagodetunja.gov.co](http://www.esesantiagodetunja.gov.co)

NIT. 820.003.850-2

Calle 16 #9 - 41

7458613 - 7448050