



**MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL ESE HOSPITAL MENTAL RODESINDO SOTO
VIGENCIA 2022**



**Gobernación
de Norte de
Santander**

PROCESO	N.º	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN		DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCIÓN	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO			
					SI	NO							ABRIL			
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	1	No dar cumplimiento a lo inicialmente programado en el Plan de Desarrollo Institucional.	1. Desviación de lo planeado inicialmente 2. Cambios en las condiciones del entorno o al interior de la institución	Sanciones , interrupción de la actividad desarrollada e ineficacia en la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	X		1. Evaluación del plan de gestión 2. Seguimiento a indicadores	PELIGROSO	4	OCASIONAL	4	ALTA	2	32	1. Realizar seguimiento periodico de las actividades definidas en el plan de desarrollo. 2. Verificar el cumplimiento de los indicadores y posibles desviaciones para su ajuste y cumplimiento.	
	2	Toma de decisiones Técnicas y Administrativas con base en información errónea	Incumplimiento de los procedimientos y poca o inadecuada inducción y re inducción.	Interrupción de la actividad desarrollada y perdida de credibilidad	X		* Se cuenta con Procedimientos institucionales. * La institución cuenta con inducción.	PELIGROSO	4	OCASIONAL	4	ALTA	2	32	1. Fortalecer la socialización y ejecución de los procedimientos institucionales. 2. Fortalecer el programa de inducción y re inducción institucional.	Durante este cuatrimestre se realizaron capacitaciones al personal de salud en tematicas como: Aislamiento de pacientes, Lavado de manos, protocolo de atencion en salud con enfoque psicosocial a victimas del conflicto armado, Protocolo de atencion a pacientes con riesgo suicida y/o autolesiones, Administracion segura de medicamentos.
GESTION DE CALIDAD	N.º	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN CON CONTROLES		DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCIÓN	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA				
	1	incumplimiento de criterios documentales de habilitación	1. Desactualización de documentos o falta de los mismos (guías, protocolos, manuales, etc) 2. Débil cultura de seguimiento a procedimientos 3. Desconocimiento del procedimiento de control de documentos y registros	Desvió del cumplimiento de objetivos, no estandarización, costos, incumplimiento normativo	X		Cumplimiento Resolución 3100 de 2019	MAYOR	3	FRECUENTE	5	ALTA	2	30	1. Reporte de auditoria externa o interna (actualización de procesos prioritarios)	Durante este cuatrimestre se realizaron actualizaciones de guías y protocolos de: Aislamiento de pacientes, Lavado de manos, protocolo de atencion en salud con enfoque psicosocial a victimas del conflicto armado, Protocolo de atencion a pacientes con riesgo suicida y/o autolesiones, Administracion segura de medicamentos.
	3	No cumplir con las metas del PAMEC - SUA	1. No cumplimiento de planes de acción por equipos de trabajo. 2. No interiorización o conocimiento de los estándares. 3. Cultura institucional de no entregar y siempre aplazar. 4. Dificultades de presupuesto.	1. No cumplimiento de las metas del indicador 1 y 2 del Plan de gestión. 2. No mejoramiento de la calidad	X		Herramienta de Matriz de PAMEC, Guía de trabajo de acreditación	MAYOR	3	FRECUENTE	5	ALTA	2	30	1. Necesidad de realizar seguimiento a través de los jefes inmediatos y el comité de calidad) 2. Fomentar una mayor participación de los funcionarios de los procesos. Subdividiendo equipos claves. (calidad)	Durante este periodo se realizan el debido proceso de autoevaluación con estándares de acreditación en salud, para detectar las posibles oportunidades de mejorar a desarrollar en la entidad
	4	No confiabilidad y oportunidad en la entrega de indicadores y datos estadísticos	1. Deficiencias en sistemas de información. 2. Desagregación de funciones en cuanto a la recolección de la información, no se cuenta con fuentes unificadas de los datos. 3. Cultura organizacional débil respecto a la entrega de información oportuna.	1. Poco tiempo para realizar análisis. 2. Sanciones por no entrega a antes de control. 3. Glosas por entrega tardía a clientes institucionales. 4. Dificultades en la toma de decisiones con	X		Procedimiento de gestión de indicadores, matriz de reporte de indicadores	MAYOR	3	OCASIONAL	4	ALTA	2	24	1. unificación de la generación y recopilación de datos en el proceso de Gerencia de información independiente de cual se la fuente de la información. (delegación por gerencia)	

N.º	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO		DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCIÓN	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA		
5	Débil identificación y gestión de No conformidades.	1. Sistema no actualizado 2. Dificultades en el acceso a equipos desconocimiento del procedimiento 3. No cultura de reporte	1. Repetición frecuente de fallas, no conformes incidentes y eventos adversos 2. Costos de no calidad	X	1. Procedimiento de gestión de no conformes, Gestión de eventos adversos	MAYOR	3 OCASIONAL	4 MUY ALTA	1	12	1. Seguimiento al programa de seguridad del paciente	Una vez identificados los eventos adversos ocurridos, el área de seguridad del paciente, establece como plan de mejora, un aumento en las rondas de seguridad por servicio realizando verificación del cumplimiento de prácticas
1	Inefectividad del recaudo	Recursos asignados a las EPS son insuficientes para cubrir el pago de la cartera de las IPS	1) Retrasos en los pagos a las cuentas o acreencias que se generan en la institución, entendiéndose gastos de funcionamiento en general. 2) Afectación de la liquidez del hospital	X	1) Cobranza y comunicación constante con la EPS 2) Cobros Jurídicos	MAYOR	3 FRECUENTE	5 ALTA	2	30	1) Cobranza constante. 2) Presencia permanente en las EPS de mayor facturación. 3) Generación de espacios de concertación a nivel gerencial entre las partes.	
2	Sub Registro e inadecuada facturación mensual.	Falta de control en los servicios por el personal asignado	1) Pérdidas en la venta del servicio. 2) Incremento en los costos y gastos de la Entidad.	X	1) Actualización de procedimientos de Facturación 2) Capacitación Constante del	MAYOR	3 FRECUENTE	5 MUY ALTA	1	15	1) Actualización de Procedimientos del área de facturación. 2) Capacitación idónea del personal de facturación.	Se realiza constantemente reuniones entre gerencia, subgerencia administrativa, subgerencia de servicios de salud y los responsables del área de facturación, citas, autorización y glosas, con el
3	Algunos activos sin hojas de vida	1. Registro parcial de datos	1) Pérdida del Activo	X	1) Identificación de activos sin H.V y diligenciamiento de los mismos	MENOR	2 REMOTO	3 ALTA	2	12	Diligenciamiento de los activos pendientes	
4	Descuadre en el recaudo de cajas	1. Descuadre de cajeros	1) Descuadre de los dineros recaudados	X	1) Arqueos diarios a los cajeros	MENOR	2 REMOTO	3 MUY ALTA	1	6	1) Arqueos constantes de los recaudos	
N.º	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO		DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCIÓN	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA		
1	Respuesta inadecuada o inoportuna a una queja o reclamo	Débil compromiso por parte de los jefes y dificultad con el aplicativo de indicadores	Insatisfacción en la respuesta al usuario.	X	Existe procedimiento de quejas y reclamos, Formato de seguimiento al mejoramiento individual PQRS Formato para quejas, reclamos y recomendaciones	MAYOR	3 FRECUENTE	5 ALTA	2	30	1. Mantener controles sobre las quejas y los reclamos.	Desde el área de SIAU se cuenta con formato para recepción de quejas y reclamos de los usuarios internos y externos, se realiza consolidación y análisis del mismo de forma trimestral, de igual forma se presentan las principales causas de insatisfacción por parte de los usuarios a la subgerencia asistencial que toma las medidas necesarias para subsanar falencias
2	Peligro público (por robo o agresión física).	Por la población que se atiende en el hospital, por la zona de ubicación geográfica de la institución	1. Pérdida de equipos o elementos de oficina. 2. Agresión verbal y/o física a los funcionarios.	X	Protocolo de manejo de paciente agitado	MAYOR	3 OCASIONAL	4 ALTA	2	24	A adherencia al protocolo de manejo de paciente agitado.	

ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

AL USUARIO

ATEP	3	Atención inadecuada e inoportuna al usuario	1. Falta de capacitación al personal encargado de información. 2. Cambio de la normatividad en salud sin socializar. 3. Orientación incorrecta al usuario. 4. Tiempos largos de espera. 5. Cancelación de citas médicas especializadas. 6. Inadecuado ingreso del usuario al tarjetero índice.	1. Pérdida de usuario y citas, de ingresos. 2. Mal imagen ante el cliente institucional.	X		Se cuenta con procedimientos de asignación de citas, buzones de sugerencias	PELIGRO SO	4	OCASIONAL	4	ALTA	2	32	1. Socialización de los procedimientos y re inducción del personal. 2. Realizar reunión para revisar temas como cancelación de citas. 3. Reprogramación de agendas, citas prioritarias. 4. Reprogramación del sistema telefónico para que en cada puesto de trabajo entren las tres líneas simultaneas.	Se evidencia que en la institución se cuenta con personal asignado a la confirmación y reprogramación de citas programadas para los servicios especializados ,evitando así la pérdida de cupos para citas y optimizando así la agenda diaria de los especialistas
	N o.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	EXISTEN SI NO	DESCRIPCION DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCION	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA					
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	1	Debilidad en la implementación de la cultura organizacional	1. Debilidad en el proceso de inducción. 2. Urgencia de necesidad del servicio. 3. Baja participación en las actividades planteadas	1. Mala prestación del servicio. 2. Bajo sentido de pertenencia. 3. Incumplimiento o desvíos de los objetivos y metas institucionales.	X		1. Seguimiento a los PQR 2. Seguimiento al proceso de inducción.	MAYOR	3	OCASIONAL	4	BAJA	4	48	1. Revisión y ejecución del programa de inducción y re inducción.	Se evidencia informe de clima laboral que es socializado en el Copasst en el que se establecen actividades en pro de fortalecer la cultura organizacional priorizando la actualización y realización del proceso de inducción y reincusión de los trabajadores de la institución
	3	Incumplimiento al sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	1. No contar con los procedimientos actualizados de SGSST 2. No contar con equipo multidisciplinario para llevar a cabo la implementación del SGSST	1. Sanciones Disciplinarias 2. Accidentes y enfermedades Laborales. 3. Desmejora de clima laboral.	X		Se cuenta con el programa de seguridad y salud en el trabajo. Y su cronograma de actividades.	MAYOR	3	OCASIONAL	4	ALTA	2	24	1. Revisar y Actualizar los procedimientos de SGSST.	Se identifica un cronograma de actividades correspondiente a un plan de trabajo anual, en el que se establece actividades en conjunto con la ARL y el área de Seguridad y salud en el trabajo
	N o.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	EXISTEN SI NO	DESCRIPCION DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCION	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA					
AMBIENTE FISICO	1	Fuga de Pacientes	1. Los múltiples accesos en el hospital permiten el ingreso y salida de los pacientes 2. debilidad en el esquema de seguridad 3. perfil de los usuarios	1. Pérdida de recursos financieros. 2. Posibles demandas, eventos adversos.	X		1. Procedimientos de fuga de pacientes. 2. Seguridad privada, cámaras de seguridad, linderos. 3. Llevar un registro de fuga de pacientes en las áreas.	MAYOR	3	OCASIONAL	4	ALTA	2	24	1. Identificar las áreas de fácil acceso 2. Actualizar y socializar el plan de emergencia, incluyendo el manejo de pacientes en caso de evacuación. 3. Adecuación de los puntos críticos identificados en el registro. 4. Evidenciar control por parte de la empresa para los vigilantes	Se evidencia actualización del protocolo de fugas y socialización del mismo al personal de la institución, así como la realización de rondas diarias con el objetivo de minimizar las practicas inseguras que pueden conllevar a la fuga de pacientes.
	2	Inoportunidad en la entrega de insumos y medicamentos	1. Baja respuesta del proveedor. 2. Debilidad en el cumplimiento del plan de compras. 3. Falta de disponibilidad presupuestal. 4. Falta de comunicación entre servicios 5. Medicamentos o insumos no estén contratados	1. Estancias prolongadas 2. Glosas 3. Complicaciones de pacientes 4. Sobrecostos. 5. Inoportunidad o ausencia en el tratamiento del paciente.	X		Auditoria concurrente	PELIGRO SO	4	OCASIONAL	4	ALTA	2	32	1. Cumplir con el plan de compras de la institución.	
	6	Desastres Naturales	1. Deslizamiento de tierras 2. Deforestación del área 3. Invasión y construcción de viviendas en la loma 4. Incendios forestales 5. Movimiento Teluricos	1. Daños a la infraestructura de la institución. 2. Traslado de usuarios y pacientes. 3. Heridos, muertos. 4. Cierre de servicios	X		1. Se cuenta con el plan Hospitalario de Emergencias e insumos 2. Se cuenta con equipo de Brigada de emergencia	CATASTR OFICO	5	REMOTO	3	BAJA	4	60	1. Socializar el plan de emergencia 2. Realizar simulacros de evacuación 3. Se requiere consolidar el grupo de brigadistas en caso de emergencias y que cuenten con las herramientas necesarias.	

3	Fallas en la atención del triage	1. Fallas en la aplicabilidad de los procedimientos y conocimiento de la norma. 2. Debilidades en el apoyo logístico Hospitalario. 3. Rotación de personal	1. Incumplimiento a las normas vigentes	X	Fortalecimiento del procedimiento del triage	CATASTR OFICO	5	OCASIO NAL	4	ALTA	2	40	1. Medición de la demanda. 2. Fortalecer el triage 3. Implementación de procedimiento en el servicio de urgencias lo cual hace que se pueda identificar y medir los tiempos del triage	
4	Fallas en los registros clínicos.	1. Registros no diligenciados. 2. Letra ilegible. 3. Debilidad en la supervisión del docente encargado de los estudiantes.	1. Riesgos para el usuario 2. Posibles demanda 3. Mayores costos, glosas y reproceso.	X	1. Formatos historia clínica. 2. Comité de historia clínica. 3. Pre auditoria. 4. Auditoria concurrente. 5. Indicador de adherencia	MENOR	2	OCASIO NAL	4	ALTA	2	16	1. Seguimiento por comité de historias clínicas. 2. Plan de mejora individual 3. Sistematización de la historia clínica. 4. Pre-Auditoria 5. Facturación en cada servicio	Se evidencia realización de adherencia a las guías de práctica clínica, de igual forma el adecuado registro en historias clínica por parte del área de auditoría, las cuales quedan consignadas y socializadas en el comité de historias clínicas y expuestas a los especialistas con el objetivo de mejorar e implementar las acciones de mejora.
5	Debilidad en el proceso de seguridad del paciente	1. Debilidad en la adherencia al protocolo. 2. Debilidad en los procesos de inducción y reinducción	1. Evento adverso e incidentes. 2. Glosas. 3. Demandas.	X	Manual de seguridad del paciente	CATASTR OFICO	5	OCASIO NAL	4	ALTA	2	40	1. Socialización del protocolo de seguridad del paciente. 2. Medición de adherencia al protocolo de seguridad del paciente. 3. Fortalecer el proceso de inducción y	Una vez identificados los eventos adversos ocurridos, el área de seguridad del paciente, establece como plan de mejora, un aumento en las rondas de seguridad por servicio realizando verificación del cumplimiento de prácticas
7	Estancia prolongada.	1. Paciente sin red de apoyo familiar. 2. Dificil ubicación casa hogar. 3. No oportunidad en respuesta de la red de las EPS	1. Infección nosocomial. 2. Glosas. 3. Incumplimiento de las metas e indicadores	X	1. Pre auditoria. 2. Auditoria concurrente. 3. Indicador de adherencia 4. Gestión por trabajo social	MENOR	2	OCASIO NAL	4	ALTA	2	16	1. Identificación de las condiciones socioeconómicas y red de apoyo desde el ingreso. 2. Solicitar apoyo a los entes de control. 3. Registro en la historia clínica de los procesos administrativos en cada turno. 4. Vigilancia diaria a través del censo, el	
8	Manejo de pacientes en condiciones especiales (física, mental, comportamental, religiosa)	1. Deficiencia en metodología de manejo de estos pacientes. 2. Falta de algunos protocolos. 3. No hay medición de adherencia de los protocolos existentes.	1. Fuga de pacientes. 2. Riesgo de evento adverso e incidente 3. Accidente laboral	X	1. Protocolo de paciente agitado 2. Protocolo de fuga. 3. Política de humanización	MAYOR	3	REMOTO	3	MUY ALTA	1	9	1. Socialización de los protocolos existentes. 2. Elaboración de política y manual para manejo de pacientes especiales. 3. Socialización en el servicio de urgencias.	
9	Fallas en el proceso de ayuda diagnóstica.	1. Error en el procedimiento en la toma de ayuda diagnóstica. 2. Inadecuado registro de datos Identificación del paciente.	1. Incidentes asistenciales 2. Eventos adversos 3. Insatisfacción del paciente 4. Demandas 5. Estancia prolongada.	X	Protocolos de ayudas diagnósticas.	MENOR	2	OCASIO NAL	4	ALTA	2	16	1. Fortalecimiento y socialización a los protocolos de ayudas diagnósticas. 2. Seguimiento a no conformes de ayudas diagnósticas. 3. Seguimiento a indicadores de oportunidad e entrega de resultados.	

Sonia Fluz Gamboa

SONIA ROCIO FLOREZ GAMBOA
PLANEACION ESEHMRS

