SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

FORMATO MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

CÓDIGO:
VERSIÓN:
FECHA:

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

MISIÓN	Somos una Empresa Social del Estado que, en el marco del modelo integral de atención en salud, presta servicios humanizados, seguros y socialmente responsables, a traves de un talento humano competente y el uso eficiente de los recursos, generando resultados positivos en salud y satisfaccion de las partes interesadas.	**FECHA:**	**Enero 31 de 2018**
VISIÓN	En el año 2020 seremos una Subred con reconocimiento Distrital y Nacional en la prestacion integral de servicios de salud, con estándares superiores de calidad, procesos innovadores en la gestión, impactando positivamente a nuestros grupos de interés.		

No. DEL RIESGO	PROCESO	RIESGOS	TIPOLOGIA	CAUSAS INTERNAS	EFECTO Y/O CONSECUENCIA	SEVERIDAD	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	CRITICIDAD O INDICE DE PRIORIZACION DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	CONTROL EXISTENTE	TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS	ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSABILIDAD	PERIODICIDAD	RECURSOS	INDICADOR	RESULTADO VIGENCIA 2017	RIESGO RESIDUAL 2017	CONDUCTA
1	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	Afectación de la imagen institucional y de la oferta de servicios por incumplimiento del Plan de Desarrollo Distrital y el Plan territorial de Salud en lo referente a las metas de modernización de la infraestructura hospitalaria que corresponden a la Subred.	Imagen	Falta de seguimiento a la ejecución de los convenios y contratos derivados por parte del equipo de proyectos de la Subred. Falta de capacitación a los supervisores de contratos que genera errores en la ejecución de los mismos.	Investigaciones por parte de los entes de control. Incumplimiento de las metas Distritales e institucionales. Quejas por parte de la comunidad, debido a que se afecta la capacidad instalada para la prestación de los servicios.	5	4	20	RIESGO EXTREMO	Plan de Desarrollo Institucional	Compartir	Participar en los comités técnicos de seguimiento de los respectivos convenios que tienen que ver con infraestructura y dotación. Realizar seguimiento al plan de trabajo de proyectos y convenios de la Subred con el objetivo dedetectar desviaciones e implementar acciones de mejora.	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	TRIMESTRAL	Fisicos humanos tecnológicos	Porcentaje de viabilización de proyectos para el periodo	100%	20 Extremo	Replantear la actividad o implementar controles de prevención, de protección, compartir o transferir el riesgo
2	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	Sanciones o multas por deficiencias, errores o subejecución de los convenios suscritos por la Subred Sur Occidente con el FFDS y otros.	Estratégicos	Falta de seguimiento a la ejecución de los convenios y contratos derivados por parte del equipo de proyectos de la Subred. Falta de capacitación a los supervisores de contratos que genera errores en la ejecución de los mismos.	Saciones disciplinarias. Sanciones fiscales. Investigaciones por parte de los entes de control. Afectación de la imagen institucional. Incumplimiento de metas institucionales.	5	4	20	RIESGO EXTREMO	Manual de Contratación de la Subred Sur Occidente	Compartir	Capacitar a lo supervisores de contrato frente al manual de contratación de la Subred. Realizar seguimiento a los convenios suscritos por la Subred con FFDS y otros. Documentar toda la gestión realizada frente al seguimiento de los convenios.	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	TRIMESTRAL	Fisicos humanos tecnológicos	Seguimiento a convenios suscritos por la Subred	100%	15 Extremo	Replantear la actividad o implementar controles de prevención, de protección, compartir o transferir el riesgo
3	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	Déficit de recursos financieros de la Subred por venta de servicios con pagadores diferentes al FFDS y Capital Salud por debajo de las necesidades de facturación de la Subred.	Financieros	Estrategias de mercadeo deficientes, que no promueven el cierre efectivo de las negociaciones. Falta de gestión en la implementación del plan de ventas de la Subred.	Facturación por debajo de lo requerido por la entidad para sostenibilidad financiera. Incumplimiento de las metas institucionales frente al incremento de facturación.	5	5	25	RIESGO EXTREMO	Procedimiento socialización de productos e información de contratación de servicios y mercadeo.	Evitar	Fortalecer los mecanismos de mercadeo para contratar con pagadores diferentes al FFDS y Capital Salud.	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	TRIMESTRAL	Fisicos humanos tecnológicos	Incremento en la facturación por venta de servicios	100%	20 Extremo	Replantear la actividad o implementar controles de prevención, de protección, compartir o transferir el riesgo
4	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	Insatisfacción de los clientes del subproceso de gerencia de la información por entrega inoportuna, incompleta, o no confiable de la información.	De Seguridad de la Informacion	Debilidades en el sistema de información de la Subred que impide la captura del dato. Debilidades en la minería de datos la Subred. Falta de capacitación al equipo de estadística con respecto al manejo del sistema de información.	Sanciones disciplinarias. Entrega inoportuna de informes de ley. Debilidad en la toma de decisiones a nivel estratégico y técnico.	5	5	25	RIESGO EXTREMO	Guía identificación de necesidades de información	Evitar	Fortalecer el sistema de información de la Subred para mejorar la captura del dato. Ajustar el procedimiento de RIPS y socializarlo al equipo de trabajo de primera línea y profesionales de la salud. Capacitar a los profesionales de la salud frente al diligenciamiento de la historia clínica para mejorar la calidad del dato.	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	TRIMESTRAL	Fisicos humanos tecnologicos	Satisfacción de los clientes de gerencia de la información	100%	20 Extremo	Replantear la actividad o implementar controles de prevención, de protección, compartir o transferir el riesgo
5	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	Afectación negativa en la gestión gerencial por incumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo Institucional	Estratégicos	Falta de seguimiento trimestral al cumplimiento de metas planteadas en el Plan de Desarrollo Institucional. Falta de implementación de acciones de mejora con respecto a las desviaciones encontradas en los seguimientos a las metas institucionales.	Sanciones disciplinarias. Afectación en la calificación del desempeño del Plan de Gestión de la Gerencia.	5	4	20	RIESGO EXTREMO	Plan de Desarrollo Institucional POA	Evitar	Revisar y ajustar las metas del PDI de acuerdo con los cambios del entorno. Socializar las metas de PDI en página web y con los líderes de los procesos. Realizar seguimiento al a las metas del PDI a través de los POAS por proceso. Definir e implementar acciones de mejora frente a las desviaciones identificadas en los seguimientos.	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	TRIMESTRAL	Fisicos humanos tecnologicos	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional	100%	15 Extremo	Replantear la actividad o implementar controles de prevención, de protección, compartir o transferir el riesgo
6	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	Afectación negativa de la cultura organizacional por desconocimiento de la plataforma estratégica por parte de los colaboradores de la Subred.	Imagen	Debilidades en la socialización de la plataforma estratégica a los colaboradores de todos los niveles. Estrategias deficientes tendientes a la apropiación de la plataforma estratégica por parte de los colaboradores. Debilidades en la medición de apropiación de la plataforma estratégica por parte de los colaboradores.	Afectación en el resultado del proceso de evaluación en tema de acreditación. Incumplimiento de metas institucionales. Falta de sentido de pertenencia y cultura organizacional. Dificultad en la coherencia institucional para medir metas de acuerdo con el direccionamiento estratégico.	4	4	16	RIESGO EXTREMO	Oficina de Planeacion Estratégica - Socializacion en ULG, ULC, FERIA DE CALIDAD y demás espacios institucionales	Evitar	Socializar la plataforma estratégica a los colaboradores que asisten a la inducción general. Socializar la plataforma estratégica en los espacios definidos por el plan de comunicaciones de la Subred. Realizar medición del conocimiento de la Plataforma Estratégica por parte de los colaboradores.	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	TRIMESTRAL	Fisicos humanos tecnologicos	Porcentaje de apropiación de la plataforma estratégica	100%	8 Alta	Se debes implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia en caso de materialización del riesgo.
7	PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	Estancias Prolongadas de los pacientes hospitalizados por abandono Social, o por falta de recursos economicos	Seguridad del usuario	*No oportunidad por parte del Trabajador Social de la identificación del paciente de su condicion de abandono. *Infecciones del paciente.	*Baja rotacion de camas para la atencion hospitalaria.	4	3	12	RIESGO EXTREMO	Base de datos Poblacion en abandono social	Evitar, reducir, compartir y asumir	Realizar gestión permanente con las Instituciones Distritales solicitando cupo, Se establecio la Unidad Trinidad Galan para la ubicación de pacientes en condicion de abandono social , con egreso medico, hasta su ubicación institucional.	Lider del proceso de Participación y Servicio al Ciudadano	Trimestral	Humanos	Nº de solicitudes aceptadas % de paciente quedados por abandono social	100%	4 Alta	Se debes implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia en caso de materialización del riesgo.
8	PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	Desercion de integrantes del copaco por migracion a escenarios politicos por año de electoral	Estrategicos	*Integrantes del COPACO con compromisos politicos. *No claridad de los lideres comunitarios sobre los criterios tecnicos de los procesos de representacion en Salud. *Representantes del Copaco no eticos en su desempeño.	Perdida de credibilidad de la organización. * Conflictos internos de los actores comunitarios y politicos. *Retraso de los procesos sociales * Manipulacion de la informacion relacionada con el sector Salud.	4	3	12	RIESGO EXTREMO	COPACO	Evitar, reducir, compartir y asumir	1.Socializacion de Procesos y procedimientos de participacion social a referentes directos de acompañamiento tecnico a organizaciones . 2 Socializacion de derechos y deberes en salud a usuarios de servicios. 3. Divulgacion a servidores de codigo de etica. 4. Seguimiento tecnico trimestral a procesos sociales.	Lider del proceso de Participación y Servicio al Ciudadano	Trimestral	Humanos	% de cumplimiento de procesos derivados de planes de accion de copacos, asociaciones de usuarios y juntas asesoras comunitarias.	100%	4 Alta	Se debes implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia en caso de materialización del riesgo.
9	GESTIÓN DE COMUNICACIONES	Uso inadecuado de los canales internos de comunicación en su función de mantener informados a funcionarios y contratistas de la Subred	De cumplimiento	Desconocimiento de los canales de información.	Falta de conocimiento de los logros y avances institucionales. Falta de información de las actividades realizadas por la entidad	3	3	9	RIESGO ALTO		Reducir	Socializar los diferentes de canales de comunicación internos con los que cuenta la entidad. Divulgar las estrategias de comunicación implementadas por la Oficina Asesora de Comunicaciones Medir la satisfacción de los colaboradores frente al uso de los canales de comunicación	Manual de Imagen Institucional Plan de comunicaciones	Semestral	Fisicos humanos tecnológicos	Número de piezas diseñadas para socializar los canales de comunicación	100%	3 Moderada	Tomar medidas para llevar el riesgo de moderado a riesgo bajo.
10	GESTIÓN DE COMUNICACIONES	Afectación de la imagen institucional de la entidad	Imagen	Divulgación de información errada en momentos de crisis	Crisis en la reputación y buen nombre de la Subred Sur Occidente	3	3	9	RIESGO ALTO		Evitar	Diseñar y aprobar el Manual de Crisis de la Subred Sur Occidente (esta acción se ejecutará en lo corrido del último trimestre del 2017) Socializar a los colaboradores el Manual de Crisis	Manual de Imagen Institucional Plan de comunicaciones	Semestral	Fisicos humanos tecnológicos	Documento aprobado	100%	6 Moderada	Tomar medidas para llevar el riesgo de moderado a riesgo bajo.
11	GESTION DEL CONOCIMIENTO	Probabilidad que escenarios de práctica no cumplan con los criterios básicos de calidad vigentes	Seguridad del Usuario	1. Falta de conocimiento de los lineamientos exigidos por el Ministerio. 2. Fallas en la documentación de las evidencias de cumplimiento de requisitos. 3. Recursos financieros limitados para proyectos de infraestructura en los escenarios de práctica 4. No supervisión de convenios docencia del servicio	1. Lesión o daño al usuario 2. Demandas, quejas y reclamos 3. Afectación de la imagen institucional 4. Desconfianza en la relación docencia servicio por parte de usuarios y colaboradores. 5. Aprendizaje inadecuado en el estudiante que le impacte negativamente su desempeño profesional	4	3	12	RIESGO EXTREMO	Capacidad Instalada para Docencia e investigacion	Evitar	1. Realizar autoevaluación de los estándares por escenario de práctica al 15% de la totalidad de los escenarios. 2. Monitorear el cumplimiento de las oportunidades de mejora definidas por la autoevaluación (listas de chequeo, matriz de autoevaluación, censo docente, entrevistas y encuestas de grupos focales) del 15% de los escenarios de práctica	Gestion del Conocimiento/ Jefe de Oficina	TRIMESTRAL	Fisicos humanos tecnológicos	Número de escenarios de práctica formativa autoevaluados / No. Total de escenarios de práctica formativa de la Subred X 100	100%	8 Alta	Implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia para protegerse en caso de que se presente.
12	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	Probabilidad de ocurrencia de Eventos de seguridad del paciente derivados de las practicas formativas de los estudiantes y docentes en la Subred.	Seguridad del Usuario	1. No adherencia a protocolos, manuales, guías institucionales, buenas prácticas y formatos que existen en el escenario de práctica para el desarrollo de sesiones educativas o talleres. 2. Ausencia de seguimiento, acompañamiento o supervisión directa por parte del docente de práctica o por parte del colaborador del escenario de práctica a cargo de la actividad educativa. 3. Falta de conocimiento, preparación y planeación de la actividad educativa por parte del estudiante que desarrolla la sesión o taller. 4. Falta de cumplimiento de las prerrogativas o delegación progresiva establecida para la competencia del estudiante.	1. Lesión o daño al usuario y/o colaborador y/o estudiante 2. Demandas, quejas y reclamos 3. Afectación de la imagen institucional 4. Desconfianza en la relación docencia servicio por parte de usuarios y colaboradores. 5. Aprendizaje inadecuado en el estudiante que le impacte negativamente su desempeño profesional	4	3	12	RIESGO EXTREMO	Guías de práctica clínica	Reducir	1. Fortalecer el seguimiento a las actividades de los estudiantes por parte de docente y colaboradores del escenario de práctica, con la inducción específica al ingreso del estudiante a la práctica 2. Monitoreo a la adherencia de las actividades relacionadas con planeación de sesiones educativas a docentes, colaboradores y estudiantes.	Gestion del Conocimiento/ Jefe de Oficina	TRIMESTRAL	Fisicos humanos tecnológicos	Número de eventos adversos relacionados con la Prestacion de servicios de salud por medio del programa de docencia del servicio / Total de Eventos Adversos en la institución) X 100	100%	12 Extremo	Se deben extremar las medidas y establecer controles preventivos más estrictos para prevenir la materialización del riesgo. Se debe estudiar la posibilidad de compartir o transferir el riesgo.
13	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO	Fallas en la clasificación de sucesos de seguridad de pacientes	Seguridad del usuario	1. Desconocimiento de las tipologias y caracteristicas de sucesos de seguridad del paciente . 2.cobertura insuficiente en capacitación y entrenamiento en sucesode seguridad del paciente	1. Reincidencia de sucesos de seguridad 2. Demandas o sanciones 3. Pérdida de imagen	5	4	20	RIESGO EXTREMO	Seguridad del Paciente	Evitar	1.Definir la metodologia para la gestion de sucesos de seguridad 2-Socializar la metodologia para registro y análisis de sucesos de seguridad a traves de las herramientas institucionales 3.Monitorear los sucesos de seguridad con implementacion de acciones de mejoramiento a lugar 4. Retroalimentar las lecciones aprendidas frente a la gestión de sucesos de seguridad	Lider Subproceso Gestión Clínica Excelente y Segura	MENSUAL	Fisicos humanos tecnológicos	Porcentaje de sucesos de seguridad identificados : (número de sucesos de seguridad identificados / Total de sucesos de seguridad reportados el periodo)*100	63%	15 Extremo	Se deben implementar controles de prevención, proteccion y establecer si es necesario compartir o transferir el riesgo.
14	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO	Inefectividad de estrategias de humanizacion	Estratégicos	1. Falta de corresponsabilidad del nivel directivo con la Humanización del Servicio 2. Desconocimiento de las estrategias encaminadas a Humanizar la prestación del Servicio 3. Rotación de personal e insuficiencia de personal 4. Falta de compromiso por parte de los colaboradores 5.Falta de capacitación, entrenamiento o supervisión frente a la implementación de la Cultura de la Humanización 6. falta de medicion de cultura de humanizacion a nivel de subred	1. Insatisfacción de los usuarios 2. Demandas 3. Pérdida de imagen	5	5	25	RIESGO EXTREMO	Política de Humanización	Evitar	1. Diseñar y adoptar la Política de Humanización institucional, el Programa y el l plan de trabajo de humanizacion que operativice su implementación 2.Socializar los lineamientos institucionales sobre humanización que sustenten compromiso institucional con la humanización del servicio 3. Reforzar a los colaboradores el objetivo del programa de Humanización durante la prestación de servicios y su corresponsabilidad en su aplicación para el logro de impacto positivo en la atención Humanizada 4. Realizar capacitación, acompañamientos y entrenamientos en Humanización a los colaboradores de la subred según programacion 5Monitorear la aplicación del programa de Humanización, que incluye aplicación de medicion de cultura; con su analisis e implementacion de acciones de mejora a lugar	Lider Subproceso Humanización del servicio	Anual	Fisicos humanos tecnológicos	Ejecución plan de trabajo de humanización : Acciones ejecutadas en el periodo/acciones programadas en el periodo evaluado	100%	16 Extremo	Se deben implementar controles de prevención, proteccion y establecer si es necesario compartir o transferir el riesgo.
15	GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO	Inefectividad en la implementacion del Modelo de mejoramiento institucional	Estratégicos	1. Ausencia de un modelo de mejora unificado para la subred secundario a reorganizacion del sector 2.Desconocimiento del modelo de mejora por parte de los colaboradores 3.Falta de acompañamiento y asistencia tecnica a los diferentes grupos de trabajo para la operativizacion del modelo	1.Reprocesos y demoras 2.Ineficiencia administrativa 3.Debil cultura de la mejora a nivel institucional	5	4	20	RIESGO EXTREMO	Política de Calidad	Evitar	1. Diseñar el Manual de Mejora continua que contemple el modelo de mejoramiento de la subred 2. Definir los equipos de mejoramiento de la subred acordes con el modelo 3. Realizar capacitación , entrenamiento y acompañamiento en el modelo de mejora continua 4.Realizar orientación técnica por parte de oficina de calidad frente a inquietudes de interpretacion de oportunidades de mejora o hallazgos 5. Monitorear el avance de planes de mejoramiento con retroalimentación de resultados en mesa de mejora institucional	Gestión de la calidad y mejoramiento continuo	PERMANENTE	Fisicos humanos tecnológicos	Equipos de mejoramiento implementados : equipos de mejoramiento implementados acordes con el modelo de mejoramiento / equipos de mejoramiento programados para operar según el modelo demejora en el periodo	100%	16 Extremo	Se deben implementar controles de prevención, proteccion y establecer si es necesario compartir o transferir el riesgo.
16	GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD (RIESGO INDIVIDUAL)	Consecuencias negativas en la salud del binomio madre hijo durante la gestación y hasta el primer año por no potenciación de factores protectores	Operativos	1. Falta de adherencia a CPN. 3. Falta de identificación de riesgo en forma oportuna en el CP 8. Debilidad en la captación temprana de gestantes desde los Servicios de urgencias, hospitalización, consulta externa, y salud urbana para el ingreso controles prenatales 4. Falta de adherencia a las Guías de Control prenatal, recien nacido y CYD 5.Debilidad en la canalizacion a programa de regulación de la fecundidad	1. Mortalidad materna, perinatal e infantil 2.. Morbilidad materna extrema. 4. Bajo peso al nacer. 5. Parto prematuro 6. Complicaciones intra y post parto 7. Embarazo no deseado	5	3	15	RIESGO EXTREMO	RIAS	Reducir	Fortalecer las competencias del talento humano que atiende poblacion materno perinatal e infantil Mantener la evaluacion de Guias de manejo Mantener el monitoreo a la adherencia a esquemas de tamizaje Fortalecer la expanción de las estrategias materno infantiles	Gestión del Riesgo	Trimestral	Fisicos humanos tecnológicos	1. Captación antes de la semana 12 2. Adherencia Guías de atención materno perinatal 3. Adherencia a la Guía de Crecimiento y Desarrollo 4. Adherencia a programas por el equipo de salud	77%	15 Extremo	Se deben implementar controles de prevención, proteccion y establecer si es necesario compartir o transferir el riesgo.
17	GESTION DEL RIESGO EN SALUD (RIESGO COLECTIVO)	Construir y/o operar una respuesta incoherente con las necesidades de la comunidad.	Operativos	1. Falta de recurso humano, equipos, insumos , transporte 2. Inadecuada planificación de las acciones 3. Falta de presupuesto 4. Debilidad en el proceso de seguimiento al talento humano 5. Falta de direccionamiento y fortalecimiento técnico al talento humano. 6. fragil proceso de articulación y alianzas estrategicas con otros actores s para dar respuestas intersectoriales.	Generación de glosas, sub ejecución de metas, inadecuada facturación, investigaciones disciplinarias y fiscales, perdidad de credibilidad	4	3	12	RIESGO EXTREMO	Protocolos del proceso	Asumir	Definición de recursos requeridos para la adecuada ejecucion del PIC.	Referentes de procesos y/o espacios y operativos	Cada vez que inicie o se adicione un contrato pic.	Fisicos humanos tecnológicos	% glosa técnica	100%	4 Alta	Implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia para protegerse en caso de que se presente.
18	GESTION DEL RIESGO EN SALUD (RIESGO COLECTIVO)	Probabilidad de que se presente intervención inoportuna de eventos interés en salud pública, generados por incumplimiento en los tiempos establecidos para notificar cada evento de acuerdo a los protocolos nacionales y en las paginas correspondientes SIVIGILA, SISVAN, SIVIM, SISVECOS.	Poblacionales	1. No identificación oportuna de los factores de riesgo del usuario. 2. Falta de adherencia a guías. 3. Falta de competencia para la deteccion de situaciones de riesgo. 4. Desconocimiento de los casos de obligatorio reporte. 5. Falta de capacidad de respuesta ante el reporte. 6. Falta de credibilidad en la capacidad de respuesta efectiva.	1. Lesión o Daño al usuario y/o a nivel colectivo 2. Aumento de costos de la atención. 3.Investigaciones de tipo legal. 4. Pérdida de Imagen Institucional	4	3	12	RIESGO EXTREMO	Guías de atención médica	Reducir	1. Articular con talento humano la inducción específica a colaboradores en Vigilancia en Salud Publica. 2. Realizar asesoría y asistencia técnica periódicamente a los centros asistenciales.	Referente de VSP	Mensual	Fisicos humanos tecnológicos	No. de eventos intervenidos oportunamente / No. eventos Notificados	92%	4 Alta	Implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia para protegerse en caso de que se presente.
19	GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD (RIESGO COLECTIVO)	Probabilidad de brindar respuestas inseguras	Seguridad del usuario	1.Falta de competencia tecnica de los auxiliares de enfermeria. 2. falta de información al usuario 3. Falta de organización en las jornadas de vacunación canina - felina.	1. Complicaciones clinicas o muerte del usuario 2. investigaciones de tipo legal. 3. Aumento de los costos de la no calidad 4. Perdidas de imagen institucional.	5	3	15	RIESGO EXTREMO	Programa de Seguridad del paciente	Evitar	1. Información en seguridad de paciente al talento humano de PIC 2. Notificación de la presentación de eventos adversos, analisis de los casos presentados y toma de acciones de mejora	Referentes de procesos y/o espacios y operativos	Cuando se presente un evento adverso	Fisicos humanos tecnológicos	Número de Eventos adversos relacionados con fallas en los procedimientos medicos notificados en el periodo/ total de usuarios atendidos en el periodo	100%	5 Alta	Implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia para protegerse en caso de que se presente.
20	GESTIÓN DE URGENCIAS	Probabilidad de complicaciones de los usuarios por demoras o fallas en el servicio de urgencias	Clínicos	1. Insuficiencia en la capacidad instalada deTalento humano 2. Debilidades en el control de los tiempos de espera en triage 3. Dificultades en la implementación y adherencia al procedimiento de Triage. 4. Fallas en el sistema operativo de información (discontinuidad y parametrización en proceso de ajuste)	1. Sucesos de seguridad 2. Quejas y reclamos de los usuarios 3. Demandas	5	3	15	RIESGO EXTREMO	Procedimiento de Triage Guía de práctica clínica Registro en la historia clínica del paciente Auditorias de calidad al servicio	Reducir	1. Implementar sistema de información que permita controlar los tiempos de atención de triage 2. Implementar mecanismo de autocontrol para pertinencia 3. Revisar, actualizar y/o ajustar procedimiento triage. 4. Socializar en sala de espera sobre los derechos, deberes y utilización del servicio a través de diferentes medios de comunicación	Líder de Urgencias Dirección de Urgencias	Semestral	Fisicos humanos tecnológicos	Oportunidad de atención triage II	100%	5 Alta	Implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia para protegerse en caso de que se presente.
21	GESTIÓN DE URGENCIAS	Probabilidad que el usuario se complique durante el tiempo de espera de atención	Clínicos	1. Baja resolutividad del médico de urgencias por demora en los tiempos de respuesta en los servicios complementarios 2. Demoras en respuesta de interconsultas 3. Inexperiencia y/o falta de espertícia en los profesionales asignados al servicios 4. Urgencias vitales simultáneas que demoran el proceso de atención de urgencias	1. Quejas y reclamos 2. Insatisfaccion del usuario 3. Sucesos de seguridad	4	3	12	RIESGO EXTREMO	Guía de práctica clínica Registro en la historia clínica del paciente Auditorias de calidad al servicio	Reducir	1. Capacitar a través de diversos medios al personal de urgencias 2. Implementar estrategia de apoyo de urgenciólogos a niveles de baja y mediana complejidad 3. Monitoreo tiempos de atención Lider o Coordinador de Urgencias	Líder de Urgencias Dirección de Urgencias	Semestral	Fisicos humanos tecnológicos	Número de eventos de seguridad consecuencia de tiempos de espera prolongados / No. Total de usuarios atendidos en el servicio* 100	100%	12 Extremo	Se deben implementar controles de prevención, proteccion y establecer si es necesario compartir o transferir el riesgo.
22	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (Imagenología)	Que se produzca la muerte o una lesión grave del paciente, como resultado de la falta de comunicación de un resultado critico de Imagenología.	Operativos	*No Adherencia a Protocolo de resultados criticos y priorizados.	Demora en definición de conducta de los pacientes por los diferentes servicios que puede poner en riesgo su vida, *Deterioro del estado de salud de los pacientes, *Sobrecostos para la Institución*Inconformidad e insatisfacción de los pacientes. * Estancias prolongadas.	4	3	12	RIESGO EXTREMO	Guía de práctica clínica	Evitar	*Documentar en el protocolo de críticos como subred *Socializar el protocolo a todo el personal relacionado con el servicio*Evaluar la adherencia al protocolo y tomar las acciones respectivas.	Líder de Imagenología Dirección de Complementarios	Trimestral	Humanos	%de Adherencia al protocolo de críticos en el servicio de Imágenes diagnósticas.	Se realizaron las acciones establecidas para intervenir el riesgo,por situaciones del sistema y de los tiempos que lleva la implementación (1 Mes)se realiza cualitativamente la evaluación de la adherencia en algunas unidades a fin de establecer acciones de mejora.	12 Extremo	Se deben implementar controles de prevención, proteccion y establecer si es necesario compartir o transferir el riesgo.
23	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (Laboratorio Clínico)	Complicaciones o suceso de seguridad derivado de fallas tanto en los procedimientos como en el procesamiento de las muestras en el Laboratorio clínico y suministro de hemocomponentes.	Seguridad del Usuario	*No Adherencia a manuales ,Guía , Protocolos del servicio *No contar con un sistema de información que permita la consulta de los documentos del servicio, dificultando el acceso.	Flebitis, Reacción adversa transfusional , infecciones, Daño o muerte del paciente *Sobrecostos para la Institución, *Demandas a la Institución, Accidentes a los colaboradores que prestan el servicio.	5	3	15	RIESGO EXTREMO	Sistema de Informacion del laboratorio.	Evitar	Documentar actividades de Autocontrol.	Líder de Laboratorio Clínico Dirección de Complementarios	Semestral	Fisicos humanos tecnológicos	Sucesos de seguridad presentados por fallas en el proceso /pacientes atendidos en el laboratorio y el servicio de transfusión*100	100%	5 Alta	Implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia para protegerse en caso de que se presente.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

FORMATO MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

CÓDIGO:
VERSIÓN:
FECHA:

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

MISIÓN	Somos una Empresa Social del Estado que, en el marco del modelo integral de atención en salud, presta servicios humanizados, seguros y socialmente responsables, a traves de un talento humano competente y el uso eficiente de los recursos, generando resultados posistivos en salud y satisfaccion de las partes interesadas.	**FECHA:**	**Enero 31 de 2018**
VISIÓN	En el año 2020 seremos una Subred con reconocimiento Distrital y Nacional en la prestacion integral de servicios de salud, con estándares superiores de calidad, procesos innovadores en la gestión, impactando positivamente a nuestros grupos de interés.		

No. DEL RIESGO	PROCESO	RIESGOS	TIPOLOGIA	CAUSAS INTERNAS	EFECTO Y/O CONSECUENCIA	SEVERIDAD	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	CRITICIDAD O INDICE DE PRIORIZACION DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	CONTROL EXISTENTE	TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS	ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSABILIDAD	PERIODICIDAD	RECURSOS	INDICADOR	RESULTADO VIGENCIA 2017	RIESGO RESIDUAL 2017	CONDUCTA
24	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (Laboratorio Clínico)	Falta de identificación , reporte y seguimiento de pacientes con resultados de notificación obligatoria	De Cumplimiento	Falta de adherencia a los protocolos y/o guías institucionales, falta de personal y falta de capacitación al personal	No se toman conductas pertinentes para el manejo de la patologia del paciente. Inoportunidad en el manejo del paciente y Sanciones	4	4	16	RIESGO EXTREMO	Base de datos de Laboratorio Clínico	Evitar	Fortalecimiento en la adherencia al protocolo de resultados de notificación obligatoria.	Lider de Laboratorio Clínico Dirección de Complementarios	Semestral	Fisicos humanos tecnológicos	% de Adherencia al protocolo de resultados de notificación obligatoria.	100%	8 Alta	Implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia para protegerse en caso de que se presente.
25	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (Farmacia)	Que se agoten los medicamentos .	Operativos	* Aumento de las cantidades de insumos a adquirir y proyectados. * Información errónea de saldos. * Inadecuada planeación y control del proceso. * Olvido o solicitudes pasadas por alto. * Envío de las cantidades inferiores a las solicitadas.	*No cumplimiento de tratamientos prescritos. * Vida de los Pacientes en riesgo*Inconformidad y quejas de los usuarios*Evaluacion de proveedores	5	2	10	RIESGO EXTREMO	Manual proceso Gestión de Farmacia	Evitar	*Exigirlo establecido a nivel contractual con respecto a la cantidad, oportunidad, calidad y costo de los productos. *Revisar el tiempo de respuesta de los proveedores para anticiparse al incumplimiento. *Seguimiento entrega de pedidos por el almacen. * Seguimiento a la contratación de medicamentos . *Hacer seguimiento estricto al inventario. *Solicitar mayor acompañamiento por parte de los proveedores.	Referente del Servicio Farmaceutico	MENSUAL	Fisicos humanos tecnológicos	Medicamentos con que se cuenta para atender la demanda/total de medicamentos requeridos*100	100%	5 Alta	Implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia para protegerse en caso de que se presente.
26	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (Farmacia)	Proceso de Recepción de medicamentos inadecuado.	Operativos	*No ingreso inmediato en el acta de recepción técnica de medicamentos y dispositivos médicos.	*Riesgo la salud y la vida de los usuarios. *Insatisfacción de los usuarios . *Reprocesos	5	2	10	RIESGO EXTREMO	Manual proceso Gestión de Farmacia	Evitar	*Ajustarse al procedimiento de recepción técnica (seguimiento a esta actividad, Verificando que los regentes de la bodega realizan la recepción de los medicamento de acuerdo a los parámetros establecidos, haciendo una revisión de cada artículo comparando las cantidades entregadas con lo que dice en las facturas, además, que se reciben los productos que aparecen adjudicados del laboratorio o de la marca estipulada). * Verificar que se diligencia de forma inmediata el ACTA DE RECEPCIÓN TÉCNICA.	Auxiliar administrativo Regente de farmacia Referente de farmacia Auxiliar de farmacia	PERMANENTEMENTE	Fisicos humanos tecnológicos	Medicamentos con recepción tecnica adecuada/total de medicamentos recepcionados*100	100%	5 Alta	Implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia para protegerse en caso de que se presente.
27	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (Farmacia)	Errores en la dispensación del medicamento .	Operativos	* No se aplican los correctos para la dispensación * en caso de confianza del auxiliar. * Almacenamiento erroneo de unidades previamente devueltas.	*Eventos adversos.Perdidas economicas por desarrollar movimientos de inventario y facturación que no corresponden a la realidad. Reprocesos.*Inoportunidad en la entrega de medicamentos, *complicaciones, eventos adversos derivados de la no entrega de medicamentos,* afectación del usuario en su tratamiento, reprocesos y elevación de los costos.	5	3	15	RIESGO EXTREMO	Manual proceso Gestión de Farmacia	Reducir	*Capacitación al paciente o acudiente cuando recibe los medicamentos. *Reporte del suceso, análisis y toma de acciones *Fortalecer el proceso dispensación mediante auditorias aleatorias.	Auxiliar administrativo Auxiliar de farmacia	SEMANALMENTE	Fisicos humanos tecnológicos	Medicamentos dispensados adecuadamente /total de medicamentos dispensados*100	100%	5 Alta	Implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia para protegerse en caso de que se presente.
28	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (Nutrición)	Errores en la distribución de las dietas.	Operativos	Falta de supervisión, prescripciones inadecuadas de la dieta, falta de capacitación del personal ,Cambio de cama del paciente sin el ajuste en la identificación.El no cumplimiento de ciclo de minuta y los gramajes de los alimentos por parte del servicio de alimentos.Indicaciones no claras respecto a la dieta del paciente.	Deterioro del estado de salud del paciente,estancias prolongadas,demandas.	3	1	3	Riesgo Moderado	Guías de Nutrición	Evitar	Identificacion del paciente por parte de auxiliar de dietas, reforzar supervisión de dietas en el proceso de ensamble,capacitación del personal de nutricion de dietoterapia.	nutricionista	diariamente	Fisicos humanos	Dietas distribuidas correctamente / total de dietas Distribuidas*100.	100%	3 Moderada	Se deben establecer medidas para llevar el riesgo de moderado a riesgo bajo.
29	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (Nutrición)	Contaminación cruzada	Operativos	Baja adherencia de los protocolos, falta compromiso del personal que entrega ,rotación del recurso humano,falta de insumos,	Cancelación de procedimientos, Deterioro del estado de salud del paciente (Etas etc). sobrecostos, estancias hospitalarias prolongadas.	3	2	6	Riesgo Moderado	Protocolos y desinfección de áreas servicios de alimentos	Evitar	Socializacion, evaluacion y adherencia a protocolos del servicio de alimentos ,Socializar a los guardas y personal en general el no ingreso de alimentos sin el aval de la nutricionista. Verificar el cumplimiento.	nutricionista	mensual	Fisicos humanos	Controles microbiológicos dentro de los parámetros /controles microbiológicos realizados*100. Ordenes de ingreso de alimentos avaladas por la nutricionista /sobre el total de ordenes de ingreso de alimentos expedidas.	85%	3 Moderada	Se deben establecer medidas para llevar el riesgo de moderado a riesgo bajo.
30	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (Patología)	Muestra inadecuada	De Control	*Dificil abordaje del tejido a biopsiar. *Mala técnica de toma de muestra. *Falta de instrumental adecuado para la toma de la muestra. * Daño del tejido por falta de fijación *No adherencias a Instructivos de Toma de muestras	*Falta de diagnóstico. *Reintervenciones.. *Demora en definición de conductas terapéuticas. *Sobrecostos. *Inconformidad e insatifacción de los pacientes.	4	3	12	RIESGO EXTREMO	Instructivo diligenciamiento de las ordenes y manejo de las muestras de patología	Reducir	*Reporte de los casos detectados al Lider Operativo del Area que remite la muestra	Lider Operativo/Patologia	mensual	Fisicos humanos	Número de incidentes y/o eventos adversos relacionados con muestras inadecuadas / total de muestras recibidas en el mes*100	100%	6 Moderada	Se deben establecer medidas para llevar el riesgo de moderado a riesgo bajo.
31	GESTIÓN CLINICA AMBULATORIA	Probabilidad que se presente complicación (daño de organo blanco corazon : infarto agudo de miocardio) por enfermedad hipertensiva en la población atendida .	Clínicos	1. Falta de capacitación y reentrenamiento con el personal medico en lo relacionado a Guias de practica clinica (GUIA DE HIPERTENSION ARTERIAL). 2. Inadecuado desarrollo y registro de la clasificacion de riesgo cardiovascular (escala FRAMIGHAM). 3. Falta de adherencia al tratamiento farmacologico por entrega inoportuno de los medicamentos. 4. Falta de unificacion de la guia de HTA. 5. Fallas en el seguimiento del paciente con HTA. 6. Inoportunidad en la atenciones especializadas.	1. CARDIOPATIA 2. Aumento de la comorbilidad de pacientes Hipertensos. 3. Aumento en la demanda de los servicios de salud. 4. Incremento de costos de atención. 5. Deterioro de la Calidad de Vida del Usuario. 6.Disminución de la población economicamente activa. 7. Enfermedad emocional	5	3	15	RIESGO EXTREMO	Guías de atención médica	Reducir	1. Actualizar el programa de Cronicos especialmente en el manejo de enfermedad cardiovascular 2. Fortalecer la activación de rutas por gestión del riesgo y atención resolutiva a programa de promoción y prevención (PLAN DE BENEFICIOS) 3.Fortalecer el seguimiento a paciente crónico con riesgo cardiovascular alto. 4. Fortalecer los acompañamientos por pares (Medicina) fortaleciendo adherencia a guias y calidad del diligenciamiento de la historia clinica. 5. fortalecer la activación de rutas de atención integral	DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS- DIRECCION GESTION DEL RIESGO	semestral	Fisicos humanos tecnológicos	1. Número de usuarios que presentaron complicaciones del organo blanco / total de usuarios diagnosticados con enfermedad hipertensiva (meta <=5%) 2.Numero de criterios que cumplen con el Estandar institucional / Total de Criterios Evaluados (meta >=85%) 3. Numero de Historias Clinicas que cumplen con el Estandar institucional / Total de Historias clinicas Evaluadas (meta >=85%)	87%	5 Alta	Implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia para protegerse en caso de que se presente.
32	GESTIÓN CLINICA AMBULATORIA	Probabilidad que se presente complicacion por enfermedad respiratoria de tipo infeccioso (otitis) en la población atendida.	Clínicos	1. Falta de adherencia a programas de promoción y prevención. 2. Falta de seguimiento de los Usuarios que pertenecen al Programa de Promocion y Prevencion. 3. Desconocimiento de las Guias de Practica Clinica 4. Falta capacitacion y reentrenamiento al personal medico en lo relacionado a Guias de practica clinica.	1. Falta de corresponsabilidad del usuario con el tratamiento. 2. Barreras de aseguramiento. 3. Deficiencias en los seguimientos de programas extramurales	4	4	16	RIESGO EXTREMO	Guías de atención médica	Reducir	1. Fortalecer la activación de ruta por gestión del riesgo y atención resolutiva a programa de promoción y prevención (CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS, ATENCION DE SALUD DEL ADOLESCENTE, DETECCION DE ALTERACIONES DEL ADULTO, IAMI, AIEPI, PROGRAMA DE CRONICOS) 2.Fortalecer los acompañamientos por pares (Medicina) fortaleciendo adherencia a guias y calidad del diligenciamiento de la historia clinica. 3. Realizar seguimiento a la adherencia de las guias clinicas especialmente de Rinofaringitis segun cronograma PAMEC.	DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS, DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO	Trimestral	Fisicos humanos tecnológicos	1. Número de usuarios que presentaron complicaciones infecciosas por enfermedad respiratoria / total de usuarios diagnosticados con enfermedad respiratoria 2.Numero de criterios que cumplen con el Estandar institucional / Total de Criterios Evaluados en Bronquiolitis y rinofaringitis 3. Numero de Historias Clinicas que cumplen con el Estandar institucional / Total de Historias clinicas Evaluadas Bronquiolitis y Rinofaringitis	100%	8 Alta	Implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia para protegerse en caso de que se presente.
33	GESTIÓN CLINICA AMBULATORIA	Probabilidad que se presenten eventos adversos debido a fallas en la adherencia a los correctos en el proceso ambulatorio.	Seguridad del usuario	1. No adherencia al protocolo de identificacion correcta de pacientes 2. No adherencia al programa,Programa De Seguridad Del Usuario 3. fallas en la supervision 4. debilidad en el autocontrol e la implementacion de la identificacion redundante 5.No hay adherencia a la estrategia hablemos. 6. Debilidad en las estrategias para fomentar la corresponsabilidad en los usuarios. 8.Falla en las competencias de los colaboradores sobre comunicación acertiva	1. Falta de corresponsabilidad del usuario, con el proceso de atencion	4	3	12	RIESGO EXTREMO	Programa de Seguridad del paciente	Reducir	1. Verificacion de la realizacion de los 4 correctos de identificacion 2. Verificacion de la comunicación redundante 3. Realizacion de reentrenamiento por parte de Seguridad al usuario. 4. Verificar implementación por medico de realización periodica de 5 minutos de seguridad	DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS - SEGURIDAD DEL PACIENTE	Trimestral	Fisicos humanos tecnológicos	# de eventos adversos por fallas en la no aplicación de correctos en el proceso de atención ambulatoria	100%	4 Alta	Implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia para protegerse en caso de que se presente.
34	GESTIÓN CLINICA AMBULATORIA	Probabilidad que se presente afectación en la salud, en el proceso ambulatorio,por no cumplir con las estrategias institucionales de prevención, control y reducción de infecciones.	Seguridad del usuario	1. Fallas en la adherencia a las guias, manuales o protocolos de atención normalizados por la institución. 2. Falta de insumos. 3. Fallas en la adherencia a las guias de prevención, control y vigilancia de infecciones asociadas al cuidado en salud. 4. Fallas adherencia al manual de bioseguridad (componente de limpieza y desinfección). 5. Falta de adherencia al programa de seguridad del usuario. 6. fallas en la supervision de la aplicacion de practicas seguras	1. fallas de corresponsabilidad (Adherencia al tratamiento) del usuario, frente asu autocuidado 2. Usuario no informa de manera oportuna de su estado de salud.	5	4	20	RIESGO EXTREMO	Programa de Seguridad del paciente	Reducir	1. Mantenimiento de los acompañamientos personalizados por medio de la estrategia de cinco minutos de seguridad 2. Monitoreo a la adherencia de las estrategias que integran la practica segura de control prevencion y reduccion de infecciones 3. Mantenimiento del monitoreo a la busqueda activa y pasiva de infecciones asociadas al cuidado de la salud mensual en el comite de infecciones 4. generacion de un modulo virtual para apropiacion de la practica segura de infecciones por parte de los colaboradores.	Oficina de Seguridad del usuario, Vigilancia Epidemiologica, direccion de servicios ambulatorios	Trimestral	Fisicos humanos tecnologicos	indice de infecciones asociadas a la atención en salud en el proceso ambulatorio	100%	10 Extrema	Se deben extremar las medidas y establecer controles preventivos más estrictos para prevenir la materialización del riesgo. Se debe estudiar la posibilidad de compartir o transferir el riesgo.
35	GESTIÓN CLINICA AMBULATORIA	Probabilidad que se presente insatisfaccion del usuario por trato deshumanizado.	Operativos	1. Falta de competencias del personal de salud en el manejo y comunicación acertiva con usuarios. 2. Falta de adherencia a protocolos, guias, planes relacionadas con el trato humanizado del paciente (ej protocolo de manejo del dolor y plan de humanización) 3. Desconocimiento de la importancia del trato humanizado durante la atención. 4. Inadecuada lectura de necesidades y expectativas 5.No adherencia al cumplimiento de derechos del usuario	1. Falta de corresponsabilidad del usuario con el tratamiento. 2. Barreras de aseguramiento. 3. Falta de especialistas 4. Deficiencias en los seguimientos de programas extramurales	4	4	16	RIESGO EXTREMO	derechos y deberes de los usuarios	Reducir	1. Trabajo personalizado con los colaboradores a los que se genera quejas por trato deshumanizado 2. Sensibilizacion en espacios institucionales (ULC, induccion)+ en lo relacionado con trato adecuado del usuario	dirección de servicios ambulatorios- humanización- servicio al ciudadano	semestral	Fisicos humanos tecnológicos	1.Satisfacción Global de la Institución 2. Porcentaje de Incremento de Comentarios por trato deshumanizado	100%	8 Alta	Implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia para protegerse en caso de que se presente.
36	GESTIÓN CLINICA AMBULATORIA	Probabilidad que se presente daño al usuario en la atencion ambulatoria, por no adherencia a protocolos, guias procedimientos y manuales.	De Cumplimiento	1. Fallas en la adherencia a las guias, manuales o protocolos de atención normalizados por la institución. 2. Fallas en el proceso de entrenamiento y reentrenamiento del personal asistencial. 3. Fallas en la socialización de ajustes y cambios en los protocolos, manuales y guias institucionales para la atención de usuarios en el servicio. 4.Desactualizacion de los manuales, guias procedimientos y protocolos institucionales	Debilidad en los conocimiento y manejos medicos proporcionados en las universidades	4	3	12	RIESGO EXTREMO	Guías de atención médica	Reducir	1. Realizar auditoria a historia clinica, según cronograma PAMEC 2.Realizar acompañamiento por parte del coordinador medico. 3. Verificacion y segimiento a la fase de prescripcion al ciclo de administracion de medicamento. 4. Evaluacion y seleccion de personal idoneo y con experiencia por parte de talento humano.	calidad- direccion de servicios ambulatorios- seguridad del paciente	Trimestral	Fisicos humanos tecnológicos	# de pacientes que presenten eventos adversos por no adherencia a protocolos, guias y manuales en el proceso ambulatorio	100%	8 Alta	Implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia para protegerse en caso de que se presente.
37	GESTIÓN CLINICA AMBULATORIA	Probabilidad de afectar la satisfacción del usuario por tiempos de espera prolongados, en los servicios ambulatorios	De Control	1. Debilidad en la experticia del profesional para el manejo de historias clinica 2. Fallas permanentes del sistema 3. Condiciones clinicas del Usuario que prolongan el proceso de atencion. 4.Demoras en proceso de facturación.	1. Incumplimiento del usuario en la hora de llegada.	4	4	16	RIESGO EXTREMO	Encuestas de Satisfacción	Reducir	1. Generacion de estrategias para sensibilizar al usuario frente a la asistencia puntual de citas 2. Mantenimiento del analisis del indicador de forma trimestral	DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS	Trimestral	Fisicos humanos tecnológicos	Tiempos de Espera por servicio (promesa de valor institucional 10min)	50%	12 Extrema	Se deben implementar controles de prevención, proteccion y establecer si es necesario compartir o transferir el riesgo.
38	GESTIÓN CLINICA AMBULATORIA	Probabilidad que se presente complicaciones (HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO) por no detección en la consulta de atención prenatal .	Clinicos	1.Captacion tardia de las Gestantes. 2.Embarazo en adolescentes 3.No adherencia ala Guia de atencion Materno Perinatal	1.Barreras socioculturales que no permiten que los profesionales desarrollen sus intervenciones. 2.falta de tiempo de los usuarios para atender la visita entre semana no se encuentra las cabezas de familia porque estan en el trabajo	5	4	20	RIESGO EXTREMO	Guías de atención médica	Reducir	1.Incrementar articulacion intra y extramural para la intervencion de la gestantes.(upz priorizadas) 2. fortalicimiento y actualización al talento humano sobre guias de manejo de atención materno perinatal.	direccion de servicios ambulatorios- direccion de gestion del riesgo	semestral	Fisicos humanos tecnológicos	tasa de mortalidad materna meta 0 casos Tasa de mortalidad perinatal 0 casos	100%	15 Extrema	Se deben implementar controles de prevención, proteccion y establecer si es necesario compartir o transferir el riesgo.
39	GESTIÓN CLINICA AMBULATORIA	Probabilidad que se presente enfermedades y afecciones bucodentales (CARIES) por no lograr el impacto deseado en la educación en habitos de higiene oral.	Clínicos	1. Usuarios con enfermedades cronicas (las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes) 2. Fallas en la comunicación reundante con el usuario 3. Falta fortalecer el proceso educativo en salud oral en los usuarios 4. Falta de adherencia a guias de practicas clinicas por parte de los odontologos e higienistas (Atención preventiva en salud oral, Guia de alteraciones en la erupción dentaria, Guia de urgencias odontológicas, Guía de atención odontológicade paciente comprometido sistémicamente)	1. Enfermedades y afecciones bucodentales (Caries,Pérdida dental, Pérdida de tejido dental, Infecciones, Enfermedades periodontales)	4	4	16	RIESGO EXTREMO	Guías de atención médica	Reducir	Atraves de la mesa de Saud Oral de la Sub Red Sur Occidente, se realiza cronograma para unificación de guias y posterior socilización, priorizando la guia de caries dental teniendo en cuenta que es la primera causa de morbilidad.	PAMEC Y salud oral	Anual	Fisicos humanos tecnológicos	resultado de adherencia a guia de caries dental.	100%	8 Alta	Implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia para protegerse en caso de que se presente.
40	GESTIÓN CLINICA AMBULATORIA (Salud Oral)	Probabilidad que se presente perdida dental	Clínicos	1. Fallas en la comunicación redundante con el usuario 2. Falta fortalecer el proceso educativo en salud oral en los usuarios 3. Falta de adherencia a guias de practicas clinicas por parte de los odontologos e higienistas (Atención preventiva en salud oral, Guía de alteraciones en la erupción dentaria, Guía de urgencias odontológicas, Guía de atención odontológicade paciente comprometido sistémicamente)	1.Deterioro de la salud del paciente 2.Probabilidad de que se presente un Evento Adverso 3. Insatisfacción del usuario	3	5	15	RIESGO EXTREMO	Guías de atención médica	Reducir	Se realizara seguimiento de la perdida dental con el diagnostico K083 (resto radicular) de manera trimestral para establecer una linea de base por subred	Gerencia de la informacion	Trimestral	Fisicos humanos tecnológicos	numero de pacientes con diagnostico K083/ total de pacientes atendidos en el periodo que se les haya realizado exodoncias	100%	15 Extrema	Se deben implementar controles de prevención, proteccion y establecer si es necesario compartir o transferir el riesgo.
41	GESTIÓN CLINICA AMBULATORIA (Rehabilitación)	Posibilidad que se presente quemadura del paciente durante el proceso de terapia fisica	Operativos	Fallas en dispositivo hidrocolector, electroestimulador Falta de toallas para aislar los paquetes termicos modificacion del amperaje por los usuarios. No identificación de problemas de sensibilidad. Usuario no sigue instrucciones de la Terapeuta	1. lesion o daño en la salud del usuario 2. Insatisfacion con la atencion. 3. Pérdida de Imagen Institucional 4. Posibles investigaciones de tipo legal 5. Disminución de ingresos a la institución	4	2	8	RIESGO ALTO	Programa de Tecnovigilancia Buenas prácticas de atención	Evitar	Mantenimiento Preventivo de Hidrocolector y electro estimulador del Gimnasio del PAPS Estación.	Profesionales del área de Reahbilitación	Trimestral	Fisicos humanos tecnológicos	Porcentaje de eventos Adversos relacionados con las quemadura del paciente durante el proceso de terapia fisica	100%	4 Alta	Implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia para protegerse en caso de que se presente.
42	GESTIÓN HOSPITALARIA	Probabilidad de prestación de servicios de salud de hospitalización, intervención quirúrgica y/o parto inseguras, desde su ingreso hasta la salida del paciente (úlceras por presion, flebitis, hemorragias intra y post operatorias, lesión de órgano intraoperatoriamente y cuerpo extraño en cavidad).	Seguridad del Usuario	1. No Adherencia a protocolos y guias clinicas 2. Impericia y/o inexperiencia del operador 3. Sobreocupación en el servicio 4. Insuficiencia de personal	1. Evento adverso y/o suceso de seguridad 2. Demandas 3. Quejas 4. Insatisfacción del usuario 5. Deterioro de la imagen institucional y pérdida de credibilidad en la institución 6. Pérdida de recursos financieros 7. Muerte del usuario	4	3	12	RIESGO EXTREMO	Guías de atención médica	Reducir	1. Socializar y fortalecer de competencias, protocolos y guías clínicas al personal asistencial 2. Elaborar e implmentar listas de chequeo pre operatoria para evaluación de estado clínico de paciente y ambiente físico 3. Efectuar inducción general y específica de puesto de trabajo 4. Realizar Censo diario de ocupación de los servicios de la Subred 5. Reubicar usuarios según complejidad del manejo, a las diferentes unidades de la Sub Red Sur Occidente ESE y/o externas, cuando así lo requiera las condiciones del paciente 6. Programar turnos mensuales con primera disponibilidad	Director Técnico de Servicios Hospitalarios	TRIMESTRAL	Fisicos humanos tecnológicos	No. De eventos adversos gestionados en el servicio/ No. De sucesos de seguridad en el servicio * 100	60%	12 Extrema	Se debe continuar con el monitoreo del riesgo y establecer controles más estrictos que evidencien la gestión en la eliminación de la causa raiz.
43	GESTIÓN HOSPITALARIA	Probabilidad de generar en los pacientes, infecciones asociadas a la atención en salud (Infecciones de sitio operatorio, urinarias secundarias a cateterismo vesical, neumonías relacionadas a la ventilación mecánica)	Clínicos	1. No Adherencia a procedimientos institucionales (técnicos, esterilización entre otros). 2. Impericia y/o inexperiencia del operador 3. Disponibilidad insuficiente de insumos y dispositivos médico quirúrgicos	1. Deterioro y complicaciones del estado de salud del paciente 2. Estancia Prolongada 3. Insatisfacción del usuario 4. Quejas del servicio 5. Afectación de la imagen institucional 6. Pérdida de recursos financieros para la entidad	4	3	12	RIESGO EXTREMO	Programa de Seguridad del Paciente	Reducir	1. Socializar y fortalecer de competencias, protocolos y guías clínicas al personal asistencial (guía deprocedimientos quirúrgica, cateterismo vesical, procedimiento técnica de aspirado, protocolo de aislamiento). 2. Efectuar inducción general y específica de puesto de trabajo 3. Programar turnos mensuales con primera disponibilidad	Director Técnico de Servicios Hospitalarios	TRIMESTRAL	Fisicos humanos tecnológicos	Número de pacientes con diagnóstico de IAAS / Total de egresos hospitalarios periodo * 100	100%	8 Alta	Se deben implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia en caso de materialización del riesgo.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

FORMATO MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

CÓDIGO:
VERSIÓN:
FECHA:

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

MISIÓN	Somos una Empresa Social del Estado que, en el marco del modelo integral de atención en salud, presta servicios humanizados, seguros y socialmente responsables, a traves de un talento humano competente y el uso eficiente de los recursos, generando resultados posistivos en salud y satisfaccion de las partes interesadas.	FECHA:	Enero 31 de 2018
VISIÓN	En el año 2020 seremos una Subred con reconocimiento Distrital y Nacional en la prestacion integral de servicios de salud, con estándares superiores de calidad, procesos innovadores en la gestión, impactando positivamente a nuestros grupos de interés.		

No. DEL RIESGO	PROCESO	RIESGOS	TIPOLOGIA	CAUSAS INTERNAS	EFECTO Y/O CONSECUENCIA	SEVERIDAD	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	CRITICIDAD O INDICE DE PRIORIZACION DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	CONTROL EXISTENTE	TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS	ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSABILIDAD	PERIODICIDAD	RECURSOS	INDICADOR	RESULTADO VIGENCIA 2017	RIESGO RESIDUAL 2017	CONDUCTA
44	GESTIÓN HOSPITALARIA	Probabilidad de ingreso inoportuno al servicio de hospitalización	Clínicos	1. Oferta de infraestructura insuficiente para la demanda del servicio 2. Capacidad instalada sobre ocupada 3. Indefinición de conducta 4. Desarticulación entre los servicios	1. Deterioro y complicaciones del estado de salud del paciente 2. Insatisfacción del usuario 3. Quejas del servicio 4. Muerte del paciente 5. Afectación de la imagen institucional 6. Pérdida de recursos financieros	4	4	16	RIESGO EXTREMO	Guias de atención médica	Reducir	1. Reubicar usuarios según complejidad del manejo, a las diferentes unidades de la Sub Red Sur Occidente ESE y/o externas, cuando así lo requiera las condiciones del paciente 2. Realizar Censo diario de ocupación de los servicios de la Subred 3. Efectuar auditoría concurrente mediante revisión de historias clínicas y registros por el Auditor (interno o externo) 4. Gestionar autorizaciones y procedimientos pendientes por parte del auditor interno	Director Técnico de Servicios Hospitalarios	TRIMESTRAL	Fisicos humanos tecnológicos	Número de camas que cumplen requisitos de habilitacion de medicina Interna y Gineco obstetricia/ Total de camas proyectadas de Medicina interna y Ginecoobstetricia *100	100%	12 Extremo	Se deben implementar controles de prevención, proteccion y establecer si es necesario compartir o transferir el riesgo.
45	GESTIÓN FINANCIERA	Insuficiencia de recursos para el pago de las obligaciones	Operativos	Incumplimiento en las fechas de radicacion No realizar con anterioridad la pre-auditoria de las cuentas a radicar Incumplimiento en el plan de ventas Inoportunidad en la presentación de las cuentas Inadecuada gestión de cobro por parte de cartea Inoportunidad en la gestión de glosas Subfacturación de los servicios prestados Falencias en el sistema de información	Generación de intereses de mora por incumplimiento en el pago de obligaciones. No contar con la liquidez para el cumplimiento de las obligaciones contractuales. Detrimento patrimonial	5	3	15	RIESGO EXTREMO	Normatividad Vigente	Evitar	*Realizar seguimiento al proceso de cobro persuasivo * Realizar cobro juridico * Monitorear al plan de ventas * Responder oportunamente las objeciones a las cuentas dentro de los términos de ley * Monitorear de recaudo al efectivo diariamente *Realizar seguimiento a la facturación del 100% de lo facturado *Radicar oportunamente la facturacion en los terminos de Ley.	Profesional Universitario Facturación y Cartera Asesor Juridico Profesional de Mercadeo	Bimestral	Fisicos humanos tecnológicos	Porcentaje de cuentas por cobrar vencidas Porcentaje de cumplimiento del plan de ventas	90%	5 Alta	Se deben implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia en caso de materialización del riesgo.
46	GESTIÓN FINANCIERA	Recibir dinero u otro, para beneficio propio, del contratista o de un tercero, para la ejecución de un contrato u omisión de un acto del proceso.	De Corrupción	Falta de controles en los procesos. Falta de honestidad del recurso humano. No poner en práctica los valores y principios. No adherencia a las politicas institucionales y no cumplimiento de la normatividad vigente	Generar un detrimento patrimonial a la entidad. Sanciones administrativas, disciplinadas, penales y fiscales	5	5	25	RIESGO EXTREMO	Plan Institucional Anticorrupción	Evitar	*Adherencia a Ley 1474 de 2011, Plan Anticorrupcion y de Servicio al Ciudadano	Dirección Financiera Cuentas por Pagar Tesorería Contabilidad	TRIMESTRAL	Fisicos humanos tecnológicos	Numero de Funcionarios Subred investigados por Corrupcion / Total de funcionarios Subred	100%	10 Extremo	Se debe continuar con el monitoreo del riesgo y establecer controles más estrictos que evidencien la gestión en la eliminación de la causa raíz.
47	GESTIÓN FINANCIERA	Apropiación para sí mismo o para terceros o jineteo del dinero en efectivo recaudado en las cajas, por prestación de los servicios asistenciales.	De Corrupción	Ruptura en el sistema de información lo que genera facturas manuales. Falta de control desde la Tesoreria y Facturacion. No realizar arqueos de manera periodica a quienes manejan recursos (efectivo) Falta de seguridad en el sistema de informacion.	Generar un detrimento patrimonial a la entidad. Fraude y/o perdida de dinero. Manejo indebido de los recursos (Cajas-Facturación)	5	4	20	RIESGO EXTREMO	Plan Institucional Anticorrupción	Evitar	*Arqueos de caja periódicos *Recaudo Diario a los puntos de atencion de dificil acceso por la transportadora	Profesional Universitario de Tesorería	TRIMESTRAL	Fisicos humanos tecnológicos	(Arqueos realizados/total de arqueos programados)*100	100%	10 Extremo	Se debe continuar con el monitoreo del riesgo y establecer controles más estrictos que evidencien la gestión en la eliminación de la causa raíz.
48	GESTIÓN JURIDICA	Inadecuada defensa técnica de la institución.	Financiero	Falta de apoyo del area al que le corresponda conceptuar sobre aspectos médicos relacionados con la historia clinica del paciente (Reparaciones directas)	Demandas, sanciones, condenas económicas, detrimento patrimonial Multas para la entidad, acción de repetición, indemnizaciones, afectando su imagen y probables perdidas económicas	4	4	16	RIESGO EXTREMO	Normograma Institucional	Evitar	Documentar los procedimientos inherentes a la defensa de la Entidad. -Seguimiento a los procesos judiciales a través de la página sppoje.	Jefe Oficina Asesora Juridica	TRIMESTRAL	Humanos	Revisión de los procesos judiciales en los despachos por el profesional asignado al proceso	100%	8 Alta	Se deben implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia en caso de materialización del riesgo.
49	GESTIÓN JURIDICA	Incumplimiento de los términos legales para dar respuesta a las demandas, tutelas, derechos de petición y a todos los demás trámites sometidos a terminos de ley.	Financiero	Falta de apoyo del area al que le corresponda conceptuar sobre aspectos médicos relacionados con la historia clinica del paciente (Reparaciones directas)	Demandas, sanciones, condenas económicas, detrimento patrimonial Multas para la entidad, indemnizaciones, acción de repetición, afectando su imagen y probables perdidas económicas	4	4	16	RIESGO EXTREMO	Normograma Institucional	Evitar	Sensibilizar a los lideres de procesos y a los abogados en temas sobre las consecuencias que produce la ineficiencia y el incumplimiento de los términos establecidos por ley.	Jefe Oficina Asesora Juridica	TRIMESTRAL	Humanos	Acción propuesta/ acción ejecutada	100%	8 Alta	Se deben implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia en caso de materialización del riesgo.
50	GESTIÓN JURIDICA	Pérdida de expedientes y de información del proceso de Gestión Jurídica	Seguridad de la informacion	Inexistencia de espacio adecuado para la custodia y conservación de los expedientes y/o información	Dilación de los procesos por reconstrucción por pérdida de la información.	4	4	16	RIESGO EXTREMO	Normograma Institucional	Evitar	Establecer medidas de seguridad para el control de acceso de personal no autorizado al área jurídica.	Jefe Oficina Asesora Juridica	TRIMESTRAL	Humanos	Número de acciones implementadas/numeros de acciones programadas según el plan de trabajo preestablecido	100%	12 Extremo	Se debe continuar con el monitoreo del riesgo y establecer controles más estrictos que evidencien la gestión en la eliminación de la causa raíz.
51	GESTIÓN DE TICS	Probabilidad de perdida de informacion por Daño fisico en Hardware/infraestructura (servidores, computadores, equipos de respaldo, periféricos, modem, concentradores, switches, telefonia ip, Access Point)	De Tecnología	Fallas técnicas en medios físicos destinados a soportar directa o indirectamente los servicios que presta la Subred, soporte de las aplicaciones informáticas y/o de la transmisión de datos originados de forma deliberada, accidental (servidores, computadores, equipos de respaldo, periféricos, modem, concentradores, switches, telefonia ip, Access Point))	* Pérdida de información * Imposibilidad de acceder a los sistemas de información * Disminución en valores facturados * Riesgos por Sanciones legales al no contar con información confiable, integra y disponible	4	4	16	RIESGO EXTREMO	Manual de Seguridad de la Información	Reducir	1. Establecer cronograma y realizar mantenimiento preventivo del 50% de equipos 2. Implementación de un sistema Mesa de ayuda (help Desk)	Directora Oficina TIC	1. TRIMESTRAL 2. MENSUAL	Fisicos humanos tecnológicos	1. Numero de equipos con mantenimiento preventivo /Total de equipos de computo. 2. Implementacion al 100%	100%	8 Alta	Se deben implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia en caso de materialización del riesgo.
52	GESTIÓN DE TICS	Probabilidad de perdida de informacion Daño en Software/aplicaciones informáticas de la Subred Suroccidente (HIS, Almera, Correo electrónico, Sistemas de Gestión de Bases de Datos, Sistemas de respaldo)	De Tecnología	Fallas técnicas por saturación del sistema de información, mal funcionamiento del software, errores de actualizaciones de versión, falta de mantenimiento de bases de datos, virus (HIS, Almera, Correo electrónico, Sistemas de Gestión de Bases de Datos, Sistemas de respaldo)	* Pérdida de información * Imposibilidad de acceder a los sistemas de información * Disminución en valores facturados * Riesgos por Sanciones legales al no contar con información confiable, integra y disponible	4	3	12	RIESGO EXTREMO	Manual de Seguridad de la Información	Reducir	1. Implementar el 30% del Sistema de Gestión de Seguridad de la Informacion (SGSI) 2. Levantar Activos de Informacion 3. Implementar y estabilizar en 90% el HIS	Directora Oficina TIC	1. SEMESTRAL 2. TRIMESTRAL 3. ANUAL	Fisicos humanos tecnológicos	1.Número de actividades ejecutadas del sistema/ Total de actividades programadas sistema. 2. Inventarios de activos tecnológicos y de información actualizado / Inventario de activos tecnológicos e informáticos. 3. Implementacion al 90% de HIS	69%	12 Extremo	Se debe continuar con el monitoreo del riesgo y establecer controles más estrictos que evidencien la gestión en la eliminación de la causa raíz.
53	GESTIÓN DE TICS	Probabilidad de perdida de informacion por Daño en redes de comunicación propia y propiedad de terceros	De Tecnología	Fallas en la plataforma de redes de comunicación, equipo propio y propiedad de terceros (red telefónica, antenas, enlaces, redes inalambricas, LAN, Internet)	* Pérdida de información * Imposibilidad de acceder a los sistemas de información * Disminución en valores facturados * Riesgos por Sanciones legales al no contar con información confiable, integra y disponible	4	4	16	RIESGO EXTREMO	Manual de Seguridad de la Información	Reducir	1. Establecer cronograma y realizar mantenimiento preventivo del 50% de equipos de comunicación propios 2. Implementación de un sistema Mesa de ayuda (help Desk)	Directora Oficina TIC	1. TRIMESTRAL 2. ANUAL	Fisicos humanos tecnológicos	1. Numero de equipos con mantenimiento preventivo /Total de equipos de computo 2. Implementacion al 100%	100%	8 Alta	Se deben implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia en caso de materialización del riesgo.
54	GESTION DEL AMBIENTE FISICO	No suministro de ropa a los servicios	Operativos	1. Problemas en la contratación 2. Problemas en el pago al proveedor.	1. Suspensión de Cirugías. 2. No hospitalización Pacientes. 3. Servicios descubiertos y sobre carga de trabajo.	5	2	10	RIESGO EXTREMO	Obligaciones contractuales con el proveedor del servicio	Evitar	1, Hacer seguimiento y control al contrato en su ejecucion. 2, Realizar pagos oportunos. 3, Mantener un Inventario de Ropa de la ropa existente de cada una de la unidads de la SUBRED. 4,Contar con stock ropa desechable y en tela. 6,Tener como opción la disponibilidad de otra empresa.	Servicios Generales	Anual	Fisicos humanos	1, Numero de kilos de ropa entregada / Numero de kilos de ropa solicitada x 100	100%	5 Alta	Se deben implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia en caso de materialización del riesgo.
55	GESTION DEL AMBIENTE FISICO	Probabilidad de inatenciones y dificultades en las USS por falta de continuidad en la prestación de servicios de vigilancia y aseo	Operativos	1. Demoras en la contratacion de los diferentes proveedores 2. Demoras en el pago a proveedores	1. Deficiencias en la prestación del servicios 2. Insatisfacción de usuarios y colaboradores. 3. Propiciar condiciones para el aumento de infecciones y eventos adversos 4. Deterioro en las instalaciones e infraestructura. 5. Servicios no prestados por falta de personal de aseo y guardas de seguridad	4	4	16	RIESGO EXTREMO	Obligaciones contractuales con el proveedor del servicio	Evitar	1. Identificacion de necesidades de mantenimiento de la planta fisica 2. Plan de Intervenciones en infraestructura y mantenimiento 3. Implementacion y seguimiento al Plan de mantenimiento	Coordinador de mantenimiento e infraestructura	Anual	Fisicos humanos	No. de colaboradores contratados / No de colaboradores laborando .	100%	8 Alta	Se deben implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia en caso de materialización del riesgo.
56	GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO	Afectación en la continuidad y calidad de la prestación del servicio a los usuarios por fallas, ausencia y obsolecencia de equipos biomédicos, ya sea por daño fortuito o soporte inoportuno de equipos.	De Tecnología	1. No adherencia a los manuales de funcionamiento de los equipos por tanto del responsable de su uso 2. Falta de capacitación y/o entrenamiento en manejo de equipos biomédicos 3. Compra de equipos biomédicos defectuosos, o fallas de revisión de equipos biomédicos y de apoyo adquiridos en subred 4. Demora en la respuesta a necesidades de mantenimiento de equipos biomédicos 5. No hay identificación y analisis adecuado de las necesidades del proceso de atención 6.No hay interacción entre los diferentes procesos para el analisis y adquision de la tecnologia 7. No priorizar los equipos de acuerdo a las necesidades identificadas 8. No inclusión en los planes de compra de equipos biomédicos requeridos. 9. Falta de oportunidad en la aprobación y compra de lo propuestado en el Plan de Renovación. 10. Seguimiento inadecuado del ciclo de vida de la tecnología.	1. Sucesos de seguridad con afectación a usuarios 2. Demandas 3. Insatisfacción de los usuarios 4. Afectación de la imagen institucional. 5. Perdida de pagadores. 6.Afectación Financiera de la entidad. 7.inhabilitación de servicios.	4	3	12	RIESGO EXTREMO	Programa de tecnovigilancia	Reducir	1. Programa de tecnovigilancia 2. Ejecución de capacitaciones y acompañamiento en tecnovigilancia 3. Hojas de vida de equipos biomédicos 4. Capacitaciones en tecnovigilancia 5.Capacitación del uso de la tecnología. 6.Rondas de verificación de necesidades de dotación de los servicios a proveedores.	Lider biomédico área de planeación Activo fijos.	Semestral	Fisicos humanos tecnológicos	Total de equipos que presentan daño por un uso inadecuado / Total de equipos que presentan daño * 100 Número de equipos renovados oportunamente / Número de equipos a renovar según proyecto de renovación * 100. Numero de Equipos fuera de servicio por repuestos/ Numero de equipos con fallas *100	75%	9 Alta	Se deben implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia en caso de materialización del riesgo.
57	GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO	Ocacionar acto inseguro por no seguir las buenas prácticas de equipos.	Seguridad del Usuario	1. No adherencia a los manuales de funcionamiento de los equipos por tanto del responsable de su uso 2. Falta de capacitación y/o entrenamiento en manejo de equipos biomédicos 3. Compra de equipos biomédicos defectuosos, o fallas de revisión de equipos biomédicos y de apoyo adquiridos en subred 4. Demora en la respuesta a necesidades de mantenimiento de equipos biomédicos 5. No hay identificación y analisis adecuado de las necesidades del proceso de atención 6.No hay interacción entre los diferentes procesos para el analisis y adquision de la tecnologia 7. No priorizar los equipos de acuerdo a las necesidades identificadas 8. No inclusión en los planes de compra de equipos biomédicos requeridos. 9. Falta de oportunidad en la aprobación y compra de lo propuestado en el Plan de Renovación. 10. Seguimiento inadecuado del ciclo de vida de la tecnología.	1. Diagnósticos errados, incidentes o eventos adversos 2. Demandas, quejas y reclamaciones que afectan la calidad de los servicios prestados 3. Elevación de costos daño a la imagen institucional.	5	2	10	RIESGO EXTREMO	Programa de tecnovigilancia	Evitar	1. Realizar formato de ficha técnica para la adquisicion de equipos, en el cual se incluyan variables como especificaciones, accesorios y documentos 2. Verificación de la pericia especifica del personal técnico 3.Capacitaciones del personal que manipula la tecnología en la parte técnica.	tecnovigilancia	Semestral	Fisicos humanos tecnológicos	No. de sucesos de seguridad gestionados correspondientes al proceso / No. total de de sucesos reportados correspondientes al proceso	100%	5 Alta	Se deben implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia en caso de materialización del riesgo.
58	GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO	Probabilidad de fallas en la atención por vencimiento de insumos	Operativos	Falta de planeación y supervisión. Desconocimiento procedimiento de control de fechas de vencimiento	Ejecución inadecuada de los contratos y desabastecimiento de los servicios. Perdida económica	4	3	12	RIESGO EXTREMO	Formato Solicitud de bienes y servicios	Reducir	Documentar y aplicar conciliación mensual con las farmacias con el fin de verificar el control a las fechas de vencimiento de los medicamentos y dispositivos médicos.	Inventarios / Profesional Especializado	Anual	Fisicos humanos tecnológicos	Conciliación mensual	100%	4 Alta	Se deben implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia en caso de materialización del riesgo.
59	GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO	Incumplimiento en la Gestión Ambiental institucional , de acuerdo a lo establecido en la Politica ambiental y en el Plan Institucional de gestión ambiental (PIGA)	De Cumplimiento	1. Desconocimiento e incumplimiento de las normatividad ambiental vigente. 2. Falta de adherencia y cumplimiento al PIGA (Falta de cumplimiento de los objetivos y metas establecidas en los programas ambientales) y PGIRH (Plan de Gestion Integral de Residuos Hospitalarios).	1. Daño, deterioro o contaminación del ambiente. 2. Agotamiento de los recursos naturales 3. Sanciones, posibles hallazgos como resultado de auditorias de entes de vigilancia y control. 4. Daños y efectos en la salud asociados a generacion de residuos peligrosos.	4	3	12	RIESGO EXTREMO	PIGA	Evitar	1.Cumplimiento de la normatividad ambiental vigente. 2. 2. Cumplimiento de los Programas, Objetivos y metas del PIGA (Plan Institucional de Gestion Ambiental) concertados con la Autoridad ambiental. y PGIRH.	Proceso de Gestion Ambiental.	Semestral	Fisicos humanos tecnológicos	1 - Cumplimiento del Numero de actividades del Plan de Gestion ambiental Ejecutadas en el periodo / Cumplimiento de Numero de actividades Programadas del Plan de Gestion ambiental realizadas X 100.	100%	4 Alta	Se deben implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia en caso de materialización del riesgo.
60	GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO	Probabilidad de fallas en la atención por desabastecimiento de insumos	Operativos	Falta de supervisión contractual Disminución del flujo de efectivo para el pago a proveedores. No oportunidad en la entrega del contrato legalizado a almacén	Fallas o retardos en la prestación de los servicios.	4	3	12	RIESGO EXTREMO	Formato Solicitud de bienes y servicios	Reducir	Documentar y controlar la entrega oportuna al almacén de los contratos legalizados.	Inventarios / Profesional Especializado	Anual	Fisicos humanos tecnológicos	# contratos legalizados mensualmente	90%	4 Alta	Se deben implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia en caso de materialización del riesgo.
61	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Direccionar la contratacion en favorecimiento de un tercero	De corrupción	1, Estudios previos direccionados 2. Violacion en la aplicación de la normatividad vigente, manual de contratación y procedimientos asociados. 3. Tráfico de influencias.	1. Demandas Administrativas a la Entidad 2. Detrimento patrimonial. 3. Sanciones disciplinarias, fiscales y/o penales a los funcionarios. 4.Enriquecimiento ilícito de contratistas y/o funcionarios.	5	2	10	RIESGO EXTREMO	Plan Institucional Anticorrupción	Evitar	1. Contratar personal idoneo para ejercer supervisiones. 2. Capacitar a los funcionarios y/o colaboradores que son designados para el ejercicio de la supervision y evaluadores 3. Establecer formatos para el ejercicio de la supervision en el desarrollo contractual.	DIRECCION DE CONTRATACION	Mensual	Fisicos humanos tecnológicos	PROCESOS ADJUDICADOS/PROCESOS PUBLICADOS	100%	5 Alta	Se deben implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia en caso de materialización del riesgo.
62	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Falta de competencia técnica en la ejecución de los procesos de supervisión y evaluaciones contractuales	Operativos	1, Falta de Personal competente. 2. Falta de capacitacion a los supervisores. 3. Desconocimiento de la Normatividad vigente, Manual de Contratacion y Procedimiento asociado. 4. Rotacion de funcionarios y/o colaboradores que son designados como supervisores.	1. Detrimento patrimonial. 2. Sanciones de tipo Administrativo, disciplinario, fiscal y/o penal.	5	3	15	RIESGO EXTREMO	Manual de Contratación	Evitar	1. Contratar personal idoneo para ejercer supervisiones. 2. Capacitar a los funcionarios y/o colaboradores que son designados para el ejercicio de la supervision y evaluadores 3. Establecer formatos para el ejercicio de la supervision en el desarrollo contractual.	DIRECCION DE CONTRATACION	TRIMESTRAL	Fisicos humanos tecnológicos	SUPERVISORES CAPACITADOS/SUPERVISORES DESIGNADOS	100%	5 Alta	Se deben implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia en caso de materialización del riesgo.
63	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Ejecucion de la contratacion sin el cumplimiento de los requisitos legales.	De Cumplimiento	1. Desconocimiento del manual para la supervision del contrato por parte de los supervisores. 2. Renuencia del contratista a atender los requerimientos de la entidad. 3. Demoras en la entrega del contrato perfeccionado por el contratista. 4. Temas de cartera que demoran el proceso de firmas del contrato. 5. Expedición errada de las garantias. 6. Recibo de insumos o servicios sin perfeccionar el contrato.	1. Demandas Administrativas a la entidad. 2. Detrimento patrimonial. 3. Sanciones de tipo Administrativo, disciplinario, fiscal y/o penal	5	2	10	RIESGO EXTREMO	Manual de Contratación	Evitar	1. Capacitaciones a Supervisores. 2. Planeacion de la contratacion. 3. Notificaciones a supervisores con todo el cumplimiento de los requisitos de legalizacion para inicio de la ejecucion.	DIRECCION DE CONTRATACION	Mensual	Humanos	No. CONTRATOS LEGALIZADOS / TOTAL DE CONTRATOS PROYECTADOS	100%	5 Alta	Se deben implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia en caso de materialización del riesgo.
64	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	Probabilidad de presentar Accidentes graves y Enfermedades laborales.	Seguridad y Salud en el Trabajo	1.Sobrecarga laboral. 2. Falta de adherencia a normas de bioseguridad (actos inseguros) 3. Condiciones Inseguras: infraestructura: puesto de trabajo inadecuados, mantenimientos inoportunos 4. Insumos inadecuados o mal uso de los mismos. 5. Ausencia de acompañamiento y monitoreo en la ejecución de los procedimientos. 6. Uso inadecuado de calzado. 7. Inseguridad del Sector 8. Falta de apropiación de los riesgos especificos a la actividad. 9. No adherencia a los protocolos institucionales. 10. Exposición a factores de riesgo fisico biológico, químico biomecánico entre otros.	1.Lesión incapacitante, enfermedad o muerte de los colaboradores. 2. Perdida o disminución de la capacidad laboral 3.Afectacion de la imagen institucional 4. Insatisfacción de usuarios 5. Detrimento patrimonial	3	4	12	RIESGO ALTO	Seguridad y Salud en el trabajo	COMPARTIR O TRANSFERIR	1. Capacitación y sensibilización a los colaboradores en prevención y mitigación de los peligros ocupacionales. 2. Aplicación de la batería de riesgo psicosocial 3. Inspecciones de Seguridad y Salud en el Trabajo. 4. Capacitaciones en manejo de stress y Carga Laboral. 5. Implementar, desarrollar y monitorear programas de prevención de enfermedad, estilos de vida saludable desde la perspectiva del auto cuidado. 6. Exámenes periódicos obligatorios para evaluación de riesgos por enfermedad de los colaboradores. 7. Adecuación de puestos de trabajo para favorecer ergonomía 8.Ejecutar los sistemas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los perfiles de salud de los colaboradores	Subproceso Calidad de Vida del Trabajador	Trimestral	Fisicos humanos tecnológicos	1. Tasa de accidentalidad institucional 2.Proporción de accidentes laborales por proceso 3. No. enfermedades laborales diagnosticadas 4. Cumplimiento de plan de trabajo de SGSST	100%	12 Alta	Implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia para protegerse en caso de que se presente.
65	EVALUACIÓN Y CONTROL(CID)	Extravío de documentos	De Seguridad de la Información	1. Disminución de los mecanismos de seguridad 2. Lugar inadecuado de la ubicación del archivo 3. Falta de capacitación y conocimiento del talento humano de los procesos y procedimientos de gestión de archivo.	1. Afectación en el desarrollo del procedimiento disciplinario. 2. Investigación Penal 3. Investigación Disciplinaria 4. Pérdida de la Información 5. Pérdida de tiempo	5	1	5	RIESGO ALTO	Tabla de retencion documental	Evitar	1. Documentar procesos y procedimientos del proceso 2. Socializar y Capacitar al talento humano del proceso 3. Verificar Expedientes o piezas procesales debidamente inventariadas con respectivo segimiento y control 4. Control en la revisión de expedientes 5. Solicitar al área de seguridad un concepto para la implementación de camaras de seguridad y sensores de movimiento.	JEFE OFICINA CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	TRIMESTRAL	Fisicos humanos tecnológicos	No. De estrategias implementadas / No. De acciones programadas *100	100%	5 Alta	Implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia para protegerse en caso de que se presente.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

FORMATO MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

CÓDIGO:
VERSIÓN:
FECHA:

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

MISIÓN	Somos una Empresa Social del Estado que, en el marco del modelo integral de atención en salud, presta servicios humanizados, seguros y socialmente responsables, a traves de un talento humano competente y el uso eficiente de los recursos, generando resultados posistivos en salud y satisfaccion de las partes interesadas.	**FECHA:**	**Enero 31 de 2018**
VISIÓN	En el año 2020 seremos una Subred con reconocimiento Distrital y Nacional en la prestacion integral de servicios de salud, con estándares superiores de calidad, procesos innovadores en la gestión, impactando positivamente a nuestros grupos de interés.		

No. DEL RIESGO	PROCESO	RIESGOS	TIPOLOGIA	CAUSAS INTERNAS	EFECTO Y/O CONSECUENCIA	SEVERIDAD	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	CRITICIDAD O INDICE DE PRIORIZACION DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	CONTROL EXISTENTE	TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS	ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSABILIDAD	PERIODICIDAD	RECURSOS	INDICADOR	RESULTADO VIGENCIA 2017	RIESGO RESIDUAL 2017	CONDUCTA
66	EVALUACIÓN Y CONTROL(CID)	Mora en el tramite de las actuaciones administrativas	De Control	1. Expedientes sin notificar 2. Inaplicación de normas tecnicas sobre el documento 3. Falta de sustanciación	1. Prescripción 2. Caducidad 3. Nulidad 4. Violación al debido proceso.	4	1	4	RIESGO ALTO	Planeacion de auditoria de control interno	Evitar y Asumir	1. Revisión periódica de expedientes 2. Diligenciamiento cuadro de procesos. 3. Reiteración de oficios y/o solicitudes probatorias	JEFE OFICINA CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	TRIMESTRAL	Fisicos humanos tecnológicos	No. De estrategias implementadas / No. De acciones programadas * 100	100%	4 Alta	Implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia para protegerse en caso de que se presente.
67	EVALUACIÓN Y CONTROL(CID)	Inaplicación del Procedimiento por el desconocimiento de la norma	De Control	1.No adehrencia al procedimeinto 2. Falta de experticia y experiencia minima requerida por los profesionales del derecho 3. Desconocimiento de la normatividad	1. Nulidad	4	1	4	RIESGO ALTO	Planeacion de auditoria de control interno	Evitar y Asumir	1. Implementar jornadas de actualización y retroalimentación en tematicas relativas al proceso disciplinario 2. Solicitar a la Gerencia de la entidad jornadas de capacitación en el proceso disciplinario	JEFE OFICINA CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	TRIMESTRAL	Fisicos humanos tecnológicos	No. De estrategias implementadas / No. De acciones programadas * 100	100%	4 Alta	Implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia para protegerse en caso de que se presente.
68	EVALUACIÓN Y CONTROL	Incumplimiento en la ejecución del Plan Anual de Auditorias de Control Interno.	De Control	1. Inadecuada planeación del Plan Anual de Auditoria 2. Recurso humano insuficiente 3. Fallas en la asignación de tiempos 4. Presupuesto insuficiente para la contratación de Talento Humano 5. No disponer de los perfiles y competencias de recurso humano de acuerdo a las auditorias a realizar 6. Solicitud de requerimientos no contemplados en el programa de auditoria (auditorias especiales, requerimientos extras) 7. Inoportunidad o no realizacion del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	1. Sanciones legales 2. Incumplimiento del Plan Operativo Anual 3. Bajo alcance de la evaluación independiente a la gestión institucional.	5	5	25	RIESGO EXTREMO	Evaluacion Trabajo de auditoria	Reducir	Realizar el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y determinar acciones de mejora que correspondan en caso de presentar incumplimiento al Plan Anual de Auditoria (PAA).	Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Semestral	Humanos	Acciones de mejora implementadas relacionadas con el incumplimiento del PAA/ Total de acciones de mejora determinadas, relacionadas con el PAA	100%	20 Extremo	Se debe continuar con el monitoreo del riesgo y establecer controles más estrictos que evidencien la gestión en la eliminación de la causa raíz.
																	96%	Riesgos Extremos: Riesgos Altos:	

REVISADO POR

MARTHA YOLIMA PASACHOA MORENO
SUBGERENTE CORPORATIVA

YULIETH LOPEZ RETAMOSO
SUBGERENTE DE PRESTACIÓN SERVICIOS DE SALUD

LILIANA RIOS VELANDIA
OFICINA DESARROLLO INSTITUCIONAL

HEYDE RODRIGUEZ PEREZ
ASESORA JURIDICA

ELSA MARINA TORRALBA MORA
SERVICIO AL CIUDADANO Y PART. SOCIAL

DORA RIAÑO LANCHEROS
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO

SANDRA LOPEZ PIMIENTO
CONTROL INTERNO INTERNO DE GESTIÓN-VOCERA ANTE LA GERENCIA-

JAIME ALBERTO RODRIGUEZ MARINO
REFERERENTE COMUNICACIONES

APROBADO POR

VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO
GERENTE

FIRMADO ORIGINAL EN OFICINA DE CALIDAD