



MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO



PROCESO	N.º	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN CONTROL		DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCIÓN	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO					
					SI	NO							ABRIL	AGOSTO	DICIEMBRE			
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.			Para el mes de Diciembre se realiza analisis de cumplimiento de las metas establecidas para el plan de desarrollo,observando cumplimientos adecuaciones de infraestructura, realizacion de proyectos de dotación hospitalaria con aprobacion de recursos para la vigencia 2023 y capacitaciones al personal en diversos temas de calidad,seguridad del paciente y humanizacion
	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 ofídico),Protocolo reanimacion cerebrocardiopulmonar	Durante este cuatrimestre se realizaron capacitaciones al personal de salud en tematicas como:Guia plan de atencion de enfermeria,protocolo de atencion de victimas de violencia sexual,políticas de humanizacion del hospital,guías de prevencion y proteccion de la agresion y violencia hacia los trabajadores,guia de recepcion,custodia y entrega de bienes del paciente,protocolo de inmovilizacion de pacientes, identificacion correcta de paciente,protocolo de entrega y recibo de turno de enfermeria.
	N.º	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN SI NO	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 Resolucion 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 ofídico),Protocolo reanimacion cerebrocardiopulmonar	Durante este cuatrimestre se realizaron actualizaciones de guías y protocolos de:Guia plan de atencion de enfermeria,protocolo de atencion de victimas de violencia sexual,políticas de humanizacion del hospital,guías de prevencion y proteccion de la agresion y violencia hacia los trabajadores,guia de recepcion,custodia y entrega de bienes del paciente,protocolo de inmovilizacion de pacientes, identificacion correcta de paciente,protocolo de entrega y recibo de turno de enfermeria

GESTION DE CALIDAD	3	No cumplir con las metas del PAMEC - SUA	<ol style="list-style-type: none"> No cumplimiento de planes de acción por equipos de trabajo. No interiorización o conocimiento de los estándares. Cultura institucional de no entregar y siempre aplazar. Dificultades de presupuesto. 	<ol style="list-style-type: none"> No cumplimiento de las metas del indicador 1 y 2 del Plan de gestión. No mejoramiento de la calidad 	X		Herramienta de Matriz de PAMEC, Guía de trabajo de acreditación	MAYOR	3	FRECUENTE	5	ALTA	2	30	<ol style="list-style-type: none"> Necesidad de realizar seguimiento a través de los jefes inmediatos y el comité de calidad) 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	Desarrollo de las etapas de priorización de procesos, definición de la calidad esperada, desarrollo del plan de acción de acuerdo a las oportunidades de mejora identificadas en el proceso anterior.	Se ejecuta al 100% las actividades contempladas en el plan de acción del PAMEC institucional para la vigencia 2022 priorizando el proceso de urgencias, el instituto departamental de salud evalúa la institución obteniendo un resultado favorable con alta ejecución.
	4	No confiabilidad y oportunidad en la entrega de indicadores y datos estadísticos	<ol style="list-style-type: none"> Deficiencias en sistemas de información. Desagregación de funciones en cuanto a la recolección de la información, no se cuenta con fuentes unificadas de los datos. Cultura organizacional débil respecto a la entrega de información oportuna. 	<ol style="list-style-type: none"> Poco tiempo para realizar análisis. Sanciones por no entrega a antes de control. Glosas por entrega tardía a clientes institucionales. 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	<ol style="list-style-type: none"> 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) 		una vez analizado la situación en cuanto a la oportunidad en los indicadores de información, se observa que presenta demoras en el mismo, por consiguiente, el área de planeación realiza reunión con el área de sistemas, SIAU, calidad y seguridad del paciente, con el objetivo de establecer una nueva fecha de entrega máxima para su posterior análisis y reporte a antes de control	
	5	Débil identificación y gestión de No conformidades.	<ol style="list-style-type: none"> Sistema no actualizado Dificultades en el acceso a equipos desconocimiento del procedimiento No cultura de reporte 	<ol style="list-style-type: none"> Repetición frecuente de fallas, no conformes incidentes y eventos adversos Costos de no calidad 	X		<ol style="list-style-type: none"> Procedimiento de gestión de no conformes, Gestión de eventos adversos Programa de seguridad del paciente 	MAYOR	3	OCASIONAL	4	MUY ALTA	1	12	<ol style="list-style-type: none"> 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.	se realiza socialización en cada uno de los servicios de los protocolos de prevención de caídas, fugas, administración segura de medicamentos, úlceras por presión, identificación correcta de pacientes, prevención de intentos de suicidios, lavado de manos.

N o.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO		DESCRIPCION DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCION	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE				
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 institucion, entendiendose gastos de funcionamiento en general. 2) Afectacion de la liquidez del hospital.	X	1) Cobranza y comunicacion constante con la EPS 2) Cobros Juridicos	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 realizacion de mesas tecnicas trimestrales con las diferentes Eps con las cuales se tiene contrato para la prestacion del servicio y el instituto departamental de salud en las que se realiza seguimiento y acuerdos de pago con la institucion y asi tener un mejor recaudo para la empresa.	Se evidencia reuniones para conciliar con cada una de las Eps de manera periodica, el area de cuentas medicas se encuentra en constante acercamiento con el objetivo de depurar la cartera y llegar a acuerdos de pago con las EPS.	
2	Sub Registro inadecuada facturación mensual.	Falta de control en los servicios por el personal asignado	1) Peridas en la venta del servicio. 2) Incremento en los costos y gastos de la Entidad.	X	1) Actualizacion de procedimientos de Facturacion 2) Capacitacion Cosntante del	MAYOR	3 FRECUENTE	5 MUY ALTA	1	15	1) Actualización de Procedimientos del área de facturación. 2) Capacitación idónea del personal de	Se realiza constatemente reuniones entre gerencia, subgerencia administrativa, subgerencia de servicios de salud y los responsables del area de	Se evidencia actualizacion y realizacion de manuales de citas, facturación, auditoria de cuentas medicas y autorizacion, asi como su respectiva	Se realiza formato de egreso con el objetivo de contar con un medio fisico de control y seguimiento al cumplimiento de los criterios de egreso del paciente
3	Algunos activos sin hojas de vida	1. Registro parcial de datos	1) Perdida del Activo	X	1) Identificacion de activos sin H.V y diligenciamiento de los mismos	MENOR	2 REMOTO	3 ALTA	2	12	Diligenciamiento de los activos pendientes		Se evidencia realizacion de la identificacion de activos de la institucion referente a mobiliario, Equipos de computo, impresoras, escaner, si n embargo, estos aun no han sido rotulados por la institucion	Se evidencia que aun falta por realizar hoja de vida de los aires acondicionados de la institucion
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			Se evidencia que se asigna responsable para recibir dineros provenientes de la prestacion de servicios a particulares, copagos y demas en facturación, se recepciona diariamente por parte de subgerencia administrativa los recaudos que se realizan durante el dia. Se lleva un control mediante matriz en donde se observa los dineros que ingresan a la subgerencia administrativa asi como la consignacion de los mismos por parte de contabilidad.
N o.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO		DESCRIPCION DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCION	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE				

ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

ATENCIÓN AL USUARIO	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	FRECUE NTE	5	ALTA	2	30	1. Mantener controles sobre las quejas y los reclamos.	Desde el area de SIAU se cuenta con formato para recepcion de quejas y reclamos de los usuarios internos y externos, se realiza consolidacion y analisis del mismo de forma trimestral, de igual forma se presentan las principales causas de insatisfaccion 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	OCASIO NAL	4	ALTA	2	24	Adherencia al protocolo de manejo de paciente agitado.		Se realiza actualizacion del protocolo de paciente agresivo ,contencion de paciente , con el objetivo de adiestrar a los trabajadores en el adecuado manejo de los mismos, tambien se realiza seguimiento al cumplimiento del protocolo de requisas al ingreso de la institución por parte del personal de vigilancia, observandose que estos que requisan orientan a los usuarios	
	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	OCASIO NAL	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 reprogramacion de citas programadas para los servicios especializados ,evitando asi la pérdida de cupos para citas y optimizando así la agenda diaria de los especialistas		

N o.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN		DESCRIPCION DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCION	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA			
				SI	NO									
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 reinducción de los trabajadores de la institución		Se evidencia la realización de reinducción para todo el personal de planta de la institución en las cuales queda evidencia en las hojas de vida. De igual se identifica que queda como plan de mejora para el 2023 la realización de reinducción a la totalidad del personal de OPS y la evaluación del mismo.
	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	Se evidencia la realización de indicadores, protocolos y procedimientos tales como: roles y responsabilidades, gestión de riesgo, programa epp, investigación de accidentes, manejo de sustancias químicas, programa de vigilancia epidemiológica en riesgo psicosocial y osteomuscular. Se evidencia socialización al COPASST y queda pendiente socialización a trabajadores
N o.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN		DESCRIPCION DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCION	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA			
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	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 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	Se realiza con el área de mantenimiento adecuaciones de infraestructura tendientes a mejorar la seguridad de las áreas, las cuales se encuentran soportadas en bitácora de mantenimiento. Por otro lado, se reitera constantemente al personal de vigilancia el correcto ingreso y egreso de pacientes y comunidad en general a la institución

AMBIENTE FISICO

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 esten contratados	1. Estancias prolongadas 2. Glosas 3. Complicaciones de pacientes 4. Sobrecostos. 5. Inoportunidad o ausencia en el tratamiento del paciente.	X		Auditoria concurrente	PELIGROSO	4	OCASIONAL	4	ALTA	2	32	1. Cumplir con el plan de compras de la institucion.		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.		
	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 evacuacion 3. Se requiere consolidar el grupo de brigadistas en caso de emergencias y que cuenten con las herramientas necesarias.		Se evidencia actualizacion del plan de emergencias y la capacitacion en atencion a incendios en conjunto con el cuerpo de bomberos y el area de seguridad y salud en el trabajo	
		7	Evento adverso al paciente por uso de Tecnologia	1. Falta de mantenimiento a los equipos 2. Falta de calibracion 3. Incumplimiento en el Plan de Tecnovigilancia	1. Muerte de un paciente 2. Incapacidades a pacientes, 3. Investigaciones por entes reguladores 4. Demandas	X		1. Plan de mantenimiento 2. Cronograma de calibracion de equipos 3. Existe Manual de Tecnovigilancia 4. Reportes por parte del INVIMA	MAYOR	3	REMOTO	3	ALTA	2	18	1. Cumplir con el cronograma de mantenimiento de equipos Biomedicos. 2. Cumplir con el cronograma de calibracion de equipos Biomedicos. 3. Revisar mensualmente los reportes nacionales e internacionales de informes de seguridad con respecto a la tecnologia. 4. Capacitar al personal asistencia acerca de la importancia de reporte por incidente o evento adverso debido a la tecnologia. 5. Cumplir con el comité de tecnovigilancia	Se evidencia cumplimiento al cronograma de mantenimiento de equipos biomedicos de forma semestral	Se evidencia capacitaciones a cargo del ingeniero biomedico referente al manejo de los equipos biomedicos existentes en cada uno de los servicios y el reporte de los eventos adversos que puedan presentarse por el uso de los mismos.
N o.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFFECTO DEL RIESGO	EXISTEN		DESCRIPCION DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCION		NIVEL DE CRITICIDAD			ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA				
2	Debilidad en la aplicación y socialización	Poca capacitacion de los funcionarios de la institucion en el manejo de la	Perdida de información, cambios en la informacion, demandas.	X		Compendio de políticas de seguridad de la	MAYOR	3	OCASIONAL	4	BAJA	4	48	Capacitacion en el manejo y seguridad de la informacion	Se evidencia socializacion con el personal de enfermeros profesionales en el manejo de la			

3	Presencia de software no licenciado	Instalacion no autorizadas de software	Sanciones por derechos de autor	X		Usuarios estandar presentan restriccion para la instalacion de software	MAYOR	3	REMOTO	3	BAJA	4	36	Inventario de software		todos los sftware estan licenciados, no pueden realizar instalACIONES DE SOFTWARE PORQUE SE ENCUENTRA BLOQUEADA POR UN USUARIO ADMINISTRADOR	
4	Debilidad en la ejecución del plan de mantenimiento	Ausencia del personal o no contratacion para la ejecucion del plan de mantenimiento	Daño a equipos, instalacion de software ilegal.	X		Plan de mantenimiento y cronograma	MENOR	2	OCASIONAL	4	ALTA	2	16	Auditorias internas		se evidencia la realizacion de mantenimiento trimestral a los equipos asi como la realizacion de mantenimientos correctivos según necesidad de los servicios	
5	Daño en equipos de computo por energia eléctrica no regulada	ausencia del personal o no contratacion para la ejecucion del plan de mantenimiento	Daños en equipos, fallas en las aplicaciones y perdida en la continuidad de la prestación del servicios.	X		UPS orientadas a soportan los equipos críticos de comunicacion y servidores en el centro de computo	PELIGROSO	4	OCASIONAL	4	ALTA	2	32	Respaldo con ups a equipos sensibles de la plataforma tecnologica.		La institucion cuenta con dos UPS para el respaldo de informacion de los equipos servidores de la institucion	
6	Ausencia de un sistema de gestion de la seguridad de la informacion	Debil concientizacion colectiva sobre la importancia de clasificar, valorar y asegurar los activos de informacion	Debilidad en el manejo de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la informaicon	X		Compendio de politicas de seguridad de la informacion	MAYOR	3	FRECUEENTE	5	BAJA	4	60	Implementar un sistema de gestion de seguridad de la informacion			Se evidencia politicas de seguridad de la informacion y la elaboracion del Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones
7	Debido a que no existe un protocolo de informe de novedades de RH hacia TI, se pueden presentar accesos no autorizados a los Sistemas de Información	Debil comunicacion entre el area de talento humano y sistemas de informacion respecto al personal que ingresa o sale de la institucion	Acceso no autorizado, perdida de informacion, cambios en la informacion por el personal retirado	X		Formato para notificar las novedades de ingreso o retiro de personal	MAYOR	3	OCASIONAL	4	BAJA	4	48	Elaborar y socializar procedimiento para la notificacion de novedades de personal a sistemas de informacion.			Se evidencia que desde el area de sistemas se encuentran determinados ciertos perfiles para el ingreso al sistema de informacion hospitalaria y de igual forma una vez el funcionario se retira de la institucion su usuario se inactiva bloqueando su ingreso al sistema

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.		Se evidencia protocolo de reducción del riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental	
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	OCASIONAL	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.		Se evidencia socialización al personal sobre la correcta toma, recepción y transporte de muestras para ser procesadas en el laboratorio clínico	

Sonia Rocio Florez Gamboa
SONIA ROCIO FLOREZ GAMBOA
PLANEACION ESEHMRS

