

|  | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|---|--|---|---|--|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | CODIGO | NUM | | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | PROCESO | | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA | |
| SERVICIO FARMACEUTICO Selección de productos farmacéuticos | Inadecuada selección de productos farmacéuticos en cuanto a tipo y cantidad de cada uno de ellos | * Datos incorrectos de consumos históricos * No se presenta oportunamente la necesidad de inclusión de medicamentos, desde las IPS * No se presenta oportunamente la necesidad de exclusión de medicamentos, desde las IPS. * No adherencia a las guías de atención adoptadas en Pasto Salud ESE * Rotación alta del personal médico * Falta de conocimiento del listado básico institucional de medicamentos, por parte de médicos y odontólogos. * Cambio en el perfil epidemiológico de la empresa. | * Pérdida económica por vencimiento o deterioro del producto farmacéutico. * Fallas en la atención por no disponibilidad del producto farmacéutico. * Pérdida de imagen institucional | 1 | 8 | 1 | 8 | Bajo | 1. Gestión de productos farmacéuticos con próximo vencimiento, según política de obsolescencia. | Profesional universitaria del servicio farmacéutico | Permanente | 1. Indicador de demanda satisfecha de medicamentos. 2. % de medicamentos vencidos o averiados | |
| | Desconocimiento de productos farmacéuticos nuevos que se incluyen en el listado básico y sobre los cuales no se ha realizado capacitación para su manejo | * No se realiza trabajo de campo antes de incluir un producto farmacéutico para evaluar la necesidad de inclusión y su funcionalidad. * No se capacita al personal en el manejo del producto farmacéutico nuevo | * Eventos clínicos relacionados con productos farmacéuticos nuevos. * Quejas * Pérdida económica | | 1 | 10 | 1 | 10 | Bajo | 1. Aprobación de inclusión de productos farmacéuticos nuevos en comité de farmacia y terapéutica, información y capacitación para el personal responsable de su formulación y operación. | Profesional universitaria del servicio farmacéutico | Mensual | Reportes de farmacovigilancia Reportes de tecnovigilancia |
| PROCESO SERVICIO FARMACEUTICO Compra de productos farmacéuticos | Desabastecimiento de productos farmacéuticos en Pasto Salud ESE | Inadecuada planeación de la compra de productos farmacéuticos. * Demora en el proceso de contratación * Presupuesto insuficiente * Desabastecimiento de productos farmacéuticos en el mercado | * Eventos clínicos por no disponibilidad de productos farmacéuticos * Fallas en la atención por no disponibilidad del producto farmacéutico * Incumplimiento de normatividad vigente. * Pérdida de imagen institucional | 1 | 10 | 1 | 10 | Bajo | 1. Plan anual de adquisiciones | Profesional universitaria del servicio farmacéutico | Mensual | Indicador de demanda satisfecha Indicador de oportunidad en la entrega de medicamentos | |
| | Compra de medicamentos del mismo laboratorio farmacéutico que ofrecen iguales presentaciones comerciales susceptibles de confundirse, ya sea por la apariencia del empaque primario, o en el empaque secundario | * Desconocimiento de la presentación comercial de los medicamentos ofertados en la plataforma Bionexo. * Laboratorios farmacéuticos que acondicionen sus medicamentos en presentaciones comerciales parecidas | * Difícil identificación de las diferentes formas farmacéuticas que generen dispensación errónea. * Eventos clínicos relacionados con medicamentos * Problemas relacionados con medicamentos | | 8 | 8 | 1 | 64 | Bajo | 1. Protocolo de medicamentos LASA | Profesional universitaria del servicio farmacéutico | Permanente | Reportes de farmacovigilancia |
| | Compra de productos farmacéuticos con condiciones técnico legales no apropiadas | * No definición de requisitos técnicos y legales que deben cumplir los productos farmacéuticos para su compra. * No verificación de requisitos técnico legales durante la revisión de las ofertas. * Proveedores no confiables eventualmente | * Sanciones económicas por los Entes de control * Posible cierre del establecimiento. * Eventos clínicos | | 1 | 9 | 2 | 18 | Bajo | 1. Estudios previos 2. Recepción técnica de productos farmacéuticos | Profesional universitaria del servicio farmacéutico | Permanente | Contratos con el lleno de requisitos legales Actas de recepción de productos farmacéuticos Indicador de recepción de productos farmacéuticos |
| PROCESO SERVICIO FARMACEUTICO Recepción de productos farmacéuticos | Recepción de un producto farmacéutico con características diferentes a las solicitadas (fecha de vencimiento, registro sanitario, concentración, forma farmacéutica, cantidad y en buen estado) | * No se encuentran definidas las características que deben cumplir los productos farmacéuticos. * No adherencia al procedimiento de recepción técnica. * No verificación de lo recibido con la contratado y facturado. * Alto volumen de ingreso de productos farmacéuticos | | 2 | 9 | 2 | 36 | Bajo | 1. Adherencia al procedimiento de recepción técnica de productos farmacéuticos, mediante una revisión aleatoria a través de ronda de seguridad. | Profesional universitaria del servicio farmacéutico | Permanente | * Actas de recepción de medicamentos y dispositivos médicos * Indicador de recepción técnica. * Informe de Rondas de Seguridad. | |
| | No realización de recepción técnica a los productos farmacéuticos que ingresan a los servicios farmacéuticos | No adherencia al procedimiento de recepción técnica | * Eventos clínicos * Pérdida económica * Sanciones * Desabastecimiento de productos farmacéuticos | 2 | 8 | 4 | 64 | Bajo | 1. Protocolo de inspección y muestreo de medicamentos | Profesional universitaria del servicio farmacéutico | Permanente | * Actas de recepción de medicamentos y dispositivos médicos * Indicador de recepción técnica. * Informes de ronda de seguridad | |
| | Deterioro y averías de productos farmacéuticos en las áreas de almacenamiento. | * Inadecuada infraestructura por no contar con los recursos necesarios en cuanto a espacio físico y mobiliario * Falta de mantenimiento de termómetros y termohigrómetros. * Falta de calibración de termómetros y termohigrómetros. * No backup de termómetros y termohigrómetros cuando los de los servicios son llevados a mantenimiento o calibración. * Inadecuada programación de la compra y entrega de productos farmacéuticos superiores a la capacidad de almacenamiento * Inadecuada programación de la compra de productos farmacéuticos | * Pérdidas económicas por deterioro de productos farmacéuticos. * Posibles sanciones por los entes de control * Posibles eventos clínicos | 2 | 10 | 2 | 40 | Bajo | 1. Adherencia al procedimiento de almacenamiento de productos farmacéuticos | Profesional universitaria del servicio farmacéutico | Permanente | Indicador de productos farmacéuticos vencidos, averiados, obsoletos por trimestre.. | |

|  | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|--|---|--------------------|---|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | CODIGO | NUM | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | PROCESO | | | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| PROCESO SERVICIO FARMACEUTICO Almacenamiento de productos farmacéuticos | Aumento de medicamentos LASA | <ul style="list-style-type: none"> Compra de medicamentos del mismo laboratorio farmacéutico que ofrecen iguales presentaciones comerciales para diferentes principios activos. Similitud entre los nombres comerciales o marcas para los productos farmacéuticos. Disponer de varias concentraciones para un mismo principio activo. Disponer de varias formas farmacéuticas para | <ul style="list-style-type: none"> Errores de medicación Eventos o incidentes adversos Problemas relacionados con medicamentos | 9 | 6 | 2 | 108 | Moderado | 1. Adherencia al protocolo de medicamentos LASA | Profesional universitaria del servicio farmacéutico | Permanente | <ul style="list-style-type: none"> Reportes de farmacovigilancia Indicador de seguimiento a condiciones de almacenamiento |
| | No garantizar la custodia de medicamentos de alto riesgo | <ul style="list-style-type: none"> No adherencia a los protocolos de custodia de medicamentos de alto riesgo y de medicamentos de control | <ul style="list-style-type: none"> Pérdida de medicamentos de control especial. Errores de medicación por mal almacenamiento. Problemas relacionados con medicamentos. PRM. Eventos clínicos. | 2 | 8 | 2 | 32 | Bajo | 1. Adherencia al protocolo de medicamentos de alto riesgo. 2. Adherencia al protocolo de medicamentos de control especial | Profesional universitaria del servicio farmacéutico | Permanente | <ul style="list-style-type: none"> Reportes de farmacovigilancia Indicador de seguimiento a condiciones de almacenamiento. Informes de control especial |
| | Semaforización inadecuada de productos farmacéuticos | <ul style="list-style-type: none"> No adherencia a protocolos de medicamentos LASA, de alto riesgo, procedimiento para control de obsolescencia. Talento humano insuficiente No disponibilidad de botones adhesivos | <ul style="list-style-type: none"> Errores de medicación. Posibles eventos clínicos Problemas relacionados con medicamentos - PRM. | 2 | 8 | 2 | 32 | Bajo | 1. Instrumento de semaforización de medicamentos | Profesional universitaria del servicio farmacéutico | Permanente | <ul style="list-style-type: none"> Reportes de farmacovigilancia Indicador de seguimiento a condiciones de almacenamiento |
| PROCESO SERVICIO FARMACEUTICO Distribución de productos farmacéuticos | Inoportunidad en la entrega de los pedidos de productos farmacéuticos a las IPS | <ul style="list-style-type: none"> Desabastecimiento de productos farmacéuticos en bodega central. No disponibilidad de transporte. Desabastecimiento de productos farmacéuticos en el mercado. Inoportunidad en la realización del pedido por parte de la IPS | <ul style="list-style-type: none"> Fallas en la atención por no disponibilidad de producto farmacéutico Posibles eventos clínicos. Quejas Pérdida de imagen institucional | 2 | 10 | 2 | 40 | Bajo | 1. Adherencia al procedimiento de distribución de productos farmacéuticos | Profesional universitaria del servicio farmacéutico | Permanente | Indicador de oportunidad en la distribución de productos farmacéuticos |
| | Descuadre de inventarios | <ul style="list-style-type: none"> Entrega o recepción de productos farmacéuticos sin el respectivo movimiento de inventario en el sistema de información SIOS. Deterioro o pérdida de productos farmacéuticos durante el transporte. Préstamos de productos farmacéuticos entre servicios de las IPS sin registro de salida del inventario. | <ul style="list-style-type: none"> Sobrantes o faltantes de inventario Reprocesos | 9 | 2 | 2 | 36 | Bajo | 1. Adherencia al procedimiento de Recepción, almacenamiento y control de inventarios de productos farmacéuticos | Profesional universitaria del servicio farmacéutico | Cada fin de mes | <ul style="list-style-type: none"> % de faltantes de productos farmacéuticos % de sobrantes de productos farmacéuticos Resultado de informes de inventario mensual |
| | Deterioro y avería de productos farmacéuticos durante el transporte | <ul style="list-style-type: none"> Transporte inadecuado de productos farmacéuticos, por desconocimiento del personal responsable. Embalaje inadecuado de los productos farmacéuticos que se entregan al transportador Transporte inadecuado de productos farmacéuticos, por no contar con los vehículos adecuados. Fallas en la conservación de la cadena de frío. | <ul style="list-style-type: none"> Pérdida económica Inoportunidad en la dispensación de medicamentos a los pacientes No disponibilidad de productos farmacéuticos en las IPS Problemas relacionados con medicamentos. Posibles eventos clínicos. | 2 | 10 | 2 | 40 | Bajo | 1. Procedimiento de distribución de productos farmacéuticos | Profesional universitaria del servicio farmacéutico | Permanente | % De productos vencidos, averiados |
| PROCESO SERVICIO FARMACEUTICO Dispensación de productos farmacéuticos | No verificación y aclaración de la fórmula médica | <ul style="list-style-type: none"> No adherencia al procedimiento de dispensación. Atención a varios servicios Alta demanda de pacientes Falta de conocimiento Fallas en equipos de computo Caída de las redes de comunicación | <ul style="list-style-type: none"> Pacientes con tratamiento farmacológico inadecuado Eventos o incidentes adversos Pérdida de imagen institucional Reprocesos Demandas Glosas | 2 | 10 | 4 | 80 | Moderado | 1. Programa de farmacovigilancia | Profesional universitaria del servicio farmacéutico | Permanente | Gestión de reportes de farmacovigilancia |
| | Errores de dispensación (paciente, medicamento, forma farmacéutica, concentración, vida útil, educación al paciente, cantidad) | <ul style="list-style-type: none"> Alta demanda del servicio Falta inducción y reinducción No realización de doble chequeo Personal de servicio farmacéutico insuficiente o con otras funciones adicionales. No adherencia al procedimiento de dispensación No adherencia al protocolo de medicamentos de control especial No adherencia a protocolo de medicamentos de alto riesgo No adherencia a protocolo de medicamentos LASA. No aplicación de los correctos de dispensación de medicamentos | <ul style="list-style-type: none"> Pacientes con tratamiento farmacológico inadecuado. Posibles Eventos clínicos Problemas relacionados con medicamentos -PRUM. Problemas relacionados con el uso de medicamentos - errores de medicación Reacciones adversas a medicamentos RAM Reprocesos Pérdida de imagen institucional Demandas Posibles sanciones por entes de control. | 7 | 4 | 4 | 112 | Moderado | 1. Programa de farmacovigilancia | Profesional universitaria del servicio farmacéutico | Permanente | Gestión de reportes de farmacovigilancia |

FECHA DE ACTUALIZACION:

ABRIL 2020

PROCESO

MACROPROCESO MISIONAL

| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
|--|---|--|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|---|--|--------------------|---|
| | Inoportunidad en la dispensación o entrega incompleta de productos farmacéuticos al paciente | * Desabastecimiento de productos farmacéuticos en el mercado * Desabastecimiento de productos farmacéuticos en Pasto Salud ESE * No se realiza el pedido a bodega central de manera oportuna. * Personal médico nuevo. * No adherencia a guías de manejo clínico * Almacenamiento inadecuado | * Pacientes con tratamiento farmacológico inadecuado o demorado * Reprocesos * Posibles eventos clínicos * Pérdida de imagen institucional * Quejas | 7 | 5 | 2 | 70 | Bajo | 1.Seguimiento a la oportunidad y completitud en la entrega de medicamentos | Profesional universitaria del servicio farmacéutico | Mensual | Indicador de Demanda satisfecha de medicamentos. Seguimiento a la entrega de medicamentos |
| PROCESO SERVICIO FARMACÉUTICO Farmacovigilancia | No reporte de problemas relacionados con medicamentos, problemas relacionados con el uso de medicamentos y reacciones adversas a medicamentos. PRUM - RAM | Deficiente cultura del reporte Desconocimiento del procedimiento de reporte y del programa de Farmacovigilancia Desconocimiento de los resultados de la gestión realizada Percepción de acciones punitivas ante el error. | * Posibles eventos clínicos * Insatisfacción del usuario. * Posibles sanciones por entes de control * Demandas | 2 | 8 | 8 | 128 | Moderado | 1.Programa de farmacovigilancia 2.Programa de seguridad del paciente | * Profesional universitaria del servicio farmacéutico. * Profesional especializado área de la salud - Calidad | Permanente | Gestión de reportes clínicos relacionados con medicamentos. |
| | No detección de problemas relacionados con medicamentos, problemas relacionados con el uso de medicamentos PRUM y reacciones adversas a medicamentos RAM | * Ausencia o no aplicación de barreras de seguridad por parte del equipo de salud * Desconocimiento de los riesgos asociados a medicamentos * Insuficiente talento humano para realizar seguimiento a los procedimientos relacionados con medicamentos y a los pacientes que tienen tratamiento farmacológico | * Posibles eventos clínicos * Insatisfacción del usuario * Demandas * Sanciones | 7 | 5 | 6 | 210 | Moderado | 1.Programa de farmacovigilancia 2.Programa de seguridad del paciente | * Profesional universitaria del servicio farmacéutico. * Profesional especializado área de la salud - Calidad | Permanente | Gestión de reportes clínicos relacionados con medicamentos. |
| | No gestión de problemas relacionados con medicamentos, problemas relacionados con el uso de medicamentos y reacciones adversas a medicamentos. | * Múltiples reportes y escaso talento humano para el análisis adecuado y mejora. | * No hay aprendizaje * No se establecen barreras de seguridad * Se continúan presentando PRM, PRUM, RAM | 9 | 4 | 4 | 144 | Moderado | 1.Programa de farmacovigilancia | Profesional universitaria del servicio farmacéutico | Permanente | Proporción de gestión de reportes de farmacovigilancia |
| | Ocurrencia de RAM, PRM,PRUM | * No se realiza farmacovigilancia activa * No se conocen los riesgos del medicamento por el equipo de salud * No se han implementado barreras de seguridad. * Falta despliegue y distribución en los servicios, de las fichas técnicas de los medicamentos de alto riesgo y fichas de reconstitución y dilución de medicamentos. | * Fallo terapéutico * Posibles eventos clínicos * Insatisfacción del usuario * Reprocesos * Sobrecostos | 10 | 4 | 3 | 120 | Moderado | 1.Programa de farmacovigilancia | Profesional universitaria del servicio farmacéutico | Permanente | * Despliegue de fichas. * Adherencia a las indicaciones de las fichas |
| PROCESO SERVICIO FARMACÉUTICO Tecnovigilancia | No reporte de eventos clínicos a asociados al uso de dispositivos médicos | * Deficiente cultura del reporte * Desconocimiento del programa de Tecnovigilancia * No retroalimentación de los resultados de la gestión realizada de los eventos clínicos. * Percepción de acciones punitivas ante el error. * Baja posibilidad de eventos ocasionados por dispositivos o equipos médicos * No detección de riesgos asociados al uso de dispositivos médicos. | * Posibles eventos clínicos. * Insatisfacción del usuario * Demandas * Sanciones por entes de control | 10 | 3 | 5 | 150 | Moderado | 1.Programa de tecnovigilancia e Ingeniería Biomédica 2. Posibilidad de reportar desde el software "YO REPORTE" | * Profesional universitaria del servicio farmacéutico * Profesional especializada del área de la salud - Calidad | Permanente | % de reportes tecnovigilancia |
| | No gestión de eventos clínicos asociados al uso de dispositivos o equipos biomédicos. | * Escaso personal para el análisis y planes de mejora. | * Reincidencia de eventos clínicos asociados al uso de dispositivos o equipos biomédicos, por la misma causa. * No implementación barreras de seguridad | 7 | 5 | 4 | 140 | Moderado | 1.Destinar 2 días al mes para realizar la gestión de los eventos asociados al uso de dispositivos o equipos médicos. | * Profesional universitaria del servicio farmacéutico * Profesional universitario encargado de equipos biomédicos | Permanente | % de gestión de eventos relacionados con el uso de dispositivos o equipos biomédicos. |
| | Eventos o incidentes adversos por el uso de dispositivos médicos y equipos biomédicos | * Equipo biomédico sin mantenimiento No existen * Guías rápidas de manejo para equipo biomédico Equipo biomédico sin calibración Equipo asistencial no esta capacitado para usar adecuadamente los equipos bio médicos | * Eventos clínicos asociados al uso de equipos biomédicos * Demandas * Sanciones por los entes de control * Pérdida de imagen institucional * Quejas | 7 | 5 | 5 | 175 | Moderado | 1. Incluir en la inducción la capacitación en uso adecuado de equipos biomédicos, según servicio. 2.Cumplimiento a los cronogramas de mantenimiento y calibración. | * Profesional universitaria del servicio farmacéutico * Profesional universitario encargado de equipos biomédicos | Permanente | * Programa de inducción * Número de capacitaciones * Cumplimiento al cronograma de mantenimiento * Cumplimiento al cronograma de calibración |

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E NIT. 900091143-9 | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|--|---|----------------------|---|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | CODIGO | NUM | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | PROCESO | | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| | No reporte de incidente o eventos adversos a los entes de control dentro en los plazos establecidos | * No asignación de dicha función. * Falta de capacitación en manejo de software específico de reporte de tecnovigilancia. * Caída del Sistema de reporte al INVIMA y al Instituto Departamental de Salud de Nariño | * Sanciones * No apoyo al programa de tecnovigilancia regional y nacional. * Pérdida de imagen institucional | 2 | 10 | 1 | 20 | Bajo | 1.Designación de la función de reporte al personal indicado. 2. Informar oportunamente la caída del software | Profesional universitaria del servicio farmacéutico | Trimestral | * Asignación de la función desde la oficina de Talento Humano * Huellas de envío |
| PROCESO SERVICIO FARMACEUTICO Atención farmacéutica | No se realiza seguimiento a la conciliación medicamentosa de los pacientes | *No hay suficiencia de personal profesional para desempeñar tal función. | * Eventos clínicos asociados al uso de medicamentos * Interacciones medicamentosas No deseadas * No adherencia por parte del paciente al tratamiento farmacológico instaurado. * Fallo terapéutico * Deserción de pacientes | 10 | 6 | 2 | 120 | Moderado | 1.Seguimiento al procedimiento de conciliación medicamentosa | Profesional universitaria servicio farmacéutico | Permanente | Indicadores de conciliación medicamentosa |
| | Problemas relacionados con el uso de medicamentos por el no seguimiento farmacológico a los pacientes | * No realización de seguimiento farmacoterapéutico al paciente. * Talento humano insuficiente | * No adherencia por parte del paciente al tratamiento farmacológico instaurado. * Fallo terapéutico. * Eventos clínicos relacionados con medicamentos | 9 | 5 | 2 | 90 | Moderado | 1.Intervención farmacéutica | Profesional universitaria servicio farmacéutico | Permanente | Indicador intervención farmacéutica aceptada |
| PROCESO GESTION Y ORIENTACION DEL USUARIO Generar agenda de consulta externa de los servicios:medicina,odontologia , enfermería, nutrición, psicología e imagenología | *Generar agendas con tiempos no adecuados para cada programa(ej: crónicos 30 minutos) *Error en la fecha, día, hora de la asignación de la cita. *Generar agendas de profesionales que están ausentes *Generar agenda en días no hábiles para la atención | *Desconocimiento de los tiempos establecidos para cada programa o tipo de atención. *Falta de estandarización de tiempos de atención en las diferentes redes. * No comunicación al Área de asignación de citas de la asistencia del Personal asistencial , por parte de las DOR. *Alta demanda de citas *falta de comunicación cuando ingresa personal nuevo que afecte las agendas *Mala información del usuario al solicitar las citas *Alta demanda de pacientes *Falta de compromiso del personal con las directrices institucionales | *Insatisfacción del usuario *Aumento de PQR *Pérdida de imagen institucional *No atención del usuario *Fallas en la humanización *Demora en la atención *Reprogramación de pacientes *Pérdida económica para la Institución | 8 | 5 | 3 | 120 | Moderado | 1.Programar agendas de acuerdo a los tiempos estandarizados por cada uno de los profesionales. 2. socializar los tiempos de atención a todo el personal involucrado-SIAU 3. Bloquear agenda en los días no hábiles 4. Informar oportunamente las novedades del personal asistencial por parte de las Direcciones Operativas de Red. | Directores operativos Auxiliares Administrativos SIAU | diciembre 31 de 2020 | *Acta de capacitación en protocolo de identificación inequívoca de paciente y listados de asistencia *Información de novedades de Directores Operativos. |
| PROCESO GESTION Y ORIENTACION DEL USUARIO Identificación del usuario | Mala identificación del usuario | *Falta de conocimiento del protocolo de identificación inequívoca del paciente *Inadecuado o ausencia de Inducción y Reinducción *Exceso de confianza por parte del personal *Alta demanda de pacientes *Fallas en digitación *Nombres de difícil escritura y no confirmación con el documento de identificación | *Atencional paciente incorrecto. *Insatisfacción del usuario *Suplantación del usuario * Demora en la atención *Pérdida de la de credibilidad en la Empresa. *Devolución y no pago de cuentas | 7 | 3 | 3 | 63 | Bajo | 1.Guía de identificación inequívoca del paciente | Directores Operativos Auxiliares Administrativos SIAU | Diciembre 31/2020 | Acta de socialización de la Guía de identificación inequívoca del paciente. |
| PROCESO GESTION Y ORIENTACION DEL USUARIO Oferta de servicios de la empresa pasto salud | Inadecuada oferta de servicios | *Desconocimiento del portafolio de servicios por parte del personal que asigna citas. *Desactualización del portafolio de servicios *No información oportuna de los cambios en la contratación | *Negación del servicio *Insatisfacción del usuario *Pérdida de la credibilidad en la Empresa. *Pérdida económica *Generación de PQR | 6 | 2 | 5 | 60 | Bajo | 1.Portafolio de Servicios actualizado 2.Capacitación y reinducción al personal de SIAU 3.Informe inmediato de novedades al personal de SIAU | Profesional Universitario SIAU Directores Operativos Subgerencia de Salud Auxiliares Administrativos SIAU | Diciembre 31 de 2020 | Portafolio de servicios Actualizado. |
| PROCESO GESTION Y ORIENTACION DEL USUARIO Asignación de citas por cada servicio | Asignación inadecuada de la cita (servicio o profesional) | *Desconocimiento por parte del personal que da citas respecto a los profesionales que laboran o que están ausentes por alguna razón. *Falla de comunicación cuando ingresa el personal nuevo que hace consulta. *Alta demanda de citas. | *No atención del paciente. *Insatisfacción del usuario *Aumento de PQR *Pérdida de credibilidad en la Empresa. *Pérdida económica *Insatisfacción de las EPS con las que se tiene contrato | 9 | 4 | 4 | 144 | Moderado | 1.Bloquear agenda en los días no hábiles 2.Informar oportunamente las novedades del personal asistencial por parte de las Direcciones Operativas de Red. | Directores Operativos Auxiliares Administrativos SIAU | Diciembre 31 de 2020 | Protocolo de comunicación desplegado |
| PROCESO GESTION Y ORIENTACION DEL USUARIO Entrega de información al usuario | Inadecuada, incompleta o ausencia de entrega de información | *Fallas en la comunicación telefónica *Mal diligenciamiento en el registro de la cita. *Congestión de usuarios (ruido) *Falta de compromiso del personal *No registro de cita en el modulo de SIOS | *Insatisfacción por parte del usuario *No registro de cita en el modulo de SIOS *Demora en la atención *Aumento de lasPQR *Reprogramación del usuario *Insistencia del usuario a la cita | 10 | 2 | 4 | 80 | Moderado | 1.Socialización del portafolio de servicios 2.Socializar los Derechos y Deberes | Auxiliares Administrativos SIAU- de Red | Diciembre 31 de 2020 | Listados de asistencia |

| | | | |
|---------|--------------------|--------|-----|
| VERSION | PROCESO / SERVICIO | CODIGO | NUM |
| 6.0 | GESTION DE CONTROL | GC-MRA | 317 |

| FECHA DE ACTUALIZACION: | ABRIL 2020 | | PROCESO | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|--|---|----------------------|--|
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| PROCESO GESTION Y ORIENTACION DEL USUARIO Entrega de agendas a auxiliares de archivo y preconsulta | No se entrega la agenda a los profesionales | *Falla en los equipos de computo *Falta de insumos para la impresión de agendas (táner) *Falta de compromiso por parte del personal (olvido) *Confusión de la agendas (fecha, jornada o profesional) | *Insatisfacción por parte del usuario *Demora en la atención *Aumento de lasPQR *Perdida de credibilidad e imagen de la Institución *Perdida económica | 7 | 2 | 2 | 28 | Bajo | 1.Disponibilidad de agendas en SIOS | Auxiliares Administrativos SIAU | Diciembre 31 de 2020 | Plataforma SIOS |
| PROCESO GESTION Y ORIENTACION DEL USUARIO Cambio de agendas según necesidad | No se realice cambio de Agenda | *Fallas en la comunicación *No disponibilidad de profesionales para los remplazos *Falta de compromiso por parte del personal (olvido) *Sobrecarga laboral | *Insatisfacción por parte del usuario *complicación de patología en el paciente *Aumento de las PQR *Perdida de credibilidad e imagen de la institución *Perdida económica | 9 | 1 | 4 | 36 | Bajo | 1.Planeación adecuada de servicios | Directores Operativos | Diciembre 31 de 2020 | |
| PROCESO GESTION Y ORIENTACION DEL USUARIO Usuario no asiste | Perdida económica para la empresa | *Falta de información para que el usuario realice la cancelación oportuna de la cita solicitada *Falta de compromiso del personal | *Perdida económica *perdida de oportunidad de otros usuarios que requieren el servicios | 9 | 5 | 8 | 360 | Alto | 1.Actualización obligatoria de datos a usuarios que solicitan citas. 2.Llamada recordando la cita a grupos prioritarios(maternas, AIEPI, Crónicos) | Personal de SIAU Auxiliares Área de la Salud asignadas. | Diciembre 31 de 2020 | Agendas impresas. |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Solicitud de la cama y su recepción | No disponibilidad de camas | * Demora en trámites de salida *Estancias hospitalarias prolongadas *Alta demanda de pacientes *Camas en mantenimiento | *Inoportunidad en la asignación de cama *Inadecuada asignación de cama *Incumplimiento de indicadores de giro cama. *Insatisfacción de los usuarios | 2 | 2 | 1 | 4 | Bajo | 1. verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al procedimiento de egreso 2. evaluar la pertinencia de la estancia hospitalaria superior a 4 días 3. reporte oportuno de daños en inmobiliarios del las unidades del paciente. | 1. Dirección operativa de Red, enfermera administrativa 2. Dirección operativa de Red, enfermera administrativa 3. Enfermera del servicio | Permanente | 1. en entrega de turno diaria 2. matriz de informe estadístico de estancias superiores a 4 días con análisis. 3. tiket |
| | Mala comunicación entre el equipo de salud | *Sistemas de comunicación deficientes *Servicio de hospitalización congestionado *No aplicación de la técnica de comunicación asertiva entre el equipo de salud *Deficiente despliegue del protocolo de comunicación entre el equipo de salud | *Inoportunidad en la asignación de cama *adecuada asignación de cama *Incumplimiento de indicadores de giro cama. *Insatisfacción de los usuarios | 5 | 4 | 5 | 100 | Moderado | 1. verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al protocolo de comunicación efectiva entre el equipo de salud en la entrega de turno. 2. reforzar el servicio con el personal que se requieras según las directrices dadas por dirección operativa frente a la contingencia. 3. reporte oportuno de daños en los sistemas de comunicaciones. | 1. Dirección operativa de Red, enfermera administrativa 2. Dirección operativa de Red. 3. enfermera del servicio | Permanente | 1. informe de rondas de seguridad, resultados de indicadores de listas de verificación 2. aprobaciones de horas medicas adicionales por parte de dirección operativa para cumplir con la oportunidad de atención. 3. tiket |
| | Registro inadecuado del formato de solicitud de cama | *Registro inoportuno o inadecuado de la solicitud de camas en el formato establecido código GH-SCI 375 *Ingreso de datos incompletos o equivocados | *Inadecuada asignación de cama *No asignación de cama | 7 | 3 | 4 | 84 | Moderado | 1. hacer seguimiento diario del registro de solicitud de camas del servicio de hospitalización 2. verificar el conocimiento, aplicabilidad adherencia al protocolo de comunicación entre el equipo de salud 3. verificar el conocimiento, aplicabilidad adherencia protocolo de identificación inequívoca del paciente | 1. enfermera turno tarde 2. Dirección operativa de Red. profesionales asignados al programa de seguridad | Permanente | 1. matriz de solicitud de cama 2. informe de rondas de seguridad, resultados de listas de chequeo |
| | Fallas en la identificación del paciente | *Identificación del paciente con datos diferentes a los establecidos en el protocolo de identificación inequívoca del paciente. *Ingreso de datos incompletos *Problemas de comunicación del usuario por idioma, cognitivo, estado del paciente *Alto volumen de paciente *Fallas en el despliegue del protocolo de identificación inequívoca del paciente | *Eventos clínicos relacionados con la inadecuada identificación del usuario *Glosas | 7 | 3 | 4 | 84 | Moderado | 1. verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al protocolo de comunicación entre el equipo de salud. 2. verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia protocolo de identificación inequívoca del paciente. | 1. Dirección operativa de Red. profesionales asignados al programa de seguridad 2. Dirección operativa de Red. | permanente | .1. informe de rondas de seguridad, resultados de listas de chequeo 2. aprobaciones de horas medicas adicionales por parte de dirección operativa para cumplir con la oportunidad de atención. |

|  | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|--|--|-----------------------------------|--|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | CODIGO | NUM | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | 6.0 | GESTION DE CONTROL | | | | | | | GC-MRA | 317 | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | | | PROCESO | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| | Demora en la asignación de cama | *Demora en tramites de salida *Estancias hospitalarias prolongadas *Alta demanda de pacientes | *Insatisfacción del usuario *Pérdida de la imagen institucional | 5 | 4 | 4 | 80 | Moderado | 1. verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al procedimiento de egreso 2. evaluar la pertinencia de la estancia hospitalaria superior a 4 días 3. reporte oportuno de daños en inmobiliarios del las unidades del paciente. | 1. Dirección operativa de Red, enfermera administrativa 2. Dirección operativa de Red, enfermera administrativa 3. enfermera del servicio | Permanente | 1. en entrega de turno diaria 2. matriz de informe estadístico de estancias superiores a 4 días con análisis. 3. tiket |
| | Rechazo de paciente | 1. Condición clínica del paciente (aislamiento, nivel de complejidad) 2. No asignación de camas cuando hay disponibilidad de ellas 3. No disponibilidad de camas | 1. Insatisfacción del usuario 2. Mala imagen institucional 3. Inoportunidad en la asignación de camas | 5 | 5 | 5 | 125 | Moderado | 1. verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al programa y política de humanización. 2. implementar un mecanismo de evaluación que permita conocer el numero de pacientes rechazados en Pasto Salud ESE | 1. Dirección operativa de Red, enfermera administrativa 2. Dirección operativa de Red, enfermera administrativa | Permanente | 1. en entrega de turno diaria 2. mecanismo implementado |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Solicitar información de aspectos clínicos y necesidades especiales del paciente | Fallas en la comunicación entre el equipo de salud | *Sistemas de comunicación deficientes (teléfono, radio teléfono, spark). *Servicio de hospitalización congestionado +Quien da la información del paciente no es el medico tratante. *No adherencia al protocolo de comunicación entre el equipo de salud | *Insatisfacción de los usuarios *Inoportunidad en la asignación de cama *Incumplimiento de indicadores de giro cama. *Inadecuada asignación de cama | 5 | 4 | 5 | 100 | Moderado | 1. verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al protocolo de comunicación efectiva entre el equipo de salud en la entrega de turno. 2. reforzar el servicio con el personal que se requieran según las directrices dadas por dirección operativa frente a la contingencia. 3. reporte oportuno de daños en los sistemas de comunicaciones. 4. incluir en el manual de referencias la directriz acerca de que el medico que comenta al paciente sea el medico tratante | 1. Dirección operativa de Red, enfermera administrativa 2. Dirección operativa de Red. 3. enfermera del servicio 4. líder de referencia y contra referencia | 1.2.3 permanente 4. 31/10/2019 | 1. informe de rondas de seguridad, resultados de indicadores de listas de verificación 2. aprobaciones de horas medicas adicionales por parte de dirección operativa para cumplir con la oportunidad de atención. 3. tiket. 4. manual de referencia actualizado |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Asignar la cama | No asignación de cama | *Condición clínica del paciente (aislamiento, nivel de complejidad) *No asignación de camas cuando hay disponibilidad de ellas *No disponibilidad de camas | *Insatisfacción del usuario *Mala imagen institucional *Inoportunidad en la asignación de camas *Deterioro del estado clínico del paciente | 5 | 5 | 5 | 125 | Moderado | 1. verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al programa y política de humanización. 2. implementar un mecanismo de evaluación que permita conocer el numero de pacientes rechazados en Pasto Salud ESE | 1. Dirección operativa de Red, enfermera administrativa 2. Dirección operativa de Red, enfermera administrativa | Permanente | 1. en entrega de turno diaria 2. mecanismo implementado |
| | Inadecuada asignación de cama | *Datos clínicos erróneos con relación a los riesgos y estado del paciente. *Diagnostico clínico no claro al ingreso | *Inhabilitar camas *Sobrecostos | 6 | 4 | 4 | 96 | Moderado | 1. verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al protocolo de comunicación entre el equipo de salud y identificación inequívoca del paciente. 2. verificar el cumplimiento a los criterios de aislamiento | 1. 2 Dirección operativa de Red, enfermera administrativa | permanente | 1.2. informe de rondas de seguridad, resultados de indicadores de listas de verificación |

|  | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|--|--|-------------------------------|--|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | CODIGO | NUM | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | PROCESO | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| | Inoportunidad en el traslado del paciente cuando vienen de otras IPS de Pasto Salud ESE o de urgencias o observación de la misma IPS | *No disponibilidad de ambulancias *Demora en tramites de salida de IPS referente del paciente a trasladar *Traslado de pacientes durante el cambio de turno | *Insatisfacción del usuario *Pérdida de la imagen institucional *Deterioro de la condición clínica del paciente *Afectación del clima laboral | 6 | 5 | 5 | 150 | Moderado | 1. verificar disponibilidad de ambulancias para la priorización del paciente a trasladar 2. solicitud de ambulancia para traslado con anticipación desde el momento de la orden de remisión para que desde la central se programe la ambulancia que realizara el traslado. 3. Hacer seguimiento a los indicadores de oportunidad de remisión de usuarios de las IPS referentes | 1. central de comunicaciones, enfermeras del servicio. 2. Dirección Operativa de Red 3. enfermera de turno | Permanente | 1. bitácora central de comunicaciones Pasto Salud ESE. 2. Kardex de enfermería 3. reporte de indicadores |
| | Paciente mal identificado | *Identificación del paciente con datos diferentes a los establecidos en el protocolo de identificación inequívoca del paciente. *Ingreso de datos incompletos *Problemas de comunicación del usuario por idioma, cognitivo, estado del paciente *Alto volumen de paciente *Faltas en el despliegue del protocolo de identificación inequívoca del paciente | *Eventos clínicos relacionados con la inadecuada identificación del usuario *Glosas | 7 | 3 | 4 | 84 | Moderado | 1. verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al protocolo de comunicación entre el equipo de salud. 2.verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al protocolo de identificación inequívoca del paciente. 3. reforzar el servicio con el personal que se requiera. | 1. Dirección operativa de Red. 2. profesionales asignados al programa de seguridad. | permanente | 1. informe de rondas de seguridad. 2. resultados de listas de verificación 3. aprobaciones de horas medicas adicionales por parte de dirección operativa para cumplir con la oportunidad de atención cuando se presenten contingencias |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Recepcionar al paciente | Registro clínico incompleto | *No verificación de historia clínica antes de remitir al paciente * No anexan ayudas diagnosticas de imágenes | *Eventos clínicos *Repetición de ayudas diagnosticas de imágenes *Sobrecostos *Glosas | 7 | 3 | 6 | 126 | Moderado | 1. verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al manual de historia clínica 2. aplicar lista de chequeo de la documentación necesaria para remitir a pacientes según el manual de referencia y con referencia | 1. oficina talento humano, dirección Operativa de Red, oficina de auditoría para el mejoramiento de la calidad 2. enfermera del servicio | permanente | 1. resultado de evaluación de manual de historia clínicas, informe de auditoría 2. listas de verificación |
| | Falla en la identificación de riesgos y necesidades del paciente al ingreso | *No adherencia a guías y protocolos *No se realiza adecuada verificación del estado clínico de paciente Falta de adherencia a guías y protocolos No se identificación de necesidad de otro nivel de complejidad | *Eventos clínicos *Insatisfacción del usuario *Aumento de las comorbilidades | 7 | 5 | 5 | 175 | Moderado | 1. mediante auditoria de pertinencia hacer seguimiento a la adherencia a guías y protocolos 2. reforzar el servicio con el personal que se requiera. | 1. oficina de auditoria para el mejoramiento de la calidad. 2. dirección operativa de Red | 1. semestral 2. permanente | 1. informe de auditoría 2. aprobaciones de horas medicas adicionales por parte de dirección operativa para cumplir con la oportunidad de atención. |
| | Usuario mal referido | *Diagnostico inadecuado *Evaluación clínica del paciente incompleta o no adecuada *Inadecuada valoración de riesgos *No interpretación oportuna de ayudas diagnosticas *Usuario trasladado sin haberlo comentado | *No aceptación del paciente *Mala imagen institucional *Insatisfacción del usuario *Glosas | 6 | 3 | 4 | 72 | Bajo | 1. realizar auditoria de pertinencia de referencias 2. evaluar la aplicabilidad del manual de referencia y contra referencia 3. realizar auditoria de calidad del registro clínico y pertinencia | 1,2, 3 oficina de auditoria para el mejoramiento de la calidad | semestral | informe de auditoria |

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E NIT. 900091143-9 | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|---|---|-------------------------------|---|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | CODIGO | NUM | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | PROCESO | | | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Trasladar y ubicar en la habitación y cama asignada | Caída de paciente | *No adherencia al protocolo de prevención de caídas * No se realiza adecuada verificación del estado clínico de paciente *Ambiente físico en malas condiciones *Paciente sin acompañamiento *Deficiente despliegue de protocolo de prevención de caídas *No aplicación de la escala de DOWNTON | *Posibles eventos clínicos *Estancias prolongadas *Insatisfacción del usuario *Demandas institucionales *Perdida de credibilidad *Sobrecostos | 6 | 4 | 7 | 168 | Moderado | 1. verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al Protocolo de prevención de caídas mediante rondas de seguridad y verificación diaria en la entrega de turno de las barreras de seguridad para la prevención de caídas. 2. arreglo de las condiciones físicas que generen riesgo de caídas. | 1. dirección Operativa de Red, Enfermera Administrativa persona del personal del programa de seguridad 2. responsable de ambiente físico | permanente | entrega de turno , informes de rondas de seguridad, reporte de eventos clínicos, historia clínica (escala de DOWNTON, ambientes locativos adecuados |
| | Ubicación equivocada del paciente | *Problemas de comunicación entre el equipo de salud *No verificación de los datos de identificación inequívoca del paciente *No identificación de necesidad de aislamiento | *Infecciones cruzadas *No aislamiento cuando se requiere *Posibles eventos clínicos *Insatisfacción del usuario | 4 | 4 | 4 | 64 | Bajo | 1. verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al protocolo de comunicación efectiva entre el equipo de salud 2.verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al protocolo de identificación inequívoca del paciente. 3. verificar el cumplimiento del protocolo de aislamiento | 1. dirección Operativa de Red, Enfermera Administrativa, líder del programa de seguridad del paciente, enfermera encarga del control de infecciones | permanente | entrega de turno , informes de rondas de seguridad, reporte de eventos clínicos, informe de infecciones cruzadas |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Realizar evaluación e informar al usuario sobre riesgos y necesidades al ingreso | No identificación de riesgos y necesidades al ingreso del paciente al servicio de hospitalización | *No adherencia a guías clínicas y protocolos de identificación de necesidades del paciente *No se realiza adecuada verificación del estado clínico de paciente *Falta de compromiso del personal | *Posibles eventos clínicos *Aumento de las comorbilidades *Insatisfacción del usuario | 7 | 5 | 5 | 175 | Moderado | 1. mediante auditoria de pertinencia hacer seguimiento a la adherencia a guías y protocolos 2. evaluación diaria de riesgos y necesidades en la entrega de turno | 1. oficina de auditoria para el mejoramiento de la calidad. 2. dirección operativa de Red, enfermeras Administrativas, enfermera del servicio | 1. semestral 2. permanente | 1. informe de auditoria de historias clínicas 2. entrega de turno 3. reporte de eventos clínicos |
| | Fallas en la comunicación con el usuario y la familia | *Falta de competencias comunicacionales *Falta de compromiso por parte de l personal *Problemas de comunicación (idioma, discapacidad, estado del paciente) | *Posibles eventos clínicos *Aumento de las comorbilidades *Insatisfacción del usuario | 5 | 5 | 4 | 100 | Moderado | 1. verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al protocolo de comunicación a usuarios y familia. 2. tener listado de personas que puedan apoyar en caso de pacientes con diferentes idiomas y dialectos. 3. reforzar el servicio con el personal que se requiera | 1. dirección Operativa de Red, Enfermera Administrativa, enfermera del servicio | permanente | 1.informe de rondas de seguridad. 2. listado de personas para el apoyo de lenguaje de señas, y dialectos diferentes |
| | Falla en la identificación del paciente | *Identificación del paciente con datos diferentes a establecidos en el protocolo de identificación inequívoca del paciente. *Ingreso de datos incompletos *Problemas de comunicación del usuario por idioma, cognitivo, estado del paciente *Alto volumen de paciente *Fallas en el despliegue del protocolo de identificación inequívoca del paciente | *Posibles eventos clínicos relacionados con la inadecuada identificación del usuario *Glosas | 7 | 3 | 4 | 84 | Moderado | 1. verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al protocolo de comunicación entre el equipo de salud 2. verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al protocolo de identificación inequívoca del paciente. | 1. Dirección operativa de Red, profesionales asignados al programa de seguridad | permanente | 1. informe de rondas de seguridad, resultados de listas de verificación |

FECHA DE ACTUALIZACION:

ABRIL 2020

PROCESO

MACROPROCESO MISIONAL

| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
|--|---|---|---|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|---|--|---|--|
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Hacer valoración clínica | Inadecuado interrogatorio del cuadro clínico del paciente | *Usuario mal informante, poco colaborador y sin acompañante. *Falta habilidades del personal *Mala actitud del personal medico *Fallas en el registro clínico | *Inadecuado diagnóstico, tratamiento y plan terapéutico *Posibles eventos clínicos *Insatisfacción del usuario *Demandas institucionales | 7 | 5 | 5 | 175 | Moderado | 1. evaluar la historia clínica con enfoque de patología 2. fortalecer la atención humanizada de acuerdo a la política 3. desplegar y evaluar derechos y deberes del paciente 4. adopción de guías actualizadas 5. desplegar guías y protocolos con el fin de desarrollar competencias. 6. realizar auditorías medicas y retroalimentar resultados. | 1. oficina de auditoría para el mejoramiento de la calidad 2, 3. dirección Operativa de Red 4-gerencia 5., direcciones Operativas de Red, lider de talento humano | 1, 6 semestral 2, 3 permanente 4, 31/12/2019 5. 31/12/2020 | 1, 6 informe de auditoría 2, 3 entrega de turno, rondas de seguridad 4. acto administrativo de adopción de guías 5. listado de asistencia |
| | Inadecuada valoración física del paciente | *Usuario poco colaborador *Falta habilidades del personal clínico *Mala actitud del personal medico *Fallas en el registro clínico | *Inadecuado diagnóstico, tratamiento y plan terapéutico *Deterioro el estado de salud que pudieron ser prevenidas. *Posibles eventos clínicos *Insatisfacción del usuario | 5 | 7 | 5 | 175 | Moderado | 1. evaluar la historia clínica con enfoque de patología 2. realizar auditorías medicas y retroalimentar resultados. | oficina de auditoría para el mejoramiento de la calidad dirección Operativa de Red | semestral permanente | informe de auditoría entrega de turno, rondas de seguridad |
| | Inadecuado registro clínico | *Desconocimiento del software de historias clínicas *Fallas tecnológicas del sistema SIOS *Deficiente habilidad para el manejo de sistemas computo por parte del equipo de salud | *Inadecuada continuidad del tratamiento *Estancia hospitalaria prolongada *Mala imagen institucional. *Glosa en el servicio prestado *Demandas *Incumplimiento dela norma. | 7 | 5 | 4 | 140 | Moderado | 1. realizar auditorías a la calidad del registro en el servicio de hospitalización y retroalimentar los resultados 2. fortalecer el procedimiento de entrenamiento del personal nuevo en relación al sistema SIOS modulo de historias clínicas | 1 oficina de auditoría para el mejoramiento de la calidad. 2. oficina de sistemas ingeniero soporte SIOS | 1. semestral 2. según requerimiento por ingreso de personal nuevo | 1. informe de auditoría 2. lista y acta de capacitación |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Verificar información | Falla en la verificación completa de historia clínica | *Desconocimiento del sistema de historias clínicas *Fallas tecnológicas del sistema SIOS *Deficiente habilidad para el manejo de sistemas computo *Falta de compromiso del personal medico al no reconocer esta actividad como una de sus funciones. *Desconocimiento de activación de plan de contingencia por falla del sistema | *Inadecuada continuidad del tratamiento * Estancia hospitalaria prolongada * Posibles eventos clínicos *Incumplimiento de la norma *Mala imagen institucional. *Demandas *Glosa del servicio prestado | 5 | 5 | 4 | 100 | Moderado | 1. realizar auditorías a la calidad del registro en el servicio de hospitalización y retroalimentar los resultados 2. fortalecer el procedimiento de entrenamiento del personal nuevo en relación al sistema SIOS modulo de historias clínicas. 3. inducción y reintroducción del personal | 1 oficina de auditoría para el mejoramiento de la calidad. 2. oficina de sistemas ingeniero soporte SIOS | 1. semestral 2. según requerimiento por ingreso de personal nuevo. | 1. informe de auditoría 2. lista y acta de capacitación |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Modificar y/o articular plan de | Fallas en la comunicación entre el equipo de salud | *Servicio de hospitalización congestionado *No adherencia al protocolo de comunicación entre el equipo de salud. *Fallas en la entrega de turno | *Insatisfacción de los usuarios *Posibles eventos clínicos *Duplicidad de ayudas diagnósticas * Inadecuada continuidad del tratamiento *Estancia hospitalaria prolongada *Deterioro de imagen institucional. | 5 | 4 | 5 | 100 | Moderado | 1. verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al protocolo de comunicación efectiva entre el equipo de salud en la entrega de turno. 2. reporte oportuno de daños en los sistemas de comunicaciones. 3. incluir en el manual de referencias la directriz acerca de que el medico que comenta al paciente sea el medico tratante. 4. auditoría de historia clínica donde se evalué el continuo de atención | 1. Dirección operativa de Red, enfermera administrativa. 3. enfermera del servicio 4. lider de referencia y contra referencia | 1,2,3 permanente 4. 31/10/2019 | 1. informe de rondas de seguridad. 2. informe de auditoría de historias clínicas 3. reporte de daños 4. manual de referencia actualizado |

|  | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|--|---|---|--|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | | CODIGO | NUM |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | PROCESO | | | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| atención que viene de consulta de urgencias, observación, consulta externa o de otras IPS | Fallas en la comunicación con el usuario y la familia | *Falla por parte del personal de salud en el cumplimiento de sus funciones relacionadas con la comunicación al paciente *Problemas de comunicación (idioma, discapacidad, estado del paciente) | *Posibles eventos clínicos *Insatisfacción del usuario *Aumento de las comorbilidades | 5 | 5 | 4 | 100 | Moderado | 1. verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al protocolo de comunicación a usuarios y familia. 2. tener listado de personas que puedan apoyar en caso de pacientes con diferentes idiomas y dialectos. 3. reforzar competencias comunicacionales al talento humano | 1. dirección Operativa de Red, Enfermera Administrativa persona del personal del programa de seguridad | permanente | 1.informe de rondas de seguridad. 2. listo de personas para el apoyo de lenguaje de señal, y dialectos diferentes 3-taller sobre competencias comunicacionales |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Realizar ronda para entrega de pacientes por turno | Falla en la comunicación entre el equipo de salud | *No adherencia al protocolo de comunicación entre en equipo de salud * No disponibilidad de tiempo de personal de salud por laborar en otras entidades, para la adecuada entrega de turno. *Falta de compromiso del personal de salud *Omisión de información relevante *Despliegue deficiente del protocolo de comunicación entre el equipo de salud | *Posibles eventos clínicos *Estancias prolongadas *Sobrecostos *Plan de tratamiento inadecuado *Conflictos laborales | 8 | 4 | 6 | 192 | Moderado | 1. verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al protocolo de comunicación efectiva entre el equipo de salud. 2. reforzar el servicio con el personal que se requiera. 3. mediante auditoria clínica verificar la adherencia a guías y protocolos. 4. verificación de turnos del personal que trabajan en otras instituciones para evitar que trabajen jornadas prolongadas (cumplimiento del paquete instruccional del ministerio de salud relacionado con el descanso del personal médico | 1. direcciones operativas de Red, personal del programa de seguridad del paciente. 2. oficina de auditoria para el mejoramiento de la calidad. 3. oficina de talento humano | 1. permanente 2. según necesidad 3. semestral 4. mensual | 1. informe de rondas de seguridad 2. aprobaciones de horas medicas adicionales por parte de dirección operativa para cumplir con la oportunidad de atención informe de auditoria 4. solitud de turnos del personal que labora en otras instituciones. |
| | Inasistencia de personal para entrega de pacientes por turno | *No publicación de cuadro de turnos con oportunidad (médicos, enfermería) *No verificación de cuadro de turnos por parte personal *Incapacidades del personal médico y de enfermería *Calamidades domésticas del equipo de salud | *Plan de tratamiento y ejecución inadecuados *Posibles eventos clínicos *Insatisfacción de los usuarios *Mala imagen institucional *Sobrecostos por remplazo de talento humano. *Conflictos laborales | 3 | 4 | 5 | 60 | Bajo | 1. publicar con anticipación cuadro de turnos de todo el personal 2. verificar que los cambios de turnos estén debidamente autorizados 3. revisión diaria del cuadro de turnos por parte de la enfermera del servicio e informar cualquier novedad al jefe inmediato. 4. verificar en cada entrega de turno la presencia de todo el personal que debe estar | 1.auxiliar de talento humano 2. enfermera de turno | Permanente | 1. cuadro de turnos publicados 2. cambios de turnos firmados. 3. informe de novedades |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Planear la atención | Plan terapéutico inadecuado | *No adherencia a guías clínicas y protocolos *Falta de experiencia por parte de personal médico *Dificultad para la comunicación con el paciente *Inadecuada valoración médica del paciente por parte de todo el equipo de salud. | *Posibles eventos clínicos *Complicaciones *Estancias prolongadas *Reingresos *Insatisfacción del usuario *Reingresos *Glosas y sobrecostos | 6 | 6 | 7 | 252 | Alto | 1. Mediante auditoria de pertinencia hacer seguimiento a la adherencia a guías y protocolos 2. Verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al protocolo de comunicación efectiva entre el equipo de salud y comunicación usuarios y familia. 3. Fortalecer el proceso de selección de personal para laborar en el servicio de hospitalización | 1. oficina de auditoria para el mejoramiento de la calidad 2. oficina de seguridad del paciente 3. Talento humano | Permanente | 1. informe de auditoria 2. informe de Rondas de Seguridad 3. Proceso de selección de personal |

| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | | | PROCESO | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | |
|--|--|---|---|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|--|---|--|---|
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| | No revisión de historia clínica | *No revisión de registros clínicos anteriores *Desconocimiento del sistema SIOS de historias clínicas *Fallas tecnológicas del sistema SIOS *Deficiente habilidad para el manejo de sistemas computo *Sistema SIOS no es amigable para la revisión integral de atenciones anteriores. * Falta de compromiso del personal | *Glosa del servicio prestado *Demandas *Inadecuada continuidad del tratamiento *Estancia hospitalaria prolongada *Deterioro de la imagen institucional. | 5 | 5 | 4 | 100 | Moderado | 1. Realizar auditorías a la calidad del registro en el servicio de hospitalización y retroalimentar los resultados 2. Fortalecer el procedimiento de entrenamiento del personal nuevo en relación al sistema SIOS módulo de historias clínicas | 1. Oficina de auditoría para el mejoramiento de la calidad. 2. Oficina de sistemas ingeniero soporte SIOS | 1. Semestral 2. Según requerimiento por ingreso de personal nuevo | 1. Informe de auditoría 2. Lista y acta de capacitación |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Chequear ordenes medicas | Revisión inoportuna o no revisión de órdenes médicas | *Falta de compromiso por parte de l personal *Problemas de comunicación entre el equipo de salud. *Alta demanda de pacientes *Letra ilegible *Desconocimiento del procedimiento | *Retraso en el inicio del plan de tratamiento del paciente *Elaboración inadecuada del plan de cuidados *Posibles eventos clínicos * Deterioro del estado del salud del paciente | 4 | 5 | 4 | 80 | Moderado | 1. desplegar y hacer seguimiento a la aplicabilidad del procedimiento del servicio de hospitalización 2. verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al protocolo de comunicación efectiva entre el equipo de salud. | Dirección Operativa de Red, Líder de talento humano | 1. 31/12/2019 2. Permanente | 1. lista de asistencia 2. informe de rondas de seguridad, entrega y recibo de turno |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Elaborar plan de cuidados | No elaboración de plan de cuidados | *Omisión de información *No verificación de historia clínica | *Retraso en el inicio del plan de tratamiento del paciente *Incidentes y/o eventos adversos * Deterioro o empeoramiento del estado del salud del paciente | 3 | 4 | 7 | 84 | Moderado | 1. mediante auditoria de pertinencia hacer seguimiento a la adherencia a guías y protocolos 2. verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al protocolo de comunicación efectiva entre el equipo de salud | 1.3 Oficina de auditoria para el mejoramiento de la calidad .2.Dirección Operativa de Red, enfermera Administrativa. | 1. 31/12/2019 2. permanente | 1. informe de auditoría 2. informe de rondas de seguridad, entrega y recibo de turno. 3. lista de asistencia |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Ejecutar el plan de atención | Registro incompleto en Kardex y tarjetas de medicamentos | *No verificación de historia clínica *.Letra ilegible | * Retraso en el inicio del plan de tratamiento del paciente *Posibles eventos clínicos *Deterioro o empeoramiento del estado del salud del paciente | 4 | 5 | 6 | 120 | Moderado | 1. desplegar y hacer seguimiento a la aplicabilidad del procedimiento del servicio de hospitalización 2. mediante auditoria de pertinencia hacer seguimiento a la adherencia a guías y protocolos. 3. revisión aleatoria del Kardex de enfermería y tarjetas de medicamentos y comparar con ordenes medicas | 1 y 2 : oficina de auditoria para el mejoramiento de la calidad | 31/12/2019 | 1. 2. informe de auditoria para el mejoramiento de la calidad |
| | No cumplimiento o ejecución errada del plan de atención instaurado | *No verificación de historia clínica *Entrega de turno sin todo el equipo de salud *Órdenes medicas no claras *Omisión de información * Letra ilegible | *Posibles eventos clínicos *Deterioro o empeoramiento del estado del salud del paciente *Demandas *Insatisfacción del usuario *Sobrecostos | 6 | 6 | 7 | 252 | Alto | 1. Desplegar y hacer seguimiento a la aplicabilidad del procedimiento del servicio de hospitalización. 2. Verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al protocolo de comunicación efectiva entre el equipo de salud. 3. Revisión aleatoria del Kardex de enfermería y tarjetas de medicamentos y comparar con ordenes medicas. 4. Acompañamiento por parte del director operativo y/o enfermera administrativa en entrega de turno | Dirección Operativa de Red, Enfermera Administrativa | 1 31/12/2019 2y 3 permanente | 1. Listas de asistencia al despliegue del procedimiento del servicio de hospitalización. 2. Retroalimentaciones en la entrega de turno sobre los hallazgos encontrados en la revisión del Kardex de enfermería 3. Recibo y entrega de turno |
| | No disponibilidad de medicamentos | 1. No hay actualización de Kardex de medicamentos 2. Medicamentos desabastecidos | 1. Posibles eventos clínicos 3. Estancias hospitalarias prolongadas 2. Insatisfacción de los usuarios 4. Sobrecostos 5. Glosas | 5 | 3 | 6 | 90 | Moderado | 1. Mantener el Kardex de medicamentos actualizado 2. Informar al personal medico que medicamentos se encuentran desabastecidos para que ellos puedan ver otra opción de tratamiento según patología del paciente | Regente de farmacia, Química farmacéutica | permanente | Kardex de medicamentos, mensajes por spark o correo, sobre los medicamentos desabastecidos |

| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | | | PROCESO | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | |
|---|---|---|--|---|------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|---|--|---|--|
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Administrar medicamentos | Fallas en la identificación del paciente | *No corroborar datos de identificación del usuario *Ingreso de datos incompletos del usuario en historia clínica y tarjetas de medicamentos *Debilidad en el despliegue del protocolo de identificación inequívoca del paciente | *Posibles eventos clínicos *Insatisfacción del usuario *Demora en la administración de medicamentos | 5 | 5 | 8 | 200 | Moderado | 1. verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al protocolo de identificación inequívoca del paciente. | 1. dirección Operativa de Red, Enfermera Administrativa, Oficina de seguridad del paciente | permanente | 1. informe de Rondas de Seguridad, 2. Recibo y entrega de turno |
| | Administración inadecuada de medicamentos | *No adherencia al protocolo de suministro de medicamentos *No adherencia a los correctos de administración de medicamentos *No adherencia a la semaforización de medicamentos * No revisión de Kardex de enfermería *Desconocimiento de las fichas técnicas de cada medicamento *Tarjetas de medicamentos no legibles o incorrectas | * Posibles eventos clínicos * Aumento de la estancia hospitalaria * Insatisfacción del usuario * Sobrecostos * Pérdida de la imagen institucional * Glosas * Demandas | 6 | 4 | 8 | 192 | Moderado | 1. verificación de la adherencia al protocolo de suministro de medicamentos a través de rondas de seguridad y listas de verificación 2. Verificar adherencia a los correctos de administración de medicamentos. 3. Verificación de la adherencia a la semaforización de medicamentos 4. Elaboración y despliegue de las fichas técnicas de los medicamentos | * Enfermera referente de seguridad del paciente de la Red, *Lider de seguridad del paciente Pasto Salud ESE * Química Farmacéutica | Permanente | * Informe de rondas de seguridad, * Listas de verificación de cumplimiento de los correctos de administración de medicamentos, * Reporte de eventos clínicos relacionados con medicamentos |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Reforzar educación | Que el usuario no comprenda la educación brindada por el personal de salud No brindar educación a los paciente | * No adherencia al protocolo de comunicación e información a usuarios familia. * Alto volumen de pacientes * Falta de compromiso por parte del personal * Por condición clínica y socio cultural del paciente * Dialectos e idiomas diferentes al que habla el colaborador * El colaborador no posee competencias comunicacionales | * Posibles eventos clínicos * Insatisfacción del usuario * Reingresos * Pérdida de la imagen institucional * Sobrecostos * Aumento de la estancia hospitalaria | 5 | 5 | 7 | 175 | Moderado | 1. Verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al protocolo de comunicación a usuarios y familia 2. Disponer de un listado de personas que puedan brindar el apoyo cuando se encuentren hospitalizadas personas que hablen diferentes idiomas o dialectos o personas con discapacidad visual y auditiva 3. Colaboradores que puedan comunicarse con pacientes con discapacidad auditiva | 1. oficina de seguridad del paciente en rondas de seguridad 2. dirección Operativa de Red | Permanente | 1. informe de Rondas de Seguridad 2. listado de personas |
| | | *No adherencia al protocolo de comunicación e información a usuarios familia. * Alto volumen de pacientes * Falta de compromiso por parte del personal * Por condición clínica y socio cultural del paciente * Por dialectos e idiomas | * Posibles eventos clínicos * Reingresos * Insatisfacción del usuario * Pérdida de la imagen institucional * Sobrecostos * Aumento de la estancia hospitalaria | | | 0 | | | | | | |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Referir al usuario | Referencia no pertinente o inoportuna | *No adherencia a guías y protocolos *Inadecuado diagnóstico clínico *Falta de experiencia por parte del personal médico *No detección del riesgo del paciente que favorezca una remisión oportuna *No disponibilidad de camas en nivel complementario *Falta de convenios por parte de las EPS con el nivel complementario. *Falta de la especialidad médica requerida en los hospitales de referencia *No disponibilidad de ambulancias | *Posibles eventos clínicos * Deterioro del estado clínico del paciente *Aumento de la estancia hospitalaria * Insatisfacción del usuario * Deterioro de la imagen institucional * Sobrecostos * Glosas * Demandas | 7 | 5 | 6 | 210 | Moderado | 1. Actualizar, desplegar, verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al manual de referencia y contra referencia y a guías y protocolos. 2. Realizar auditoria de pertinencia a guías y protocolos 3. Establecer criterios de remisión | 1. líder de referencia y contra referencia Pasto Salud ESE, Dirección Operativa de Red, enfermera administrativa, 2. enfermera del servicio | 1. mensual y semestral 2. en cada traslado | 1.informe de auditoria 2. listas de asistencia |
| | | Documentación necesaria para la referencia incompleta | *No adherencia al manual de referencia y contra referencia *Falta compromiso del personal * Alto volumen de pacientes *Paciente referido como urgencia vital | *Rechazo de pacientes en institución de referencia *Insatisfacción del usuario *Pérdida de la imagen institucional *Glosas *Sobrecostos *Posibles sanciones por entes de control | 3 | 3 | 5 | 45 | Bajo | 1. Aplicar lista de chequeo de la documentación necesaria para remitir a pacientes según el manual de referencia y correferencia | enfermera del servicio | en cada traslado |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Custodiar la historia clínica | Violación de la privacidad y pérdida de historia clínica | *No adherencia a la resolución 1995 capitulo III Organización y Manejo del archivo de Historias Clínicas - Artículo 13.- Custodia de Historia Clínica, Artículo 14.- Acceso a la Historia Clínica | *Pérdida de la continuidad del plan de manejo médico *Insatisfacción del usuario *Pérdida de la imagen institucional * Demandas | 3 | 3 | 6 | 54 | Bajo | 1. desplegar y verificar el cumplimiento de la resolución 1995 | dirección Operativa de Red, oficina de auditoria para el mejoramiento de la calidad | 12/12/2019 | lista de asistencia, informe de auditoria |

|  | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|--|---|---|--|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | CODIGO | NUM | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | PROCESO | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Egresar al paciente, definir tipo de egreso, planificar la salida, ejecución del plan de salida | Alta hospitalaria no pertinente | *Inadecuada valoración medica del paciente *No adherencia a guías y protocolos *Falta de experiencia por parte de personal medico *No verificación de la totalidad de las ayudas diagnósticas solicitadas. | *Deterioro del estado clínico del paciente * Posibles eventos clínicos *Reingresos *Insatisfacción del usuario *Pérdida de la imagen institucional *Sobrecostos *Glosas | 2 | 5 | 5 | 50 | Bajo | 1. Verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia a guías y protocolos. 2. Fortalecer la selección de personal y el proceso de inducción y reintroducción 3. verificar mediante las Rondas de Seguridad y en la entrega de turno la información suministrada a los usuarios y familia 4. realizar auditoria de pertinencia del egreso a los usuarios hospitalizados | 1. líder de referencia y contra referencia Pasto Salud ESE, Dirección Operativa de Red, enfermera administrativa, 2. oficina de talento humano 3. líder de seguridad del paciente, director Operativo enfermera Administrativa- 4. oficina de auditoria para el mejoramiento de la calidad | 1. 31/12/2019 2. permanente 3. según cronograma de rondas de seguridad 4. 31/12/2019 | 1.informe de auditoria 2. Hojas de vida 3. informe de rondas de Seguridad, entrega y recibo de turno. 4. informe de auditoria |
| | Plan terapéutico inadecuado | * No adherencia a guías y protocolos *Falta de experiencia por parte de personal medico *Inadecuada valoración medica del paciente *Diagnóstico errado | *Posibles eventos clínicos *Falla terapéutica *Deterioro de las condiciones clínicas del paciente *Deserción del paciente *Insatisfacción del usuario *Glosas *Sobrecostos *Pérdida de la imagen institucional | 2 | 5 | 5 | 50 | Bajo | 1. Verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia a guías y protocolos. 2. Fortalecer la selección de personal y el proceso de inducción y reintroducción 3. Realizar auditoria de pertinencia a los usuarios que han sido dados de alta de hospitalización | 1. líder de referencia y contra referencia Pasto Salud ESE, Dirección Operativa de Red, enfermera administrativa, 2. oficina de talento humano 3. líder de seguridad del paciente, director Operativo enfermera Administrativa- 4. oficina de auditoria para el mejoramiento de la calidad | Permanente | 1.informe de auditoria 2. Hojas de vida 3. informe de rondas de Seguridad, entrega y recibo de turno. 4. informe de auditoria informe de auditoria sobre adherencia a guías de práctica clínica |
| | Educación deficiente del plan de egreso | * No adherencia al protocolo de comunicación e información a usuarios familia. *Condición clínica y socio cultural del paciente *Falta de competencias comunicacionales del equipo de salud *Alto volumen de pacientes | *Posibles eventos clínicos *Abandono del tratamiento *Reingresos a hospitalización *Insatisfacción del usuario *Deserción del usuario *Perdida de la imagen institucional * Sobrecostos | 5 | 5 | 5 | 125 | Moderado | 1. Verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al protocolo de comunicación a usuarios y familia. 2. Fortalecer la selección de personal y el proceso de inducción y reintroducción. 3. Disponer de un listado de personas que puedan brindar el apoyo cuando se encuentren hospitalizadas personas que hablen diferentes idiomas o dialectos o personas con discapacidad visual y auditiva 4. Verificación de entendimiento del paciente y/o familiar de las instrucciones dadas. 5. Fortalecer las capacidades comunicativas del equipo de salud | 1. oficina de seguridad del paciente en rondas de seguridad 2. dirección Operativa de Red 3. oficina de talento humano 4. dirección Operatividad | permanente | 1. informes de rondas de seguridad 2. soporte de turno de refuerzo 3. hojas de vida 4. listado de asistencia |
| | Demora en los trámites administrativos para el egreso del paciente | *Requerimiento de información adicional del área asistencial para culminar facturación. *No adherencia a criterios de priorización del área administrativa. *Alto volumen de pacientes | * Demora en el egreso *Insatisfacción del usuario *Deterioro de la imagen institucional | 2 | 5 | 5 | 50 | Bajo | | | | |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Revisar historia clinica (cargue de medicamentos ayudas diagnosticas etc. | Inadecuada revisión de historia clínica | *Alto volumen de pacientes *Falta de compromiso por parte del personal | *Sobrecostos *Reprocesos *Glosas | 6 | 4 | 3 | 72 | Moderado | 1. Fortalecer la selección de personal y el proceso de inducción y reintroducción 2. Fortalecer el procedimiento de entrenamiento del personal nuevo en relación al sistema SIOS modulo de historias clínicas 3. Evaluar la necesidad de refuerzo de personal por volumen de pacientes | 1. oficina de talento humano 2. ingeniero de sistemas de Red director Operativo de Red | 1. Permanente y según cronograma de Oficina de Talento Humano 2. permanente según necesidad 3. permanente según necesidad | 1. hojas de vida 2. lista de asistencia 3. soporte de refuerzo de turno |

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E. NIT. 900091143-9 | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|---|--|--|--|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | CODIGO | NUM | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | PROCESO | | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Facturar el servicio | Posible error de tarifas | *Alto volumen de pacientes *Desconocimiento del procedimiento de facturación *Personal con poca experiencia o nuevo en el servicio de facturación * Desconocimiento de los contratos con las diferentes aseguradoras *No entrega del paquete completo para su respectiva facturación., | *Insatisfacción del usuario *Deterioro de la imagen institucional *Sobrecostos *Glosas | 4 | 5 | 6 | 120 | Moderado | 1. evaluar la necesidad de refuerzo de personal por volumen de pacientes en el área de facturación. 2. Fortalecer la selección de personal y el proceso de inducción y reintroducción 3. Despliegue del procedimiento de facturación | 1. director Operativo de Red 2. oficina de talento Humano 3. cajero principal de la Red | 1. Permanente según necesidad 2. Permanente y según cronograma de Oficina de Talento Humano. 3. 31/12/2019 | 1. soporte de refuerzo de turno 1. hojas de vida 2. lista de asistencia |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Salida | No entrega de órdenes de ayudas diagnósticas, remisiones o fórmula médica | *Alto volumen de pacientes *Personal con poca experiencia o nuevo en el servicio | *Posibles eventos clínicos * Insatisfacción del usuario *Reingresos *Pérdida de la imagen institucional *Sobrecostos | 4 | 5 | 6 | 120 | Moderado | 1. Evaluar la necesidad de refuerzo de personal por volumen de pacientes 2. Fortalecer la selección de personal y el proceso de inducción y reintroducción | 1. Director Operativo de Red 2. Oficina de talento Humano 3. Cajero principal de la Red | 1. Permanente 2. Permanente y según cronograma de Oficina de Talento Humano. 3. 31/12/2019 | 1. soporte de refuerzo de turno 1. hojas de vida 2. lista de asistencia |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Salida | No retiro de dispositivos o insumos médicos antes de la salida del paciente | * Personal con poca experiencia o nuevo en el servicio * Alto volumen de pacientes *Salida cerca al horario de cambio de turno | * Posibles eventos clínicos *Reingresos *Insatisfacción del usuario *Pérdida de la imagen institucional | 3 | 4 | 5 | 60 | Bajo | 1. Evaluar la necesidad de refuerzo de personal por volumen de pacientes 2. Fortalecer la selección de personal y el proceso de inducción y reintroducción | 1. Director Operativo de Red 2. Oficina de talento Humano 3. Cajero principal de la Red | Permanente | 1. soporte de refuerzo de turno 1. hojas de vida |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION Hacer Seguimiento | No realizar el seguimiento o hacerlo de forma inadecuada gestantes , pacientes con enfermedades crónicas y niños menores de 5 años | *Por datos incompletos o errados del paciente *Por no notificación al grupo extramural *Falta de compromiso por parte del paciente *No adherencia al protocolo de comunicación entre el equipo de salud | *Posibles eventos clínicos *Insatisfacción del usuario * Reingresos *Pérdida de la imagen institucional | 5 | 4 | 6 | 120 | Moderado | 1. actualizar datos de identificación y de localización de todos los usuarios, además relacionar numero de teléfono de otro familiar cercano 2. verificación de los libros de notificación de casos especiales 3. en la entrega de turno verificar usuarios que requieren seguimiento | 1. todo el personal que tenga contacto con los usuarios 2.grupo extramural 3.tecnología de P y P 4. Director Operativo de Red | Permanente | 1. historia clínica 2. libro de casos especiales 3. entrega de turno, historia clínica |
| PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA Llamar, identificar y confirmar al paciente | Información inadecuada fecha, hora y lugar para agendación de cita. | * Desconocimiento a los criterios de agendamiento de citas para imagenología * Falta de despliegue de información al personal de SIAU y CALL CENTER de cada red. * Falta de concentración por parte del personal encargado. * Falta de retroalimentación con el usuario de la información dada. | * Reprogramación del estudio * Retraso en el diagnóstico y tratamiento del usuario. * Eventos clínicos * Insatisfacción del usuario * Queja y reclamo * Sobrecostos | 9 | 1 | 6 | 54 | Bajo | | | | |
| PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA Llamar, identificar y confirmar al paciente | Identificación errada del paciente | * No adherencia al protocolo de identificación inequívoca del paciente. * Alta demanda de usuarios. * Distracción por parte del personal encargado. * Exceso de confianza al desarrollar actividades mecánicas * Estrés laboral. | * Posible evento clínico * Pérdida de confiabilidad frente a los resultados entregados * Sobre exposición a radiación por estudio incorrecto. * Mala imagen de la empresa. * Sobrecostos * Insatisfacción del usuario | 5 | 2 | 5 | 50 | Bajo | | | | |
| PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA Saludar y Presentarse | No saludar y no presentarse | *Alta demanda de usuarios. * No adherencia a derechos del paciente. | * Insatisfacción en el trato recibido por parte del Usuario y/o su familia. * Vulneración al derecho de trato digno | 2 | 1 | 3 | 6 | Bajo | | | | |
| PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA Recibir paquete clínico. | Orden médica sin datos clínicos básicos completos | * Falta de adherencia del personal médico a diligenciar los datos clínicos básicos en la solicitud de la ayuda diagnóstica. *Desconocimiento de los criterios que conformar los datos clínicos básicos. | * Reprogramación del estudio * Retraso en la atención del usuario * Insatisfacción del usuario * No asegurar un reporte confiable por parte del especialista del servicio de imagenología | 5 | 3 | 1 | 15 | Bajo | | | | |
| PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA Recibir paquete clínico. | Factura mal generada | * Alta demanda de usuarios. * Confusión en digitación de los datos. * Falta de adherencia al manual de Facturación. * Texto no legible en facturación manual * Estrés laboral. | * Retraso en la atención para la toma del examen. * Inconformidad con los usuarios en la demora para la atención. * Mala imagen de la empresa * Pérdidas económicas para la empresa. * Demandas por mala toma del procedimiento el cual debe ser verificado previamente por el facturador de Pasto Salud ESE. | 4 | 1 | 1 | 4 | Bajo | | | | |

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E NIT. 900091143-9 | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|---|--|----------------------------------|--|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | CODIGO | NUM | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | 6.0 | GESTION DE CONTROL | | | | | | | GC-MRA | 317 | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | | | PROCESO | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA Verificar preparación | Mala preparación del usuario | * Inadecuada información de la preparación del estudio por parte del personal de PASTO SALUD ESE, cuando se requiere. * Falta de comprensión del usuario. * Falta de verificación de Historia clínica, para verificar tipo de examen ordenado. * No socialización suficiente de preparación requerida donde se indique; el procedimiento y el mecanismo de preparación específica para cada examen que lo requiera. | * Posibles eventos clínicos * Reprogramación de cita * Retraso en diagnóstico y tratamiento. * Insatisfacción del paciente * Sobrecostos * Quejas y reclamos | 6 | 3 | 6 | 108 | Moderado | | | | |
| PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA Identificar riesgos | * Inadecuada priorización de pacientes para su atención * Paciente en ayuno que puede generar mareo, lipotimia o caída. | * Desconocimiento de los criterios de priorización de los usuarios. * No adherencia a los criterios de priorización. * Desconcentración del personal para agendar citas. * Alta demanda de pacientes de urgencia. | * Retraso en la atención de usuario con criterios de priorización. * Insatisfacción del usuario * Quejas reclamos * Posibles eventos clínicos | 8 | 3 | 4 | 96 | Moderado | | | | |
| PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA Ingresar al usuario a sala de imagenología. | * Caída de paciente * Condiciones del paciente no comunicadas al servicio de imagenología que comprometen la seguridad del paciente. | * Edad avanzada. * Ayuno prolongado. * Condición de salud de los pacientes (dificultad para la deambulación) * Infraestructura inadecuada (señalización, rampas, escaleras, pasamanos etc. * Paciente con medicación que favorece la caída del paciente. * Paciente con patología infecciosa, sin notificación a imagenología. * Paciente poco colaborador por condición mental. * Paciente con requerimiento de oxígeno u otro tipo de medicación permanente. * Paciente quien suspende medicación habitual por necesidad de cumplir con ayuno. | * Posibles eventos clínicos * Traumas en los pacientes. * Retraso de atención de pacientes. * Deterioro de las condiciones de salud del paciente | 7 | 5 | 7 | 245 | Alto | 1. Definir necesidad de acompañamiento (establecer criterios) 2. Requerimiento obligatorio de información, cuando se envía un paciente con patología infecto-contagiosa. | Referente de Calidad del Proveedor de imágenes. Líder de Calidad y Seguridad del paciente PASTO SALUD ESE. | Dic 30 de 2019 Permanente | Criterios definidos de acompañamiento del paciente. Verificación de información de ptes infectados remitidos a imágenes |
| PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA Realizar protección radiológica | Falla en la protección radiológica | * No adherencia al manual de radioprotección * Paciente poco colaborador, principalmente menores de edad y pacientes con patología mental o en estado de ebriedad. | * Sobreexposición radiológica a los pacientes y/o acompañantes * Posible evento clínico * Insatisfacción del usuario * Quejas y reclamos | 7 | 3 | 2 | 42 | Bajo | | | | |
| PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA Tomar el estudio | Toma de estudio incorrecto (lateralidad, estructura) Pérdida pertenencias de paciente | * No adherencia al manual de imagenología * Falta de aplicación de doble chequeo. * Alta demanda de usuarios * Falta de adherencia al procedimiento de custodia de pertenencia de pacientes. * No explicación al paciente sobre dónde ubicar sus pertenencias. | * Insatisfacción del usuario por repetición del estudio * Sobre exposición a Radiación. * Retraso en el diagnóstico y tratamiento. * Mala imagen de la empresa. * Insatisfacción del usuario * Quejas y reclamos * Demandas | 5 1 | 4 3 | 2 1 | 40 3 | Bajo Bajo | | | | |
| PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA Digitalizar, imprimir y enviar imágenes al PACS para radiología | Fallas en la digitalización de imágenes Pérdida o difícil localización de imágenes en sistemas informáticos | * Daño en el digitalizador * Inadecuada manipulación del chasis al momento de digitalizar la imagen. * Inadecuada inducción y reinducción donde se capacite sobre el manejo del digitalizador, impresoras. * No verificación por el personal del correcto funcionamiento de los equipos * Ingreso errado de datos de usuario y accesos. * Fallas del Software * Fallas de Hardware * Emergencias naturales. * Hackers | * Repetición de toma de estudio. * Sobre exposición a Radiación. * Inoportunidad en la atención de la agenda por retraso en la digitalización. * Sobreexposición radiológica * Insatisfacción del usuario. * Queja, reclamos * Posibles eventos clínicos por retraso en diagnóstico y tratamiento. * Sobrecostos | 7 7 | 4 5 | 1 3 | 28 105 | Bajo Moderado | 1. Inducción y reinducción en manual de imagenología 2. Revisión de estudios en sistemas informáticos PACS Y CANVAS 3. Protección de información que minimicen la posibilidad de hackeo | * Coordinador de tecnólogos del proveedor del servicio de imagenología. Tecnólogo * Área de sistemas | Periódica Permanente | * registros de inducción específica * PACS con estudios |

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E NIT. 900091143-9 | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|---|---------------------------------|--------------------|--------------------|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | CODIGO | NUM | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | 6.0 | GESTION DE CONTROL | | | | | | | GC-MRA | 317 | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | | | PROCESO | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| | Falla en la marcación y ubicación de las estructuras al momento de envío de imagen a lectura. | * Mala manipulación del programa carestream en el CR. * Desconocimiento y manejo de los programas para digitalización | * Sobreexposición radiológica * Demanda * Quejas y reclamos * Posibles eventos clínicos * Sobrecostos | 5 | 3 | 3 | 45 | Bajo | | | | |
| PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA Tomar e imprimir foto ecográfica. | * Datos errados en la foto ecográfica. * Posible daño de la videoprinter | * Ingreso erróneo de datos de usuario en el ecógrafo * Fallas del Software * Fallas de Hardware * Emergencias naturales. * Pérdida de energía eléctrica * Manejo inadecuado de la videoprinter. * Mantenimiento inadecuado de la videoprinter. | * Retraso en la atención * Entrega de reporte incorrecto * Inoportunidad en la entrega de ayuda diagnóstica. * Queja y reclamos * Posibles eventos clínicos | 5 | 3 | 1 | 15 | Bajo | | | | |
| PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA Entrega de imagen y registro de usuarios en base de datos | * Entrega de imagen incorrecta * Entrega al paciente incorrecto | * No diligenciamiento de formato de recibido de reportes. * No aplicación de doble chequeo, previo a la entrega de la imagen. * Alto volumen de pacientes. * Estrés laboral. | * Demora en el diagnóstico y tratamiento del paciente. * Mala imagen de la empresa. * Falta de credibilidad del resultado. * Demandas por entrega de resultado errado. * Diagnóstico y tratamiento erróneo para el paciente. * Posibles eventos clínicos | 3 | 5 | 3 | 45 | Bajo | | | | |
| PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA Transcribir la interpretación de imágenes diagnósticas a SIOS y entrega de reporte | * Transcripción incorrecta * No verificación de la transcripción por parte del Radiólogo | * Alta demanda de usuarios. * Exceso de confianza por parte del Radiólogo y de la transcriptor. * Estrés laboral. * Sobrecarga laboral. | * Demora en el diagnóstico y tratamiento del paciente. * Mala imagen de la empresa por error cometido. * Falta de credibilidad en el resultado. * Posible demanda por entrega de resultado errado. | 6 | 5 | 3 | 90 | Moderado | | | | |
| PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA Reporte de resultados críticos | Falla en la detección y notificación de resultados críticos | * Desconocimiento de resultados críticos que deben reportarse inmediatamente. * Desconocimiento sobre a quién le deben reportar el resultado crítico, dejando soporte escrito de quien recibe la información dada, con verificación en doble vía. | * Demora en el manejo oportuno de usuarios con resultados críticos. * Posibles eventos clínicos * Posibles demandas | 7 | 7 | 1 | 49 | Bajo | | | | |
| PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA Rechazo de placas y/o reportes por parte del médico tratante | * Imagen de mala calidad * No evidencia de todas las proyecciones * Imagen con lateralidad errada requeridas | * Desconocimiento del manual de imagenología * Falta de proyecciones del estudio * Error en la marcación de los estudios | * Nueva toma de la ayuda diagnóstica * Demora en el diagnóstico y tratamiento del paciente. * Posibles eventos clínicos. * Mala imagen de la empresa * Falta de credibilidad del resultado. * Demandas * Pérdida de credibilidad en las competencias del personal | 9 | 4 | 3 | 108 | Moderado | | | | |
| PROCESO GESTION DE LABORATORIO Fase preanalítica | Falta de insumos | Inoportunidad en la realización de los exámenes | Retraso en decisiones medicas- deterioro del paciente | 8 | 5 | 1 | 40 | Bajo | 1. Plan de adquisiciones, 2. Mejorar actos administrativos 3. Contar con un plan alternativo que garantice los resultados | Líder de laboratorio | 30/11/2020 | |
| | Paciente equivocado | No apego a protocolo de toma de muestra | Deterioro clínico del paciente | 7 | 8 | 2 | 112 | Moderado | 1. Identificación inequívoca del paciente | Todo el personal de laboratorio | 31/12/2020 | |
| PROCESO GESTION DE LABORATORIO Fase analítica | Resultado erróneo | No identificación sistematizada con código de barras | Deterioro clínico del paciente | 7 | 8 | 4 | 224 | Alto | 1. Implementar código de barras para las muestras; implementar alertas visuales | Gerencia | 31/12/2020 | |
| | No procesamiento de muestras | Daño de equipo | Retraso en decisiones medicas- deterioro del paciente | 5 | 5 | 1 | 25 | Bajo | 1. Mantenimiento preventivo y correctivo, implementar back up | Gestión de la tecnología | 31/12/2020 | |
| | No entrega de resultado | No sistematización de resultados | Retraso en decisiones medicas- deterioro del paciente | 5 | 5 | 3 | 75 | Moderado | 1. Fortalecer el software en red | Gerencia de la información | 31/12/2020 | |

|  | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|--|--|--------------------|---|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | CODIGO | NUM | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | PROCESO | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| | No identificación de críticos | No apego a protocolo de reporte de críticos | Retraso en decisiones medicas- deterioro del paciente | 10 | 10 | 3 | 300 | Alto | 1.Registro de reporte de críticos, implementar Alertas en la historia clínica con avisos en resultados críticos | Todo el personal de laboratorio/ Sistemas de Información | 31/12/2020 | |
| PROCESO GESTION DE URGENCIAS Registro e ingreso del usuario | Incorrecta identificación del paciente | * Desconocimiento del protocolo de identificación inequívoca del paciente * No adherencia de protocolo identificación inequívoca del paciente * Falta en el proceso de inducción y reinducción * Desconocimiento del protocolo de comunicación entre el equipo de salud * Suplantación | * Posibles Eventos clínicos * Falta en el ciclo de atención * Insatisfacción del usuario * Quejas y demandas | 7 | 6 | 2 | 84 | Moderado | | | | |
| | Riesgo de caída del paciente | * No detección del riesgo de caída. * Desconocimiento de la guía de detección de riesgos desde el ingreso del paciente. * No aplicación de protocolo prevención de caídas * Falta en el proceso de inducción y reinducción | * Eventos clínicos * Quejas y demandas * Sobrecostos | 5 | 5 | 4 | 100 | Moderado | | | | |
| | Riesgo de fuga del paciente | * Congestión del servicio de urgencias * Ausencia del personal de salud encargado * Fallas de seguridad de la empresa de vigilancia * Inadecuada valoración e identificación del riesgo * No identificación oportuna de la pérdida paciente en sala de espera de urgencias | * Eventos clínicos * Demanda insatisfecha * Quejas y demandas institucionales * Perdida de imagen institucional * Abandono del servicio | 6 | 7 | 4 | 168 | Moderado | | | | |
| | Barreras de acceso | * Vulnerabilidad del derecho a la salud * Extrimitación de funciones de la empresa de vigilancia. | * Eventos clínicos * Demanda insatisfecha * Quejas y demandas institucionales * Perdida de imagen institucional | 6 | 6 | 4 | 144 | Moderado | | | | |
| | Demora en el llamado a triage | * Alta demanda del servicio * Ausencia del personal sin reemplazo posible inmediato. * Personal nuevo sin las competencias requeridas | * Deterioro de las condiciones clínicas del paciente. * Posibles eventos clínicos * No atención del paciente * Abandono de servicio. * Deserción del paciente * Queja por espera prolongada * Demandas | 9 | 5 | 4 | 180 | Moderado | 1.Fortalecer el proceso de inducción específica. 2.Reemplazar inmediatamente cuando haya ausencia del personal destinado a triage. 3. Evaluación y seguimiento periódico de la actividad de triage, incluyendo la oportunidad. | * Director operativo de Red. * Enfermera administrativa. * Enfermera jefe del servicio. * Profesional especializado en seguridad del paciente. * Talento humano. | Permanente | * Informe de seguimiento a la oportunidad de atención en el triage. * evaluación de competencias para el personal de triage. |
| | Inadecuada identificación del paciente | * Desconocimiento del protocolo de identificación inequívoca del paciente * No adherencia al protocolo identificación inequívoca del paciente * Falta en el proceso de inducción y reinducción * Suplantación | * Priorización del paciente errado para la atención * Posible evento clínico * Deterioro de las condiciones clínicas del paciente. * Reprocesos * Sobrecostos * Quejas y demandas | 6 | 4 | 3 | 72 | Moderado | | | | |
| | Inadecuada clasificación triage | * Desconocimiento de instructivo para clasificación de triage * No adherencia al instructivo para la clasificación de triage * Falta en el proceso de inducción y reinducción * Personal nuevo * Rotación de personal en el área de triage * Falta de habilidad y competencia del personal | * Deterioro de condiciones clínicas del paciente. * Posible evento clínico * Insatisfacción del usuario * Demandas | 8 | 6 | 4 | 192 | Moderado | | | | |
| | Inadecuada toma de signos vitales y medidas antropométricas | * Falta de competencia en la toma de signos vitales * Registro inadecuado de signos vitales. * Falta de mantenimiento de equipos biomédicos, incluyendo calibración. | * Inadecuada clasificación del triage * Demora en la atención del paciente * Posibles eventos clínicos | 7 | 6 | 5 | 210 | Moderado | | | | |

FECHA DE ACTUALIZACION:

ABRIL 2020

PROCESO

MACROPROCESO MISIONAL

| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
|--|--|--|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|----------|--|------------------|------------------------------|--|--------------------|
| PROCESO GESTION DE URGENCIAS Clasificación en triage | No revaloración del paciente en sala de espera | * Alta demanda del servicio * Desconocimiento de la necesidad de revaloración de paciente, si se detecta cambio en su condición clínica. | * Deterioro de las condiciones clínicas del paciente * Posibles eventos clínicos * Quejas y demandas * Insatisfacción de las necesidades del paciente | 7 | 5 | 5 | 175 | Moderado | | | | |
| | Deficiente información entre el usuario y profesional de la salud | * Falta de competencias comunicacionales por parte de la auxiliar o jefe de enfermería. * Falta de empatía con el paciente * Condiciones propias del paciente, que dificultan la comunicación. * Alta demanda del servicio. | * Posible evento clínico * Clasificación de triage inadecuada * Insatisfacción del paciente con el servicio prestado. | 6 | 5 | 4 | 120 | Moderado | | | | |
| | Abandono del servicio | * Espera prolongada para la atención en clasificación triage * Otras prioridades personales del paciente * Uso inadecuado del servicio de urgencias. | * Posible evento clínico * Queja * Aumento de los signos y síntomas de su patología | 5 | 4 | 2 | 40 | Bajo | | | | |
| | Riesgo de caída | * Desconocimiento del protocolo prevención de caídas * No adherencia protocolo prevención de caídas * Deficiente proceso de inducción y reintroducción * Inadecuada valoración del riesgo de caída | * Posible evento clínico * Quejas y demandas | 4 | 3 | 2 | 24 | Bajo | | | | |
| | Fuga de paciente | * Alta demanda del servicio. * Fallas en la comunicación del personal de vigilancia * Inadecuada valoración e identificación del riesgo de fuga * No identificación oportuna de la au+C20:J20sencia del paciente en sala de espera de urgencias | * Posible evento clínico * Demanda insatisfecha * Quejas y demandas institucionales * Perdida de imagen institucional | 7 | 6 | 4 | 168 | Moderado | | | | |
| No llamado a paciente | * Alta demanda del servicio * Médico se asigna paciente y posteriormente lo olvida. * No asignación de paciente de triage a consulta médica de urgencias | * Posibles Eventos clínicos * Quejas y demandas * Abandono del servicio * Insatisfacción del usuario | 5 | 3 | 5 | 75 | Moderado | | | | | |
| Inadecuada identificación del paciente | * Desconocimiento del protocolo de identificación inequívoca del paciente * No adherencia al protocolo identificación inequívoca del paciente * Falta en el proceso de inducción y reintroducción * Suplantación no detectada | * Registro inadecuado información medica en historia clínica * Reprocesos * Sobrecostos * Deterioro de la imagen institucional * Posible Evento clínico * Quejas y demandas * Falta en el ciclo de atención | 5 | 5 | 3 | 75 | Moderado | | | | | |
| Inadecuado plan del tratamiento | * Deficiente valoración medica * No adherencia de guías clínicas adoptadas por Pasto Salud Ese * Inadecuado proceso de inducción y reintroducción | * Posible Evento clínico * Quejas y demandas * Insatisfacción del usuario * Deterioro de las condiciones clínicas del paciente * Sobrecostos * Glosas * Demandas * Posibles sanciones por entes de control. | 7 | 5 | 7 | 245 | Alto | 1.Evaluación de historias clínicas por auditoria 2.Evaluación de adherencia a guías | Auditoria medica | Permanente | * Informe de auditoria * Actas de retroalimentación con los profesionales | |

|  | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|---|--|--------------------|---|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | CODIGO | NUM | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | PROCESO | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| PROCESO GESTION DE URGENCIAS Consulta medica de urgencias | Deficiente informacion del medico al usuario | <ul style="list-style-type: none"> *Desconocimiento del protocolo de informacion y educacion al usuario y su familia *No adherencia al protocolo de informacion y educacion al usuario y su familia *No identificacion de riesgos y necesidades del paciente *Falta de competencias comunicacionales del medico tratante | <ul style="list-style-type: none"> *Registro de historia clinica deficiente *No seguimiento de indicaciones recibidas por el medico, por no entendimiento *Quejas *No dar a conocer al paciente los riesgos ni signos de alarma que indiquen reconsultar. *Posibles Eventos clinicos *demandas *Reprocesos *Hospitalizaciones evitables o innecesarias | 7 | 5 | 5 | 175 | Moderado | | | | |
| | Diligenciamiento inadecuada de historia clinica | <ul style="list-style-type: none"> *Falta en el proceso de induccion y reintroduccion *Manejo inadecuado de modulo SIOS y registros clinicos * Inadecuada valoracion del paciente *Desconocimiento de la normatividad *Aumento de la demanda del servicio * Arrastre automatico de la ultima atencion del paciente | <ul style="list-style-type: none"> *Posible evento clinico *Atencion medica insegura *Riesgo juridico por ser la historia clinica el unico documento legal que evidencia la atencion. *Glosas *Mal diligenciamiento de los registros * Error en el manejo del paciente en el momento de traslado de un servicio a otro o en la remision a un nivel superior | 9 | 8 | 2 | 144 | Moderado | | | | |
| | No cumplimiento con las normas de bioseguridad | <ul style="list-style-type: none"> *Desconocimiento de protocolo de bioseguridad * No despliegue periodico del protocolo de bioseguridad. *No adherencia al protocolo de bioseguridad *Falla en el proceso de induccion y reintroduccion *No cumplimiento con la politica de seguridad del paciente *No revision periodica de la aplicabilidad del protocolo de bioseguridad. | <ul style="list-style-type: none"> *Posibles accidentes laborales de riesgo biologico. * Posibles IAAS- infecciones cruzadas *Atencion medica insegura *Quejas y demandas | 9 | 6 | 4 | 216 | Alto | 1.Fortalecer el despliegue del protocolo de bioseguridad 2. Informar sobre la obligatoriedad de la adherencia al protocolo de bioseguridad 3.Realizar revision periodica de la aplicabilidad del protocolo de bioseguridad | *Director operativo *Enfermera administrativa *Profesional Especializado área de la salud - Salud Ocupacional | Permanente | *Informe de seguimiento al cumplimiento con las normas de bioseguridad *Acta de socialización de informe seguimiento al cumplimiento protocolo bioseguridad * Reporte de accidentes laborales y su análisis relacionados con la no adherencia a las medidas de bioseguridad |
| | Riesgo de caída | <ul style="list-style-type: none"> *Desconocimiento del protocolo prevención de caídas *No adherencia protocolo prevención de caídas *Deficiente proceso de inducción y reintroducción *Inadecuada valoración del riesgo de caída | <ul style="list-style-type: none"> * Posible evento clínico * Quejas y demandas | 4 | 3 | 2 | 24 | Bajo | | | | |
| | Fuga de paciente | <ul style="list-style-type: none"> * Alta demanda del servicio. * Fallas en la comunicación del personal asistencial * Inadecuada valoración e identificación del riesgo de fuga * No identificación oportuna de la ausencia del paciente | <ul style="list-style-type: none"> *Posible evento clínico * Deterioro de las condiciones clínicas del paciente *Quejas y demandas institucionales *Perdida de imagen institucional | 6 | 6 | 4 | 144 | Moderado | | | | |
| PROCESO GESTION DE URGENCIAS Egreso de consulta medica urgencias | Diagnostico inadecuado | <ul style="list-style-type: none"> * Valoración medica inadecuada * No adherencia a las guías clínicas adoptadas por pasto salud ese | <ul style="list-style-type: none"> * Aumento de la sintomatología clínica * Eventos clínicos * Quejas y demandas | 6 | 7 | 4 | 168 | Moderado | | | | |
| | Inadecuado plan del tratamiento | <ul style="list-style-type: none"> * No adherencia a guías clínicas * Dificil acceso a las guías a través del sistema *Inadecuada anamnesis *No indagar antecedentes, patologías previas y concomitantes. * No hacer conciliación medicamentosa | <ul style="list-style-type: none"> * Aumento de la sintomatología clínica * Posibles eventos clínicos * Quejas y demandas *Problemas relacionados con el uso de medicamentos - PRUM *Polimediacion innecesarias | 9 | 6 | 5 | 270 | Alto | 1.Despliegue de guías clínicas 2.Evaluación de conocimiento de guías clínicas 3.Realización de conciliación medicamentosa 4.Retroalimentación de análisis de eventos clínicos 5. Reingresos a consulta 6. Facilitar el acceso de guías clínicas a través de sistemas | Profesional especializado área de la salud- auditoria Director operativo Enfermera Administrativa Oficina comunicación y sistemas | Permanente | *Actas de asistencia al despliegue de guías clínicas * Informe de evaluación de conocimientos * análisis de eventos clínicos *Oficio solicitud de acceso a guías clínicas a través del sistema |
| | | | | | | | | | 1.Auditoria registro clínicos de urgencias | Oficina de auditoria para el mejoramiento de la calidad | Permanente | informe de auditoria |

| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | | PROCESO | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | | |
|--|--|---|---|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|------------------|------------------------------|--------------------|--------------------|
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| | Fuga de paciente | * Alta demanda del servicio. * Fallas en la comunicación del personal asistencial * Inadecuada valoración e identificación del riesgo de fuga * No identificación oportuna de la ausencia del paciente | *Posible evento clínico * Deterioro de las condiciones clínicas del paciente *Quejas y demandas institucionales *Perdida de imagen institucional | 6 | 6 | 4 | 144 | Moderado | | | | |
| PROCESO GESTION DE URGENCIAS Ingreso a procedimientos | Alistamiento erróneo o no alistamiento completo de insumos requeridos para el procedimiento ordenado | * No realización de lista de chequeo para el alistamiento de insumos requeridos para el procedimiento. * Desconocimiento del procedimiento a realizar *Deficiente inducción y reinducción *Difícil acceso a consulta de los procedimientos | *Posibles Eventos clínicos * Insatisfacción del usuario *Quejas y demandas *Demora en la atención *Reprocesos * Glosas | 7 | 4 | 2 | 56 | Bajo | | | | |
| | No diligenciar consentimiento informado | *No explicación por parte del medico sobre procedimiento a realizar *No diligenciamiento correcto del consentimiento informado por parte del paciente * No explicación de riesgos asociados al procedimiento *No firma del consentimiento informado por parte del paciente o del medico *No aceptación del procedimiento por parte del paciente | *Posibles Eventos clínicos * No entendimiento del paciente del procedimiento a realizar * Insatisfacción del usuario *Demora en la atención ocasionada por no diligenciamiento del consentimiento *Quejas y demandas *Reprocesos * Glosas | 7 | 6 | 3 | 126 | Moderado | | | | |
| | No dar recomendaciones para cuidados en casa relacionados con el procedimiento realizado | *No entendimiento por parte del paciente de las recomendaciones *Alta demanda del servicio *Minimizar la importancia de las recomendaciones | *Posibles eventos clínicos * Comorbilidades asociadas * Insatisfacción del usuario *Demandas | 3 | 5 | 3 | 45 | Bajo | | | | |
| | No citar a control cuando se requiere | *Olvido de la información a brindar sobre la fecha del control *Olvido del paciente por información verbal sobre la fecha de control | *Posibles eventos clínicos * Comorbilidades asociadas * Insatisfacción del usuario *No disponibilidad de tiempo para realizar el control | 3 | 3 | 7 | 63 | Bajo | | | | |
| | Inadecuada identificación del paciente | *Desconocimiento del protocolo de identificación inequívoca del paciente *No adherencia al protocolo identificación inequívoca del paciente *Falla en el proceso de inducción y reinducción *Suptantación no detectada | * Registro inadecuado información medica en historia clínica *Reprocesos *Sobrecostos *Deterioro de la imagen institucional * Posible Evento clínico *Quejas y demandas *Falla en el ciclo de atención | 5 | 5 | 3 | 75 | Moderado | | | | |
| PROCESO GESTION DE URGENCIAS Ingreso a observación | Demora en asignación de cama en observación | *Alta demanda del servicio de urgencias * No aplicación del protocolo de comunicación entre en el equipo de salud *Cambio de turno *Priorización de otras actividades por parte de la auxiliar de enfermería *Rechazo del paciente por parte del medico | *Demora en el inicio de tratamiento *Demora en la toma de ayudas diagnosticas *Insatisfacción del usuario *Quejas *Pedir alta voluntaria del servicio | 7 | 5 | 2 | 70 | Moderado | | | | |
| | Riesgo de caída | *Desconocimiento del protocolo prevención de caídas *No adherencia protocolo prevención de caídas *Deficiente proceso de inducción y reinducción *Inadecuada valoración del riesgo de caída | * Posible evento clínico * Quejas y demandas | 4 | 3 | 2 | 24 | Bajo | | | | |
| | Fuga de paciente | * Alta demanda del servicio. * Fallas en la comunicación del personal asistencial * Inadecuada valoración e identificación del riesgo de fuga * No identificación oportuna de la ausencia del paciente | *Posible evento clínico * Deterioro de las condiciones clínicas del paciente *Quejas y demandas institucionales *Perdida de imagen institucional | 6 | 6 | 4 | 144 | Moderado | | | | |

| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | | | PROCESO | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | |
|--|---|---|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------|------------------------------|--------------------|--------------------|
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| PROCESO GESTION DE URGENCIAS Plan de enfermería | Inadecuada identificación del paciente | *Desconocimiento del protocolo de identificación inequívoca del paciente *No adherencia al protocolo identificación inequívoca del paciente *Falla en el proceso de inducción y reintroducción *Suplantación no detectada | * Registro inadecuado información medica en historia clínica *Reprocesos *Sobrecostos *Deterioro de la imagen institucional * Posible Evento clínico *Quejas y demandas *Falla en el ciclo de atención | 5 | 5 | 3 | 75 | Moderado | | | | |
| | Diligenciamiento inadecuado de kardex | * Desconocimiento del protocolo de procedimientos de enfermería *No cotejar ordenes medicas con el kardex * No adherencia al protocolo de enfermería | * Ejecución inadecuada del tratamiento farmacológico *Ejecución inadecuada de cuidados de enfermería *Posibles eventos clínicos * Quejas *Reprocesos | 6 | 3 | 3 | 54 | Bajo | | | | |
| | Deficiente información entre el equipo de salud | * Entrega de turno no acorde con el procedimiento definido para tal fin *No adherencia al protocolo de comunicación entre el equipo de salud * Registro Inadecuada del plan integral de cuidados del paciente | * Posible Evento clínico *No cuidado integral del paciente *Retraso en plan de tratamiento del paciente *Insatisfacción del usuario * Quejas | 5 | 5 | 4 | 100 | Moderado | | | | |
| | No identificación de riesgos | *No valoración integral del paciente * Falta de cultura de enfoque de riesgos *No conocimiento de guías clínicas que hablan sobre precauciones *Omisión de información por parte del paciente | * Posibles evento clínicos * Quejas y demandas *Prolongación de estancias *Sobrecostos *No cultura proactiva frente al riesgo | 7 | 5 | 4 | 140 | Moderado | | | | |
| PROCESO GESTION DE URGENCIAS Evolución médica clínica | Realización inadecuada de evolución clínica | * No manejo de modulo SIOS *No estandarización de la metodología para realizar la evolución *No revisión clínica por parte del medico y/o enfermera en cada turno | * Posible evento clínico *Retraso en el tratamiento *No ordenes medicas claras y precisas *No detección de cambios clínicos del paciente que modifiquen las conductas. *Quejas *Insatisfacción del usuario *Demandas *Reprocesos *Glosas | 8 | 5 | 4 | 160 | Moderado | | | | |
| | Inadecuada identificación del paciente | *Desconocimiento del protocolo de identificación inequívoca del paciente *No adherencia al protocolo identificación inequívoca del paciente *Falla en el proceso de inducción y reintroducción *Suplantación no detectada | * Registro inadecuado información medica en historia clínica *Reprocesos *Sobrecostos *Deterioro de la imagen institucional * Posible Evento clínico *Quejas y demandas *Falla en el ciclo de atención | 5 | 5 | 3 | 75 | Moderado | | | | |
| PROCESO GESTION DE URGENCIAS Entrega de turno | Inadecuada entrega de Turno | * No adherencia al protocolo de comunicación entre el equipo de salud (Técnica SAER) * Desconocimiento del protocolo de comunicación entre el equipo de salud * No aplicación del protocolo de comunicación entre el equipo de salud * Falta en el proceso de inducción y reintroducción * Ausencia de personal necesario para la entrega de turno. *No entrega formal de la entrega de turno * No involucrar al paciente | * Desconocimiento de la patología del paciente por la totalidad del equipo de salud a cargo *Duplicidad de ordenes medicas *Posible evento clínico * Falta en el ciclo de atención * Vulnerar el derecho a la intimidad. *Insatisfacción del paciente * Quejas | 7 | 5 | 2 | 70 | Moderado | | | | |
| | Deficiente educación al paciente al egreso | *Desconocimiento del protocolo de información y educación para pacientes y su familia. * No adherencia al protocolo de información y educación para pacientes y su familia * Difícil comprensión de la educación por condiciones del paciente. | * No adherencia al tratamiento *Posible evento clínico * Quejas * Reingreso *Recomendaciones de personal empírico que puede llevar a deterioro de las condiciones del paciente. *No seguimiento a las recomendaciones referentes a la toma de medicamentos | 5 | 5 | 5 | 125 | Moderado | | | | |

|  | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|---|---|--------------------|---|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | CODIGO | NUM | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | PROCESO | | | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| PROCESO GESTION DE URGENCIAS Egreso de observación | No aceptación de remisión para hospitalización por parte del paciente a otra Ips | *Experiencias negativas en hospitalizaciones anteriores * El paciente prefiere cercanía a su domicilio * Condiciones sociales y deficiente red de apoyo. * Por fidelidad al equipo de salud | * Posible evento clínico *Discontinuidad en el manejo *Pérdida de la oportunidad en la asignación de cama para otro paciente *Pérdida de la oportunidad en el traslado de otro paciente. * Quejas | 4 | 3 | 3 | 36 | Bajo | | | | |
| | Demora en la aceptación de referencia en tercer nivel | * No disponibilidad de camas o especialidades en tercer nivel * No adherencia al manual de referencia y contrareferencia * No aplicación del manual de referencia y contrareferencia *No contacto con el CRUE para agilidad de aceptación del paciente | * Posible evento clínico *Discontinuidad en el manejo *Pérdida de la oportunidad en la asignación de cama para otro paciente *Pérdida de la oportunidad en el traslado de otro paciente. *Deterioro de las condiciones del paciente por las necesidades de valoración en un tercer nivel * Quejas *Demandas | 8 | 6 | 4 | 192 | Moderado | | | | |
| | Deficiente educación al paciente al egreso | *Desconocimiento del protocolo de información y educación para pacientes y su familia. * No adherencia al protocolo de información y educación para pacientes y su familia * Difícil comprensión de la educación por condiciones del paciente. | * No adherencia al tratamiento *Posible evento clínico * Quejas * Reingreso *Recomendaciones de personal empírico que puede llevar a deterioro de las condiciones del paciente. *No seguimiento a las recomendaciones referentes a la toma de medicamentos | 5 | 5 | 5 | 125 | Moderado | | | | |
| | Riesgo de caída | *Desconocimiento del protocolo prevención de caídas *No adherencia protocolo prevención de caídas *Deficiente proceso de inducción y reinducción *Inadecuada valoración del riesgo de caída | * Posible evento clínico * Quejas y demandas | 4 | 3 | 2 | 24 | Bajo | | | | |
| | Fuga de paciente | * Alta demanda del servicio. * Fallas en la comunicación del personal asistencial * Inadecuada valoración e identificación del riesgo de fuga * No identificación oportuna de la ausencia del paciente | *Posible evento clínico * Deterioro de las condiciones clínicas del paciente *Quejas y demandas institucionales *Pérdida de imagen institucional | 6 | 6 | 4 | 144 | Moderado | | | | |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Consulta medica) Llamar, confirmar e identificar al paciente, | Inadecuada identificación del paciente | * Desconocimiento del protocolo de identificación inequívoca del paciente. *Débil proceso de inducción * Debilidad en la adherencia al protocolo de identificación inequívoca del paciente * Insuficiencia en el tiempo de atención * Paciente mal informante | * Posibles eventos clínicos * Quejas y reclamos * Demandas * Pérdida de la imagen institucional * Sobre costos * Glosas | 3 | 3 | 2 | 18 | Bajo | 1. Definir e implementar un plan de inducción y reinducción relacionado con el programa de seguridad del paciente, hacer seguimiento a la adherencia 2. Fortalecer el reporte de evento clínico relacionado con inadecuada identificación del paciente 3. Realizar rondas de seguridad de manera periódica y realizar retroalimentación de resultados al equipo de salud relacionados con la identificación del paciente. | Oficina Talento Humano Equipo de seguridad del paciente Directores Operativos Enfermeras administrativas | Permanente | Actas de reunión Informe rondas de seguridad Formato de reporte de evento clínico |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Consulta medica) Saludar y presentarse | No saludar y presentarse | *Falta cultura de humanización | * Paciente insatisfecho * Quejas | 5 | 1 | 5 | 25 | Bajo | 1. Fortalecer la humanización del servicio | Líder programa humanización Directores operativos Enfermeras administrativas y asistenciales | Permanente | Jornadas de humanización Rondas de seguridad |

|  | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|--|---|--------------------|--|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | CODIGO | NUM | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | PROCESO | | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Consulta medica) Realizar anamnesis y evaluación de necesidades al ingreso | No realización de anamnesis adecuada Anamnesis con débil análisis y registro semiológico No detección de necesidades y riesgos del paciente a su ingreso | *Falta de habilidades y competencias del personal medico en la realización de anamnesis *Paciente mal informante y sin red de apoyo *Problemas de comunicación paciente - usuario *No manejo adecuado de software SIOS *Arrastre automático de información de consultas previas favoreciendo el mal diligenciamiento *No realizar los tamizajes de HTA y salud mental, cuando aplique *No detectar necesidades de aislamiento y/o desinfección terminal en un paciente con enfermedad infectocontagiosa (Varicela, TB diagnosticada) *No análisis de ayudas diagnosticas previas | * Mal enfoque clínico del paciente * Diagnostico errado * Fallas terapéuticas * Posibles eventos clínicos * Quejas y reclamos. * Demandas. * Pérdida de credibilidad de imagen institucional. * Aumento de los costos por reprocesos * Glosas. | 9 | 5 | 6 | 270 | Alto | 1. Proponer auditoria concurrente de historias clínicas 2. Realizar auditorias de historias clínicas 3. Realizar rondas de seguridad de manera periódica y realizar retroalimentación de resultados al equipo de salud. 4. Retroalimentar los resultados obtenidos de la auditoria de registros clínicos al equipo de salud 5. Retroalimentar los eventos clínicos reportados por inadecuada realización de anamnesis | Auditoria Medica Profesional Especializada Área de la salud - Calidad Directores Operativos Enfermeras administrativas | Permanente | Informes de auditoria Actas de reunión y registros de asistencia a análisis de eventos clínicos |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Consulta medica) Realizar examen físico | Realización inadecuada del examen físico No toma de signos vitales por parte del medico Realización de examen físico limitado al motivo de consulta | *Falta de habilidades y competencias del personal medico en la realización de examen físico *Deficiente diligenciamiento del registro clínico. *No manejo adecuado de software SIOS *Arrastre automático de información de consultas previas favoreciendo el mal diligenciamiento | * Incidentes y/o Eventos adversos * Diagnostico errado * Fallas terapéuticas * Quejas y reclamos. * Demandas. * Pérdida de credibilidad de imagen institucional. * Glosas. * Aumento de los costos * Reprocesos | 9 | 5 | 6 | 270 | Alto | 1. Proponer auditoria concurrente de historias clínicas 2. Realizar auditorias de historias clínicas 3. Realizar rondas de seguridad de manera periódica y realizar retroalimentación de resultados al equipo de salud. 4. Retroalimentar los resultados obtenidos de la auditoria de registros clínicos al equipo de salud 5. Retroalimentar los eventos clínicos reportados por inadecuada realización de anamnesis | Auditoria Medica Profesional Especializada Área de la salud - Calidad Directores Operativos Enfermeras administrativas | Permanente | Informes de auditoria Actas de reunión y registros de asistencia a análisis de eventos clínicos |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Consulta medica) Hacer presunción diagnostica o diagnóstico definitivo | Hacer un diagnostico errado Aplicar la guía de un diagnostico errado | *Falta de habilidades y competencias del personal medico en la realización de examen físico *Arrastre automático de información de consultas previas favoreciendo el mal diligenciamiento *Desconocimiento de guías clínicas de manejo *No adherencia a guías clínicas de manejo *CIE 10 no tiene el diagnostico presuntivo | * Posibles eventos clínicos * Fallas terapéuticas * Hospitalizaciones evitables * Reingresos * Quejas y reclamos. * Demandas. * Pérdida de credibilidad de imagen institucional. * Deserción de los pacientes * Aumento de los costos por reprocesos * Glosas. | 9 | 5 | 6 | 270 | Alto | 1. Proponer auditoria concurrente de historias clínicas 2. Realizar auditorias de historias clínicas 3. Realizar rondas de seguridad de manera periódica y realizar retroalimentación de resultados al equipo de salud. 4. Retroalimentar los resultados obtenidos de la auditoria de registros clínicos al equipo de salud 5. Retroalimentar los eventos clínicos reportados por inadecuada realización de anamnesis 6. Fortalecer la adherencia a las guías de practica clínica | Auditoria Medica Profesional Especializada Área de la salud - Calidad Directores Operativos Enfermeras administrativas | Permanente | Informes de auditoria Actas de reunión y registros de asistencia a análisis de eventos clínicos |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Consulta medica) Definir plan de tratamiento | Plan de tratamiento erróneo o insuficiente Tratamiento no acorde con la guía | *Falta de habilidades y competencias del personal medico en el análisis integral de las condiciones, necesidades y riesgos del paciente *Desconocimiento de guías clínicas de manejo *No adherencia a guías clínicas de manejo *Formulación errónea en presentaciones y concentraciones de los medicamentos *No realización de conciliación farmacológica adecuada | * Posibles eventos clínicos * Fallas terapéuticas * Hospitalizaciones evitables * Reingresos * Quejas y reclamos. * Demandas. * Pérdida de credibilidad de imagen institucional. * Deserción de los pacientes * Aumento de los costos por reprocesos * Glosas. | 7 | 5 | 6 | 210 | Moderado | 1. Proponer auditoria concurrente de historias clínicas 2. Realizar auditorias de historias clínicas 3. Realizar rondas de seguridad de manera periódica y realizar retroalimentación de resultados al equipo de salud. 4. Retroalimentar los resultados obtenidos de la auditoria de registros clínicos al equipo de salud 5. Retroalimentar los eventos clínicos reportados por inadecuada realización de anamnesis 6. Fortalecer la adherencia a las guías de practica clínica 7. En el aplicativo de historia clínica se encuentra el registro de "conciliación medicamentosa" | Auditoria Medica Profesional Especializada Área de la salud - Calidad Directores Operativos Enfermeras administrativas Química farmacéutica | Permanente | Informes de auditoria Actas de reunión y registros de asistencia a análisis de eventos clínicos reporte de eventos clínicos relacionados con errores en la formulación |

|  | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|--|--|--------------------|--|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | CODIGO | NUM | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | PROCESO | | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Consulta medica) Comunicar del plan de tratamiento y pronostico | No informar el plan de tratamiento No explicar al paciente efectos secundarios y tiempo de tratamiento No realizar conciliación farmacológica al egreso del paciente No explicar signos de alarma que indiquen reconsultar No dar las recomendaciones específicas para cada patología | *Falta de habilidades y competencias comunicacionales del personal medico * No detectar los riesgos de patologías específicas * No explicar frente a la conciliación farmacológica los medicamentos que debe continuar y cuales suspender, si aplica *No disponer de recomendaciones específicas escritas por patología frecuente, que faciliten la recordación al paciente * Desconocimiento de efectos secundarios y reacciones esperadas | * Posibles eventos clínicos * Fallas terapéuticas por abandono de tratamiento * Reingresos * Quejas y reclamos. * Pérdida de credibilidad de imagen institucional. * Deserción de los pacientes * Aumento de los costos por reprocesos | 8 | 5 | 5 | 200 | Moderado | 1. Documentar plantillas explicativas sobre recomendaciones y signos de alarma que faciliten la recordación al personal asistencial y al paciente 2. Realizar talleres con el personal asistencial en técnicas comunicacionales 3. Diligenciamiento correcto de los espacios del formato de conciliación farmacológica en historia clínica 4. Tabla de medicamentos usados con mayor frecuencia y sus efectos secundarios, si los tiene | Subgerencia de Salud e investigación Directores Operativos Talento Humano Auditoria de Historia clínica Química farmacéutica | Permanente | Plantillas de recomendaciones y signos de alarma específicos por patología frecuente Informe de Auditoria |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Consulta medica) Realizar indicaciones médicas de tratamiento | Formula incompleta o errada Solicitud de ayudas diagnosticas sin información clínica relevante No conciliación farmacológica No diligenciamiento de consentimiento informado Formatos de referencia incompletos o mal diligenciados No diligenciamiento de historia clínica por remisión de paciente APH (Atención prehospitalaria) | * Desconocimiento de la presentación farmacéutica y/o concentración, que genera error en la formulación * Desconocimiento de la obligatoriedad de incluir información clínica relevante al solicitar una ayuda diagnóstica (Imagenología) *No tener en cuenta la conciliación farmacológica para la formulación completa del paciente * Desconocimiento de los procedimientos que requieren consentimiento informado * Consentimiento informado mal diligenciado y no entendible por el paciente * No diligenciamiento del formato de referencia y contrerreferencia la cual es de carácter normativo * Formato de referencia y contrerreferencia incompleto y sin información clínica relevante para la aceptación de la solicitud de autorización | * Posibles eventos clínicos * Fallas terapéuticas por abandono de tratamiento * Reingresos * Incumplimiento de normatividad - Sanción de entes de control * Quejas y reclamos. * Pérdida de credibilidad de imagen institucional. * Deserción de los pacientes * Aumento de los costos por reprocesos * Demandas | 7 | 5 | 5 | 175 | Moderado | 1. Ajustar el vademecum institucional a las opciones de formulación que brinda el sistema 2. Informar sobre la obligatoriedad de incluir información clínica relevante al solicitar ayudas diagnosticas (Imágenes) 3. Capacitación sobre conciliación farmacológica al personal medico 4. Implementar guía de consentimiento informado 5. Realizar auditoria de consentimiento informado y formato de referencia y contrerreferencia | Subgerencia de Salud e investigación Directores Operativos Oficina Jurídica Química farmacéutica Oficina de auditoria Medica | Permanente | Vademecum institucional ajustado Evaluación de cumplimiento de circular mediante indicador de imagenología: Porcentaje de solicitudes de ayudas diagnosticas que no contienen información clínica relevante Acta de reunión y registro de asistencia Informe de auditoria |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Consulta medica) Educar al Paciente | No informar el plan de tratamiento No explicar al paciente efectos secundarios y tiempo de tratamiento No realizar conciliación farmacológica al egreso del paciente No explicar signos de alarma que indiquen reconsultar No dar las recomendaciones específicas para cada patología No referir al paciente a la RIA,cuando aplique, no educar sobre su importancia | *Falta de habilidades y competencias comunicacionales del personal medico * No detectar los riesgos de patologías específicas * No explicar frente a la conciliación farmacológica los medicamentos que debe continuar y cuales suspender, si aplica *No disponer de recomendaciones específicas escritas por patología frecuente, que faciliten la recordación al paciente * Desconocimiento de efectos secundarios y reacciones esperadas * desconocimiento u olvido de referencia a la RIA correspondiente | * Posibles eventos clínicos * Fallas terapéuticas por abandono de tratamiento * Reingresos * Quejas y reclamos. * Pérdida de credibilidad de imagen institucional. * Deserción de los pacientes * Aumento de los costos por reprocesos * Deterioro clínico por no ingreso a la RIA correspondiente | 8 | 5 | 5 | 200 | Moderado | 1. Documentar plantillas explicativas sobre recomendaciones y signos de alarma que faciliten la recordación al personal asistencial y al paciente 2. Realizar talleres con el personal asistencial en técnicas comunicacionales 3. Educar al paciente respecto a los nuevos medicamentos y la continuidad o no de los medicamentos que venia tomando, si aplica 4. Tabla de medicamentos usados con mayor frecuencia y sus efectos secundarios, si los tiene 5. Fortalecer el conocimiento de las Rutas integrales de atención - Verificar la viabilidad de establecer alertas en historia clínica para la referencia a las RIAS | Subgerencia de Salud e investigación Directores Operativos Talento Humano Auditoria de Historia clínica Química farmacéutica Oficina de comunicaciones y sistemas | Permanente | Plantillas de recomendaciones y signos de alarma específicos por patología frecuente Informe de Auditoria Acta de reunión y registro de asistencia Solicitud de inclusión de recordatorios o alertas en historia clínica para la referencia a las RIAS |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Consulta medica) Finalizar consulta | No direccionar el paciente a postconsulta donde se entregan las ordenes de ayudas diagnosticas y formula medica Olvido de impresión de plan de tratamiento No programar cita de control La regente al entregar la formula no indica a la paciente volver a postconsulta para la iniciación de tratamiento en el menor de 5 años | * Olvido del profesional acerca del direccionamiento a pos consulta o la impresión de formula y/o ayudas diagnosticas * No indicar cita de control | * Quejas y reclamos. * Pérdida de credibilidad de imagen institucional. Insatisfacción del paciente | 3 | 1 | 1 | 3 | Bajo | 1.Recordacion por parte de la auxiliar de pos consulta | Auxiliar de posconsulta Enfermera administrativa | Permanente | Informe de no conforme |

|  | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|--|---|--------------------|--|
| | | VERSION | | PROCESO / SERVICIO | | | | | CODIGO | NUM | | |
| | | 6.0 | | GESTION DE CONTROL | | | | | GC-MRA | 317 | | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | | | PROCESO | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Consulta medica) Post consulta | No administración de la primera dosis de medicamento a los menores de 5 años No informar horarios de terapia respiratoria cuando el paciente lo requiera No acompañar a la gestante a las interconsultas de odontología, nutrición, psicología y vacunación No realizar la gestión administrativa de la referencia a especialidades No entrega de instrucciones de preparación para las ayudas diagnosticas que lo requieran Entrega incompleta de solicitudes de ayudas diagnosticas No reforzar la necesidad de acudir a control No realización de nota de postconsulta | <ul style="list-style-type: none"> Olvido de entrega de impresión de ayudas diagnosticas y/o formula medica Necesidad de atender varios pacientes simultáneamente Desconocimiento de los horarios de atención de terapia respiratoria para los pacientes que lo requieran Caída del sistema de las ERP para la gestión de referencias Desconocimiento de ayudas diagnosticas que requieren preparación Olvido de entrega de las instrucciones de preparación para ayudas diagnosticas y la educación para su cumplimiento | <ul style="list-style-type: none"> No administración de primera dosis de tratamiento a los menores de 5 años Deserción de los pacientes Pérdida del turno para la toma de ayudas diagnosticas por inadecuada preparación Insatisfacción del usuario Quejas y reclamos. Reprocesos | 9 | 3 | 6 | 162 | Moderado | 1. Establecer dentro de las agendas de posconsulta algún tipo de señal que alerte sobre los pacientes menores de 5 años que requieren inicio de tratamiento (vía oral) 2. Priorizar los pacientes menores de 5 años, gestantes y adultos mayores 3. Mantener a la vista los horarios de atención de terapia respiratoria 4. Mantener a la mano instructivos sobre preparación de ayudas diagnosticas y listado de las ayudas diagnosticas que requieren preparación provistas por el Imágenes 5. Retroalimentación a ERP sobre las caídas del sistema 6. Revisión aleatoria por parte de la enfermera del servicio respecto a la gestión administrativa de la referencia cuando hay caída del sistema de la ERP | Auxiliar de posconsulta Directores operativos Enfermera administrativa Imágenes diagnosticas Enfermeras asistenciales | Permanente | indicaciones de preparación provistas por imágenes Listado de ayudas diagnosticas que requieren preparación Horario de atención de terapia respiratoria a la vista |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Consulta de enfermería) Llamar, confirmar e identificar al paciente, saludar y presentarse | Inadecuada identificación del paciente | <ul style="list-style-type: none"> Debilidad en planes de inducción Desconocimiento del protocolo de identificación inequívoca del paciente Paciente mal informante No adherencia al protocolo de identificación inequívoca de pacientes Demanda alta de pacientes en el servicio Homonimos Vulneración de los derechos de los pacientes (trato digno) Paciente irascible, no dispuesto a la presentación del personal. No apropiación del protocolo, por parte del personal Impuntualidad en el cumplimiento de citas | <ul style="list-style-type: none"> Incidente y/o eventos clínicos relacionados con la identificación del paciente Aumento en la incidencia de Quejas y reclamos Demandas jurídicas Pérdida de credibilidad de la imagen institucional Pérdida financiera por glosas por error en la identificación. Sobre costos Diagnóstico equivocado Plan de tratamiento equivocado Insatisfacción del usuario | 8 | 7 | 5 | 280 | Alto | 1. Desplegar y evaluar el protocolo de identificación inequívoca de pacientes 2. Estandarizar y fortalecer el plan de inducción, donde se dé a conocer el protocolo de identificación del paciente | Enfermera | Permanente | 1. Listas de asistencia 2. Evaluaciones 3. Formato de inducción |
| | Vulneración de los derechos de los pacientes | <ul style="list-style-type: none"> Desconocimiento de los derechos y deberes por parte del talento humano Debilidades en el despliegue institucional de los derechos y deberes Problemas de comunicación del usuario | <ul style="list-style-type: none"> Trato no humanizado hacia el usuario Incidentes y/o Eventos clínicos relacionados con la identificación del paciente Aumento e incidencia de Quejas y reclamos. Pérdida de credibilidad de imagen institucional. Reproceso Agresión hacia el talento humano | 7 | 2 | 5 | 70 | Moderado | | | | |
| | Caídas del sistema de información SIOS | <ul style="list-style-type: none"> Mal uso de los equipos por parte del talento Humano Deficiente mantenimiento de equipos No actualización de software o hardware Talento humano con deficientes destrezas en el manejo de tecnología Debilidad en la capacitación al talento humano en el uso de la tecnología Retraso en el tiempo de consulta Pérdida de historia clínica en sistema Reproceso de atención | <ul style="list-style-type: none"> Retraso en la atención Aumento en la incidencia de quejas y reclamos Incidentes y/o Eventos adversos Resultados erróneos Pérdida de credibilidad de imagen institucional. Aumento de los costos Insatisfacción del usuario | 7 | 5 | 7 | 245 | Alto | 1. Solicitud a la oficina de Sistemas de Información, implementar plan de inducción que fortalezca el uso adecuado de los equipos y software de Pasto Salud ESE. 2. Fortalecer el reporte de las caídas del sistema que genere un plan de acción que disminuya estos eventos. | 1. Oficina de Comunicaciones y Sistemas 2. Directores Operativos de Red | Permanente | 1. Formato de inducción. 2. Reportes de caídas del sistema |
| | Errónea identificación de pacientes | <ul style="list-style-type: none"> No adherencia al protocolo de "identificación inequívoca de pacientes" Ingreso de datos incompletos Errores en caligrafía Problemas de comunicación (idioma, discapacidad, estado del paciente) Sobrecarga de trabajo Tachones enmendaduras en la identificación | <ul style="list-style-type: none"> Incidentes y/o eventos adversos por error en la identificación glosas perdida de la imagen institucional aumento de costos demandas jurídicas | 8 | 7 | 3 | 168 | Moderado | | | | |

|  | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|-----------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------|-------------------------|---|------------------------------|--------------------|---|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | CODIGO | NUM | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | PROCESO | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| | No identificación para la atención de pacientes en situación de vulnerabilidad y población con características particulares | <ul style="list-style-type: none"> * Debilidad en los planes de inducción * Desconocimiento del protocolo * Paciente mal informante * Profesional con poca destreza para indagación de pacientes * Confidencialidad por parte del usuario para brindar información | <ul style="list-style-type: none"> * Quejas y reclamos * Pérdida de la imagen institucional * Sobre costos * Reconsultas | 9 | 3 | 5 | 135 | Moderado | | | | |
| | Anamnesis y examen físico deficiente | <ul style="list-style-type: none"> * Desconocimiento de los aspectos a tener en cuenta al realizar anamnesis y examen físico * Debilidad en la adherencia a guías y protocolos. * Sobrecarga laboral. * Falta de habilidades y competencias del personal en la realización de anamnesis y examen físico * Deficiente diligenciamiento del registro clínico. * Problemas de comunicación usuario * Tiempo de consulta limitado | <ul style="list-style-type: none"> * Incidentes y/o Eventos adversos * Diagnóstico errado * Fallas terapéuticas * Pérdida de credibilidad de imagen institucional. * Glosas. * Aumento de los costos * Reprocesos * Probables demandas | 7 | 5 | 4 | 140 | Moderado | | | | |
| | Diagnóstico y plan de tratamiento errado | <ul style="list-style-type: none"> * No adherencia a rutas integrales para la promoción y mantenimiento de salud * Tiempo de consulta limitado * Poca destreza por parte de los profesionales en el diligenciamiento de anexos al registro clínico (registros de medidas antropométricas) * Registros de la historia clínica en físico * Debilidad en la adherencia a guías y protocolos adoptados por la Empresa | <ul style="list-style-type: none"> * Incidentes y/o Eventos adversos * Fallas terapéuticas * Aumento de incidencias de Quejas y reclamos. * Demandas. * Pérdida de credibilidad de imagen institucional. * Glosas. * Aumento de los costos * Reprocesos | 8 | 5 | 4 | 160 | Moderado | | | | |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (consulta de enfermería) | <ul style="list-style-type: none"> * Información incompleta a los usuarios y familia del plan de tratamiento en atención ambulatoria * El usuario no comprende la educación brindada por el personal de salud * No brindar educación a los pacientes con respecto a su tratamiento. | <ul style="list-style-type: none"> * No adherencia al plan de tratamiento de las guías y protocolos. * Tiempo limitado de la atención * Sobrecarga laboral. * Falta de habilidades y competencias del personal en manejo y educación de su tratamiento * Deficiente diligenciamiento del registro clínico. * Problemas de comunicación del usuario * No adherencia al protocolo de comunicación e información a usuarios y su familia. * Falta de compromiso por parte del personal * Por condición clínica y socio cultural del paciente por dialectos e idiomas | <ul style="list-style-type: none"> * Incidentes y/o Eventos adversos * Fallas terapéuticas * Fallas en la adherencia a su tratamiento * Quejas y reclamos. * Demandas. * Pérdida de credibilidad de imagen institucional. * Glosas. * Aumento de los costos * Reprocesos * Reingresos | 9 | 5 | 7 | 315 | Alto | 1. Reforzar el conocimiento y entendimiento de las guías y protocolos que requieren educación al paciente. 2. Talleres para fortalecer la comunicación asertiva. | Directores Operativos de Red | Permanente | 1. Lista de asistencia a capacitaciones. 2. Plan Institucional de Calidad. |
| Realizar anamnesis y evaluación de necesidades al ingreso | Realizar examen físico | Definir diagnóstico | Definir plan de tratamiento | Comunicar del plan de tratamiento | Realizar indicaciones de tratamiento educación | Educar al Paciente | 10. Finalizar la consulta | | | | | |
| | Baja calidad del registro de la historia clínica en atención de enfermería | <ul style="list-style-type: none"> * Debilidad en los planes de inducción relacionada con el registro adecuado, según guías y protocolos en atención ambulatoria. * Insuficiencia en el tiempo de atención. * Sobrecarga laboral. * Falta de habilidades y competencias del personal en el manejo de SIOS historias clínicas. * Paciente mal informante * Problemas de comunicación usuario * Desconocimiento del manual de historia clínica | <ul style="list-style-type: none"> * Incidentes y/o Eventos adversos * Fallas terapéuticas * Aumento de incidencia de Quejas y reclamos. * Demandas jurídicas * Glosas. * Aumento de los costos * Reprocesos | 7 | 3 | 7 | 147 | Moderado | | | | |
| | No identificación del riesgo de caídas | <ul style="list-style-type: none"> * Desconocimiento del talento humano del protocolo de prevención de caídas * No adherencia al protocolo de prevención de caídas * Problemas de comunicación con el usuario. * Debilidad en proceso de inducción. | <ul style="list-style-type: none"> * Incidentes y/o Eventos adversos relacionados con caídas * Quejas y reclamos. * Demandas. * Pérdida de credibilidad de imagen institucional. * Aumento de los costos | 5 | 4 | 2 | 40 | Bajo | | | | |

|  | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|---|---|--------------------|--------------------|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | CODIGO | NUM | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | PROCESO | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| | Riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud | <ul style="list-style-type: none"> * Desconocimiento del talento humano del protocolo de higiene de manos. * No adherencia al protocolo de higiene de manos. * Escasas rondas de seguridad. * Falta de estandarización de instrumentos para verificación | <ul style="list-style-type: none"> * Incidentes y/o Eventos adversos secundarios a inadecuada higiene de manos. * Quejas y reclamos. * Demandas. * Pérdida de imagen institucional. * Aumento de los costos * Reprocesos * Hospitalizaciones evitables | 5 | 3 | 2 | 30 | Bajo | | | | |
| | Fallas en equipos médicos | <ul style="list-style-type: none"> * Inoportuno mantenimiento y calibración de equipos biomédicos. * Mal uso de equipos biomédicos por parte del talento Humano. * Deficiente capacitación en uso de equipos biomédicos | <ul style="list-style-type: none"> * Diagnostico errado * Quejas, reclamos * Incidentes y/o Eventos adversos relacionados con el funcionamiento inadecuado de equipos biomédicos * Resultados erróneos * Quejas y reclamos. * Demandas. * Pérdida de imagen institucional. * Aumento de los costos * Reprocesos | 5 | 2 | 2 | 20 | Bajo | | | | |
| | Entendimiento del paciente y la familia sobre su autocuidado, que conlleve a la continuidad del tratamiento | <ul style="list-style-type: none"> * Desconocimiento de la información a brindar al usuario y su familia * Falta de habilidades y competencias del personal en manejo y educación de su tratamiento * El Acompañante del paciente varía en cada consulta. * Problemas de comunicación del usuario * Debilidad en la aplicación de comunicación redundante cuando se explica el plan de manejo instaurado. | <ul style="list-style-type: none"> * Incidentes y/o Eventos adversos * Fallas en la terapéuticas * Fallas en la adherencia a su tratamiento * Quejas y reclamos. * Demandas. * Pérdida de credibilidad de imagen institucional. * Glosas. * Aumento de los costos * Reprocesos | 7 | 5 | 2 | 70 | Moderado | | | | |
| | Deficiente referencia a programas de PyP | <ul style="list-style-type: none"> * Desconocimiento de las rutas de promoción y mantenimiento de la salud. * Deficiente inducción y reinducción en programas de promoción y mantenimiento de la salud. * Usuario renuente a la remisión a programas de PyP | <ul style="list-style-type: none"> * Incidentes y/o Eventos adversos * Aumento y/o mantenimiento de la morbilidad de la institución * Incumplimiento de metas de las RIAs. * Quejas y reclamos. * Pérdida de imagen institucional. * Aumento de los costos * Reprocesos | 7 | 5 | 2 | 70 | Moderado | | | | |
| | Errores en pertinencia en la prescripción de medicamentos | <ul style="list-style-type: none"> * Debilidad en la inducción y reinducción relacionada con el adecuado uso del sistema para la prescripción de medicamentos * Debilidad en la adherencia a guías y protocolos. * Falta de comunicación entre el equipo de salud (Q.F. - Enfermera. Ej.: desabastecimiento). * Falta de habilidades y competencias del personal en el manejo de SIOS historias clínicas. * Deficiente calidad en el registro clínico. | <ul style="list-style-type: none"> * Incidentes y/o Eventos adversos * Fallas terapéuticas * Quejas y reclamos. * Demandas. * Pérdida de credibilidad de imagen institucional. * Glosas. * Aumento de los costos * ReprocesosC320:E324 | 7 | 3 | 2 | 42 | Bajo | | | | |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Odontología) Llamar, confirmar e identificar al paciente. Saludar y Presentarse | Paciente mal identificado | <ul style="list-style-type: none"> *No adherencia al protocolo de identificación inequívoca por parte de odontólogo, auxiliar. *Falta de verificación de los datos del paciente. * Fallas en el proceso de inducción en temas relacionados con seguridad del paciente. * Fallas en el sistema de información (software) y equipo * Error en la impresión de agenda diaria (fecha y profesional) que facilita error en la identificación del paciente. * Error en la agenda de citas. * Programa de inducción y reinducción con deficiencias. * Homónimos en lista. * Asignación de cita errada. | <ul style="list-style-type: none"> * Posible evento clínico (Realizar procedimiento al paciente equivocado, imágenes diagnósticas tomadas al paciente equivocado). * Retraso en la atención. * Demandas por procedimientos errados * Mala imagen institucional * Glosas | 7 | 8 | 3 | 168 | Moderado | 1. Capacitación continua al personal sobre seguridad del paciente. 2. Auditoria y rondas de seguridad. 3. Revisión continua del equipos a quien corresponda. 4. Fortalecer la adherencia al protocolo de identificación inequívoca del paciente. 5. Mejorar el programa de inducción y reinducción. | <ul style="list-style-type: none"> * Equipo de seguridad del paciente. * Profesional universitario Odontóloga * Talento humano | | |

|  | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|--|---|--------------------|--|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | CODIGO | NUM | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | PROCESO | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Odontología) Realizar anamnesis y evaluación de necesidades al ingreso | No identificar riesgos (alergias, caídas, interacciones medicamentosas) | <ul style="list-style-type: none"> * Odontólogo no utiliza lenguaje apropiado para que el paciente refiera de manera completa sus antecedentes médicos u odontológicos personales * No preguntar los antecedentes médicos u odontológicos o hacerlo de manera incompleta. * No despliegue de los protocolos de identificación de alergias, caídas y conciliación medicamentosa * No verificar el historial médico del paciente. * No adherencia a protocolos de identificación de alergias, caídas y conciliación medicamentosa | <ul style="list-style-type: none"> * Posibles eventos clínicos * Definir un plan de tratamiento terapéutico o farmacológico inadecuado para el paciente. * Insatisfacción del usuario * Pérdidas económicas por demandas o glosas. | 7 | 8 | 4 | 224 | Alto | 1. Auditorías de historias clínicas, periódicas. 2. Actualización Procedimiento de atención odontológica. 3. Retroalimentación posterior al análisis de eventos clínicos, que generen aprendizaje y conduzca a mejores prácticas | <ul style="list-style-type: none"> * Auditoría * Profesional universitario- Odontóloga. * Equipo de seguridad del paciente | Permanente | Informe de auditoría formato 225 * Actas y listas de asistencia a retroalimentación |
| | No realizar evaluación de necesidades | <ul style="list-style-type: none"> Falta de tiempo por atrasos en la consulta que limita el tiempo para identificar todo tipo de necesidades. * Desactualización de guía de evaluación de necesidades odontológicas y de otro tipo. * No incluir necesidades de PyP | <ul style="list-style-type: none"> * No intervención de necesidades requeridas por el paciente * No cumplimiento de metas en RIAS | 7 | 3 | 4 | 84 | Moderado | | | | |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Odontología) Realizar examen físico | Tomar de manera incorrecta o no tomar signos vitales ni medidas antropométricas | <ul style="list-style-type: none"> * Fallas en la calibración o mantenimiento de equipos. * Falta estandarizar el método correcto para toma de signos vitales y medidas antropométricas. * No contar con los equipos necesarios. * Falta de tiempo por atrasos en la consulta. * Falta de adherencia al manual de diligenciamiento de historia clínica. | <ul style="list-style-type: none"> * Posibles Eventos clínicos * No cumplimiento de la normatividad de historia clínica * Pérdidas económicas por demandas | 5 | 5 | 3 | 75 | Moderado | | | | |
| | Fallas en el diligenciamiento del ordinograma | <ul style="list-style-type: none"> * No verificar a través de doble vía con la auxiliar de odontología. * Falta de experticia del personal auxiliar o del odontólogo * Fallas en el proceso de inducción en temas relacionados con manejo del diligenciamiento del ordinograma y SIOS. * Falta aplicación de métodos diagnósticos completos por parte del odontólogo (inspección, percusión, palpación). * Consulta de urgencias en alto volumen. * Falta de tiempo para realizar correctamente el ordinograma. * Fallas en la identificación de la morfología dental | <ul style="list-style-type: none"> * Diagnóstico inadecuado * Realizar un procedimiento incorrecto. * Posibles eventos clínicos. * Plan de tratamiento no correspondiente a la patología del paciente. * Insatisfacción del usuario * Pérdida de credibilidad ante los grupos de interés. * Pérdidas económicas por demandas o glosas. | 8 | 8 | 3 | 192 | Moderado | 1. Auditorías de historias clínicas que evalúen el ordinograma. 2. Reforzar y controlar que el chequeo en doble vía se realice (odontólogo - auxiliar) 3. Capacitación en correcto examen físico 4. Despliegue del protocolo de comunicación asertiva del equipo de salud 5. Rondas de seguridad | | | |
| | No hacer examen estomatológico o realizarlo de manera incompleta. | <ul style="list-style-type: none"> * Falta de tiempo por atrasos en la consulta. * No adherencia al manual de diligenciamiento de historia clínica odontológica. | <ul style="list-style-type: none"> * Diagnóstico inadecuado. * Plan de tratamiento inadecuado. * Posibles Eventos clínicos * Insatisfacción del usuario. * Demandas | 5 | 6 | 3 | 90 | Moderado | | | | |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Odontología) Diligenciar RIPS | Fallas en el diligenciamiento de RIPS | <ul style="list-style-type: none"> * Desconocimiento del registro de acuerdo a las RIAS. * Programa de inducción y reinducción deficiente. | <ul style="list-style-type: none"> * Reprocesos por parte del odontólogo y el facturador. * Atrasos en la atención odontológica * Errores de facturación. * Pérdida económica por glosa. | 5 | 1 | 2 | 10 | Bajo | | | | |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Odontología) Definir diagnóstico | Diagnóstico inadecuado | <ul style="list-style-type: none"> * Examen estomatológico mal realizado o incompleto. * No adherencia a guías y protocolos. * Desconocimiento de los códigos CIE10 * Diagnóstico realizado no se encuentra en CIE10 | <ul style="list-style-type: none"> * Eventos clínicos al realizar o no procedimientos odontológicos indicados. * Plan de tratamiento terapéutico o farmacológico inadecuado. * Pérdida de credibilidad ante los grupos de interés. * Pérdidas económicas por demandas o glosas. | 5 | 7 | 3 | 105 | Moderado | | | | |

|  | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|------------------|------------------------------|--------------------|--------------------|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | CODIGO | NUM | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | PROCESO | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Odontología) Definir plan de tratamiento | Errores en la formulación de medicamentos (medicamento, presentación, cantidad, dosis y tiempo) | <ul style="list-style-type: none"> * Falta de comunicación entre el personal de farmacia y el odontólogo cuando los medicamentos no están disponibles. * No adherencia guías de práctica clínica. * No verificar la fórmula médica antes de guardarla en sistema. * No diligenciamiento o error en algunos de los ítems requeridos en la formulación (presentación cantidad, dosis, tiempo) | <ul style="list-style-type: none"> Plan de tratamiento terapéutico o farmacológico inadecuado. * Posibles eventos clínicos al realizar un plan de tratamiento terapéutico o farmacológico inadecuado. * Reprocesos por necesidad de cambio de formulación. * Insatisfacción del usuario * Demandas económicas y/o glosas. | 5 | 7 | 3 | 105 | Moderado | | | | |
| | Error en el diligenciamiento de la orden de ayuda diagnóstica (Rx) | <ul style="list-style-type: none"> * No adherencia al protocolo para toma de radiografías de uso odontológico. * No verificar el correcto y completo diligenciamiento de la orden antes de guardarla en el sistema. * Interferencias o fallas en el sistema de información. * Uso incorrecto de los códigos CUPS | <ul style="list-style-type: none"> Toma de imagen diagnóstica en la pieza dentaria incorrecta. * Pérdida de tiempo del paciente * Atrasos en el tratamiento. * Insatisfacción del mismo. * Reprocesos * Sobrecostos | 7 | 3 | 4 | 84 | Moderado | | | | |
| | Error en el área anatómica de la toma de la ayuda diagnóstica (Rx) | <ul style="list-style-type: none"> * No verificar adecuadamente la orden enviada por el odontólogo, por parte de quien realiza la toma de Rx * Orden mal diligenciada que no incluya área anatómica o especifique pieza dentaria . * Paciente mal identificado. * Paciente con comportamiento negativo no colaborador para RX?? | <ul style="list-style-type: none"> * Posible evento clínico * Exposición a radiación innecesaria * Pérdida de tiempo del paciente * Insatisfacción del mismo. * Demandas | 5 | 6 | 1 | 30 | Bajo | | | | |
| | Imagen diagnóstica distorsionada (de mala calidad) | <ul style="list-style-type: none"> * No adherencia al protocolo para la toma de radiografías de uso odontológico. * Paciente con comportamiento negativo o reflejo nauseoso incrementado. * Posible falla del equipo de Rx | <ul style="list-style-type: none"> * Posibles eventos clínicos. * Errores en diagnóstico y plan de tratamiento. * Pérdida de tiempo del paciente * Insatisfacción del mismo. * Reprocesos. * Demandas | 5 | 6 | 3 | 90 | Moderado | | | | |
| | Imagen diagnóstica no entregada | <ul style="list-style-type: none"> * Fallas en el correo electrónico y del servicio de internet. * Falta de tiempo por atrasos en la consulta | <ul style="list-style-type: none"> * Cancelación de procedimiento programado. * Pérdida de tiempo del paciente. * Reprogramación de cita del paciente, en espera de entrega de imagen diagnóstica. * Insatisfacción del paciente | 7 | 3 | 1 | 21 | Bajo | | | | |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Odontología) Definir pronóstico | Error al establecer el pronóstico | <ul style="list-style-type: none"> * Errores en la anamnesis y examen estomatológico * Falta de ayudas diagnósticas. * No adherencia al manual de diligenciamiento de historia clínica. * Diagnóstico errado * No entendimiento por parte del paciente. | <ul style="list-style-type: none"> * Insatisfacción del paciente. * Deserción del paciente. * Demandas | 3 | 5 | 1 | 15 | Bajo | | | | |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Odontología) Diligenciar consentimiento informado o disentimiento informado | <ul style="list-style-type: none"> * Fallas al diligenciar el consentimiento o el disentimiento informado. * No explicación suficiente y clara al paciente sobre el procedimiento (s) a realizar. | <ul style="list-style-type: none"> * No verificar la comprensión del paciente en cuanto a lo propuesto en el consentimiento informado o disentimiento * No adherencia al instructivo de diligenciamiento de consentimiento informado. * No adherencia al paquete instruccional para garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado. * Uso de lenguaje inapropiado que no facilita la comprensión del paciente. * Estado emocional del paciente. * Falta de tiempo por atrasos en la consulta | <ul style="list-style-type: none"> * Insatisfacción del paciente * Demandas | 7 | 8 | 3 | 168 | Moderado | | | | |
| | Caída de paciente | <ul style="list-style-type: none"> * Pisos mojados sin señalización. * Por distracción del paciente * Falla estructural (defectos en pisos, ausencia de barandas en escaleras, deterioro de pisos) * Medicamentos que esté tomando el paciente y favorezcan su caída. * Déficit sensitivo motor (alteración visual, auditiva de extremidades). * Por el estado mental del paciente | <ul style="list-style-type: none"> * Eventos clínicos relacionados con caídas. * Sobrecostos que puede generar la atención del paciente posterior a la caída * Demandas | 7 | 8 | 3 | 168 | Moderado | | | | |

|  | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|---|---|--------------------|--|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | CODIGO | NUM | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | 6.0 | GESTION DE CONTROL | | | | | | | GC-MRA | 317 | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | | | PROCESO | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Odontología) Atención inicial de urgencias, ejecución, evolución del tratamiento y ordenamientos | Error en el diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> * Anamnesis incompleta o mal diligenciada. * No adherencia a guías y protocolos * Falta de tiempo por atrasos en la consulta. * Ausencia de campos de examen extra e intraoral en la historia sistematizada de urgencia odontológica. | <ul style="list-style-type: none"> * Tratamiento inadecuado. * Posibles Eventos clínicos * Reingreso del paciente a consulta de urgencias | 7 | 7 | 5 | 245 | Alto | 1. Incluir en la historia clínica odontológica los campos de examen extra e intraoral, de registro obligatorio. 2. Auditoría de historias clínicas. | <ul style="list-style-type: none"> * Profesional universitaria odontóloga * Oficina asesora de comunicación y Sistemas. * Comité de historia clínica | Dic 30 de 2019 | Campos de historia clínica odontológica de urgencias, ajustada |
| | Error en la medicación | <ul style="list-style-type: none"> * No preguntar los antecedentes médicos u odontológicos o hacerlo de manera incompleta. * No despliegue de los protocolos de identificación de alergias, caídas y conciliación medicamentosa * No adherencia a protocolos de identificación de alergias, caídas y conciliación medicamentosa. * No verificar el historial médico del paciente. * Comunicación no asertiva entre paciente y odontólogo. * Falta de tiempo por atrasos en la consulta | <ul style="list-style-type: none"> * Posibles eventos clínicos * Insatisfacción del sumario. * Deserción del usuario * Demandas | 5 | 4 | 2 | 40 | Bajo | | | | |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Odontología) Diligenciar registro | Falla en el registro | <ul style="list-style-type: none"> * No realizar comunicación en doble vía entre odontólogo y auxiliar * No realizar de manera adecuada el examen clínico. * No adherencia a guías de práctica clínica y protocolos * Falta de tiempo o atrasos en la consulta * Copiar y pegar plantillas pre-establecidas que no reflejan el estado actual del paciente | <ul style="list-style-type: none"> * Inadecuado diagnóstico * Inadecuado tratamiento * Posibles eventos clínicos * Insatisfacción del usuario * Deserción del usuario * Glosas | 5 | 5 | 3 | 75 | Moderado | | | | |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Odontología) Educar al paciente | Mala comunicación en el proceso de atención | <ul style="list-style-type: none"> * No verificar necesidades de atención e programas de promoción y prevención. * No verificación de la información al paciente realizando preguntas de la información dada. * No competencias comunicacionales del profesional o de la auxiliar de odontología. * No informar al paciente sobre el portafolio de servicios. * No capacidad de informar la relevancia de la continuidad del tratamiento. * No adherencia a protocolo de información y educación al usuario. | <ul style="list-style-type: none"> * No tener los adecuados autocuidados en casa. * Mal manejo de las recomendaciones generando posibles eventos clínicos. * Efectos colaterales en medicamentos. * No inclusión del paciente en actividades de P y P, cuando se ha detectado esta necesidad. * Insatisfacción del paciente. * Glosas * Demandas | 7 | 5 | 3 | 105 | Moderado | 1. Retroalimentar al paciente durante todo el proceso de atención, dejando registro en la historia clínica. 2. Rondas de seguridad, indagando al paciente sobre la educación brindada. 3. Talleres o formación en competencias comunicacionales | <ul style="list-style-type: none"> * Profesional universitario - Odontología * Líder de Seguridad del paciente. * Talento humano | Permanente | |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Odontología) Finalizar consulta | Fallas en el diligenciamiento del documento "boleta" de facturación. | <ul style="list-style-type: none"> * Uso incorrecto de los códigos CUPS. * Contar en algunas sedas con una auxiliar para dos (2) odontólogos, facilitando el error. * Reprocesos | <ul style="list-style-type: none"> * Retrasos en la atención. * Reprocesos * Fallas en facturación * Glosas | 7 | 4 | 3 | 84 | Moderado | | | | |
| | No brindar información clara en el proceso de remisiones | <ul style="list-style-type: none"> * No adherencia al Manual de Referencia. * Programa reinducción y reinducción deficiente * Falta de tiempo | <ul style="list-style-type: none"> * Mal manejo de las recomendaciones generando posibles complicaciones o deterioro de la salud bucal. * Pérdida de tiempo del paciente. * Insatisfacción del paciente * Demandas | 7 | 6 | 5 | 210 | Moderado | | | | |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Odontología) Contingencia para casos en los cuales se presentan fallas en el sistema | <ul style="list-style-type: none"> * No implementar el plan de contingencia. * Demora en el inicio del plan de contingencia. * No transcripción de la historia manual a la sistematizada, posterior al plan de contingencia | <ul style="list-style-type: none"> * Fallas en el programa de inducción y reinducción. * No adherencia al plan de contingencia definido. * No disponibilidad de tiempo adicional para transcribir la información a la historia sistematizada. | <ul style="list-style-type: none"> * Pérdida de información al no transcribir la historia manual al sistema. * Retraso en la atención del paciente. * Afectación del clima laboral | 7 | 5 | 2 | 70 | Moderado | | | | |

| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | | | PROCESO | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | |
|---|---|---|---|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|--|------------------------------|--------------------|--------------------|
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| <p>PROCESO GESTION AMBULATORIA (Vacunación)</p> <p>Realizar búsqueda activa del usuario, demanda inducida o seguimiento a cohorte de nacido vivo</p> | <p>* Reporte inoportuno o insuficiente de Cohorte de Nacido Vivo por parte de Secretaría Municipal de Salud.</p> <p>*Información demográfica correspondiente al nombre del barrio o municipio de residencia que causa confusión y limita la búsqueda activa.</p> <p>*No realización de búsqueda activa</p> <p>*No aceptación de los padres o cuidador del niño para incluirlo en el programa de vacunación.</p> | <p>*Personal insuficiente para realizar búsqueda activa con la metodología "barrido casa a casa"</p> <p>*Seguimiento inoportuno la cohorte de nacido Vivo.</p> <p>*Datos demográficos incorrectos que limitan el seguimiento estricto a la Cohorte.</p> <p>*Parto domiciliario sin registro del recién nacido que limita su seguimiento.</p> <p>*Creencias culturales que limitan la aceptación de ella vacunación.</p> | <p>*No captación de la población del Programa Ampliado de Inmunización (PAI).</p> <p>*Población susceptible de sufrir una enfermedad inmunoprevenible.</p> <p>* No cumplimiento de las metas de vacunación dadas por la Secretaría de Salud Municipal.</p> | 9 | 5 | 3 | 135 | Moderado | | | | |
| <p>PROCESO GESTION AMBULATORIA (Vacunación)</p> <p>Llamar, e identificar al paciente.</p> | <p>Identificación errada del paciente.</p> | <p>*Debilidad en planes de inducción donde se de a conocer el protocolo de identificación inequívoca del paciente .</p> <p>*No adherencia al protocolo de identificación Inequívoca de paciente</p> <p>*Demanda alta de pacientes en el servicio</p> <p>*Homónimos</p> | <p>* Vacunación al paciente errado (Evento clínico).</p> <p>* Colocación del biológico errado.</p> <p>* Demora en la atención.</p> <p>* Insatisfacción del usuario o padre de menor.</p> <p>* Pérdida de confianza en el servicio de vacunación.</p> <p>* Deserción del paciente</p> | 7 | 5 | 3 | 105 | Moderado | 1.Desplegar y evaluar el protocolo de identificación inequívoca de pacientes | | | |
| <p>PROCESO GESTION AMBULATORIA (Vacunación)</p> <p>Saludar y Presentarse</p> | <p>*Vulneración de los derechos de los pacientes (Trato digno)</p> <p>*Trato poco amable por parte del auxiliar de enfermería.</p> | <p>*No reconocimiento de la importancia de presentarse ante el usuario, como un componente de humanización.</p> <p>*Alta Demanda de pacientes.</p> <p>*Estrés laboral</p> | <p>*Insatisfacción del usuario</p> <p>*Deterioro de la imagen institucional.</p> <p>*Quejas</p> | 7 | 2 | 5 | 70 | Moderado | | | | |
| <p>PROCESO GESTION AMBULATORIA (Vacunación)</p> <p>Identificar los riesgos y necesidades del usuario</p> | <p>*No aplicación del biológico correspondiente</p> <p>*Oportunidades perdidas en vacunación.</p> <p>*No identificación de las contraindicaciones para la aplicación de biológicos</p> | <p>*Inadecuada cualificación del talento humano asignado al PAI. (desconocimiento del esquema de vacunación).</p> <p>*No tener en cuenta las condiciones socioeconómicas del usuario postergando la cita para vacunación.</p> <p>*Deficiente interrogatorio sobre contraindicaciones para cada uno de los biológicos a aplicar.</p> <p>*El menor asiste con un cuidador diferente a los padres y/o no presenta carné de vacunación, ni conoce el esquema de vacunación del usuario.</p> <p>*Falta de insumos (biológico y/o jeringas) para la prestación del servicio.</p> <p>* Usuarios y /o padres o cuidadores de los menores mal informantes.</p> | <p>*Población susceptible a sufrir una enfermedad inmunoprevenible.</p> <p>*Incumplimiento de metas de vacunación, contratadas.</p> <p>*Incluir la enfermedad en el usuario y convivientes inmunosuprimidos.</p> <p>*Insatisfacción del usuario.</p> <p>*Revacunación a usuarios que no presenten carné de vacunación.</p> <p>*Complicaciones en aquellos usuarios que estén cursando alguna patología que contraindique la vacunación.</p> <p>*Presencia de reacciones anafilácticas.</p> | 7 | 4 | 2 | 56 | Bajo | | | | |
| <p>PROCESO GESTION AMBULATORIA (Vacunación)</p> <p>Diligenciar RIPS</p> | <p>*Registro inadecuado de los datos de información del usuario.</p> <p>*Facturar el servicio al usuario equivocado.</p> <p>*No facturación del servicio.</p> <p>*Facturación inoportuna del servicio</p> | <p>* No adherencia al protocolo de identificación inequívoca del paciente.</p> <p>* Usuarios no creados en el sistema SIOS.</p> <p>* Bases de datos de verificación de usuarios no disponibles.</p> <p>* Alto flujo de pacientes.</p> <p>*Falta motivación de las auxiliares de enfermería.</p> <p>* Falta de talento humano en momentos de contingencia.</p> <p>* Dificultad con la funcionalidad de SIOS en el módulo de facturación y disponibilidad de internet .</p> <p>* Estrés laboral</p> | <p>* Insatisfacción del usuario por demora en la atención.</p> <p>* Registro inadecuado de la información de usuarios atendidos.</p> <p>* Discrepancias entre los registros en SIOS, registros diarios de vacunación y aplicativo nominal PAIWEB.</p> <p>*Glosas por las EAPB que contratan la prestación el servicio de vacunación.</p> <p>*Pérdida de credibilidad e imagen institucional por las ERP</p> | 9 | 4 | 2 | 72 | Moderado | | | | |
| <p>PROCESO GESTION AMBULATORIA (Vacunación)</p> <p>Informar y educar al usuario y/o su familia sobre la aplicación del biológico</p> | <p>Efectos secundarios o morbilidad ocasionada por el proceso de inmunización que pueden ser leves o graves.</p> | <p>*Educación inadecuada de los cuidadores postvacunales.</p> <p>* Saturación de información al usuario o cuidador de los menores en el momento de la atención.</p> <p>*Capacidad comunicativa inadecuada de las auxiliares de enfermería asignadas al servicio de vacunación</p> | <p>*Identificación inoportuna de efectos secundarios relacionados con la aplicación de biológicos</p> <p>*Secuelas que puedan ocasionar eventos clínicos.</p> <p>*Insatisfacción del usuario</p> <p>*Negativa a posterior vacunación por parte de los padres o cuidadores.</p> <p>* Aumento de costos por atención en salud</p> <p>* Pérdida de credibilidad e imagen institucional</p> <p>* Posibles sanciones por los entes de control</p> <p>* Aumento de costos por atención en salud, si se presentan eventos clínicos</p> | 10 | 6 | 3 | 180 | Moderado | | | | |

|  | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|--|--|--|---------------------------------------|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | CODIGO | NUM | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | 6.0 | GESTION DE CONTROL | | | | | | | GC-MRA | 317 | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | | | PROCESO | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Vacunación) Aplicar biológico | *No adherencia al "Manual técnico administrativo del PAI", en el Módulo de aplicación de biológicos y vacunación segura" (y dosis inadecuadas , jeringas y agujas incorrectas). * En vacunas orales, vómito franco inmediatamente después del suministro del biológico. *En biológicos inyectables aplicación al usuario en sitio anatómico diferente o superficialmente por sostenerlo inadecuadamente. (errores programáticos) * Inadecuada reconstitución de biológicos * Falta de insumos (biológico y/o jeringas) para la prestación del servicio. | *Falta capacitación de los Lineamientos del "Manual Técnico Administrativo del PAI" *Plan de inducción insuficiente. * No adherencia a los Lineamientos y Manual Técnico Administrativo del PAI. *Demanda alta de pacientes en el servicio. *Desabastecimiento de biológicos e insumos desde el Ministerio de Salud y Protección Social. *Inadecuada adherencia al protocolo de Seguridad del Paciente. *Oportunidades perdidas en vacunación | *Población asignada para el PAI a quienes no se les aplica el biológico. * Presencia y brotes de enfermedades InmunoPrevenibles * Incumplimiento de metas del PAI *Evento clínico (Errores programáticos. ESAVIs (Evento supuestamente atribuido a la vacunación o inmunización) *Insatisfacción del usuario *Pérdida de credibilidad e imagen institucional. *No continuidad del esquema de vacunación por negativa del usuario o de los padres o cuidadores. | 8 | 7 | 4 | 224 | Alto | 1.Seguimiento a la adherencia al Manual técnico administrativo del PAI Modulo de aplicación de biológicos y vacunación segura. 2. Plan de inducción estructurado para las auxiliares de enfermería del PAI, estandarizarlo para todas las IPS de Pasro Salud ESE. 3.Supervisión aleatoria del procedimiento de vacunación. 4. Implementar una herramienta de fácil consulta, referente a la reconstitución de biológicos, tipo de jeringas y sitio anatómico de la aplicación del biológico y su respectivo despliegue. 5. Estandarizar las listas de verificación | Profesional de Enfermera asignada al PAI o (LA SAS PROVEEDORA DE TALENTO HUMANO) | Permanente y según lineamientos del Ministerio | Listas de verificación estandarizadas |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Vacunación) Finalizar la atención | * Diligenciamiento inadecuado del carné de vacunación. * No enfatizar sobre los efectos secundarios y cuidados post vacunales. *No dar indicaciones sobre signos de alarma post vacunación, que requieran consulta. * Cuando hay ausencia de biológicos, no realización de seguimiento de la población no vacunada por esta causa. * No devolver los biológicos e insumos en las condiciones requeridas, posterior a la vacunación extramural. * Registros inadecuados o insuficientes en los formatos del PAI. | *Alta demanda de pacientes. *No adherencia al "Manual técnico administrativo del PAI" en lo referente al sistema de información requerido por el Ministerio, garantizando la calidad del dato. *Múltiples recomendaciones cuando se aplican varios biológicos, de difícil recordación por parte del usuario, padres o cuidadores. * Posibilidad de accidente con pérdida o deterioro de biológicos. | * Cumplimiento de metas del PAI inferiores al 95%. *Riesgo de exposición a enfermedades InmunoPrevenibles, cuando no se ha completado el esquema de vacunación acorde a la edad o condiciones del paciente. * Pérdida injustificada de biológicos e insumos del PAI. *No concordancia dentro de los diferentes sistemas de información (Plantilla de dosis aplicadas, Carné de vacunación, Registro diario de vacunación, Aplicativo nominal PAIWEB y Cohorte de nacido vivo). * Pérdida o deterioro de biológicos o insumos del PAI * Posibles sanciones por los entes de control. | 9 | 4 | 4 | 144 | Moderado | | | | |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Vacunación) Ingresar información al PAIWEB, SIOS y registros diarios | *Usuarios que fueron vacunados pero no fueron registrados oportunamente o no se registran. * Registros inadecuados o insuficientes en los formatos del PAI. | * No conocimiento del "Manual técnico administrativo del PAI" en lo referente al sistema de información requerido por el Ministerio, garantizando la calidad del dato. *No adherencia al "Manual técnico administrativo del PAI" en lo referente al sistema de información requerido por el Ministerio, garantizando la calidad del dato. *Alta demanda de pacientes. * Falta de talento humano en momentos de contingencia. * Dificultad con la funcionalidad del aplicativo nominal PAIWEB y disponibilidad de internet | *No concordancia dentro de los diferentes sistemas de información (Plantilla de dosis aplicadas, Registro diario de vacunación, Aplicativo nominal PAIWEB y Cohorte de nacido vivo). *Modificación de los Indicadores del PAI por información incompleta o que no se ingresa. *No concordancia entre existencia de insumos Biológicos y jeringas) que realmente se tiene en existencias con los que registra el aplicativo PAIWEB. *Requerimiento por parte de las EAPB y entes de control por el ingreso inoportuno o incorrecto de la información generada en el PAI. | 10 | 5 | 2 | 100 | Bajo | | | | |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Vacunación) Generar informes mensuales | *No diligenciar todos los campos que requiere la plantilla de dosis aplicadas de biológicos. *No consignar las firmas de los responsables de la elaboración y revisión de los informes del PAI. *No cumplir con el cronograma de entrega de informes del PAI programado por la Secretaría Municipal de Salud. | *No adherencia al "Manual técnico administrativo del PAI" en lo referente al sistema de información requerido por el Ministerio, garantizando la calidad del dato. *Inadecuado diligenciamiento de los registros del PAI. *Alta demanda de pacientes. * Falta de talento humano en momentos de contingencia. * Dificultad con la funcionalidad del aplicativo nominal PAIWEB y disponibilidad de internet | *Inoportunidad en la entrega de informes mensuales del PAI *Posibles sanciones por los entes de control *No concordancia dentro de los diferentes sistemas de información (Plantilla de dosis aplicadas, Carné de vacunación, Registro diario de vacunación, Aplicativo nominal PAIWEB y Cohorte de nacido vivo) | 10 | 4 | 2 | 80 | Bajo | | | | |

|  | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|--|---|--------------------|---|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | CODIGO | NUM | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | PROCESO | | | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Vacunación) Reporte de Información | *No generar informes mensuales normados por el PAI. | *Entrega inoportuna de la información del PAI por los responsables de cada IPS. * Dificultad con la funcionalidad y disponibilidad de internet | *Inoportunidad en la entrega de informes mensuales del PAI. *Requerimiento por parte de las EAPB y entes de control por la entrega inoportuna de la información solicitada. | 10 | 4 | 2 | 80 | Bajo | | | | |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Vacunación) Seguimiento y evaluación | *Información incorrecta que se carga a los diferentes sistemas de información del PAI. *Falta de seguimiento en los diferentes componentes del PAI. *No se toman acciones correctivas ante las inconsistencias encontradas. | *Diligenciamiento inadecuado o incompleto de la información generada en el PAI. *No asignación de responsable para el seguimiento del PAI o incumplimiento de estas actividades. | *Incumplimiento de los indicadores del PAI. *Persisten las causas que afectan al cumplimiento de los indicadores del PAI. *Posibles sanciones por los entes de control. | 10 | 6 | 2 | 120 | Bajo | | | | |
| PROCESOGESTION AMBULATORIA (Servicio Extramural) Realizar demanda inducida | Bases de datos de la ERP desactualizadas. | Bases de datos de las EPS incompletas o incorrectas | * No cumplimiento de Metas Contractuales con las ERP. * Fallas en la efectividad de la demanda inducida. | 8 | 8 | 4 | 256 | Alto | 1.Solicitud por parte de la subgerencia de salud e investigación de Pasto Salud ESE a las ERP las bases de datos Actualizadas de manera trimestral | Subgerencia de salud e investigación | 31/12/2019 | Comunicado Oficial |
| | | Población Flotante. | | | | | | | 1.Educación por parte de atención al usuario a los pacientes sobre la importancia de entregar información correcta sobre sus datos personales para hacer los seguimiento respectivos. | Atención al usuario | Permanente | Grabaciones de llamadas al Call Center por parte de los Usuarios. |
| | | Usuarios reportan información errada frente a dirección y teléfono. | | | | | | | | | | |
| | Baja ejecución del cronograma de salidas | *Incapacidades médicas del talento humano *Reasignación de funciones de la persona que realiza actividad extramural, por necesidades del servicio | * No cumplimiento de Metas Contractuales con las ERP. * Fallas en la efectividad de la demanda inducida. | 7 | 5 | 2 | 70 | Moderado | 1.Coordinar con apoyo del talento humano de la Red la provisión del personal que se requiera. 2.Reasignar funciones a un colaborador diferente al que realiza las salidas. | Apoyo en el talento humano de la Red | Permanente | Reporte de novedades e Incapacidades Talento Humano |
| PROCESOGESTION AMBULATORIA (Servicio Extramural) Canalización | Usuarios remitidos por colectivas, no atendidos | * Capacidad institucional instalada no suficiente. *Desarticulación de Colectivas con las IPS de Pasto Salud * Usuario no entendió las instrucciones dadas durante la canalización. | * Paciente no atendido con necesidades detectadas por el grupo de Colectivas. * Negación del paciente a volver al servicio *Pérdida de credibilidad en Pasto Salud ESE por parte del usuario. *Cumplimiento parcial en lo misional, en lo relacionado con mejorar la salud de la población. | 7 | 5 | 6 | 210 | Moderado | | | | |
| PROCESOGESTION AMBULATORIA (Servicio Extramural) Visita domiciliaria | * No identificación de usuarios en las bases de datos de las EPS con posibles necesidades de salud. *No encontrar al usuario en su domicilio. * No se encuentra el domicilio del usuario. * No realización de visita a usuarios detectados con necesidad de seguimiento desde los servicios asistenciales de Pasto salud ESE. | * Bases de datos de las EPS incompletas. O desactualizadas. * Realización de visitas domiciliarias en horarios laborables. * Usuarios reportan información errada frente a dirección y teléfono. * No actualización de datos básicos en la historia clínica | *Paciente no identificado en bases de datos con necesidades de atención en salud. * Paciente no atendido con necesidades de inclusión en alguna de las RIAS o requerimiento de atención por consulta de morbilidad, lo cual puede generar deterioro posterior de su salud. *No cumplimiento de Metas Contractuales con las EPS. | 7 | 7 | 6 | 294 | Alto | 1.Capacitación al personal de SIAU y al de Pre y Postconsulta sobre la relevancia de la actualización de datos demográficos del usuario. 2.Retroalimentar al equipo de salud sobre la importancia del diligenciamiento del formato "Plan de choque" o del cuaderno de "Casos especiales" que permitan hacer seguimiento efectivo a los usuarios que lo requieran. | * Enfermeras con funciones administrativas de cada red. | Permanente | * Listas de asistencia a capacitación. * Verificando la realización de visitas domiciliarias, según el reporte diario de "Plan de choque" y el cuaderno de "casos especiales". *Número de pacientes captados para RIAS desde la visita domiciliaria |
| PROCESOGESTION AMBULATORIA (Servicio Extramural) Barridos casa a casa | * Diligenciamiento inadecuado del formato Búsqueda activa Comunitaria - BAC- * No identificar de manera adecuada a la población a Riesgo. * Error en los datos demográficos del usuario, objeto de búsqueda. | * Poca habilidad del Auxiliar extramural para indagar y registrar las variables contenidas en la búsqueda activa comunitaria . | * Capacitación deficiente respecto a técnica de indagación sobre casos sospechosos de una enfermedad de interés de Salud Pública. * Posible presencia de Brotes de una enfermedad InmunoPrevenible. * Visita fallida, generando reprocesos y pérdida económica. | 5 | 5 | 5 | 125 | Moderado | | | | |

|  | | MATRIZ DE IDENTIFICACION, ANALISIS, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE RIESGOS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|---|---|--------------------|--|
| | | VERSION | PROCESO / SERVICIO | | | | | | | CODIGO | NUM | |
| FECHA DE ACTUALIZACION: | | ABRIL 2020 | PROCESO | | | | MACROPROCESO MISIONAL | | | | | |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA | CAUSAS DE FALLA | EFFECTOS DE LA FALLA | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCION / BARRERA | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA |
| PROCESOGESTION AMBULATORIA (Servicio Extramural) Jornadas de promoción y mantenimiento de la salud | <ul style="list-style-type: none"> No identificación de necesidades de atención en listado de estudiantes según afiliación, igualmente en albergues, jóvenes con responsabilidad penal, población vulnerable (trabajadoras sexuales, habitantes de calle, desplazados), que permita planear las jornadas de promoción y mantenimiento de la salud. No adherencia a las RIAS Identificación inequívoca del paciente. Paciente no se encuentra en base de datos. No alistamiento de todos los elementos requeridos. Daño de la unidad móvil, cuando se requiere. | <ul style="list-style-type: none"> Falta de adherencia a las Rutas de promoción y mantenimiento de la salud, según curso de vida. Identificación errónea del paciente por falta de adherencia al "Protocolo de identificación inequívoca del paciente". Base de datos no actualizada o no se encuentra el paciente por error en la identificación. No aplicación de lista de chequeo de todos los insumos requeridos para la jornada y condiciones de la unidad móvil. Falta de capacitación al talento humano sobre las rutas de promoción y mantenimiento de la salud. | <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico o tratamiento al paciente errado. No inclusión del paciente en la RIA adecuada. Atención y plan de manejo errado por no adherencia a las RIA Pérdida de la credibilidad en la Empresa. Insatisfacción en la atención por parte del usuario | 7 | 5 | 4 | 140 | Moderado | | | | |
| PROCESOGESTION AMBULATORIA (Servicio Extramural) Procesos de formación | <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico no adecuado de las necesidades de la población a intervenir. Generalizar el diagnóstico de necesidades identificadas en la población a intervenir. No aplicación de contenidos de los procesos de formación a la comunidad. Metodología aplicada, no aceptada por parte de la comunidad. No lograr el impacto deseado en la comunidad. No cumplimiento del cronograma planteado. | <ul style="list-style-type: none"> Interpretación errónea de las necesidades identificadas por la comunidad. Ocultamiento de necesidades por condiciones socioculturales. Se priorizan las necesidades mas frecuentes y no se intervienen todas las necesidades. La gran cantidad de actividades a realizar, favorece que se confunda la aplicación de los contenidos. No identificar las diferentes formas de aprendizaje de la comunidad. Débil mecanismo de evaluación del impacto de los procesos de formación en la comunidad. Falta de interés por parte de la comunidad con respecto a la salud y autocuidado. Falta de credibilidad en la administración municipal. | <ul style="list-style-type: none"> Aumento de riesgos sicosociales en la población. Población con mayor riesgo de enfermedad por no adoptar medidas de autocuidado y la aplicación de estilos de vida saludable No cambio del comportamiento de la comunidad. Comunidad insatisfecha cuando no se cumple con sus expectativas No aceptación por parte de la comunidad de la metodología empleada. | 7 | 5 | 3 | 105 | Moderado | 1.Conformación de grupos pequeños con el fin de lograr mayor participación de la comunidad que permita detectar con mayor detalle las necesidades y metodología de formación a emplear. | * Responsables de las dimensiones y/o procesos y la profesional especializada área de la salud. | Marzo de 2020 | Conformación de grupos pequeños (máximo 20 personas) |
| PROCESOGESTION AMBULATORIA (Servicio Extramural) Eventos masivos | <ul style="list-style-type: none"> Inasistencia por parte de la comunidad convocada. No aceptación de la comunidad y de algunos Entes de Control de la utilización de espacios "culturales", para la realización de estos eventos. | <ul style="list-style-type: none"> Desinterés de la comunidad. No asistencia por efectos climáticos. La comunidad espera incentivos tangibles para participar. Múltiple información en un solo evento, que no es captada en su totalidad por la comunidad. No disponibilidad de espacios para eventos masivos. Cobro por parte de SAYCO y ACIMPRO por la utilización de música en los espacios utilizados. Falta colaboración por parte de las dependencias de la administración municipal. Recursos insuficientes para la ejecución de los eventos masivos, por parte del ente territorial. | <ul style="list-style-type: none"> Desaprovechamiento de la información masiva por parte de la comunidad convocada a difundir por el equipo de Acciones Colectivas. Aumento de riesgo de enfermedad prevenible o detectable oportunamente. Desperdicio del recurso utilizado. | 7 | 4 | 3 | 84 | Bajo | | | | |
| PROCESOGESTION AMBULATORIA (Servicio Extramural) Piezas comunicacionales | <ul style="list-style-type: none"> No eficiencia de la pieza comunicacional. | <ul style="list-style-type: none"> Información errada y / o distorsionada en la pieza comunicacional. Utilización de lenguaje técnico. No identificación por parte de la comunidad de elementos propios de su cultura. Poca comprensión de parte del equipo de comunicaciones de la idea inicial construida con la comunidad | <ul style="list-style-type: none"> No impacto positivo de la pieza comunicacional en la comunidad. Desperdicio de recurso. | 5 | 3 | 3 | 45 | Bajo | | | | |
| APROBADO POR: | NOMBRES Y APELLIDOS | NOHORA CECILIA ESPINOZA PERES | | | | FIRMA | | | | | | |
| | CARGO | SUBGERENTE DE SALUD E INVESTIGACION | | | | Original Firmado | | | | | | |
| | LIDER DEL PROCESO | | | | | | | | | | | |