



**MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL
HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO**

2022

ESE
VIGENCIA



PROCESO	Nº	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTENCIA	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCIÓN	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO				
												ABRIL	AGOSTO			
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 periódico 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.	Durante este cuatrimestre se realizaron capacitaciones al personal de salud en tematicas como:Protocolos de salud publica (sífilis,dengue,hepatitis C,VIH,tuberculosis,accidente ofidico),Protocolo reanimacion cerebrocardiopulmonar
TON DE CALIDAD	Nº	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTENCIA	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.	Durante este cuatrimestre se realizaron actualizaciones de guías y protocolos de:Protocolos de salud publica (sífilis,dengue,hepatitis C,VIH,tuberculosis,accidente ofidico),Protocolo reanimacion cerebrocardiopulmonar
	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 comite de calidad) 2. Fomentar una mayor participacion de los funcionarios de los procesos. Subdiviendo equipos claves. (calidad)	Durante este periodo se realizan el debido proceso de autoevaluacion con estandares de acreditacion en salud, para detectar las posibles oportunidades de mejorar a desarrollar en la entidad	Desarrollo de las etapas de priorizacion de procesos,definicion de la calidad esperada, desarrollo del plan de accion de acuerdo a las oportunidades de mejora identificadas en el proceso anterior.

N.º	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCION	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA						
	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 entes de control. 3. Glosas por entrega tardía a clientes institucionales. 4. Dificultades en la toma de decisiones con base en hechos y datos	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)	
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 2. Programa de seguridad del paciente	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 seguras, y generando informes sobre los hallazgos encontrados.	se realiza la actualización de paquetes instruccionales y se programa la socialización de los mismos con el objetivo de adiestrar a los trabajadores en cada uno de los protocolos de seguridad del paciente.
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, entiendase 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.		Se evidencia realización de mesas técnicas trimestrales con las diferentes EPS con las cuales se tiene contrato para la prestación del servicio y el instituto departamental de salud en las que se realiza seguimiento y acuerdos de pago con la institución y así tener un mejor recaudo para la empresa.
2	Sub Registro 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	Se evidencia actualización y realización de manuales de citas, facturación, auditoría de cuentas médicas y autorización, así como su
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		Se evidencia realización de la identificación de activos de la institución referente a mobiliario, Equipos de cómputo, impresoras, escáner, sin embargo, estos aún no han sido rotulados por la institución
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		

GEST

ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

N.º	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXIS TENCIA	DESCRIPCION DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUEN CIA	DETECCI ON	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	OCASIO NAL	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 induccion y reinducción de los trabajadores de la institucion		
	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	OCASIO NAL	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 area de Seguridad y salud en el trabajo	Se evidencia la realizacion de indicadores, protocolos y procedimientos tales como: roles y responsabilidades, gestion de riesgo, programa epp, investigacion de accidentes ,manejo de sustancias químicas ,programa de vigilancia epidemiologica en riesgo psicosocial y osteomuscular. Se evidencia socializacion al COPASST y queda pendiente socializacion a trabajadores	
ISICO																	
	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. Perdida 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	OCASIO NAL	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 prácticas inseguras que pueden conllevar a la fuga de pacientes.	Se evidencia formato en el cual se registra el seguimiento de ingresos y egresos de los pacientes a los servicios durante la realización de actividades terapéuticas que requieren del desplazamiento de los pacientes dentro de la institución	
	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	OCASIO NAL	4	ALTA	2	32	1. Cumplir con el plan de compras de la institución.		se evidencian solicitudes realizadas desde farmacia al area de almacen para la compra y adquisicion de medicamentos y equipos medicos los cuales se encuentran soportados y evidenciados en los planes de compras.	

N o.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXIS	DESCRIPCION DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCION	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA			
				SI NO									
3	Fallas en la atencion del triage	1. Fallas en la aplicabilidad de los procedimientos y conocimiento de la norma. 2. Debilidades en el apoyo logistico Hospitalario. 3. Rotacion de personal	1.Incumplimiento a las normas vigentes	X	Fortalecimiento del procedimiento del triage	CATASTR OFICO	5 OCASIO NAL	4 ALTA	2	40	1. Medicion 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		Se evidencia actualizacion y socializacion del protocolo del triage
4	Fallas en los registros clinicos.	1. Registros no diligenciados. 2. Letra ilegible. 3. Debilidad en la supervision del docente encargado de los estudiantes.	1.Riesgos para el usuario 2. Posibles demanda 3. Mayores costos, glosas y reproceso.	X	1. Formatos historia clinica. 2. Comité de historia clinica. 3. Pre auditoria. 4. Auditoria concurrente. 5. Indicador de adherencia	MENOR	2 OCASIO NAL	4 ALTA	2	16	1.Seguimiento por comité de historias clinicas. 2.Plan de mejora individual 3.Sistematización de la historia clinica. 4. Pre-Auditoria 5.Facturación en cada servicio	Se evidencia realizacion de adherencia a las guias de practica clinica, de igual forma el adecuado registro en historias clinica por parte del area de auditoria, las cuales quedan consignadas y socializadas en el comité de historias clinicas y expuestas a los especialistas con el objetivo de mejorar e implementar las acciones de mejora.	Se evidencia la realizacion de pre-auditorias y seguimientos al proceso de facturacion para el cierre de mes
5	Debilidad en el proceso de seguridad del paciente	1. Debilidad en la adherencia al protocolo. 2. Debilidad en los procesos de induccion	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. Medicion de adherencia al	Una vez identificados los eventos adversos ocurridos, el area de seguridad del paciente, establece como plan de mejora un aumento en	se realiza la actualizacion de paquetes instruccionales y se programa la socializacion de los mismos con el objetivo de
7	Estancia prolongada.	1. Paciente sin red de apoyo familiar. 2. Dificil ubicación casa hogar. 3. No oportunidad en	1. Infeccion nosocomial. 2. Glosas. 3.Incumplimiento de las metas e indicadores	X	1. Pre auditoria. 2. Auditoria concurrente. 3. Indicador de adherencia	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		Se evidencia valoraciones por el area de trabajo social en las cuales se identifica las condiciones socioeconomicas de los pacientes ,asi como la
8	Manejo de pacientes en condiciones especiales (fisica, mental, comportamental, religiosa)	1. Deficiencia en metodologia de manejo de estos pacientes. 2. Falta de algunos protocolos. 3. No hay medicion 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.		Se evidencia protocolo de reduccion del riesgo de la atencion de pacientes con enfermedad mental
9	Fallas en el proceso de ayuda diagnostica.	1. Error en el procedimiento en la toma de ayuda diagnostica. 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 diagnosticas.	MENOR	2 OCASIO NAL	4 ALTA	2	16	1. Fortalecimiento y socialización a los protocolos de ayudas diagnosticas. 2. Seguimiento a no conformes de ayudas diagnosticas. 3. Seguimiento a indicadores d oportunidad e entrega de resultados.		

ASISTENCIAL

Sonia Flores Gamboa
SONIA ROCIO FLOREZ GAMBOA
PLANEACION ESEHMRS

