

FECHA DE ACTUALIZACION:

MAYO 2021

PROCESO

MACROPROCESO MISIONAL

| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO           | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)                   | CAUSAS DE FALLA(error)  | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)   | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCIÓN (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCIÓN / BARRERA  | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA   | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA  |
|---|--|---|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|---|--|--------------------|---|
| PROCESO GESTION DE LABORATORIO<br>Fase preanalitica | Inoportunidad en la realización de los exámenes                      | Falta de insumos, toma y transporte inadecuado de muestras.   | Retraso en decisiones medicas- deterioro del paciente, insatisfacción del paciente, incidentes y eventos adversos                          | 8                                 | 5                | 1                                | 40  | Bajo                    | 1.Plan de adquisiciones trimestral, con presupuesto asignado<br>2.Contar con un plan alterno que garantice los resultados<br>3. Pt. Toma y transporte de muestras   | Líder de laboratorio   | 30/06/2022         | Estudios previos, cargue a bionexo y contrato con Glico!<br>Lista de verificación condiciones para traslado de muestras de laboratorio clínico. |
|   | Atención de paciente equivocado                                      | No apego a protocolo de toma de muestra   | Equivocación y retraso en decisiones medicas,deterioro clínico del paciente  | 5                                 | 8                | 2                                | 80  | Moderado                | 1. Pt-identificación inequívoca del paciente, chequeo cruzado, identificación redundante.<br>2. Correlación con resultados históricos del paciente  | Todo el personal de laboratorio  | 30/06/2022         | Listas de de verificación de toma de muestras en laboratorio clínico  |
|   | Preparación inadecuada previa para la toma y recolección de muestras | Falta de información al usuario<br>Desconocimiento del instructivo de recomendaciones previas a la toma de laboratorio por parte del personal | Rechazo del paciente, no toma o recibo de muestras, insatisfacción, retraso en el diagnostico y tratamiento, incidentes y eventos adversos | 10                                | 6                | 2                                | 120 | Moderado                | 1. Instructivo de recomendaciones para la toma de muestras en laboratorio clínico.<br>2. Capacitación al personal de pos consulta<br>3. Formatos impresos con recomendaciones para el paciente que asiste a laboratorio | Todo el personal de laboratorio y asistencial  | 30/06/2022         | Formato de registro de pacientes no atendidos en laboratorio clínico<br>Listas de asistencia a capacitaciones                                   |
| PROCESO GESTION DE LABORATORIO<br>Fase analítica    | No procesamiento de muestras   | Fallas en los equipos, perdida de la muestra, duplicidad en la rotulación de la muestra, fallas eléctricas                                    | Retraso en decisiones medicas- deterioro del paciente, insatisfacción del paciente, incidentes y eventos adversos                          | 7                                 | 4                | 1                                | 28  | Bajo                    | 1.Plan de mantenimiento y calibración de equipos<br>2. Pt-identificación inequívoca de paciente<br>3 Planta eléctrica   | Gerencia de la Tecnología<br>Laboratorio clínico   | 30/06/2022         | Lista de seguimiento a mantenimiento y calibración equipos biomedicos - laboratorio clínico   |
| PROCESO GESTION DE LABORATORIO<br>Fase analitica    | Error en el resultado  | Transcripción, no validación del responsable  | Error en la toma de decisiones medicas, deterioro clínico del paciente, incidentes, eventos adversos, insatisfacción del paciente          | 7                                 | 8                | 4                                | 224 | Alto                    | 1.Código de barras para las muestras.<br>2. Alertas visuales<br>3. Validación de resultados   | Todo el personal de laboratorio  | 30/06/2022         | Software de laboratorio, alertas visuales en HC<br>Lista verificación y validación resultados laboratorio clínico en historia clínica           |
|   | Inoportunidad en el cargue y reporte de resultados                   | No sistematización de algunos resultados, sobrecarga laboral, exceso de confianza, fallas de conectividad                                     | Retraso en decisiones medicas- deterioro del paciente, eventos adversos, incidentes, PQR   | 9                                 | 5                | 4                                | 180 | Moderado                | 1.Software de laboratorio<br>2.Validación de resultados   | Gerencia de la información<br>Personal de laboratorio                                    | 30/06/2022         | Software de laboratorio, alertas visuales en HC<br>Lista verificación y validación resultados laboratorio clínico en historia clínica           |
|   | No identificación y reporte oportuno de resultados críticos          | No apego a protocolo de alertas tempranas frente a valores críticos en laboratorio clínico  | Retraso en decisiones medicas- deterioro del paciente, eventos adversos, incidentes, PQR   | 10                                | 10               | 3                                | 300 | Alto                    | 1.Protocolo de alertas tempranas frente a valores críticos en laboratorio clínico<br>2.Capacitación al personal de laboratorio, medicos y enfermeras  | Todo el personal de laboratorio/ Sistemas de Información/Personal medico y de enfermería | 30/06/2022         | Alertas Visuales<br>Registro de valores criticos<br>Indicador de oportunidad de entrega de resultados criticos en laboratorio                   |
|   | Error en la entrega de resultado                                     | No adherencia al protocolo de identificación<br>No identificación redundante<br>Sobredemanda de pacientes                                     | Retraso en decisiones medicas- deterioro del paciente, eventos adversos, incidentes, PQR   | 5                                 | 7                | 3                                | 105 | Bajo                    | 1. Pt-identificación inequívoca del paciente, chequeo cruzado, identificación redundante.   | Todo el personal de laboratorio  | 30/06/2022         |   |

FECHA DE ACTUALIZACION:

MAYO 2021

PROCESO

MACROPROCESO MISIONAL

| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO  | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)          | CAUSAS DE FALLA(error)  | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)   | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCION (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCIÓN / BARRERA   | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA            | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA   |
|--|---|---|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|--|---|--------------------|--|
| PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA<br><br>Llamar, identificar y confirmar al paciente                                 | Asignación inadecuada de citas para imagenología            | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Desconocimiento de criterios de agendamiento de citas para imagenología</li> <li>* Falta de despliegue de información al personal nuevo de SIAU y CALL CENTER de cada red.</li> <li>* Falta de concentración por parte del personal encargado de asignación de citas.</li> <li>* Falta de retroalimentación con el usuario de la información dada, fecha, hora lugar y preparación.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Reprogramación del estudio</li> <li>* Retraso en el diagnóstico y tratamiento del usuario.</li> <li>* Eventos clínicos</li> <li>* Insatisfacción del usuario</li> <li>* Queja y reclamo</li> <li>* Sobrecostos</li> </ul>   | 9                                 | 5                | 2                                | 90  | Moderado                | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Manual de preparaciones para estudios de imagenología (ext)</li> <li>2. Capacitación en manual de preparación de estudios de imagenología</li> <li>3. Volantes de preparación</li> </ul>                 | Lider del proceso y coordinadora de IRS | 30/06/2022         | Lista de asistencia a capacitación y entrega de material<br>Material de capacitación<br>Volantes de preparación para consulta del personal que asigna citas  |
|  | Identificación inadecuada del paciente                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>* No adherencia al guía de identificación inequívoca del paciente.</li> <li>* Alta demanda de usuarios.</li> <li>* Distracción por parte del personal encargado.</li> <li>* Exceso de confianza al desarrollar actividades mecánicas</li> <li>* Estrés laboral.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Posible evento clínico</li> <li>* Pérdida de confiabilidad frente a los resultados entregados</li> <li>* Sobre exposición a radiación por estudio incorrecto.</li> <li>* Mala imagen de la empresa.</li> <li>* Sobrecostos</li> <li>* Insatisfacción del usuario</li> </ul>   | 5                                 | 5                | 2                                | 50  | Bajo                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Guía de identificación inequívoca de pacientes</li> <li>2. Manual de imagenología (ext)</li> </ul>   | Lider del proceso y coordinadora de IRS | 30/06/2022         | Informe de auditoria de adherencia a la guía de identificación del paciente<br>Resultados de rondas de seguridad de la ESE y del IRS<br>Lista de verificación de adherencia a la identificación inequívoca de tercerizados |
| PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA<br><br>Recibir paquete clínico y verificar preparación e identificación de riesgos | Orden médica sin datos clínicos básicos completos           | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Falta de adherencia del personal médico a diligenciar los datos clínicos básicos en la solicitud de la ayuda diagnóstica.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Reprogramación del estudio</li> <li>* Retraso en la atención del usuario</li> <li>* Insatisfacción del usuario</li> <li>* No asegurar un reporte confiable por parte del especialista del servicio de imagenología</li> </ul>   | 5                                 | 5                | 2                                | 50  | Bajo                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Circular de Subgerencia de salud solicitando a los profesionales adherirse a los datos básicos clínicos para solicitar imágenes diagnósticas</li> </ul>  | Lider del proceso y coordinadora de IRS | 30/06/2022         | Indicador de ordenes con datos clínicos básicos en imagenología<br>Retroalimentación a los responsables-DOR  |
|  | Mala preparación del usuario                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Inadecuada información de la preparación del estudio por parte del personal que asigna la cita</li> <li>* Falta de comprensión del usuario.</li> <li>* Orden medica mal generada</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Reprogramación de cita</li> <li>* Retraso en diagnóstico y tratamiento.</li> <li>* Insatisfacción del paciente</li> <li>* Sobrecostos</li> <li>* Quejas y reclamos</li> </ul>  | 8                                 | 6                | 2                                | 96  | Moderado                | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Manual de preparaciones para estudios de imagenología (ext)</li> <li>2. Capacitación en manual de preparación de estudios de imagenología</li> <li>3. Volantes de preparación</li> </ul>                 | Lider del proceso y coordinadora de IRS | 30/06/2022         | Informe de auditoria de adherencia a la guía de identificación del paciente<br>Resultados de rondas de seguridad del IRS<br>Lista de verificación de adherencia a la identificación inequívoca de tercerizados             |
|  | Retraso en la atención del usuario para la toma del examen. | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Alta demanda de usuarios de urgencias</li> <li>* Texto no legible en facturación manual</li> <li>* Estrés laboral.</li> <li>* Factura mal generada por comparativas y proyecciones adicionales</li> <li>* Cita mal asignada por numero de estudios</li> <li>* Desconocimiento y no adherencia de los criterios de priorización de los usuarios.</li> <li>* Desconcentración del personal para atención</li> <li>* Inadecuada priorización de pacientes para su atención</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* PQR.</li> <li>* Mala imagen de la empresa</li> <li>* Pérdidas económicas para la empresa.</li> <li>* Demandas por mala toma del procedimiento</li> <li>* Retraso en el diagnóstico y tratamiento</li> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Paciente en ayuno que puede generar mareo, lipotimia o caída.</li> </ul> | 9                                 | 5                | 2                                | 90  | Moderado                | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Protocolo de atención prioritaria y código de colores en imagenología</li> <li>2. Procedimiento de admisión, toma, interpretación, entrega de resultado de imagenología y rechazo de estudios</li> </ul> | Lider del proceso y coordinadora de IRS | 30/06/2022         | Informe de auditoria de adherencia a la guía de identificación del paciente<br>Resultados de rondas de seguridad del IRS<br>Lista de verificación de adherencia a la identificación inequívoca de tercerizados             |

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

| FECHA DE ACTUALIZACION:   |  | MAYO 2021  |  | PROCESO                           |                  | MACROPROCESO MISIONAL            |     |                         |  |  |                             |   |
|---|--|--|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|--|--|-----------------------------|---|
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO   | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)           | CAUSAS DE FALLA(error)   | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)   | 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  |
| <b>PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA</b><br>Ingresar al usuario a sala de imagenología.                     | Caida de pacientes   | * Condiciones del paciente no comunicadas al servicio de imagenología que comprometen la seguridad del paciente.<br>* Edad avanzada.<br>* Ayuno prolongado.<br>* Dificultad para la deambulacion<br>*Infraestructura inadecuada (señalización, rampas, escaleras, pasamanos etc.<br>* Paciente con medicación<br>* Paciente con patología mental.<br>* Paciente con requerimiento de oxígeno   | * Posibles eventos clínicos<br>* Traumas en los pacientes.<br>* Retraso de atención de pacientes.<br>* Deterioro de las condiciones de salud del paciente  | 7                                 | 6                | 4                                | 168 | Moderado                | 1. Procedimiento de admisión, toma, interpretación, entrega de resultado de imagenología y rechazo de estudios.<br>2. Guía de prevención y reducción de frecuencia de caídas                 | Lider del proceso y coordinadora de IRS<br>Lider seguridad del paciente                                  | 30/06/2022                  | Informe de auditoria de adherencia a la guía de identificación del paciente<br>Resultados de rondas de seguridad de la ESE  |
|   | Transmisión de infecciones                                   | * Paciente con patología infecciosa, sin notificación a imagenología.<br>* No adherencia al protocolo de aislamiento<br>* No identificación del riesgo de transmisión de infecciones   | * Posibles eventos clínicos<br>* Aumento de IAAS<br>* Accidentes laborales<br>* PQR<br>* Demandas  | 9                                 | 8                | 3                                | 216 | Alto                    | 1. Protocolo de aislamiento<br>2. Protocolo de manejo de Covid-19  | Lider del proceso y coordinadora de IRS<br>Lider seguridad del paciente                                  | 30/06/2022                  | Resultados de rondas de seguridad de la ESE   |
| <b>PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA</b><br>Realizar protección radiológica                                 | Sobreexposición radiológica en pacientes y acompañantes      | * No adherencia al manual de radioprotección<br>* Paciente poco colaborador, principalmente menores de edad y pacientes con patología mental o en estado de embriaguez<br>*Falla en la protección radiológica  | * Posible evento clínico<br>* Insatisfacción del usuario<br>* Quejas y reclamos<br>* Demandas  | 8                                 | 3                | 2                                | 48  | Bajo                    | 1. Manual de imagenología<br>2. Manual de proyecciones radiológicas  | Lider del proceso y coordinadora de IRS<br>Lider seguridad del paciente                                  | 30/06/2022                  | Lista de chequeo de adherencia de los tecnólogos al manual de imagenología<br>Indicador de sobreexposiciones con causales   |
| <b>PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA</b><br>Tomar el estudio  | Toma de estudio incorrecto (lateralidad, estructura)         | * No adherencia al manual de imagenología<br>* Falta de aplicación de doble chequeo.<br>* Alta demanda de usuarios   | *Insatisfacción del usuario<br>*Sobre exposición a Radiación.<br>*Retraso en el diagnóstico y tratamiento.<br>*Mala imagen de la empresa.  | 7                                 | 6                | 2                                | 84  | Moderado                | 1. Manual de imagenología<br>2. Manual de proyecciones radiológicas  | Lider del proceso y coordinadora de IRS<br>Lider seguridad del paciente                                  | 30/06/2022                  | Lista de chequeo de adherencia de los tecnólogos al manual de imagenología<br>Indicador de sobreexposiciones con causales   |
| <b>PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA</b><br>Digitalizar, imprimir y enviar imágenes al PACS para radiología | Inadecuada digitalización de imágenes                        | * Daño en el digitalizador<br>*Inadecuada manipulación del chasis al momento de digitalizar la imagen.<br>* Inadecuada inducción y reinducción donde se capacite sobre el manejo del digitalizador, impresoras.<br>* No verificación por el personal del correcto funcionamiento de los equipos  | * Sobre exposición a Radiación.<br>* Inoportunidad en la atención de la agenda por retraso en la digitalización.<br>* Inoportunidad en la entrega de resultados<br>* Reprogramación de estudios<br>* Posibles eventos clínicos<br>*PQR | 8                                 | 6                | 2                                | 96  | Moderado                | 1. Manual de imagenología<br>2. Capacitaciones en resolución de fallas comunes<br>3. Mantenimiento preventivo de equipos   | Lider del proceso y coordinadora de IRS<br>Lider seguridad del paciente                                  | 30/06/2022                  | Lista de chequeo de adherencia de los tecnólogos al manual de imagenología<br>Formato de reentrenamiento en manejo de equipos<br>Lista de asistencia a capacitación |
|   | Inoportunidad en el envío y lectura de imágenes diagnosticas | *Ingreso errado de datos de usuario y accesos.<br>*Fallas del Software<br>*Fallas de Hardware<br>*Emergencias naturales.<br>*Hackers<br>*Pérdida o difícil localización de imágenes en sistemas informáticos<br>*Falla en la marcación y ubicación de las estructuras al momento de envío de imagen a lectura.<br>* Mala manipulación del programa carestream en el CR.<br>* Desconocimiento y manejo de los programas para digitalización | * Sobreexposición radiológica<br>* Insatisfacción del usuario.<br>* Queja, reclamos<br>* Posibles eventos clínicos<br>*Sobrecostos<br>*Demandas  | 8                                 | 5                | 4                                | 160 | Moderado                | 1.Inducción y reinducción en manual de imagenología<br>2.Revisión de estudios en sistemas informáticos PACS Y CANVAS.<br>3. Protección de información que minimicen la posibilidad de hackeo | * Coordinador de tecnólogos del proveedor del servicio de imagenología.<br>Tecnólogo<br>Área de sistemas | Periódica<br><br>Permanente | * Registros de inducción específica<br>*Visualizador PACS con estudios completos  |




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: | MAYO 2021 | PROCESO | MACROPROCESO MISIONAL |
|-------------------------|-----------|---------|-----------------------|

| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO  | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)  | CAUSAS DE FALLA(error)   | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)  | 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 DE IMAGENOLOGIA</p> <p>Tomar e imprimir foto ecográfica.</p>                            | Fallas en la entrega de imágenes al paciente profesional  | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Ingreso erróneo de datos de usuario en el ecógrafo</li> <li>*Fallas del Software</li> <li>*Fallas de Hardware</li> <li>*Emergencias naturales.</li> <li>*Pérdida de energía eléctrica</li> <li>* Manejo inadecuado de la videoprinter.</li> <li>* Mantenimiento inadecuado de la videoprinter.</li> <li>* Datos errados en la foto ecográfica.</li> <li>* Posible daño de la videoprinter</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Demora en el diagnóstico y tratamiento del paciente.</li> <li>*Queja y reclamos</li> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>*Mala imagen de la empresa.</li> <li>*Falta de credibilidad del resultado.</li> <li>*Demandas por entrega de resultado errado.</li> <li>*Diagnostico y tratamiento erróneo para el paciente.</li> </ul> | 5                                 | 4                | 2                                | 40  | Bajo                    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informes de mantenimiento y calibración de equipos</li> <li>2. Procedimiento para la atención de ecografías (ext)</li> </ol>  | Lider del proceso y coordinadora de IRS  | Periodico y permanente | Reportes de mantenimiento y calibración de equipos<br>Listado de asistencia a capacitación  |
| <p>PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA</p> <p>Entrega de imagen y registro de usuarios en base de datos</p>    | Error en el diagnóstico e interpretación  | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Ingreso erróneo de datos de usuario en el ecógrafo o la imagen</li> <li>* Transcripción incorrecta</li> <li>* No verificación de la transcripción por parte del Radiólogo</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Demora o error en el diagnóstico y tratamiento del paciente.</li> <li>*Mala imagen de la empresa.</li> <li>*Falta de credibilidad en el resultado.</li> <li>* Posible demanda por entrega de resultado errado.</li> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>*PQR</li> </ul>  | 6                                 | 6                | 4                                | 144 | Moderado                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Procedimiento para la atención de ecografías (ext)</li> <li>2. Procedimiento para la lectura y transcripción de estudios</li> </ol>   | Líder del proceso y coordinador de IRS   | Periodico y permanente | Listado de asistencia a capacitación<br>Registro de recibido de estudios donde se registra las entregas erróneas<br>Indicador de entregas erróneas  |
| <p>PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA</p> <p>Reporte de resultados críticos</p>                               | Inoportunidad en el reporte de resultados críticos  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Falla en la detección por calidad de la imagen</li> <li>* No reporte de resultados críticos</li> <li>* No adherencia al protocolo de resultados críticos en imagenología</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Demora en el manejo oportuno de usuarios con resultados críticos.</li> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Posibles demandas</li> <li>* PQR</li> </ul>  | 7                                 | 7                | 4                                | 196 | Moderado                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Protocolo de resultados críticos en imagenología</li> </ol>   | Lider del proceso y coordinador de IRS   | Periodico y permanente | Registro de entrega de resultados críticos<br>Oportunidad en la entrega de resultados críticos  |
| <p>PROCESO GESTION DE IMAGENOLOGIA</p> <p>Rechazo de placas y/o reportes por parte del médico tratante</p> | Rechazo de placas y/o reportes por parte del médico tratante  | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Ingreso erróneo de datos de usuario en el ecógrafo.</li> <li>* Imagen de mala calidad</li> <li>* No evidencia de todas las proyecciones</li> <li>* Imagen con lateralidad errada requeridas</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Sobreexposición</li> <li>*Demora en el diagnóstico y tratamiento del paciente.</li> <li>* Posibles eventos clínicos.</li> <li>*Mala imagen de la empresa</li> <li>*Falta de credibilidad del resultado.</li> <li>*Demandas</li> <li>*Pérdida de credibilidad en las competencias del personal</li> <li>*PQR</li> </ul>               | 8                                 | 6                | 3                                | 144 | Moderado                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Procedimiento para la atención de ecografías (ext)</li> <li>2. Procedimiento para la lectura y transcripción de estudios</li> </ol>   | Lider del proceso y coordinador de IRS   | Periodico y permanente | Indicador de pertinencia en informes diagnósticos   |
| <p>GESTION DEL SERVICIO FARMACÉUTICO</p> <p>Selección de productos farmacéuticos</p>                       | Inadecuada selección de productos farmacéuticos en cuanto a tipo y cantidad de cada uno de ellos  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Datos incorrectos de consumos históricos</li> <li>* No se presenta oportunamente la necesidad de inclusión de medicamentos, desde las IPS</li> <li>*No se presenta oportunamente la necesidad de exclusión de medicamentos, desde las IPS.</li> <li>*No adherencia a las guías de atención adoptadas en Pasto Salud ESE</li> <li>*Rotación alta del personal médico</li> <li>*Falta de conocimiento del listado básico institucional de medicamentos, por parte de médicos y odontólogos.</li> <li>* Cambio en el perfil epidemiológico de la empresa.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Pérdida económica por vencimiento o deterioro del producto farmacéutico.</li> <li>*Fallas en la atención por no disponibilidad del producto farmacéutico.</li> <li>* Pérdida de imagen institucional</li> <li>* Posibles eventos clínicos</li> </ul>  | 5                                 | 8                | 1                                | 40  | Bajo                    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Procedimiento de recepción, almacenamiento y control de inventarios.</li> </ol>  | Profesional universitaria del servicio farmacéutico<br>Directores técnicos del servicio farmaceutico | Permanente             | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indicador de demanda satisfecha de medicamentos.</li> <li>2. % de medicamentos vencidos o averiados</li> <li>3. Cronograma de pedido de medicamentos</li> <li>4. Plan anual de compras</li> <li>5. Actas de comité de farmacyo tecnovigilancia</li> <li>6. Listas de asistencia de despliegue del catalogo de medicamentos</li> </ol> |
|  | Desconocimiento de productos farmacéuticos que se incluyen en el catalogo y sobre los cuales no se ha realizado capacitación para su manejo | <ul style="list-style-type: none"> <li>* No se realiza trabajo de campo antes de incluir un producto farmacéutico para evaluar la necesidad de inclusión y su funcionalidad.</li> <li>* No se capacita al personal en el manejo del producto farmacéutico nuevo</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Eventos clínicos relacionados con productos farmacéuticos nuevos.</li> <li>* Quejas</li> <li>* Pérdida económica</li> </ul>  | 5                                 | 7                | 1                                | 35  | Bajo                    | <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ol> | Profesional universitaria del servicio farmacéutico<br>Directores técnicos del servicio farmaceutico | permanente             | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acta del comité de farmacia y terapeutica</li> <li>2. Registro de asistencia de capacitación y evaluación</li> <li>3.Reportes de farmacovigilancia</li> <li>4. Reportes de tecnovigilancia</li> </ol>   |

| FECHA DE ACTUALIZACION:   |   | MAYO 2021  |   |                                   | PROCESO          |                                  | MACROPROCESO MISIONAL |                         |  |  |                    |  |
|---|---|--|---|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|--|--|--------------------|--|
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO                                     | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)  | CAUSAS DE FALLA(error)   | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)  | 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   |
| GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO<br><br>Compra de productos farmacéuticos    | Desabastecimiento de productos farmacéuticos en Pasto Salud ESE   | *Inadecuada planeación de la compra de productos farmacéuticos.<br>* Demora en el proceso de contratación<br>* Presupuesto insuficiente<br>* Desabastecimiento de productos farmacéuticos en el mercado<br>*Situaciones de orden público   | *Eventos clínicos<br>*Incumplimiento de normatividad vigente.<br>*Pérdida de imagen institucional<br>* Insatisfacción del usuario | 7                                 | 10               | 1                                | 70                    | Moderado                | 1.Plan anual de adquisiciones<br>2.Compras semestral con entregas mensuales    | Profesional universitaria del servicio farmacéutico  | Mensual            | Indicador de demanda satisfecha<br>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.<br>* Laboratorios farmacéuticos que acondicionen sus medicamentos en presentaciones comerciales parecidas   | *Eventos clínicos relacionados con medicamentos<br>* Quejas y reclamos  | 8                                 | 8                | 1                                | 64                    | Bajo                    | 1.Protocolo de medicamentos LASA<br>2. Programa de farmacovigilancia           | Profesional universitaria del servicio farmacéutico<br>Directores técnicos del servicio farmaceutico | Permanente         | Reportes de farmacovigilancia<br>Actas de comité de farmaco y tecnovigilancia  |
|   | 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.<br>* No verificación de requisitos técnico legales durante la revisión de las ofertas.<br>* Proveedores no confiables eventualmente                                 | * Sanciones económicas por los Entes de control<br>* Posible cierre del establecimiento.<br>* Eventos clínicos                    | 1                                 | 9                | 3                                | 27                    | Bajo                    | 1.Estudios previos<br>2.Recepción técnica de productos farmacéuticos           | Profesional universitaria del servicio farmacéutico  | Permanente         | Contratos con el lleno de requisitos legales<br>Actas de recepción de productos farmacéuticos<br>Indicador de recepción de productos farmacéuticos |
| GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO<br><br>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.<br>*No adherencia al procedimiento de recepción técnica.<br>* No verificación de lo recibido con la contratado y facturado.<br>*Alto volumen de ingreso de productos farmacéuticos | *Sanciones económicas por los Entes de control<br>* Posible cierre del establecimiento.<br>* Eventos clínicos                     | 5                                 | 7                | 3                                | 105                   | Moderado                | 1.Adherencia al procedimiento de recepción técnica de productos farmacéuticos, | Profesional universitaria del servicio farmacéutico<br>Directores técnicos del servicio farmaceutico | Permanente         | * Actas de recepción de medicamentos y dispositivos médicos<br>* Indicador de recepción técnica.<br>* 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<br>* Múltiples actividades<br>*Necesidad inmediata de productos farmacéuticos   | *Eventos clínicos<br>* Pérdida económica<br>* Sanciones   | 5                                 | 8                | 3                                | 120                   | Moderado                | 1.Protocolo de inspección y muestreo de medicamentos                           | Directores técnicos del servicio farmaceutico y auxiliares de farmacia                               | Permanente         | *Actas de recepción de medicamentos y dispositivos médicos<br>* Indicador de recepción técnica.<br>* Informes de ronda de seguridad                |

|  |  | 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:   | MAYO 2021  |   |   | PROCESO                           |                  | MACROPROCESO MISIONAL            |     |                         |  |   |                    |   |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO   | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)                             | CAUSAS DE FALLA(error)  | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)  | 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  |
| GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO<br>Almacenamiento de productos farmacéuticos    | Deterioro y averías de productos farmacéuticos en las áreas de almacenamiento. | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Inadecuada infraestructura por no contar con los recursos necesarios en cuanto a espacio físico, condiciones ambientales, mobiliario y equipo</li> <li>* Falta de mantenimiento de termómetros y termohigrómetros.</li> <li>* Falta de calibración de termómetros y termohigrómetros.</li> <li>* No backup de termómetros y termohigrómetros cuando los de los servicios son llevados a mantenimiento o calibración.</li> <li>* Inadecuada programación de la compra y entrega de productos farmacéuticos superiores a la capacidad de almacenamiento</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pérdidas económicas por deterioro de productos farmacéuticos.</li> <li>* Posibles sanciones por los entes de control</li> <li>* Posibles eventos clínicos</li> </ul> | 2                                 | 10               | 2                                | 40  | Bajo                    | 1. Adherencia al procedimiento de almacenamiento de productos farmacéuticos                            | Directores técnicos del servicio farmacéutico y auxiliares de farmacia                            | Permanente         | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Indicador de productos farmacéuticos vencidos, averiados, obsoletos por trimestre..</li> <li>* Registro de condiciones de almacenamiento, temperatura y humedad.</li> <li>* Informe rondas de seguridad</li> </ul> |
|   | Aumento de medicamentos LASA   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Compra de medicamentos del mismo laboratorio farmacéutico que ofrecen iguales presentaciones comerciales para diferentes principios activos.</li> <li>* Semejanzas entre los nombres comerciales o marcas para los productos farmacéuticos.</li> <li>* Disponer de varias concentraciones para un mismo principio activo.</li> <li>* Disponer de varias formas farmacéuticas para un mismo principio activo.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Eventos clínicos</li> <li>* PQR</li> <li>* Pérdida económica</li> </ul>  | 7                                 | 8                | 2                                | 112 | Moderado                | 1. Adherencia el protocolo de medicamentos LASA  | Directores técnicos del servicio farmacéutico y auxiliares de farmacia                            | Permanente         | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Reportes de farmacovigilancia</li> <li>* Indicador de seguimiento a condiciones de almacenamiento</li> <li>* Actualización del protocolo de medicamentos similares LASA</li> </ul>                                 |
|   | * Pérdida de medicamentos de control especial.                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>* No adherencia a los protocolos de medicamentos de control especial</li> <li>* No garantizar la custodia de medicamentos de control</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Problemas legales, sanciones, pérdida económica.</li> <li>* Eventos clínicos.</li> </ul>   | 1                                 | 1                | 1                                | 1   | Bajo                    | 1. Adherencia al protocolo de medicamentos de control especial<br>2. Control de inventarios            | Directores técnicos del servicio farmacéutico Profesional universitaria del servicio farmacéutico | Permanente         | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Informes de control especial</li> </ul>  |
|   | Semaforización inadecuada de productos farmacéuticos                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>* No adherencia a protocolos de medicamentos LASA, de alto riesgo, procedimiento para control de obsolescencia.</li> <li>* Talento humano insuficiente</li> <li>* No disponibilidad de botones adhesivos</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Eventos clínicos</li> </ul>  | 7                                 | 9                | 2                                | 126 | Moderado                | 1. Instrumento de semaforización de medicamentos.<br>2. Aplicación del procedimiento de almacenamiento | Directores técnicos del servicio farmacéutico y auxiliares de farmacia                            | Permanente         | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Reportes de farmacovigilancia</li> <li>* Indicador de seguimiento a condiciones de almacenamiento</li> </ul>   |

FECHA DE ACTUALIZACION:

MAYO 2021

PROCESO

MACROPROCESO MISIONAL

| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO                                    | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)   | CAUSAS DE FALLA(error)  | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)  | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCIÓN (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCIÓN / BARRERA  | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA   | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA  |
|--|--|---|---|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|---|--|--------------------|---|
| GESTION DEL SERVICIO FARMACÉUTICO<br>Distribución de productos farmacéuticos | Inoportunidad en la entrega de los pedidos de productos farmacéuticos a las IPS  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Desabastecimiento de productos farmacéuticos en bodega central.</li> <li>* No disponibilidad de transporte.</li> <li>* Desabastecimiento de productos farmacéuticos en el mercado.</li> <li>* Inoportunidad en la realización del pedido por parte de la IPS</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Fallas en la atención</li> <li>* Posibles eventos clínicos.</li> <li>* Quejas</li> <li>* Pérdida de imagen institucional</li> </ul>  | 7                                 | 10               | 2                                | 140 | Moderado                | 1. Adherencia al procedimiento de distribución de productos farmacéuticos                                       | Profesional universitaria del servicio farmacéutico  | Permanente         | Indicador de oportunidad en la distribución de productos farmacéuticos  |
|  | Inconsistencias en los inventarios   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Entrega o recepción de productos farmacéuticos sin el respectivo movimiento de inventario en el sistema de información SIOS.</li> <li>* Deterioro o pérdida de productos farmacéuticos durante el transporte.</li> <li>* Préstamos de productos farmacéuticos entre servicios de las IPS sin registro de salida del inventario.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Reprocesos</li> <li>* Pérdidas económicas</li> <li>* Inoportunidad en la entrega de medicamentos</li> <li>* PQR</li> </ul>   | 9                                 | 2                | 2                                | 36  | Bajo                    | 1. Adherencia al procedimiento de Recepción, almacenamiento y control de inventarios de productos farmacéuticos | Profesional universitaria del servicio farmacéutico<br>Directores técnicos del servicio farmacéutico<br>Auxiliares de farmacia | Cada fin de mes    | % de faltantes de productos farmacéuticos<br>% de sobrantes de productos farmacéuticos<br>* Resultado de informes de inventario mensual |
|  | Deterioro y avería de productos farmacéuticos durante el transporte  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Transporte inadecuado de productos farmacéuticos, por desconocimiento del personal responsable.</li> <li>* Embalaje inadecuado de los productos farmacéuticos que se entregan al transportador</li> <li>* Transporte inadecuado de productos farmacéuticos, por no contar con los vehículos adecuados</li> <li>* Fallas en la conservación de la cadena de frío.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pérdida económica</li> <li>* Inoportunidad en la dispensación de medicamentos a los pacientes</li> <li>* No disponibilidad de productos farmacéuticos en las IPS</li> <li>* Posibles eventos clínicos.</li> <li>* PQR</li> </ul> | 2                                 | 5                | 2                                | 20  | Bajo                    | 1. Procedimiento de distribución de productos farmacéuticos<br>2. Recepción técnica                             | Profesional universitaria del servicio farmacéutico<br>Directores técnicos del servicio farmacéutico<br>Auxiliares de farmacia | Permanente         | % De productos vencidos, averiados  |
| GESTION DEL SERVICIO FARMACÉUTICO<br>Dispensación de productos farmacéuticos | No verificación y aclaración de la fórmula médica  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* No adherencia al procedimiento de dispensación.</li> <li>* Atención a varios servicios</li> <li>* Alta demanda de pacientes</li> <li>* Falta de conocimiento</li> <li>* Fallas en equipos de computo</li> <li>* Caída de las redes de comunicación</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Eventos clínicos</li> <li>* Pérdida de imagen institucional</li> <li>* Reprocesos</li> <li>* Demandas</li> <li>* Glosas</li> <li>* PQR</li> </ul>  | 5                                 | 10               | 1                                | 50  | Bajo                    | 1. Programa de farmacovigilancia<br>2. Procedimiento de dispensación  | Directores técnicos del servicio farmacéutico<br>Auxiliares de farmacia  | Permanente         | Gestión de reportes de farmacovigilancia<br>Formato de errores de fórmula médica  |
|  | Errores de dispensación (paciente, medicamento, forma farmacéutica, concentración, vida útil, educación al paciente, cantidad) | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Alta demanda del servicio</li> <li>* Falta inducción y reinducción</li> <li>* No realización de doble chequeo</li> <li>* Personal de servicio farmacéutico insuficiente o con otras funciones adicionales.</li> <li>* No adherencia al procedimiento de dispensación</li> <li>* No adherencia a protocolo de medicamentos LASA.</li> <li>* No aplicación de los correctos de dispensación de medicamentos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Posibles Eventos clínicos</li> <li>* Reprocesos</li> <li>* Pérdida de imagen institucional</li> <li>* Demandas</li> <li>* Posibles sanciones por entes de control.</li> <li>* PQR</li> </ul>                                     | 7                                 | 10               | 4                                | 280 | Alto                    | 1. Programa de farmacovigilancia<br>2. Procedimiento de dispensación<br>3. Programa de seguridad del paciente   | Profesional universitaria del servicio farmacéutico<br>Directores técnicos del servicio farmacéutico<br>Auxiliares de farmacia | Permanente         | Gestión de reportes de farmacovigilancia y eventos clínicos   |
|  | Inoportunidad en la entrega de productos farmacéuticos al paciente   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Desabastecimiento de productos farmacéuticos en el mercado</li> <li>* Desabastecimiento de productos farmacéuticos en Pasto Salud ESE</li> <li>* No se realiza el pedido a bodega central de manera oportuna.</li> <li>* Personal médico nuevo.</li> <li>* No adherencia a guías de manejo clínico</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Reprocesos</li> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Pérdida de imagen institucional</li> <li>* Quejas</li> </ul>  | 7                                 | 5                | 1                                | 35  | Bajo                    | 1. Seguimiento a la oportunidad y completitud en la entrega de medicamentos                                     | Profesional universitaria del servicio farmacéutico<br>Directores técnicos del servicio farmacéutico<br>Auxiliares de farmacia | Mensual            | Indicador de Demanda satisfecha de medicamentos.<br>Seguimiento a la entrega de medicamentos  |

| FECHA DE ACTUALIZACION:   |   | MAYO 2021  |   |                                   |                  | PROCESO                          |     | MACROPROCESO MISIONAL   |  |   |                    |  |
|---|---|--|---|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|--|---|--------------------|--|
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO   | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)  | CAUSAS DE FALLA(error)   | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)  | 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   |
| GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO<br><br>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<br>Desconocimiento del procedimiento de reporte y del programa de Farmacovigilancia<br>Desconocimiento de los resultados de la gestión realizada<br>Percepción de acciones punitivas ante el error.   | * Posibles eventos clínicos<br>* Insatisfacción del usuario.<br>* Posibles sanciones por antes de control<br>* Demandas   | 5                                 | 3                | 5                                | 75  | Moderado                | 1.Programa de farmacovigilancia<br>2.Programa de seguridad del paciente  | * Profesional universitaria del servicio farmacéutico.<br>* Profesional especializado área de la salud        | 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<br>* Desconocimiento de los riesgos asociados a medicamentos  | * Posibles eventos clínicos<br>* Insatisfacción del usuario<br>* Demandas<br>* Sanciones  | 5                                 | 7                | 4                                | 140 | Moderado                | 1.Programa de farmacovigilancia<br>2.Programa de seguridad del paciente  | * Profesional universitaria del servicio farmacéutico.<br>* Profesional especializado área de la salud        | Permanente         | Gestión de reportes clínicos relacionados con medicamentos.                              |
| GESTION DEL SERVICIO FARMACEUTICO<br><br>Tecnovigilancia  | No reporte de eventos clínicos a asociados al uso de dispositivos médicos   | * Deficiente cultura del reporte<br>* Desconocimiento del programa de Tecnovigilancia<br>*No retroalimentación de los resultados de la gestión realizada de los eventos clínicos.<br>* Percepción de acciones punitivas ante el error.<br>* Baja posibilidad de eventos ocasionados por dispositivos o equipos médicos<br>*No detección de riesgos asociados al uso de dispositivos médicos. | * Posibles eventos clínicos.<br>* Insatisfacción del usuario<br>* Demandas<br>* Sanciones por antes de control  | 7                                 | 3                | 5                                | 105 | Moderado                | 1.Programa de tecnovigilancia e Ingeniería Biomédica<br>2. Reportar desde el software "YO REPORTO"   | * Profesional universitaria del servicio farmacéutico<br><br>* Profesional especializada del área de la salud | Permanente         | % de reportes tecnovigilancia y su gestión   |
|   | No detección de problemas relacionados con equipos biomédicos y dispositivos médicos  | *Ausencia o no aplicación de barreras de seguridad por parte del equipo de salud<br>* Desconocimiento de los riesgos asociados a dispositivos médicos y equipos biomédicos   | * Posibles eventos clínicos<br>* Insatisfacción del usuario<br>* Demandas<br>* Sanciones  | 5                                 | 7                | 4                                | 140 | Moderado                | 1.Programa de tecnovigilancia<br>2.Programa de seguridad del paciente  | * Profesional universitaria del servicio farmacéutico.<br>* Profesional especializado área de la salud        | Permanente         | Gestión de reportes clínicos relacionados con dispositivos médicos y equipos biomédicos. |
| PROCESO GESTION Y ORIENTACION DEL USUARIO<br><br>Generar agenda de consulta externa de los servicios: medicina, odontología, enfermería, nutrición, psicología e imagenología | *Inoportunidad en la apertura de las agendas  | *Sobredemanda de pacientes<br>* Capacidad instalada insuficiente   | *No atención del usuario<br>*Demora en la atención<br>*Reprogramación de pacientes<br>*Perdida económica para la Institución  | 8                                 | 5                | 1                                | 40  | Bajo                    | 1.Informar oportunamente las novedades del personal asistencial por parte de las Direcciones Operativas de Red.<br>2.Registro de incumplimiento a la apertura de agendas | Directores operativos Auxiliares Administrativos SIAU   | 30/06/2022         | * Comunicaciones oficiales de incumplimiento a la apertura de agendas                    |
| PROCESO GESTION Y ORIENTACION DEL USUARIO<br><br>Identificación del usuario   | *No identificación del usuario  | * No actualización de datos<br>* Mala información o negación del usuario<br>*Falta de compromiso del personal con las directrices institucionales  | *Aumento de QR<br>*No atención del usuario<br>*Fallas en la humanización<br>*Demora en la atención<br>*Reprogramación de pacientes<br>*Perdida económica para la Institución<br>*Posibles eventos clínicos                              | 8                                 | 6                | 5                                | 240 | Alto                    | 1. Monitoreo aleatorio a la asignación de citas a través de la grabación de las mismas.  | Lider SIAU  | 30/06/2022         | * Informe de monitoreo de identificación de usuarios y comunicación oficial              |
| PROCESO GESTION Y ORIENTACION DEL USUARIO<br><br>Asignación de citas por cada servicio  | Inadecuada asignación de citas  | *Desconocimiento por parte del personal que da citas respecto a los profesionales que laboran o que están ausentes por alguna razón.<br>*Alta demanda de citas.<br>* Desconocimiento de la contratación vigente o cambios en la misma<br>*Desconocimiento de las RIAS<br>*Inoportunidad en el cambio de agenda   | *No atención del paciente.<br>*Insatisfacción del usuario<br>*Aumento de PQR<br>*Perdida de credibilidad en la Empresa.<br>*Perdida económica<br>*Insatisfacción de las ERP con las que se tiene contrato<br>*Posibles eventos clínicos | 8                                 | 5                | 3                                | 120 | Moderado                | 1.Adherencia al procedimiento de asignación de citas<br>2.Informar oportunamente las novedades de contratación por los responsables<br>3 Capacitación en las RIAS        | Directores Operativos Auxiliares Administrativos SIAU Subgerencia Financiera y comercial                      | 30/06/2022         | Listas de asistencia a capacitación  |



FECHA DE ACTUALIZACION:

MAYO 2021


PROCESO

MACROPROCESO MISIONAL

| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO   | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)     | CAUSAS DE FALLA(error)   | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)   | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCIÓN (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCIÓN / BARRERA  | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA                              | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA   |
|---|--|--|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|---|---|--------------------|--|
| <p>PROCESO GESTION Y ORIENTACION DEL USUARIO</p> <p>Entrega de información al usuario</p> | <p>Información inadecuada, o incompleta al usuario</p> | <p>*Fallas en la comunicación telefónica</p> <p>*Mal diligenciamiento en el registro de la cita.</p> <p>*Congestión de usuarios (ruido)</p> <p>*No adherencia al instructivo de asignación de citas</p> <p>*No registro de cita en el modulo de SIOS</p> | <p>*Insatisfacción por parte del usuario</p> <p>*Demora en la atención</p> <p>*Aumento de las PQR</p> <p>*Reprogramación de citas</p> <p>*Inasistencia del usuario a la cita</p> <p>*Perdida economica</p> | 9                                 | 5                | 4                                | 180 | Moderado                | <p>1. Monitoreo aleatorio a la asignación de citas a través de la grabación de las mismas.</p> <p>2. Adherencia al procedimiento de asignación de citas</p> | <p>Lider SIAU Auxiliares Administrativos SIAU- de Red</p> | 30/06/2022         | <p>* Informe de monitoreo de identificación de usuarios y comunicación oficial</p> <p>*Listas de asistencia a capacitación</p>         |
| <p>PROCESO GESTION Y ORIENTACION DEL USUARIO</p> <p>Usuario no asiste</p>                 | <p>Inasistencia de usuarios a la cita asignada</p>     | <p>*Falta de información para que el usuario realice la cancelación oportuna de la cita solicitada</p> <p>*Falta de sensibilización y compromiso del usuario</p> <p>*Tiempo prolongado para la asistencia a la cita asignada</p>                         | <p>Perdida económica para la empresa</p>   | 8                                 | 5                | 10                               | 400 | Alto                    | <p>1. Análisis causal de la inasistencia</p> <p>2. Plan de acción para intervenir frente a las causas identificadas</p>                                     | <p>Lider SIAU</p> <p>DOR</p>                              | 30/06/2022         | <p>* Analisis causal con plan de mejora.</p> <p>* Indicador de inasistencia con tendencia positiva</p>                                 |
| <p>PROCESO GESTION Y ORIENTACION DEL USUARIO</p> <p>Administración PQR</p>                | <p>Inoportunidad en la respuesta a la PQR</p>          | <p>* No apertura de buzón por novedades de los responsables (vacaciones, incapacidades, etc)</p> <p>*Inoportunidad en la mensajería</p> <p>*Demora en la revisión por las DOR</p>  | <p>* Demandas y sanciones</p> <p>* Insatisfacción</p> <p>* Malal imagen institucional</p> <p>* Falta de credibilidad en la transparencia del proceso</p>   | 6                                 | 6                | 1                                | 36  | Bajo                    | <p>1. Procedimiento de administración de PQR</p> <p>2. Medición del indicador de número de días para la respuesta</p>                                       | <p>Lider SIAU</p> <p>DOR</p>                              | 30/06/2022         | <p>* Resultado del indicador de oportunidad en la respuesta a la PQR</p> <p>* Consolidado de PQR</p> <p>* Comunicaciones oficiales</p> |

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

| FECHA DE ACTUALIZACION:  |  | MAYO 2021  |   |   | PROCESO          |                                  | MACROPROCESO MISIONAL |                         |  |  |   |   |   |
|--|--|--|---|---|------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|--|--|---|---|---|
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO  | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)                                     | CAUSAS DE FALLA(error)   | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)  | 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  |   |
| <b>PROCESO GESTION DE URGENCIAS</b><br><br><b>Registro e ingreso del usuario</b><br><br><b>Clasificación en triage</b> | Inadecuada identificación del paciente (transversal a todo el procedimiento)           | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Desconocimiento de la guía de identificación inequívoca del paciente</li> <li>* No adherencia a la guía de identificación inequívoca del paciente</li> <li>* Falla en el proceso de inducción y reinducción</li> <li>* Congestión del servicio</li> <li>* Condición clínica del paciente</li> <li>* Identificación incompleta o errónea de manilla y rotulos de cama</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Posible evento clínico</li> <li>* Reprocesos</li> <li>* Quejas y demandas</li> <li>* Suplantación</li> </ul>   | 3   | 5                | 2                                | 30                    | Bajo                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Guía de practica segura identificación inequívoca del paciente</li> <li>2. Proceso de inducción y reinducción.</li> <li>3. Rondas de seguridad</li> <li>4. Listas de verificación de la guía de identificación inequívoca</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Líder seguridad del paciente</li> <li>2. DOR-Aux. apoyo TH</li> <li>3. Líder seguridad del paciente</li> <li>4. Enfermeras administrativas y DOR</li> </ul>  | 30/06/2022  | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Indicador de adherencia a la guía de practica segura de identificación inequívoca del paciente</li> <li>2. Formato de Inducción específica</li> </ul> |   |
|  | Demora en el llamado a triage  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Alta demanda del servicio</li> <li>* Ausencia del personal sin reemplazo posible inmediato.</li> <li>* Personal nuevo sin experiencia</li> <li>* Confusión de documento</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Deterioro de las condiciones clínicas del paciente.</li> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* No atención del paciente</li> <li>* Deserción del paciente</li> <li>* Queja por espera prolongada</li> <li>* Demandas</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Deterioro de las condiciones clínicas del paciente.</li> </ul> | 6                | 5                                | 5                     | 150                     | Moderado   | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Proceso de inducción específica.</li> <li>2. Reemplazar inmediatamente cuando haya ausencia del personal destinado a triage.</li> <li>3. Evaluación y seguimiento</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Director operativo de Red.</li> <li>* Enfermera administrativa.</li> <li>* Enfermera jefe del servicio.</li> </ul>   | Permanente  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Informe de seguimiento a la oportunidad de atención en el triage a través del indicador</li> <li>* Formato de inducción específica</li> </ul>  |
|  | Inadecuada clasificación triage  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Desconocimiento de instructivo para clasificación de triage</li> <li>* No adherencia al instructivo para la clasificación de triage</li> <li>* Falla en el proceso de inducción y reinducción</li> <li>* Personal nuevo</li> <li>* Rotación de personal en el área de triage</li> <li>* Falta de habilidad y competencia del personal</li> <li>* Paciente mal informado</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Deterioro de condiciones clínicas del paciente.</li> <li>* Posible evento clínico</li> <li>* Insatisfacción del usuario</li> <li>* Demandas</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Deterioro de condiciones clínicas del paciente.</li> </ul>     | 8                | 7                                | 4                     | 224                     | Alto   | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Instructivo de clasificación de triage</li> <li>2. Paciente trazador</li> <li>3. Formato de inducción y reinducción</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Personal de Triage</li> <li>2. Auditor Médico</li> <li>3. Aux. apoyo TH</li> </ul>  | 30/06/2022  | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Indicador de reclasificación de triage</li> <li>2. Formato de inducción</li> <li>3. Informe de auditoría a paciente trazador</li> </ul>   |
|  | Inadecuada toma y registro de signos vitales y medidas antropométricas                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Falta de competencia en la toma de signos vitales y medidas antropométricas</li> <li>* Registro inadecuado de signos vitales y medidas antropométricas</li> <li>* Falta de mantenimiento y calibración de equipos biomédicos.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Inadecuada clasificación del triage</li> <li>* Deterioro clínico del paciente</li> <li>* Demora en la atención del paciente</li> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Quejas y demandas</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Inadecuada clasificación del triage</li> </ul>                 | 7                | 7                                | 5                     | 245                     | Alto   | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Procedimiento de toma de signos vitales y medidas antropométricas.</li> <li>2. Formato de inducción y reinducción</li> <li>3. Entrenamiento en toma de</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería.</li> <li>2. Aux. apoyo TH</li> <li>3. DOR</li> </ul>   | 30/06/2022  | <ul style="list-style-type: none"> <li>2. Formato de inducción</li> <li>3. Acta de reunión y registro de asistencia</li> </ul>  |
|  | Riesgo de caída (transversal a todo el procedimiento)                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Desconocimiento de la guía de prevención y reducción de frecuencia de caídas</li> <li>* No adherencia de la guía de prevención y reducción de frecuencia de caídas</li> <li>* Deficiente proceso de inducción y reinducción</li> <li>* Inadecuada valoración del riesgo de caída</li> <li>* No aplicación de barreras de seguridad</li> <li>* No se realiza adecuada verificación del estado clínico de paciente</li> <li>* Ambiente físico en malas condiciones</li> <li>* Paciente sin acompañante</li> <li>* No aplicación de la escala de DOWNTOWN</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Quejas y demandas</li> <li>* Prolongación de la estancia</li> <li>* Aumento de costos</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Posibles eventos clínicos</li> </ul>                           | 10               | 10                               | 3                     | 300                     | Alto   | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. guía de prevención y reducción de frecuencia de caídas.</li> <li>2. Proceso de inducción y reinducción</li> <li>3. Barreras de seguridad</li> <li>4. Listas de verificación de adherencia a la guía</li> <li>5. Rondas de seguridad</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Líder seguridad del paciente</li> <li>2. DOR-Aux. apoyo TH</li> <li>3. Líder seguridad del paciente</li> <li>4. Enfermeras administrativas y DOR</li> </ul> | 30/06/2022  | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Indicador de medición de adherencia a la guía de prevención de caídas.</li> <li>2. Eventos clínicos por caída de pacientes en urgencias.</li> <li>3. Resultados de rondas de seguridad</li> </ul> |
|  | Deficiente comunicación entre el equipo de salud (transversal a todo el procedimiento) | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Información incompleta al paciente de importancia de su atención y tiempos de espera en triage</li> <li>* Entrega de turno no acorde con el procedimiento definido para tal fin</li> <li>* No adherencia al protocolo de comunicación entre el equipo de salud</li> <li>* Registro Inadecuada del plan integral de cuidados del paciente</li> <li>* Servicio de urgencias congestionado</li> <li>* Quien da la información del paciente no es el médico tratante.</li> <li>* Inasistencia de personal para entrega de pacientes por turno</li> </ul>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Deserción de atención por parte del paciente</li> <li>* Posible Evento clínico</li> <li>* No cuidado integral del paciente</li> <li>* Retraso en plan de tratamiento del paciente</li> <li>* Insatisfacción del usuario</li> <li>* Quejas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Deserción de atención por parte del paciente</li> </ul>        | 10               | 9                                | 5                     | 450                     | Alto   | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Guía de comunicación efectiva entre el equipo de salud</li> <li>2. Adecuado diligenciamiento de kardex</li> <li>3. Registro de entrega de turno</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. DOR- Líder seguridad del paciente</li> <li>2. Enfermeras del servicio</li> <li>3. Personal asistencial</li> </ul>   | Permanente  | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Informe de capacitación del paciente</li> <li>2. Registro de entrega de turno</li> </ul>  |
|  | Deserción de atención por parte del paciente   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Alta demanda del servicio.</li> <li>* Fallas en la comunicación del equipo de salud</li> <li>* Información incompleta al paciente de importancia de su atención y tiempos de espera en triage</li> <li>* Inadecuada clasificación del triage</li> <li>* Espera prolongada</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Posible evento clínico</li> <li>* Quejas</li> <li>* Demandas institucionales</li> <li>* Pérdida de imagen institucional</li> <li>* Aumento de costos</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Posible evento clínico</li> </ul>                              | 10               | 4                                | 5                     | 200                     | Moderado   | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Guía de información y educación al usuario</li> <li>2. Medición del indicador de deserción en urgencias</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Enfermeras administrativas y DOR</li> <li>2. Líder proceso gestión de urgencias</li> </ul>  | 30/06/2022  | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Informe de despliegue de la guía de información y educación al usuario.</li> <li>2. Resultados de indicador deserción en urgencias</li> </ul>   |

|  |   | 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:   |   | MAYO 2021  |  |                                   | PROCESO          |                                  | MACROPROCESO MISIONAL |                         |  |   |                    |   |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO   | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)                              | CAUSAS DE FALLA(error)   | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)   | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCIÓN (1-10) | NPR                   | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCIÓN / BARRERA   | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA  | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA  |
| PROCESO GESTION DE URGENCIAS<br>Consulta Médica                                   | Demora en el llamado a consulta   | * Alta demanda de pacientes<br>* Fallas en la comunicación del equipo de salud<br>* Inadecuada clasificación de triage<br>* Atención a pacientes críticos y SAS  | *Posible evento clínico<br>* Deterioro clínico<br>*Quejas<br>*Demandas institucionales<br>*Perdida de imagen institucional<br>* Aumento de costos  | 7                                 | 5                | 4                                | 140                   | Bajo                    | 1. Plan de contingencia por alta demanda de pacientes  | 1. DOR y Lider seguridad del paciente   | 30/06/2022         | 1. Soporte de horas para refuerzos por ejecución del plan de contingencia en urgencias.   |
|   | Inadecuado diligenciamiento de historia clínica                                 | *Falla en el proceso de inducción y reinducción<br>*Manejo inadecuado de modulo SIOS y registros clínicos<br>* Inadecuada valoración del paciente<br>*Desconocimiento de la normatividad<br>*Aumento de la demanda del servicio<br>* Arrastre de información de atenciones anteriores  | *Posible evento clínico<br>*Deterioro clínico<br>*Demandas y aumento de costos.<br>*Glosas<br>* Fallas terapéuticas  | 10                                | 8                | 5                                | 400                   | Alto                    | 1. Proceso de inducción y reinducción.<br>2. Manual de historias clínicas.<br>3. Retroalimentación de auditorías.<br>4. Eliminar el arrastre automático de la última atención del paciente en urgencias            | 1. Aux. apoyo TH<br>2 y 3 Profesional Especializado auditoria<br>4. Comité de historias clínicas y oficina de comunicaciones y sistemas | 30/06/2022         | 1. Formato de induccion y reinducción.<br>2 y 3. Informe de auditorias<br>4. Oficios de solicitud a la oficina de comunicaciones y sistemas |
|   | Inadecuado diagnostico y plan del tratamiento                                   | *Deficiente valoración medica<br>* No adherencia de guias y protocolos clínicos adoptados por Pasto Salud Ese<br>* Arrastre de información de atenciones anteriores<br>*Escasa información del medico al usuario sobre el plan de manejo y recomendaciones.<br>*Desconocimiento del protocolo de información y educación al usuario y su familia<br>*No adherencia al protocolo de información y educación al usuario y su familia<br>*Falta de competencias comunicacionales del medico tratante. | *Posible Evento clínico<br>*Reingresos y reconsultas<br>*Quejas y demandas<br>* Insatisfacción del usuario<br>* Deterioro de las condiciones clínicas del paciente<br>*Sobrecostos<br>* Glosas<br>*Demandas<br>*Posibles sanciones por entes de control. | 7                                 | 7                | 5                                | 245                   | Alto                    | 1.Evaluación de historias clínicas por auditoria<br>2.Evaluación de adherencia a guías.<br>3. Paciente trazador  | 1 2 y 3.Profesional especializado auditoria   | Permanente         | *Informe de auditoria<br>* Actas de retroalimentación con los profesionales   |
|   | Fuga de paciente (Transversal a todo el procedimiento)                          | * Alta demanda del servicio.<br>* Fallas en la comunicación del personal asistencial<br>* Inadecuada valoración e identificación del riesgo de fuga<br>* No identificación oportuna de la ausencia del paciente<br>* No adherencia al protocolo de prevención de riesgo de pérdida o fuga de pacientes   | *Posible evento clínico<br>*Deterioro de las condiciones clínicas del paciente<br>*Quejas y demandas institucionales<br>*Perdida de imagen institucional   | 9                                 | 3                | 5                                | 135                   | Moderado                | 1. Pt- prevención de perdida o fuga de pacientes.<br>2. Proceso inducción y reinducción  | 1. DOR y Lider seguridad del paciente<br>2. Aux. apoyo TH   | 30/06/2022         | * Informe de capacitación a vigilancia y personal de urgencias<br>* Formato de inducción  |
| PROCESO GESTION DE URGENCIAS<br>Ingreso a procedimientos                          | Riesgo de IAAS (Transversal a todo el procedimiento)                            | * Desconocimiento del procedimiento a realizar<br>*Deficiente inducción y reinducción<br>*No adherencia al protocolo de aislamiento<br>* No adherencia al protocolo de higiene de manos<br>* No adherencia a las tecnicas de asepsia y antisepsia<br>* No adherencia al protocolo de limpieza y desinfección<br>*No dar recomendaciones para cuidados en casa relacionados con el procedimiento realizado  | *Posibles Eventos clínicos<br>* Insatisfacción del usuario<br>*Quejas y demandas<br>*Demora en la atención<br>*Reprocesos<br>* Glosas<br>* Deterioro Clínico   | 7                                 | 5                | 5                                | 175                   | Moderado                | 1. Protocolo de ailamiento, higiene de manos.<br>2. Tecnica de asepsia antisepsia en cada procedimiento.<br>3. Protocolo de limpieza y desinfección<br>4. Protocolo de esterilización                              | 1.DOR y Lider seguridad del paciente<br>2. Enfermeras<br>3. Ingeniero Ambiental<br>4. Lider esterilización                              | 30/06/2022         | * Informes de capacitación<br>* Indicadores de limpieza y desinfección<br>* Indicadores de esterilización                                   |
|   | No diligenciar consentimiento informado   | *Falta de adhrencia al manual de historias clínicas<br>*Falta de adherencia al protocolo de consentimiento informado<br>*Alta demanda de pacientes   | *Posibles Eventos clínicos<br>* Insatisfacción del usuario<br>*Demora en la atención ocasionada por no diligenciamiento del consentimiento<br>*Quejas y demandas<br>*Reprocesos<br>* Glosas  | 7                                 | 6                | 3                                | 126                   | Moderado                | 1. Protocolo de consentimiento informado<br>2. Manual de historias clínicas  | 1.DOR y Lider seguridad del paciente<br>2. Profesional Especializado-auditoria  | 30/06/2022         | * Informe de capacitación<br>* Informe de auditoria de adherencia al consentimiento informado.<br>* Informe rondas seguridad                |
|   | Inadecuada administración de medicamentos (transversal a todo el procedimiento) | * Alta demanda de pacientes<br>* Fallas en la comunicación del equipo de salud<br>* Atención a pacientes críticos<br>* Ordenes verbales<br>* No aplicación de los correctos en la adm de medicamentos  | * Posibles eventos clínicos<br>* Insatisfacción del usuario<br>* Deterioro clínico<br>* Quejas y demandas<br>* Sobrecostos   | 3                                 | 9                | 3                                | 81                    | Moderado                | 1. Protocolo de administración segura de medicamentos<br>2.Guía de comunicación asertiva del equipo de salud<br>3. Protocolo de medicamentos LASA<br>4. Protocolo de medicamentos de alto riesgo y estrecho margen | 1,3, 4 DOR y lider servicio farmacéutico<br>2.DOR y Lider seguridad del paciente  | 30/06/2022         | * Indicador de eventos adversos por inadecuada administración de medicamentos en urgencias<br>* Rondas de seguridad                         |

| FECHA DE ACTUALIZACION:                                      |   | MAYO 2021   |   |                                   | PROCESO          |                                  | MACROPROCESO MISIONAL |                         |  |  |                    |   |
|--|---|---|---|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|--|--|--------------------|---|
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO                    | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)    | CAUSAS DE FALLA(error)  | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)  | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCIÓN (1-10) | NPR                   | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCIÓN / BARRERA   | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA   | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA  |
| PROCESO GESTION DE URGENCIAS<br><br>Ingreso a observación    | No decisión de ingreso a observación según GPC        | *No adherencia procedimiento de urgencias y observación<br>*Deficiente proceso de inducción y reinducción<br>*Inadecuada valoración del riesgo clínico<br>*No adherencia a guías de práctica clínica  | * Posible evento clínico<br>* Deterioro clínico<br>* Quejas y demandas<br>* Perdidas económicas<br>* Congestión del servicio  | 9                                 | 7                | 5                                | 315                   | Alto                    | 1. Guías de practica clínica<br>2. Entrega de turno<br>3. Paciente trazador  | 1. DOR y profesional especializado auditoria<br>2. Enfermera administrativa                            | 30/06/2022         | * Informe de auditoria de adherencia a guías<br>* Informe de capacitación de guías<br>* Informe paciente trazador |
|  | No revaloración del paciente al ingreso a observación | * Alta demanda del servicio.<br>*No adherencia al procedimiento de observación<br>* No asignación de profesionales para observación   | * Posible evento clínico<br>* Deterioro de las condiciones clínicas del paciente<br>* Quejas y demandas institucionales<br>* Perdida de imagen institucional  | 5                                 | 6                | 6                                | 180                   | Moderado                | 1. Registro de ingreso a observación y hospitalización<br>2. Entrega de turno<br>3. Paciente trazador                                  | 1. DOR y profesional especializado auditoria<br>2. Enfermera administrativa                            | 30/06/2022         | * Informe de capacitación del procedimiento de urgencias<br>* Formato de inducción<br>* Informe paciente trazador |
| PROCESO GESTION DE URGENCIAS<br><br>Plan de enfermería       | No identificación de riesgos y necesidades            | * No valoración integral del paciente<br>* Falta de cultura de enfoque de riesgos<br>* No conocimiento de guías clínicas que hablan sobre precauciones<br>* Omisión de información por parte del paciente<br>*No cultura proactiva frente al riesgo   | * Posibles evento clínicos<br>* Quejas y demandas<br>*Prolongación de estancias<br>*Sobrecostos   | 7                                 | 6                | 4                                | 168                   | Moderado                | 1. Matriz de riesgo<br>2. Guía clínicas y protocolos   | 1. DOR<br>2. DOR y profesional especializado auditoria   | 30/06/2022         | 1 y 2 Informe de riesgos de auditorias  |
|  | Inadecuado plan de cuidados de enfermería (kardex)    | * Inadecuada identificación de necesidades<br>*No cotejar ordenes medicas con el kardex<br>*No adherencia al manual de procedimientos de enfermería<br>*Diligenciamiento inadecuado de kardex y tarjetas de medicamentos<br>*Desconocimiento de cuidados de enfermería frente a las diferentes patologías | *Retraso en el inicio del plan de tratamiento del paciente<br>*Deterioro o empeoramiento del estado del salud del paciente<br>*Ejecución inadecuada del tratamiento<br>*Ejecución inadecuada de cuidados de enfermería<br>*Posibles eventos clínicos<br>* Quejas<br>*Reprocesos<br>*Prolongación de la estancia | 6                                 | 5                | 4                                | 120                   | Moderado                | 1. Manual de procedimientos de enfermería<br>2. Auditoria de paciente trazador<br>3. Rondas de seguridad                               | 1. Enfermeras administrativas<br>2. Profesional especializado auditoria<br>3. Lider seguridad paciente | 30/06/2022         | 1. Informe de auditoria<br>2. Acta de rondas seguridad  |
|  | Deficiente información entre el equipo de salud       | * Entrega de turno no acorde con el procedimiento definido para tal fin<br>* No adherencia al protocolo de comunicación entre el equipo de salud<br>* Registro Inadecuada del plan integral de cuidados del paciente  | * Posible Evento clínico<br>*No cuidado integral del paciente<br>*Retraso en plan de tratamiento del paciente<br>*Insatisfacción del usuario<br>*Quejas   | 6                                 | 5                | 4                                | 120                   | Moderado                | 1. Guía de comunicación efectiva entre el equipo de salud<br>2. Adecuado diligenciamiento de kardex<br>3. Registro de entrega de turno | 1. DOR- Lider seguridad del paciente<br>2. Enfermeras del servicio<br>3. Personal asistencial          | Permanente         | 1. Informe de capacitación<br>2. Registro de entrega de turno   |
| PROCESO GESTION DE URGENCIAS<br><br>Evolución médica clínica | Inadecuada o no evolución del paciente                | * No manejo de modulo SIOS<br>* No revisión clínica por parte del medico y/o enfermera en cada turno<br>* Congestión del servicio   | * Posible evento clínico<br>*Retraso en el tratamiento y prolongación de la estancia<br>*No detección de cambios clínicos del paciente que modifiquen las conductas.<br>*Quejas<br>*Insatisfacción del usuario<br>*Demandas<br>*Reprocesos<br>*Glosas   | 8                                 | 5                | 4                                | 160                   | Moderado                | 1.Guía de comunicación efectiva entre el equipo de salud<br>2. Entrega de turno  | 1. DOR- Lider seguridad del paciente<br>2. Medico de turno   | Permanente         | 1. Informe de capacitación<br>2. Registro de entrega de turno   |
| PROCESO GESTION DE URGENCIAS<br><br>Entrega de turno         | Inadecuada o no entrega de turno                      | * No adherencia al protocolo de comunicación entre el equipo de salud (Técnica SAER)<br>* Falla en el proceso de inducción y reinducción<br>* Ausencia de personal necesario para la entrega de turno.  | * Desconocimiento del equipo de salud a cargo de la patología del paciente.<br>*Duplicidad de ordenes medicas<br>*Posible evento clínico<br>* Vulnerar el derecho a la intimidad.<br>*Insatisfacción del paciente<br>* Quejas<br>* Inadecuada ejecución del plan terapéutico                                    | 7                                 | 5                | 4                                | 140                   | Moderado                | 1.Guía de comunicación efectiva entre el equipo de salud<br>2. Entrega de turno  | 1. DOR- Lider seguridad del paciente<br>2. Medico de turno   | Permanente         | 1. Informe de capacitación<br>2. Registro de entrega de turno   |



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: | MAYO 2021 | PROCESO | MACROPROCESO MISIONAL |
|-------------------------|-----------|---------|-----------------------|

| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO   | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)   | CAUSAS DE FALLA(error)  | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)   | 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<br>Egreso de observación   | Deficiente educación al paciente al egreso   | *Desconocimiento de la Guía de información y autocuidado para pacientes, familias y cuidadores<br>* No adherencia a la Guía de información y autocuidado para pacientes, familias y cuidadores<br>* Dificil comprensión de la educación por   | *No adherencia al tratamiento<br>*Posible evento clínico<br>* Quejas<br>* Reingreso<br>* Deterioro clínico<br>* Sobrecostos  | 8                                 | 5                | 5                                | 200 | Moderado                | 1. Guía de información y autocuidado para pacientes, familias y cuidadores<br>2. Adherencia al registro clínico<br>3. Paciente trazador   | 1. DOR- Lider seguridad del paciente<br>2,3. Profesional Especializado auditoria   | Permanente         | 1. Informe de capacitación<br>2. Informe de auditorias   |
|   | Demora o no aceptación de la referencia a otra IPS   | * No disponibilidad de camas o especialidades en tercer nivel<br>* No adherencia al manual de referencia y contrareferencia<br>* Condiciones sociales y deficiente red de apoyo.<br>* Por contratación  | * Posible evento clínico<br>*Discontinuidad en el manejo<br>*Perdida de la oportunidad en la asignación de cama para otro paciente<br>*Perdida de la oportunidad en el traslado de otro paciente.<br>*Deterioro de las condiciones del paciente por las necesidades de valoración en un tercer nivel | 8                                 | 7                | 3                                | 168 | Moderado                | 1. Manual de referencia y contrareferencia<br>2. Centrales de referencia<br>3. Red de ambulancias   | 1. Profesional Especializado auditoria<br>2,3. Subgerencia de Salud  | Permanente         | 1. Registro de referencia y contrareferencia.<br>2. Indicadores de oportunidad en la referencia.   |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA<br>(Riesgos transversales a todos los procedimientos de este proceso) | Riesgo de caída (Transversal al proceso ambulatorio)   | *Desconocimiento de la guía de prevención y reducción de frecuencia de caídas<br>*No adherencia de la guía de prevención y reducción de frecuencia de caídas<br>*Deficiente proceso de inducción y reinducción<br>*Inadecuada valoración del riesgo de caída<br>* Condición clínica del paciente<br>* No aplicación de barreras de seguridad  | * Posibles eventos clínicos<br>* Quejas y demandas<br>* Hospitalización evitables<br>* Aumento de costos   | 7                                 | 6                | 2                                | 84  | Moderado                | 1. guía de prevención y reducción de frecuencia de caídas.<br>2. Proceso de inducción y reinducción<br>3. Barreras de seguridad<br>4. Rondas de seguridad   | 1. Lider seguridad del paciente<br>2. DOR-Aux. apoyo TH<br>3. Lider seguridad del paciente<br>4. Enfermeras administrativas y DOR    | 30/06/2022         | 1. Eventos clínicos por caída de pacientes en urgencias.<br>2. Resultados de rondas de seguridad   |
|   | Riesgo de IAAS (Transversal al proceso ambulatorio)  | * Desconocimiento del procedimiento a realizar<br>* Fallas en el proceso inducción y reinducción<br>* No adherencia al protocolo de aislamiento<br>* No adherencia al protocolo de higiene de manos<br>* No adherencia a las técnicas de asepsia y antisepsia<br>* No adherencia al protocolo de limpieza y desinfección<br>*No dar recomendaciones para cuidados en casa relacionados con el procedimiento realizado<br>* No adherencia al protocolo de esterilización | *Posibles Eventos clínicos<br>* Insatisfacción del usuario<br>*Quejas y demandas<br>*Demora en la atención<br>*Reprocesos<br>*Glosas   | 7                                 | 5                | 5                                | 175 | Moderado                | 1. Protocolo de aislamiento, higiene de manos.<br>2. Técnica de asepsia antisepsia en cada procedimiento.<br>3. Protocolo de limpieza y desinfección<br>4. Protocolo de esterilización  | 1.DOR y Lider seguridad del paciente<br>2. Enfermeras<br>3. Ingeniero Ambiental<br>4. Lider esterilización                           | 30/06/2022         | * Informes de capacitación<br>* Indicadores de limpieza y desinfección<br>* Indicadores de esterilización  |
|   | Inadecuada identificación del paciente (Transversal al proceso ambulatorio)                              | * Desconocimiento de la guía de practica segura de identificación inequívoca del paciente.<br>* Débil proceso de inducción<br>* Debilidad en la adherencia guía de practica segura de identificación inequívoca del paciente<br>* Error en el agendamiento de citas   | * Posibles eventos clínicos<br>* Quejas y reclamos<br>* Demandas<br>* Perdida de la imagen institucional<br>* Sobre costos<br>* Glosas<br>* Suplantación   | 3                                 | 4                | 2                                | 24  | Bajo                    | 1. Ejecutar el plan de inducción y reinducción relacionado con el programa de seguridad del paciente, hacer seguimiento a la adherencia<br>2. Fortalecer el reporte de evento clínico relacionado con inadecuada identificación del paciente<br>3. Realizar rondas de seguridad de manera periódica y realizar retroalimentación de resultados al equipo de salud relacionados con la identificación del paciente.<br>4. Realizar seguimiento a la adherencia a través de la metodología de paciente trazador y retroalimentar los resultados al equipo de salud. | Oficina Talento Humano<br>Equipo de seguridad del paciente<br>Directores Operativos<br>Enfermeras administrativas<br>Equipo de salud | Permanente         | Actas de reunión<br>Informe rondas de seguridad<br>indicador de evento clínico asociados a la identificación del paciente<br>Informe de auditoria de paciente trazador |
|   | No actualización de datos en la historia clinica por parte de los profesionales (transversal al proceso) | *Arrastre automático de información inadecuada de consultas previas<br>* Exceso de confianza<br>* Falta de tiempo para diligenciar los registros  | * Posibles eventos clínicos<br>* Diagnostico y tratamiento inadecuado<br>* Demandas, quejas<br>* Reprocesos y aumento de costos  | 10                                | 6                | 2                                | 120 | Moderado                | 1. Auditoria a registros clínicos y paciente trazador<br>2. Retroalimentación a profesionales<br>3. Revisión de los datos que se pueden arrastrar automáticamente   | Profesional Especializado Área de la salud - Auditoria DOR<br>Enfermeras administrativas<br>Profesional Especializada-               | 30/06/2022         | Informes de auditoria<br>Informe de rondas de seguridad<br>Actas de reunión y registros de asistencia<br>Acta de reunión del comité de historias clínicas              |


|                         |           |         |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------|-----------|---------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| FECHA DE ACTUALIZACION: | MAYO 2021 | PROCESO | MACROPROCESO MISIONAL |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------|-----------|---------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO  | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)               | CAUSAS DE FALLA(error)   | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)   | 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   |
|--|--|--|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|--|---|--------------------|--|
| <b>PROCESO GESTION AMBULATORIA (Consulta medica)</b><br><br>Llamar, confirmar e identificar al paciente<br><br>Realizar anamensis y registro de historia clinica | No identificar los riesgos y necesidades del paciente al ingreso | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Inadecuada, incompleta, debil anamensis y registro semiológico</li> <li>* Paciente mal informante y sin red de apoyo</li> <li>* Inadecuada comunicacion del profesional</li> <li>* Sistema de informacion SIOS con deficiencias en registros clinicos</li> <li>* No analisis de ayudas diagnosticas previas</li> <li>* No realizacion de conciliacion farmacologica adecuada</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mal enfoque clinico del paciente</li> <li>* Diagnostico errado</li> <li>* Posibles eventos clinicos</li> <li>* Quejas y reclamos.</li> <li>* Demandas.</li> <li>* Perdida de credibilidad de imagen institucional.</li> <li>* Aumento de los costos por reprocesos</li> <li>* Glosas.</li> </ul>  | 9                                 | 7                | 4                                | 252 | Alto                    | 1. Guías y protocolos de atención, RIAS<br>2. Manual de historias clínicas<br>3. Auditoría a registros clínicos y paciente trazador<br>4. Retroalimentar resultados de auditoría y eventos clínicos  | Profesional Especializado Área de la salud - Auditoria Directores Operativos Enfermeras administrativas Profesional Seguridad del paciente                                | Permanente         | Informes de auditoria<br>Informe de rondas de seguridad<br>Actas de reunión y registros de asistencia  |
|  | Toma inadecuada de signos vitales y medidas antropometricas      | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Falta de competencia en la toma de signos vitales y medidas antropometricas</li> <li>* Registro inadecuado de signos vitales y medidas antropometricas</li> <li>* Falta de mantenimiento y calibración de equipos biomédicos.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Posible evento clinico</li> <li>* Insatisfacción del usuario</li> <li>* Demandas</li> <li>* Diagnostico y plan terapeutico errado</li> <li>* Pérdida de credibilidad de imagen institucional.</li> <li>* Glosas, Aumento de los costos</li> <li>* Reprocesos</li> </ul>   | 7                                 | 6                | 7                                | 294 | Alto                    | 1. Realizar seguimiento al cumplimiento del cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos<br>2. Retroalimentar al personal asistencial los resultados de unidades de analisis  | 1. Ingeniero Biomedico y auxiliar de almacen<br>2. Enfermeras administrativas   | 30/06/2022         | 1. Cumplimiento al cronograma de mantenimiento y calibración<br>2. Acta de retroalimentación   |
|  | Inadecuada realizacion del examen fisico                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Arrastre automatico de informacion de consultas previas favoreciendo el mal diligenciamiento</li> <li>* Falta de adherencia en el registro de anamensis, examen fisico e identificacion de riesgos que conlleven a un diagnostico errado.</li> <li>* Realización de examen físico limitado al motivo de consulta y organo afecto</li> <li>* Falta de habilidades y destrezas del profesional para realizar el examen físico</li> <li>* Tiempo insuficiente para la atención</li> <li>* Falta de colaboracion del paciente</li> </ul>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Incidentes y/o Eventos adversos</li> <li>* Diagnostico y plan terapeutico errado</li> <li>* Quejas y reclamos.</li> <li>* Demandas.</li> <li>* Pérdida de credibilidad de imagen institucional.</li> <li>* Glosas.</li> <li>* Aumento de los costos</li> <li>* Reprocesos</li> </ul>  | 7                                 | 6                | 5                                | 210 | Moderado                | 1. Auditoria a registros clinicos y paciente trazador<br>2. Retroalimentación a profesionales<br>3. Revisión de los datos que se pueden arrastrar automaticamente<br>4. Reportados por inadecuada realizacion de examen fisico   | Profesional Especializado Área de la salud - Auditoria DOR Enfermeras administrativas Profesional Especializada Seguridad del paciente Lider de SIOS                      | 30/06/2022         | Informes de auditoria<br>Informe de analisis de eventos clinicos<br>Actas de reunión y registros de asistencia<br>Acta de reunión del comité de historias clinicas |
| <b>PROCESO GESTION AMBULATORIA (Consulta medica)</b><br><br>Hacer presunción diagnostica o diagnóstico definitivo  | Diagnostico y plan terapeutico errado                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Arrastre automatico de informacion de consultas previas favoreciendo el mal diligenciamiento</li> <li>* Desconocimiento y no adherencia de guías de practica clinicas</li> <li>* No adherencia al manual de historia clinica.</li> <li>* Debilidad en proceso de inducción</li> <li>* No realizacion de conciliacion farmacologica adecuada</li> <li>* No Solicitud de ayudas diagnosticas pertinentes</li> <li>* No adherencia al protocolo de consentimiento informado</li> <li>* No adherencia al manual de referencia y contrareferencia</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Posibles eventos clinicos</li> <li>Hospitalizaciones evitables</li> <li>* Reconsultas</li> <li>* Quejas y reclamos.</li> <li>* Demandas.</li> <li>* Pérdida de credibilidad de imagen institucional.</li> <li>* Desercion de los pacientes</li> <li>* Aumento de los costos por reprocesos</li> <li>* Glosas.</li> </ul>                                | 7                                 | 7                | 5                                | 245 | Alto                    | 1. Realizar seguimiento a la adherencia a traves de la metodologia de paciente trazador y retroalimentar los resultados al equipo de salud.<br>2. Realizar auditorias de historias clinicas y realizar retroalimentación de resultados al equipo de salud.<br>3. Realizar rondas de seguridad de manera periódica y realizar retroalimentación de resultados al equipo de salud.<br>4. Retroalimentar los eventos clinicos reportados por inadecuado diagnostico.<br>5. Fortalecer la adherencia a las guías de practica clinica | Auditoria Medica Profesional Especializada Área de la salud - Auditoria Directores Operativos Enfermeras administrativas Profesional Especializado seguridad del paciente | Permanente         | Informes de auditoria<br>Informe de rondas de seguridad<br>Informe de analisis de eventos clinicos<br>Actas de reunión y registros de asistencia                   |
|  | Formulacion inadecuada   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Configuración en el sistema</li> <li>* Exceso de confianza</li> <li>* Tiempo de atención</li> <li>* Error de digitación</li> <li>* Formula incompleta o errada</li> <li>* Debilidad en la inducción y reinducción relacionada con el adecuado uso del sistema para la prescripción de medicamentos</li> <li>* Debilidad en la adherencia a guías y protocolos.</li> <li>* Falta de comunicacion entre el equipo de salud (Regente - Enfermera. Ej.: desabastecimiento).</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Posibles eventos clinicos</li> <li>* Fallas terapeuticas</li> <li>Hospitalizaciones evitables</li> <li>* Reconsultas</li> <li>* Quejas y reclamos.</li> <li>* Demandas.</li> <li>* Pérdida de credibilidad de imagen institucional.</li> <li>* Desercion de los pacientes</li> <li>* Aumento de los costos por reprocesos</li> <li>* Glosas.</li> </ul> | 9                                 | 4                | 2                                | 72  | Moderado                | 1. Procedimiento de dispensacion de medicamentos<br>2. Alertas en el sistema SIOS<br>3. Realizar rondas de seguridad de manera periódica y realizar retroalimentación de resultados al equipo de salud.<br>4. Retroalimentar los eventos clinicos reportados por tratamientos inadecuados.<br>5. Retroalimentación de los errores de formulación   | Quimica farmaceutica Profesional Especializado seguridad del paciente   | Permanente         | 1. Adherencia al procedimiento de dispensación<br>2. Informe de rondas de seguridad<br>3. Comunicaciones oficiales de retroalimentación                            |


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

|                         |           |         |                       |
|-------------------------|-----------|---------|-----------------------|
| FECHA DE ACTUALIZACION: | MAYO 2021 | PROCESO | MACROPROCESO MISIONAL |
|-------------------------|-----------|---------|-----------------------|

| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO   | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)                  | CAUSAS DE FALLA(error)  | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)  | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCIÓN (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCIÓN / BARRERA   | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA   | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA  |
|---|---|---|---|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|--|--|--------------------|---|
| <p><b>PROCESO GESTION AMBULATORIA (Consulta medica)</b></p> <p>Comunicar del plan de tratamiento y pronostico</p> | No adherencia al plan de tratamiento por parte del paciente         | <ul style="list-style-type: none"> <li>* No dar las recomendaciones especificas para cada patologia y signos de alarma que indiquen reconsultar</li> <li>* No explicar frente a la conciliación farmacológica los medicamentos que debe continuar y cuales suspender, si aplica y las reacciones adversas.</li> <li>*No disponer de recomendaciones especificas escritas por patologia frecuente, que faciliten la recordación al paciente</li> <li>* Falta de apoyo familiar y condición del paciente</li> <li>* Falta de habilidades de comunicación por parte del médico</li> <li>* Falta de tiempo</li> <li>*No explicar al paciente efectos secundarios y tiempo de tratamiento</li> <li>*No referir al paciente a la RIA,cuando aplique, no educar sobre su importancia</li> <li>* Desconocimiento del portafolio de servicios</li> <li>** No adherencia a los protocolos de ayudas diagnosticas que requieren preparación</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Fallas terapéuticas por abandono de tratamiento</li> <li>* Reconsultas</li> <li>* Quejas y reclamos.</li> <li>* Pérdida de credibilidad de imagen institucional.</li> <li>* Deserción de los pacientes</li> <li>* Aumento de los costos por reprocesos</li> <li>* Hospitalizaciones evitables</li> <li>* Demandas</li> <li>* Sobrecostos, glosas</li> <li>* No canalización a la RIAS correspondiente</li> </ul>  | 8                                 | 6                | 7                                | 336 | Alto                    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Documentar plantillas explicativas sobre recomendaciones y signos de alarma que faciliten la recordación al personal asistencial y al paciente</li> <li>2. Registro en historia clínica de la educación suministrada a los pacientes, verificando la comprensión con los usuarios.</li> <li>3. Post consulta especifica a ciertos grupos poblacionales</li> <li>4. Cartilla de IAMl y tarjeta para la madre, flyer de uso seguro de medicamentos.</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Subgerencia de Salud e investigación</li> <li>Directores Operativos</li> <li>Talento Humano</li> <li>Auditoria de Historia clínica</li> <li>Química farmacéutica</li> <li>Oficina de comunicaciones y sistemas</li> </ul> | Permanente         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Plantillas y material educativo para usuarios de recomendaciones y signos de alarma especificos por patologia frecuente.</li> <li>Recomendaciones farmacologicas en formula medica.</li> <li>Informe de Auditoria</li> <li>Formatos de registro de educación para gestantes y menores de 5 años</li> </ul> |
| <p><b>PROCESO GESTION AMBULATORIA (Consulta medica)</b></p> <p>Finalizar consulta</p>                             | Paciente egresa sin su plan terapéutico                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>*El profesional no direcciona a pos consulta y farmacia</li> <li>*No se imprime ni entrega la totalidad de las ordenes medicas y ayudas diagnosticas</li> <li>* No se educa ni programa cita de control</li> <li>*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</li> <li>* Esperas prolongadas por alta demanda de pacientes</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Quejas y reclamos.</li> <li>* Pérdida de credibilidad de imagen institucional.</li> <li>* Insatisfacción del paciente</li> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Reconsultas</li> <li>* Deserción al plan de tratamiento</li> </ul>   | 5                                 | 4                | 5                                | 100 | Moderado                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Recordacion por parte del profesional medico.</li> <li>2. Ayudas audiovisuales para recordar al paciente asistir a pos consulta y farmacia</li> </ol>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicos Auxiliares de enfermeria</li> <li>Enfermera administrativa</li> <li>Oficina de comunicación y sistemas</li> </ul>   | Permanente         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reporte de eventos clínicos</li> <li>2. Ayudas audiovisuales</li> </ol>   |
| <p><b>PROCESO GESTION AMBULATORIA (Consulta medica)</b></p> <p>Post consulta medica</p>                           | Fallas en la información y educación al paciente en la pos consulta | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Desconocimiento del portafolio de servicios</li> <li>* No seguimiento a la gestante a las interconsultas de odontología, nutrición, psicología y vacunación</li> <li>*No realizar la gestión administrativa de la referencia a especialidades</li> <li>*No entrega de instrucciones de preparación para las ayudas diagnosticas que lo requieran</li> <li>*Entrega incompleta de solicitudes de ayudas diagnosticas</li> <li>*No reforzar la necesidad de acudir a control</li> <li>* Debilidad en la educación a los usuarios</li> <li>*No adherencia a las rutas de promoción y mantenimiento de la salud.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* No adherencia al plan terapeutico</li> <li>* Deserción de los pacientes</li> <li>* Perdida del turno para la toma de ayudas diagnosticas por inadecuada preparación</li> <li>* Insatisfacción del usuario</li> <li>* Quejas y reclamos.</li> <li>* Reprocesos</li> <li>* Glosas</li> <li>* Descuentos por no cumplimiento de metas por parte de las EAPB</li> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Reconsultas</li> <li>* Aumento de la demanda de consultas no pertinentes en urgencias</li> <li>* No captación de usuarios a las RIAS</li> </ul> | 8                                 | 3                | 6                                | 144 | Moderado                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Conocer el portafolio de servicios e informar las actualizaciones; Garantizar el facil acceso al mismo.</li> <li>2.Disponer instructivos sobre preparación de ayudas diagnosticas.</li> <li>3. Fortalecer la adherencia al protocolo de informacion y autocuidado.</li> <li>4. Capacitación en RIAS</li> </ol>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Auxiliar de posconsulta</li> <li>Directores operativos</li> <li>Enfermera administrativa</li> <li>Imágenes diagnosticas</li> <li>Bacteriologa</li> <li>Enfermeras asistenciales</li> </ul>                                | Permanente         | <ul style="list-style-type: none"> <li>* indicaciones de preparación provistas por imágenes</li> <li>* Listado de ayudas diagnosticas que requieren preparación</li> <li>*Portafolio de servicios actualizado</li> <li>* Indicadores de procesos en mi IPS</li> </ul>   |

|    |  | 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:   |  | MAYO 2021  |   |                                   | PROCESO          |                                  | MACROPROCESO MISIONAL |                         |  |  |                    |  |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO   | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)                             | CAUSAS DE FALLA(error)   | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)  | 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 (P y P Consulta externa)  | Inoportunidad en la captación de usuarios a las RIAS y Enfermedades Crónicas   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* No actualización de bases de datos por parte de las ERP( dirección, teléfono)</li> <li>*No búsqueda activa de pacientes a las diferentes RIAS.</li> <li>* No agendamiento previo y confirmado de pacientes objeto de actividades de PyP</li> <li>* No reemplazo de profesional responsable ante incapacidades de última hora</li> <li>* No actualización de las bases nominales de promoción, prevención y enfermedades crónicas</li> <li>* No realización de demanda inducida</li> <li>* Pandemia por COVID-19</li> </ul>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Tamizajes y diagnósticos inoportunos</li> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Afectación económica</li> <li>* Demandas y PQR</li> <li>* Pérdida de credibilidad institucional</li> <li>* Glosas y descuentos</li> <li>* No cumplimiento de metas de promoción y prevención</li> </ul>     | 7                                 | 7                | 4                                | 196                   | Moderado                | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Seguimiento semanal al cumplimiento de metas.</li> <li>* Seguimiento a las remisiones internas de PyP</li> <li>* Retroalimentación del cumplimiento de metas por profesionales</li> <li>*Demanda inducida a RIAS desde el punto saludable.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Tecnólogos de PYP</li> <li>* Enfermeras de IPS</li> <li>* Referentes de crónicos</li> </ul>   | Permanente         | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Matriz de seguimiento enviada a enfermeras administrativa y enfermeras rurales</li> <li>*Registro de demanda inducida</li> <li>* Lista de asistencia</li> </ul>                                |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (P y P Unidad móvil institucional o atención domiciliaria)  | Incumplimiento al cronograma de atención en unidad móvil                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Por eventos de contingencia de última hora (desplazamientos masivos, atención inmigrantes)</li> <li>* Daño de la unidad móvil</li> <li>* Problemas de orden público (paro)</li> <li>* Cancelación institucional de la atención programada (instituciones educativas)</li> <li>* Pandemia por COVID-19</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Tamizajes y diagnósticos inoportunos</li> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Afectación económica</li> <li>* Demandas y PQR</li> <li>* Pérdida de credibilidad institucional</li> <li>* No cumplimiento de metas de promoción y prevención</li> </ul>                                    | 7                                 | 7                | 5                                | 245                   | Alto                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Confirmación de la atención en salud con uno o dos días de anticipación.</li> <li>* Verificación de condiciones habitantes de la unidad móvil</li> <li>* Cronograma de unidad móvi</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Auxiliar de enfermería responsable de la jornada</li> </ul>  | Permanente         | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Registro en HC de confirmación de la atención a realizarse tal día y fecha.</li> <li>* Lista de chequeo unidad móvil</li> </ul>   |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Teleconsulta)  | Diagnóstico y plan terapéutico errado  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Imposibilidad de toma de signos vitales</li> <li>* Imposibilidad de realizar examen físico</li> <li>* Suplantación del paciente</li> <li>* Información inadecuada de datos demográficos(dirección, teléfono)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Demandas y PQR</li> <li>* Pérdida de credibilidad institucional</li> <li>* No identificación de otros riesgos y necesidades del paciente</li> <li>* No entrega de medicamentos y ordenes médicas</li> </ul>   | 5                                 | 5                | 5                                | 125                   | Moderado                | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Visita domiciliaria previa para toma de signos vitales y medidas antropométricas en pacientes crónicos.</li> <li>* Posibilidad de cambio de modalidad de atención por domiciliaria</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Auxiliar de enfermería responsable</li> </ul>  | Permanente         | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Registro en HC de signos vitales y medidas antropométricas</li> <li>* Registro de cambio de modalidad de atención de acuerdo a los hallazgos en la visita por la auxiliar.</li> </ul>         |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Consulta enfermería)<br>Llamar, confirmar e identificar al paciente<br>Realizar anamnesis y registro de historia clínica | Diligenciamiento inadecuado de historia clínica por parte de los profesionales | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Inadecuada, incompleta, debil anamnesis y registro semiológico</li> <li>* Paciente mal informante y sin red de apoyo</li> <li>* Inadecuada comunicación del profesional</li> <li>* Sistema de informacion SIOS con deficiencias en registros clínicos</li> <li>* No análisis de ayudas diagnosticas previas</li> <li>* No realización de conciliación farmacológica adecuada</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Mal enfoque clínico del paciente</li> <li>* Diagnostico errado</li> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Quejas y reclamos.</li> <li>* Demandas.</li> <li>* Pérdida de credibilidad de imagen institucional.</li> <li>* Aumento de los costos por reprocesos</li> <li>* Glosas.</li> </ul> | 9                                 | 7                | 4                                | 252                   | Alto                    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Guías y protocolos de atención, RIAS</li> <li>2. Manual de historias clínicas</li> <li>3. Auditoria a registros clínicos y paciente trazador</li> <li>4. Retroalimentar resultados de auditoria y eventos clínicos</li> </ol>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Profesional Especializado Área de la salud - Auditoria Directores Operativos Enfermeras administrativas Profesional Seguridad del paciente</li> </ul>           | Permanente         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Informes de auditoria</li> <li>Informe de rondas de seguridad</li> <li>Actas de reunión y registros de asistencia</li> </ul>  |
|   | Toma inadecuada de signos vitales y medidas antropométricas                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Falta de competencia en la toma de signos vitales y medidas antropométricas</li> <li>* Registro inadecuado de signos vitales y medidas antropométricas</li> <li>* Falta de mantenimiento y calibración de equipos biomédicos.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Posible evento clínico</li> <li>* Insatisfacción del usuario</li> <li>* Demandas</li> <li>* Diagnostico y plan terapeutico errado</li> <li>* Pérdida de credibilidad de imagen institucional.</li> <li>* Glosas, Aumento de los costos</li> <li>* Reprocesos</li> </ul>                          | 7                                 | 6                | 7                                | 294                   | Alto                    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar seguimiento al cumplimiento del cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos</li> <li>2. Retroalimentar al personal asistencial los resultados de unidades de analisis</li> </ol>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Ingeniero Biomedico y auxiliar de almacen</li> <li>2. Enfermeras administrativas</li> </ul>  | 30/06/2022         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cumplimiento al cronograma de mantenimiento y calibración</li> <li>2. Acta de retroalimentación</li> </ol>   |
|   | Inadecuada realización del examen físico                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Arrastre automático de información de consultas previas favoreciendo el mal diligenciamiento</li> <li>* Falta de adherencia en el registro de anamnesis,examen físico e identificación de riesgos que conllevan a un diagnostico errado.</li> <li>*Realización de examen físico limitado al motivo de consulta y organo afecto</li> <li>* Falta de habilidades y destrezas del profesional para realizar el examen físico</li> <li>* Tiempo insuficiente para la atención</li> <li>* Falta de colaboración del paciente</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Incidentes y/o Eventos adversos</li> <li>* Diagnostico y plan terapeutico errado</li> <li>* Quejas y reclamos.</li> <li>* Demandas.</li> <li>* Pérdida de credibilidad de imagen institucional.</li> <li>* Glosas.</li> <li>* Aumento de los costos</li> <li>* Reprocesos</li> </ul>             | 7                                 | 6                | 5                                | 210                   | Moderado                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Auditoria a registros clínicos y paciente trazador</li> <li>2. Retroalimentación a profesionales</li> <li>3. Revisión de los datos que se pueden arrastrar automaticamenteclínicos reportados por inadecuada realización de examen físico</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Profesional Especializado Área de la salud - Auditoria DOR Enfermeras administrativas Profesional Especializada-Seguridad del paciente Lider de SIOS</li> </ul> | 30/06/2022         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Informes de auditoria</li> <li>Informe de analisis de eventos clínicos</li> <li>Actas de reunión y registros de asistencia</li> <li>Acta de reunión del comité de historias clínicas</li> </ul> |



|   |   | 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:  |   | MAYO 2021  |  |                                   | PROCESO          |                                  | MACROPROCESO MISIONAL |                         |  |  |                    |   |
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO  | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)          | CAUSAS DE FALLA(error)   | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)   | 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  |
| <b>PROCESO GESTION AMBULATORIA (Consulta enfermería)</b><br><br><b>Hacer presunción diagnóstica o diagnóstico definitivo</b> | Diagnostico y plan terapeutico errado                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Arrastre automático de información de consultas previas favoreciendo el mal diligenciamiento</li> <li>*Desconocimiento y no adherencia de guías de practica clínicas</li> <li>* No adherencia al manual de historia clínica.</li> <li>* Debilidad en proceso de inducción</li> <li>* No realización de conciliación farmacológica adecuada</li> <li>*No Solicitud de ayudas diagnosticas pertinentes</li> <li>* No adherencia al protocolo de consentimiento informado</li> <li>* No adherencia al manual de referencia y contrareferencia</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Hospitalizaciones evitables</li> <li>* Reconsultas</li> <li>* Quejas y reclamos.</li> <li>* Demandas.</li> <li>* Pérdida de credibilidad de imagen institucional.</li> <li>* Deserción de los pacientes</li> <li>* Aumento de los costos por reprocesos</li> <li>* Glosas.</li> </ul>  | 7                                 | 7                | 5                                | 245                   | Alto                    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar seguimiento a la adherencia a través de la metodología de paciente trazador y retroalimentar los resultados al equipo de salud.</li> <li>2. Realizar auditorias de historias clínicas y realizar retroalimentación de resultados al equipo de salud.</li> <li>3. Realizar rondas de seguridad de manera periódica y realizar retroalimentación de resultados al equipo de salud.</li> <li>4. Retroalimentar los eventos clínicos reportados por inadecuado diagnostico.</li> <li>5. Fortalecer la adherencia a las guías de practica clínica</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Auditoria Medica Profesional Especializada Área de la salud - Auditoria Directores Operativos Enfermeras administrativas</li> <li>Profesional Especializado seguridad del paciente</li> </ul> | Permanente         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Informes de auditoria</li> <li>Informe de rondas de seguridad</li> <li>Informe de analisis de eventos clínicos</li> <li>Actas de reunión y registros de asistencia</li> </ul>  |
|  | Formulación inadecuada                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Configuración en el sistema</li> <li>* Exceso de confianza</li> <li>* Tiempo de atención</li> <li>* Error de digitación</li> <li>* Formula incompleta o errada</li> <li>* Debilidad en la inducción y reintroducción relacionada con el adecuado uso del sistema para la prescripción de medicamentos</li> <li>* Debilidad en la adherencia a guías y protocolos.</li> <li>* Falta de comunicación entre el equipo de salud (Regente - Enfermera. Ej.: desabastecimiento).</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Fallas terapéuticas</li> <li>* Hospitalizaciones evitables</li> <li>* Reconsultas</li> <li>* Quejas y reclamos.</li> <li>* Demandas.</li> <li>* Pérdida de credibilidad de imagen institucional.</li> <li>* Deserción de los pacientes</li> <li>* Aumento de los costos por reprocesos</li> <li>* Glosas.</li> </ul>   | 9                                 | 4                | 2                                | 72                    | Moderado                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Procedimiento de dispensación de medicamentos</li> <li>2. Alertas en el sistema SIOS</li> <li>3. Realizar rondas de seguridad de manera periódica y realizar retroalimentación de resultados al equipo de salud.</li> <li>4. Retroalimentar los eventos clínicos reportados por tratamientos inadecuados.</li> <li>5. Retroalimentación de los errores de formulación</li> </ol>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Quimica farmaceutica Profesional Especializado-seguridad del paciente</li> </ul>  | Permanente         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adherencia al procedimiento de dispensación</li> <li>2. Informe de rondas de seguridad</li> <li>3. Comunicaciones oficiales de retroalimentación</li> </ol>   |
| <b>PROCESO GESTION AMBULATORIA (Consulta enfermería)</b><br><br><b>Comunicar del plan de tratamiento y pronóstico</b>        | No adherencia al plan de tratamiento por parte del paciente | <ul style="list-style-type: none"> <li>* No dar las recomendaciones especificas para cada patología y signos de alarma que indiquen reconsultar</li> <li>* No explicar frente a la conciliación farmacológica los medicamentos que debe continuar y cuales suspender, si aplica y las reacciones adversas.</li> <li>*No disponer de recomendaciones especificas escritas por patología frecuente, que faciliten la recordación al paciente</li> <li>* Falta de apoyo familiar y condición del paciente</li> <li>* Falta de habilidades de comunicación por parte del médico</li> <li>* Falta de tiempo</li> <li>*No explicar al paciente efectos secundarios y tiempo de tratamiento</li> <li>*No referir al paciente a la RIA,cuando aplique, no educar sobre su importancia</li> <li>* Desconocimiento del portafolio de servicios</li> <li>* No adherencia a los protocolos de ayudas diagnosticas que requieren preparación</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Fallas terapéuticas por abandono de tratamiento</li> <li>* Reconsultas</li> <li>* Quejas y reclamos.</li> <li>* Pérdida de credibilidad de imagen institucional.</li> <li>* Deserción de los pacientes</li> <li>* Aumento de los costos por reprocesos</li> <li>* Hospitalizaciones evitables</li> <li>* Demandas</li> <li>* Sobrecostos, glosas</li> <li>* No canalización a la RIAS correspondiente</li> </ul> | 8                                 | 6                | 7                                | 336                   | Alto                    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Documentar plantillas explicativas sobre recomendaciones y signos de alarma que faciliten la recordación al personal asistencial y al paciente</li> <li>2. Registro en historia clínica de la educación suministrada a los pacientes, verificando la comprensión con los usuarios.</li> <li>3.Post consulta especifica a ciertos grupos poblacionales</li> <li>4. Cartilla de IAM y tarjeta para la madre, flyer de uso seguro de medicamentos.</li> </ol>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Subgerencia de Salud e investigación Directores Operativos Talento Humano Auditoria de Historia clínica Química farmacéutica Oficina de comunicaciones y sistemas</li> </ul>                  | Permanente         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Plantillas y material educativo para usuarios de recomendaciones y signos de alarma especificos por patología frecuente.</li> <li>Recomendaciones farmacologicas en formula medica.</li> <li>Informe de Auditoria</li> <li>Formatos de registro de educación para gestantes y menores de 5 años</li> </ul> |

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

| FECHA DE ACTUALIZACION:  |   | MAYO 2021  |   |                                   | PROCESO          |                                  | MACROPROCESO MISIONAL |                         |  |   |                    |   |
|--|---|--|---|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|--|---|--------------------|---|
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO  | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)                                    | CAUSAS DE FALLA(error)   | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)  | 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  |
| <b>PROCESO GESTION AMBULATORIA (Consulta enfermería)</b><br><br><b>Finalizar consulta</b>  | Paciente egresa sin su plan terapéutico   | <ul style="list-style-type: none"> <li>*El profesional no direcciona a pos consulta y farmacia</li> <li>*No se imprime ni entrega la totalidad de las ordenes medicas y ayudas diagnosticas</li> <li>* No se educa ni programa cita de control</li> <li>*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</li> <li>* Esperas prolongadas por alta demanda de pacientes</li> <li>* Desconocimiento de la información a brindar al usuario y su familia.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Quejas y reclamos.</li> <li>* Pérdida de credibilidad de imagen institucional.</li> <li>* Insatisfacción del paciente</li> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Reconsultas</li> <li>* Deserción al plan de tratamiento</li> </ul>   | 5                                 | 4                | 5                                | 100                   | Moderado                | <ul style="list-style-type: none"> <li>1.Recordacion por parte del profesional medico.</li> <li>2. Ayudas audiovisuales para recordar al paciente asistir a pos consulta y farmacia</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicos</li> <li>Auxiliares de enfermería</li> <li>Enfermera administrativa</li> <li>Oficina de comunicación y sistemas</li> </ul>   | Permanente         | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Reporte de eventos clinicos</li> <li>2. Ayudas audiovisuales</li> </ul>   |
|  | Fallas en la información y educación al paciente                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Desconocimiento del portafolio de servicios</li> <li>* No seguimiento a la gestante a las interconsultas de odontología, nutrición, psicología y vacunación</li> <li>*No realizar la gestión administrativa de la referencia a especialidades</li> <li>*No entrega de instrucciones de preparación para las ayudas diagnosticas que lo requieran</li> <li>*Entrega incompleta de solicitudes de ayudas diagnosticas</li> <li>*No reforzar la necesidad de acudir a control</li> <li>* Debilidad en la educación a los usuarios</li> <li>*No adherencia a las rutas de promoción y mantenimiento de la salud.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* No adherencia al plan terapeutico</li> <li>* Deserción de los pacientes</li> <li>* Pérdida del turno para la toma de ayudas diagnosticas por inadecuada preparación</li> <li>* Insatisfacción del usuario</li> <li>* Quejas y reclamos.</li> <li>* Reprocesos</li> <li>* Glosas</li> <li>* Descuentos por no cumplimiento de metas por parte de las EAPB</li> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Reconsultas</li> <li>* Aumento de la demanda de consultas no pertinentes en urgencias</li> <li>* No captación de usuarios a las RIAs</li> </ul> | 8                                 | 3                | 6                                | 144                   | Moderado                | <ul style="list-style-type: none"> <li>1.Conocer el portafolio de servicios e informar las actualizaciones; Garantizar el facil acceso al mismo.</li> <li>2.Disponer instructivos sobre preparación de ayudas diagnosticas.</li> <li>3. Fortalecer la adherencia al protocolo de informacion y autocuidado.</li> <li>4. Capacitación en RIAs</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Auxiliar de posconsulta</li> <li>Directores operativos</li> <li>Enfermera administrativa</li> <li>Imágenes diagnosticas</li> <li>Bacteriologa</li> <li>Enfermeras asistenciales</li> </ul> | Permanente         | <ul style="list-style-type: none"> <li>* indicaciones de preparación provistas por imágenes</li> <li>* Listado de ayudas diagnosticas que requieren preparación</li> <li>*Portafolio de servicios actualizado</li> <li>* Indicadores de procesos en mi IPS</li> </ul> |
| <b>PROCESO GESTION AMBULATORIA (Odontología)</b><br><br><b>Llamar, confirmar e identificar al paciente.</b><br><br><b>Realizar anamnesis y evaluación de necesidades al ingreso</b><br><br><b>Realizar examen físico</b> | No identificar riesgos y necesidades (alergias, caídas, interacciones medicamentosas) | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Inadecuada, incompleta, debil anamnesis</li> <li>* Paciente mal informante y sin red de apoyo</li> <li>* Inadecuada comunicación del profesional</li> <li>* Sistema de informacion SIOS con deficiencias en registros clinicos</li> <li>* No análisis de ayudas diagnosticas previas</li> <li>* No realización de conciliación farmacológica adecuada</li> <li>* No verificación del historial medico del paciente</li> <li>* Fallas en procesos de inducción</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Mal enfoque clínico del paciente</li> <li>* Diagnostico errado</li> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Quejas y reclamos.</li> <li>* Demandas.</li> <li>* Pérdida de credibilidad de imagen institucional.</li> <li>* Aumento de los costos por reprocesos</li> <li>* Glosas.</li> </ul>   | 7                                 | 6                | 6                                | 252                   | Alto                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>1.Auditorias de historias clínicas, periódicas.</li> <li>2.Retroalimentación posterior al análisis de eventos clínicos, que generen aprendizaje y conduzca a mejores prácticas</li> <li>3. Despliegue del procedimiento de odontología con enfasis en revisión del historial medico</li> <li>4. Instructivo para atención odontológica de pacientes con compromiso sistémico</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Auditoria universitaria-Odontóloga.</li> <li>* Equipo de seguridad del paciente</li> </ul>   | Permanente         | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Informe de auditoria</li> <li>* Actas y listas de asistencia</li> <li>* Instructivo para atención odontológica de pacientes con compromiso sistémico</li> </ul>   |
|  | Tomar de manera incorrecta o no tomar signos vitales ni medidas antropométricas       | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Fallas en la calibración o mantenimiento de equipos.</li> <li>* No despliegue y conocimiento del protocolo para toma de signos vitales y medidas antropométricas.</li> <li>* No contar con los equipos necesarios.</li> <li>* Falta de tiempo por atrasos en la consulta.</li> <li>* Falta de adherencia al manual de diligenciamiento de historia clínica.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Posible evento clínico</li> <li>* Insatisfacción del usuario</li> <li>* Demandas</li> <li>* Diagnostico y plan terapeutico errado</li> <li>* Pérdida de credibilidad de imagen institucional.</li> <li>* Glosas, Aumento de los costos</li> <li>* Reprocesos</li> </ul>  | 5                                 | 5                | 3                                | 75                    | Moderado                | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Manual de procedimientos de enfermería- toma de signos vitales y medidas antropometricas</li> <li>2. Auditoria a registros clínicos y paciente trazador</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Profesional Universitaria- Coordinadora odontologia</li> <li>Profesional Especializado- Auditoria</li> </ul>   | 30/06/2022         | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Actas y lista de asistencia</li> <li>2. Informes de auditoria</li> </ul>  |
|  | Inadecuado examen físico intra y extraoral  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Inadecuada valoración y registro de odontograma</li> <li>* Inadecuado examen estomatologico</li> <li>* No verificar a través de doble vía con la auxiliar de odontología.</li> <li>* Fallas en el proceso de inducción en temas relacionados con manejo del diligenciamiento del odontograma y SIOS.</li> <li>* Falta aplicación de métodos diagnósticos completos por parte del odontólogo (inspección, pruebas de vitalidad, percusión, palpación).</li> <li>* Falta de tiempo para realizar correctamente</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Diagnóstico inadecuado</li> <li>* Realizar un procedimiento incorrecto.</li> <li>* Posibles eventos clínicos.</li> <li>* Plan de tratamiento no correspondiente a la patología del paciente.</li> <li>* Insatisfacción del usuario</li> <li>* Pérdida de credibilidad ante los grupos de interés.</li> <li>* Pérdidas económicas por demandas o glosas.</li> </ul>   | 7                                 | 5                | 3                                | 105                   | Moderado                | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Auditorias de historias clínicas</li> <li>2. Auditoria paciente trazador</li> <li>3. Aplicación de la nemotecnica para realizacion de examen fisico.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Profesional Especializado- Auditoria odontologos</li> <li>auxiliares de odontologia</li> </ul>   | 30/06/2022         | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Informes de auditoria</li> </ul>  |

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

|                         |           |         |                       |
|-------------------------|-----------|---------|-----------------------|
| FECHA DE ACTUALIZACION: | MAYO 2021 | PROCESO | MACROPROCESO MISIONAL |
|-------------------------|-----------|---------|-----------------------|

| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO  | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)         | CAUSAS DE FALLA(error)   | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)   | 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  |
|--|--|--|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|---|--|--------------------|---|
| <b>PROCESO GESTION AMBULATORIA (Odontología)</b><br><br>Definir diagnóstico<br><br>Definir plan de tratamiento         | Diagnóstico inadecuado                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Anamnesis incompleta.</li> <li>* Examen intra y extraoral inadecuado.</li> <li>* No adherencia a guías y protocolos.</li> <li>* Desconocimiento de los códigos CIE10</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Eventos clínicos.</li> <li>* Plan de tratamiento terapéutico o farmacológico inadecuado.</li> <li>* Pérdida de credibilidad ante los grupos de interés.</li> <li>* Pérdidas económicas por demandas o glosas.</li> <li>* PQRSF</li> </ul>   | 7                                 | 6                | 3                                | 126 | Moderado                | 1. Auditorias de historias clínicas<br>2. Auditoria paciente trazador<br>3. Actualización de guías<br>4. Retroalimentación de las auditorias<br>5. Mejoramiento del formato registro clínico en SIOS  | Profesional Especializado- Auditoria Coordinadora de odontología odontologos | 30/06/2022         | 1. Informes de auditoria<br>2. Actas y listas de asistencia   |
|  | Formulación inadecuada                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Configuración en el sistema</li> <li>* Exceso de confianza</li> <li>* Tiempo de atención</li> <li>* Error de digitación</li> <li>* Formula incompleta o errada</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Fallas terapéuticas</li> <li>* Hospitalizaciones evitables</li> <li>* Reconsultas</li> <li>* Quejas y reclamos.</li> <li>* Demandas.</li> <li>* Pérdida de credibilidad de imagen institucional.</li> <li>* Deserción de los pacientes</li> <li>* Aumento de los costos por reprocesos</li> <li>* Glosas.</li> </ul> | 7                                 | 4                | 2                                | 56  | Bajo                    | 1. Procedimiento de dispensación de medicamentos<br>2. Alertas en el sistema SIOS<br>3. Realizar rondas de seguridad<br>4. Retroalimentar los eventos clínicos reportados por tratamientos inadecuados.<br>5. Retroalimentación de los errores de formulación | Quimica farmaceutica Profesional Especializado-seguridad del paciente        | Permanente         | 1. Adherencia al procedimiento de dispensación<br>2. Informe de rondas de seguridad<br>3. Comunicaciones oficiales de retroalimentación |
|  | Toma inadecuada de imagen diagnostica                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>* No adherencia al protocolo para toma de radiografías de uso odontológico.</li> <li>* Orden mal diligenciada que no incluya área anatómica o especifique pieza dentaria.</li> <li>* Uso incorrecto de los códigos CUPS</li> <li>* No verificar adecuadamente la orden enviada por el odontólogo, por parte de quien realiza la toma de Rx</li> <li>* Paciente con comportamiento negativo no colaborador para RX</li> <li>*Error en el área anatómica de la toma de la ayuda diagnóstica (Rx)</li> <li>*Imagen diagnóstica distorsionada ( de mala calidad)</li> <li>* Posible falla del equipo de Rx</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Toma de imagen diagnóstica en la pieza dentaria incorrecta.</li> <li>* Sobre exposición a radiación innecesaria</li> <li>* PQRS</li> <li>* Atrasos en el tratamiento.</li> <li>* Reprocesos</li> <li>* Sobrecostos</li> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Glosas</li> </ul>  | 5                                 | 3                | 4                                | 60  | Bajo                    | 1. Potocolo para la toma de radigrafias de odontologia.<br>2. Revision de ordenes por parte de odontologa responsable de toma de Rx.  | Coordinadora de odontologia odontonloga responsable de toma de Rx            | 30/06/2022         | 1. Informe de tomas de rx en odontologia<br>2. indicador imágenes rechazadas  |
| <b>PROCESO GESTION AMBULATORIA (Odontología)</b><br><br>Diligenciar consentimiento informado o disentimiento informado | * Diligenciamiento inadecuado del consentimiento informado | <ul style="list-style-type: none"> <li>* No adherencia al protocolo de consentimiento o el disentimiento informado.</li> <li>* No explicación suficiente y clara al paciente sobre el procedimiento (s) a realizar.</li> <li>* No verificar la comprensión del paciente</li> <li>* Uso de lenguaje inapropiado que no facilita la comprensión del paciente.</li> <li>* Estado emocional del paciente.</li> <li>* Tiempo insuficiente para la consulta.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Insatisfacción del paciente</li> <li>* Demandas</li> <li>* Posibles eventos clínicos</li> </ul>   | 7                                 | 3                | 3                                | 63  | Bajo                    | 1. Auditorias de historias clínicas<br>2. Auditoria paciente trazador<br>3. Despliegue del protocolo de consentimiento informado  | Profesional Especializado- Auditoria Coordinadora de odontologia odontologos | 30/06/2022         | 1. Informes de auditoria<br>2. Actas y listas de asistencia   |

FECHA DE ACTUALIZACION:

MAYO 2021

PROCESO

MACROPROCESO MISIONAL

| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO   | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)          | CAUSAS DE FALLA(error)  | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)   | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCIÓN (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCIÓN / BARRERA  | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA   | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA  |
|---|---|---|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|---|--|--------------------|---|
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Odontología)   | Errores en la ejecución del tratamiento odontológico        | <ul style="list-style-type: none"> <li>*No aplicación de las guías de práctica segura</li> <li>* Atención odontológica a niños de difícil manejo conductual</li> <li>* Fallas o posibles incumplimientos en la calibración o mantenimiento de equipos o falla de equipos biomédicos o industriales</li> <li>* Mal uso de equipo biomédico</li> <li>* Falta de adherencia al protocolo de reuso de dispositivos médicos</li> <li>* Inadecuada anamnesis, examen físico o diagnóstico.</li> <li>* No realizar drenaje cuando está indicado</li> <li>* No colocar base intermedia cuando está indicado</li> <li>* No formular los medicamentos acorde a la guía</li> <li>* Mal pulido de restauraciones</li> <li>* No uso de localizador apical o rx</li> <li>* Falta de material o uso incorrecto de los materiales</li> <li>* Falta de adherencia al protocolo de profilaxis antibiótica</li> <li>* No realizar chequeo en doble vía del odontograma</li> <li>* Falta de adherencia a guías y protocolos</li> <li>* Falta actualización y despliegue de</li> <li>* Instrucciones de atención odontológica en pacientes con compromiso sistémico</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Lesiones en tejidos de los pacientes</li> <li>* Caída de restauraciones</li> <li>* Dolor pulpar</li> <li>* Abscesos o celulitis</li> <li>* IAAS</li> <li>* Fallas terapéuticas</li> <li>* Hospitalizaciones evitables</li> <li>* Reconsultas</li> <li>* Quejas y reclamos.</li> <li>* Demandas.</li> <li>* Pérdida de credibilidad de imagen institucional.</li> <li>* Deserción de los pacientes</li> <li>* Aumento de los costos por reprocesos Glosas.</li> </ul> | 7                                 | 7                | 5                                | 245 | Alto                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Actualización y despliegue de guías de práctica clínica</li> <li>2. Guía para prevenir complicaciones anestésicas en odontología</li> <li>3. Guía para mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos</li> <li>4. Auditorias de historias clínicas</li> <li>5. Auditoria paciente trazador</li> <li>6. Aplicación de la nemotecnia para realización de enfermedad actual y examen físico.</li> <li>7. Actualización de protocolo de reuso de dispositivos médicos</li> <li>8. Guía de profilaxis antibiótica en odontología</li> <li>9. Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 2. 3. Profesional Universitaria- Coordinadora odontología</li> <li>4. 5. Profesional Especializado- Auditoria</li> <li>6. Odontólogos</li> </ul>                             | 30/06/2022         | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Guías publicadas en servidor documental e Informes de conomiento de las guías desplegadas.</li> <li>2.3. Despliegue de guías según PIC</li> <li>4.6. Informe de auditoría</li> <li>5. Resultados de aplicación paciente trazador.</li> <li>7. Protocolo de reuso de dispositivos médicos actualizado.</li> <li>8. Despliegue de guías de profilaxis antibiótica en odontología</li> <li>9. Rondas de seguridad</li> </ul> |
| Atención inicial de urgencias, ejecución, evolución del tratamiento y ordenamientos | No adherencia al plan de tratamiento por parte del paciente | <ul style="list-style-type: none"> <li>* No dar las recomendaciones específicas para cada patología y signos de alarma que indiquen reconsultar</li> <li>* No explicar frente a la conciliación farmacológica y las reacciones adversas.</li> <li>*No disponer de recomendaciones específicas escritas por patología frecuente, que faciliten la recordación al paciente.</li> <li>* Falta de apoyo familiar y condición del paciente</li> <li>* Falta de habilidades de comunicación por parte del odontólogo</li> <li>* Falta de tiempo</li> <li>*No referir al paciente a la RIA, cuando aplique, no educar sobre su importancia</li> <li>* Desconocimiento del portafolio de servicios</li> <li>* No adherencia a protocolo de información y educación al usuario y autocuidado.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Fallas terapéuticas por abandono de tratamiento</li> <li>* Reconsultas</li> <li>* Quejas y reclamos.</li> <li>* Pérdida de credibilidad de imagen institucional.</li> <li>* Deserción de los pacientes</li> <li>* Aumento de los costos por reprocesos</li> <li>* Hospitalizaciones evitables</li> <li>* Demandas</li> <li>* Sobrecostos, glosas</li> <li>* No canalización a la RIAS correspondiente</li> </ul>   | 6                                 | 5                | 5                                | 150 | Moderado                | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Gestionar los recursos para la impresión de plegables informativos sobre recomendaciones que faciliten la recordación del autocuidado al paciente</li> <li>2. Registro en historia clínica de la educación suministrada a los pacientes, verificando la comprensión con los usuarios.</li> <li>3. 4. Cartilla de IAMI y flyer de uso seguro de medicamentos.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Subgerencia de Salud e investigación Directores Operativos</li> <li>Auditoria de Historia clínica</li> <li>Química farmacéutica Oficina de comunicaciones y sistemas</li> </ul> | Permanente         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Plantillas y material educativo para usuarios de recomendaciones y signos de alarma específicos por patología frecuente.</li> <li>Recomendaciones farmacológicas en formula medica.</li> <li>Informe de Auditoria</li> </ul>   |
|   | No brindar información clara en el proceso de remisiones    | <ul style="list-style-type: none"> <li>* No adherencia al Manual de Referencia.</li> <li>* Programa reinducción y reinducción deficiente</li> <li>* Falta de tiempo</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* No adherencia por parte del paciente a las recomendaciones generando posibles complicaciones o deterioro de la salud bucal.</li> <li>* Insatisfacción del paciente</li> <li>* Demandas</li> </ul>   | 7                                 | 6                | 5                                | 210 | Moderado                | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Despliegue de información aplicable a referencia en odontología existente en el manual operativo de referencia y contrareferencia</li> </ul>  |  |                    |   |

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

| FECHA DE ACTUALIZACION:  |   | MAYO 2021  |  | PROCESO                           |                  | MACROPROCESO MISIONAL            |     |                         |  |   |                    |  |
|--|---|--|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|--|---|--------------------|--|
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO  | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)                                  | CAUSAS DE FALLA(error)   | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)   | 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><b>PROCESO GESTION AMBULATORIA (Vacunación)</b></p> <p>Realizar búsqueda activa del usuario, demanda inducida o seguimiento a cohorte de nacido vivo</p> <p>Llamar, e identificar al paciente</p> | <p>Presencia de enfermedades inmunoprevenibles en menores de 6 años</p>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Reporte inoportuno, insuficiente de Cohorte de Nacido Vivo por parte de Secretaría Municipal de Salud.</li> <li>* Personal insuficiente para realizar búsqueda activa con la metodología "barrido casa a casa"</li> <li>* Seguimiento inoportuno a la cohorte de nacido Vivo.</li> <li>* Parto domiciliario sin registro del recién nacido que limita su seguimiento.</li> <li>* Creencias culturales que limitan la aceptación de la vacunación.</li> <li>* No vacunación de población susceptible a sufrir una enfermedad inmunoprevenible.</li> <li>* No seguimiento de la población no vacunada por ausencia de biológico o insumos.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* No cumplimiento de las metas de vacunación dadas por la Secretaría de Salud Municipal.</li> <li>* No vacunación de población susceptible de sufrir una enfermedad inmunoprevenible.</li> <li>* No captación de la población del Programa Ampliado de Inmunización (PAI).</li> <li>* Eventos centinela por no vacunación</li> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Seguimiento inoportuno a la cohorte de nacido Vivo.</li> <li>* PQR y demandas</li> <li>* Pérdida de imagen institucional</li> </ul> | 3                                 | 7                | 3                                | 63  | Bajo                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Lineamientos PAI desplegados</li> <li>* Protocolos de SIVIGILA desplegados</li> <li>* Manual Técnico administrativo de PAI</li> <li>* Seguimiento al funcionamiento del procedimiento de vacunación</li> <li>* Seguimiento diario a cohorte de nacido vivo</li> <li>* Tablero de gestión</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Enfermeras Administrativas y de Vigilancia Epidemiológica</li> </ul> | Permanente         | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Listas de asistencia a capacitaciones</li> <li>* Lista de verificación de cumplimiento al procedimiento de vacunación</li> <li>* PAI WEB</li> <li>* Registro de coberturas</li> </ul> |
| <p><b>PROCESO GESTION AMBULATORIA (Vacunación)</b></p> <p>Identificar los riesgos y necesidades del usuario</p>  | <p>No identificar necesidades y riesgos de no vacunación</p>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Deficiente interrogatorio sobre contraindicaciones para cada uno de los biológicos a aplicar.</li> <li>* No tener en cuenta las condiciones socioeconómicas del usuario postergando la cita para vacunación.</li> <li>* Oportunidades perdidas en vacunación</li> <li>* 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.</li> <li>* Usuarios y /o padres o cuidadores de los menores mal informantes.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Incumplimiento de metas de vacunación, contratadas.</li> <li>* Presencia de inmunoprevenibles en el usuario y convivientes inmunosuprimidos.</li> <li>* Insatisfacción del usuario.</li> <li>* Posibles eventos clínicos</li> </ul>   | 7                                 | 4                | 2                                | 56  | Bajo                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Manual Técnico administrativo de PAI</li> <li>* Lineamientos PAI desplegados</li> <li>* Vacunadores certificados en la competencia de administración de inmunobiológicos</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Enfermeras Administrativas</li> <li>* Talento Humano</li> </ul>      | Permanente         | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Listas de asistencia a capacitaciones</li> <li>* Lista de verificación de cumplimiento al procedimiento de vacunación</li> <li>* Certificados de competencias</li> </ul>              |
|  | <p>No identificación de contraindicaciones para la vacunación</p>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* No aplicación del biológico correspondiente según los antecedentes</li> <li>* Inadecuada cualificación del talento humano asignado al PAI. (desconocimiento del esquema de vacunación).</li> <li>* Inadecuado interrogatorio al paciente sobre antecedentes y reacciones posteriores a la vacunación previa</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Complicaciones en aquellos usuarios que estén cursando alguna patología que contraindique la vacunación.</li> <li>* Presencia de reacciones anafilácticas.</li> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* PQR y demandas</li> <li>* Pérdida de imagen institucional</li> </ul>   | 5                                 | 6                | 2                                | 60  | Bajo                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Manual Técnico administrativo de PAI</li> <li>* Lineamientos PAI desplegados</li> <li>* Vacunadores certificados en la competencia de administración de inmunobiológicos</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Enfermeras Administrativas</li> <li>* Talento Humano</li> </ul>      | Permanente         | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Listas de asistencia a capacitaciones</li> <li>* Lista de verificación de cumplimiento al procedimiento de vacunación</li> <li>* Certificados de competencias</li> </ul>              |
| <p><b>PROCESO GESTION AMBULATORIA (Vacunación)</b></p> <p>Informar y educar al usuario y/o su familia sobre la aplicación del biológico</p>  | <p>Educación e información insuficiente o errada de la aplicación del biológico</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* No enfatizar sobre los efectos secundarios y cuidados post vacunales.</li> <li>* Múltiples recomendaciones cuando se aplican varios biológicos, de difícil recordación por parte del usuario, padres o cuidadores.</li> <li>* Capacidad comunicativa inadecuada de las auxiliares de enfermería asignadas al servicio de vacunación</li> <li>* Educación inadecuada o insuficiente de efectos secundarios y signos de alarma por los cuales consultar o morbilidad ocasionada por el proceso de inmunización que pueden ser leves o graves.</li> <li>* Diligenciamiento inadecuado del carné de vacunación.</li> </ul>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Posibles eventos clínicos.</li> <li>* Insatisfacción del usuario</li> <li>* Negativa a posterior vacunación por parte de los padres o cuidadores.</li> <li>* Aumento de costos por atención en salud</li> <li>* Pérdida de credibilidad e imagen institucional</li> <li>* Posibles sanciones por los entes de control</li> </ul>  | 8                                 | 6                | 3                                | 144 | Moderado                | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Seguimiento al funcionamiento del procedimiento de vacunación</li> <li>* PQR</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Enfermeras Administrativas</li> </ul>                                | Permanente         | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Lista de verificación de cumplimiento al procedimiento de vacunación</li> </ul>   |

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

|                         |           |         |                       |
|-------------------------|-----------|---------|-----------------------|
| FECHA DE ACTUALIZACION: | MAYO 2021 | PROCESO | MACROPROCESO MISIONAL |
|-------------------------|-----------|---------|-----------------------|

| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO  | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)  | CAUSAS DE FALLA(error)  | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)   | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCIÓN (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCIÓN / BARRERA  | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA  | FECHA FINALIZACION                                    | MEDIO DE EVIDENCIA                           |
|--|---|---|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|---|---|---|--|
| <p><b>PROCESO GESTION AMBULATORIA (Vacunación)</b></p> <p>Aplicar biológico</p>  | <p>Administración de dosis inadecuadas , (jeringas y agujas incorrectas, sitio anatómico diferente, en vacunas orales, vómito franco inmediatamente después del suministro del biológico)</p> | <p>*Falta capacitación de los Lineamientos del "Manual Técnico Administrativo del PAI"</p> <p>*Proceso de inducción insuficiente.</p> <p>*No adherencia al "Manual técnico administrativo del PAI , en el Módulo de aplicación de biológicos y vacunación segura"</p> <p>*Alta demanda de pacientes en el servicio.</p> <p>* Falta de insumos (biológico y/o jeringas) para la prestación del servicio.</p> <p>*En biológicos inyectables aplicación al usuario en sitio anatómico diferente o superficialmente por sostenerlo inadecuadamente. (errores programáticos)</p> <p>* Inadecuada reconstitución de biológicos</p>  | <p>* Presencia y brotes de enfermedades InmunoPrevenibles</p> <p>* Incumplimiento de metas del PAI</p> <p>*Evento clínico (Errores programáticos. ESAVIs (Evento supuestamente atribuido a la vacunación o inmunización)</p> <p>*Insatisfacción del usuario</p> <p>*Pérdida de credibilidad e imagen institucional.</p> <p>*No continuidad del esquema de vacunación por negativa del usuario o de los padres o cuidadores.</p>  | 8                                 | 7                | 4                                | 224 | Alto                    | <p>1.Seguimiento a la adherencia al Manual técnico administrativo del PAI Modulo de aplicación de biológicos y vacunación segura.</p> <p>2. Plan de inducción estructurado para las auxiliares de enfermería del PAI, estandarizarlo para todas las IPS de Pasro Salud ESE.</p> <p>3.Supervisión aleatoria del procedimiento de vacunación.</p> <p>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.</p> <p>5. Estandarizar las listas de verificación</p> | <p>Profesional de Enfermera asignada al PAI o (LA SAS PROVEEDORA DE TALENTO HUMANO)</p> | <p>Permanente y según lineamientos del Ministerio</p> | <p>Listas de verificación estandarizadas</p> |
| <p><b>PROCESO GESTION AMBULATORIA (Vacunación)</b></p> <p>Finalizar la atención</p>  | <p>* No devolver los biológicos e insumos en las condiciones requeridas, posterior a la vacunación extramural.</p>  | <p>*Alta demanda de pacientes.</p> <p>*No adherencia al "Manual técnico administrativo del PAI" en lo referente al Módulo de aplicación de biológicos y vacunación segura.</p> <p>* Posibilidad de accidente con pérdida o deterioro de biológicos.</p>   | <p>* Pérdida injustificada de biológicos e insumos del PAI.</p> <p>*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).</p> <p>* Pérdida o deterioro de biológicos o insumos del PAI</p> <p>* Posibles sanciones por los entes de control.</p>  | 9                                 | 4                | 4                                | 144 | Moderado                | <p>1.Seguimiento a la adherencia al Manual técnico administrativo del PAI Modulo de cadena de frío</p> <p>2. Plan de inducción estructurado para las auxiliares de enfermería del PAI, estandarizarlo para todas las IPS de Pasro Salud ESE.</p> <p>3. Estandarizar las listas de verificación</p>  | <p>Profesional de Enfermera asignada al PAI</p>   | <p>Permanente y según lineamientos del Ministerio</p> | <p>Listas de verificación estandarizadas</p> |
| <p><b>PROCESO GESTION AMBULATORIA (Vacunación)</b></p> <p>Ingresar información al PAIWEB, SIOS y registros diarios</p> <p>Generar informes mensuales</p> | <p>*Usuarios que fueron vacunados pero no fueron registrados oportunamente o no se registran.</p>   | <p>* Registros inadecuados o insuficientes en los formatos del PAI.</p> <p>* No conocimiento del "Manual técnico administrativo del PAI" en lo referente al sistema de información requerido por el Ministerio, garantizando la calidad del dato.</p> <p>*No adherencia al "Manual técnico administrativo del PAI" en lo referente al sistema de información requerido por el Ministerio, garantizando la calidad del dato.</p> <p>*Alta demanda de pacientes.</p> <p>* Falta de talento humano en momentos de contingencia.</p> <p>* Dificultad con la funcionalidad del aplicativo nominal PAIWEB y disponibilidad de internet</p> <p>*Falta de seguimiento en los diferentes componentes del PAI.</p> <p>*No se toman acciones correctivas ante las inconsistencias encontradas.</p> | <p>*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).</p> <p>*Modificación de los Indicadores del PAI por información incompleta o que no se ingresa.</p> <p>*No concordancia entre existencia de insumos Biológicos y jeringas) que realmente se tiene en existencias con los que registra el aplicativo PAIWEB.</p> <p>*Requerimiento por parte de las EAPB y entes de control por el ingreso inoportuno o incorrecto de la información generada en el PAI.</p> <p>*Inoportunidad en la entrega de informes</p> <p>*Incumplimiento de los indicadores del PAI.</p> | 10                                | 5                | 2                                | 100 | Bajo                    | <p>1.Seguimiento a la adherencia al Manual técnico administrativo del PAI Modulo sistema de informacion</p> <p>2. Plan de inducción estructurado para las auxiliares de enfermería del PAI, estandarizarlo para todas las IPS de Pasro Salud ESE.</p> <p>3. Verificación trimestral de calidad del dato en sus tres componentes.</p>  | <p>Profesional de Enfermera asignada al PAI</p>   | <p>Permanente y según lineamientos del Ministerio</p> | <p>Listas de verificación estandarizadas</p> |

| FECHA DE ACTUALIZACION:   |   | MAYO 2021   |   |                                   | PROCESO          |                                  | MACROPROCESO MISIONAL |                         |  |   |                    |  |
|---|---|---|---|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|--|---|--------------------|--|
| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO                                 | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)        | CAUSAS DE FALLA(error)  | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)  | 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 (Atención terapéutica ambulatoria-Psicología) | Inadecuado o incompleto examen mental                     | * No adherencia a guías y protocolos de salud mental<br>* Débil proceso de inducción y reintroducción<br>* Falta de competencias para obtener información del paciente  | * Plan terapéutico inadecuado<br>* Posibles eventos adversos<br>* Insatisfacción de usuarios<br>* Pérdida de credibilidad institucional<br>* Reprocesos<br>* Glosas   | 6                                 | 6                | 5                                | 180                   | Moderado                | 1. Capacitación en guías y protocolos de salud mental<br>2. Auditorías y retroalimentación a guías de salud mental   | 1. Directores de Red<br>2. Profesional Especializado-Auditoría                | Permanente         | Listas de asistencia<br>Informes de auditoría  |
|   | Diagnóstico y plan terapéutico errado                     | *Desconocimiento y no adherencia de guías y protocolos en salud mental<br>* No adherencia al manual de historia clínica.<br>* Debilidad en proceso de inducción<br>* No adherencia al manual de referencia y contrareferencia | * Posibles eventos clínicos<br>* Hospitalizaciones evitables<br>* Reconsultas<br>* Quejas y reclamos.<br>* Demandas.<br>* Pérdida de credibilidad de imagen institucional.<br>* Deserción de los pacientes<br>* Aumento de los costos por reprocesos<br>* Glosas. | 5                                 | 5                | 4                                | 100                   | Moderado                | 1. Capacitación en guías y protocolos de salud mental<br>2. Auditorías y retroalimentación a guías de salud mental   | 1. Directores de Red<br>2. Profesional Especializado-Auditoría                | Permanente         | Listas de asistencia<br>Informes de auditoría  |
|   | Inoportunidad en la asignación de citas para salud mental | * Capacidad instalada insuficiente<br>* No autorización por parte de la EPS<br>* Situaciones administrativas  | * Posibles eventos clínicos<br>* Hospitalizaciones evitables<br>* Quejas y reclamos.<br>* Demandas.<br>* Pérdida de credibilidad de imagen institucional.<br>* Deserción de los pacientes   | 2                                 | 5                | 5                                | 50                    | Bajo                    | 1. Matriz de seguimiento nominal<br>2. Visitas extramurales<br>3. Seguimientos semanales   | 1. Directores de Red<br>2. Profesional de Psicología                          | Permanente         | Matriz de seguimiento nominal con frecuencia semanal   |
| PROCESO GESTION AMBULATORIA (Atención terapéutica ambulatoria-Nutrición)  | Toma inadecuada de medidas antropométricas                | *Falta de competencia en la toma de medidas antropométricas<br>* Registro inadecuado de medidas antropométricas<br>*Falta de mantenimiento y calibración de instrumentos de medición  | * Posible evento clínico<br>* Insatisfacción del usuario<br>* Demandas<br>* Diagnostico y plan terapeutico errado<br>* Pérdida de credibilidad de imagen institucional.<br>* Glosas, Aumento de los costos<br>* Reprocesos  | 7                                 | 6                | 7                                | 294                   | Alto                    | 1. Realizar seguimiento al cumplimiento del cronograma de mantenimiento de instrumentos de medición<br>2. Retroalimentar al personal asistencial los resultados de unidades de analisis y eventos clínicos | 1. Ingeniero Biomedico y auxiliar de almacen<br>2. Enfermeras administrativas | Permanente         | 1. Cumplimiento al cronograma de mantenimiento y calibración<br>2. Acta de retroalimentación |
|   | Inoportunidad en la asignación de citas para nutrición    | * Capacidad instalada insuficiente<br>* No autorización por parte de algunas EPS<br>* Situaciones administrativas   | * Posibles eventos clínicos<br>* Hospitalizaciones evitables<br>* Quejas y reclamos.<br>* Demandas.<br>* Pérdida de credibilidad de imagen institucional.<br>* Deserción de los pacientes   | 2                                 | 5                | 5                                | 50                    | Bajo                    | 1. Registro de pacientes que requieren control específico<br>2. Matriz de seguimiento nominal a desnutrición (programas bandera)<br>3. Matriz de seguimiento a DNT   | 1. Directores de Red<br>2. Enfermeras Administrativas                         | Permanente         | Matriz de seguimiento nominal  |

FECHA DE ACTUALIZACION:

MAYO 2021

PROCESO

MACROPROCESO MISIONAL

| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)                                     | CAUSAS DE FALLA(error)   | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)   | 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        | Inadecuada identificación del paciente (transversal a todo el procedimiento).          | * Desconocimiento de la guía de identificación inequívoca del paciente<br>* No adherencia a la guía de identificación inequívoca del paciente<br>* Falla en el proceso de inducción y reinducción<br>* Congestión del servicio<br>* Condición clínica del paciente<br>* Identificación incompleta o errónea de manilla y rotulos de cama   | * Posible evento clínico<br>* Reprocesos<br>* Quejas y demandas<br>* Suplantación  | 3                                 | 5                | 2                                | 30  | Bajo                    | 1. Guía de practica segura identificación inequívoca del paciente<br>2. Proceso de inducción y reinducción.<br>3. Rondas de seguridad<br>4. Listas de verificación de la guía de identificación inequívoca     | 1. Líder seguridad del paciente<br>2. DOR-Aux. apoyo TH<br>3. Líder seguridad del paciente<br>4. Enfermeras administrativas y DOR | 30/06/2022         | 1. Indicador de adherencia a la guía de practica segura de identificación inequívoca del paciente<br>2. Formato de Inducción específica                                       |
|   | Riesgo de caída (transversal a todo el procedimiento)                                  | *Desconocimiento de la guía de prevención y reducción de frecuencia de caídas<br>*No adherencia de la guía de prevención y reducción de frecuencia de caídas<br>*Deficiente proceso de inducción y reinducción<br>*Inadecuada valoración del riesgo de caída<br>* No aplicación de barreras de seguridad<br>* No se realiza adecuada verificación del estado clínico de paciente<br>*Ambiente físico en malas condiciones<br>*Paciente sin acompañante<br>*No aplicación de la escala de DOWNTON | * Posibles eventos clínicos<br>* Quejas y demandas<br>* Prolongación de la estancia<br>* Aumento de costos   | 10                                | 6                | 2                                | 120 | Moderado                | 1. guía de prevención y reducción de frecuencia de caídas.<br>2. Proceso de inducción y reinducción<br>3. Barreras de seguridad<br>4. Listas de verificación de adherencia a la guía<br>5. Rondas de seguridad | 1. Líder seguridad del paciente<br>2. DOR-Aux. apoyo TH<br>3. Líder seguridad del paciente<br>4. Enfermeras administrativas y DOR | 30/06/2022         | 1. Indicador de medición de adherencia a la guía de prevención de caídas.<br>2. Eventos clínicos por caída de pacientes en urgencias.<br>3. Resultados de rondas de seguridad |
|   | Riesgo de IAAS (transversal a todo el procedimiento)                                   | * Desconocimiento del procedimiento a realizar<br>*Deficiente inducción y reinducción<br>*No adherencia al protocolo de aislamiento<br>* No adherencia al protocolo de higiene de manos<br>* No adherencia a las técnicas de asepsia y antisepsia<br>* No adherencia al protocolo de limpieza y desinfección<br>*No dar recomendaciones para cuidados en casa relacionados con el procedimiento realizado  | *Posibles Eventos clínicos<br>* Insatisfacción del usuario<br>*Quejas y demandas<br>*Demora en la atención<br>*Reprocesos<br>* Glosas<br>* Deterioro Clínico | 7                                 | 5                | 5                                | 175 | Moderado                | 1. Protocolo de aislamiento, higiene de manos.<br>2. Técnica de asepsia antisepsia en cada procedimiento.<br>3. Protocolo de limpieza y desinfección<br>4. Protocolo de esterilización                         | 1.DOR y Líder seguridad del paciente<br>2. Enfermeras<br>3. Ingeniero Ambiental<br>4. Líder esterilización                        | 30/06/2022         | * Indicadores de limpieza y desinfección<br>* Indicadores de esterilización, indicadores de higiene de manos.   |
|   | Fuga de paciente (Transversal a todo el procedimiento)                                 | * Alta demanda del servicio.<br>* Fallas en la comunicación del personal asistencial<br>* Inadecuada valoración e identificación del riesgo de fuga<br>* No identificación oportuna de la ausencia del paciente<br>* No adherencia al protocolo de prevención de riesgo de pérdida o fuga de pacientes   | *Posible evento clínico<br>* Deterioro de las condiciones clínicas del paciente<br>*Quejas y demandas institucionales<br>*Pérdida de imagen institucional    | 9                                 | 3                | 4                                | 108 | Moderado                | 1. Pt- prevención de pérdida o fuga de pacientes.<br>2. Proceso inducción y reinducción  | 1. DOR y Líder seguridad del paciente<br>2. Aux. apoyo TH   | 30/06/2022         | * Informe de capacitación a vigilancia y personal de urgencias<br>* Formato de inducción<br>* Rondas de seguridad   |
|   | Deficiente comunicación entre el equipo de salud (transversal a todo el procedimiento) | * Entrega de turno no acorde con el procedimiento definido para tal fin<br>* No adherencia al protocolo de comunicación entre el equipo de salud<br>* Registro Inadecuada del plan integral de cuidados del paciente<br>*Fallas en la comunicación entre el equipo de salud<br>*Servicio de hospitalización congestionado<br>*Quien da la información del paciente no es el medico tratante.<br>*Inasistencia de personal para entrega de pacientes por turno                                    | * Posible Evento clínico<br>*No cuidado integral del paciente<br>*Retraso en plan de tratamiento del paciente<br>*Insatisfacción del usuario<br>* Quejas     | 10                                | 9                | 5                                | 450 | Alto                    | 1. Guía de comunicación efectiva entre el equipo de salud ( listas de verificación)<br>2. Adecuado diligenciamiento de kardex<br>3. Registro de entrega de turno   | 1. DOR- Líder seguridad del paciente<br>2. Enfermeras del servicio<br>3. Personal asistencial                                     | Permanente         | 1. indicadores de comunicación asertiva entre el equipo de salud<br>2. Registro de entrega de turno   |



FECHA DE ACTUALIZACION:

MAYO 2021

PROCESO

MACROPROCESO MISIONAL

| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO  | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)  | CAUSAS DE FALLA(error)   | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)   | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCIÓN (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCIÓN / BARRERA  | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA  | FECHA FINALIZACION | MEDIO DE EVIDENCIA  |
|--|---|--|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|---|---|--------------------|---|
| <p>PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION</p> <p>Solicitud y asignación de cama</p> <p>Traslado y recibo de paciente</p>           | Inoportunidad en la asignación de camas traslado de pacientes   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Demora en trámites de salida</li> <li>* Estancias hospitalarias prolongadas</li> <li>* Alta demanda de pacientes</li> <li>* Camas en mantenimiento</li> <li>* No disponibilidad de camas</li> <li>* Inoportunidad en la desinfección de la unidad</li> <li>* Inadecuada asignación de cama</li> <li>* Demora en la aceptación de pacientes con patología mental</li> <li>* Por no contratación</li> <li>* Requiere aislamiento</li> <li>* Congestión del servicio remitir</li> <li>* No diligenciamientos de ordenes y soportes para el traslado</li> <li>* No disponibilidad de ambulancias</li> <li>* Demora en tramites de salida de IPS referente</li> <li>* Traslado de pacientes durante el cambio de turno</li> <li>* Soportes y registros clínicos incompletos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Incumplimiento de indicadores de giro cama.</li> <li>* Insatisfacción de los usuarios</li> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>* Afectación económica</li> <li>* Congestión de otros servicios</li> <li>* Pérdida de la imagen institucional</li> <li>* Deterioro de la condición clínica del paciente</li> </ul>                                      | 5                                 | 5                | 3                                | 75  | Moderado                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Censo diario y reporte a la central</li> <li>2. Medición de la oportunidad en la asignación de camas</li> <li>3. Reporte oportuno de daños en inmobiliarios de las unidades del paciente.</li> <li>4. 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.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enfermera del servicio</li> <li>2. Dirección operativa de Red, enfermera administrativa</li> <li>3. Enfermera del servicio</li> <li>4. central de comunicaciones, enfermeras del servicio.</li> </ol> | Permanente         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En entrega de turno diaria</li> <li>2. Indicador de oportunidad en la asignación de camas.</li> <li>3. tickets</li> <li>4. Indicadores de oportunidad de remisión de las IPS referentes y de asignación de camas.</li> <li>5. Bitácora central de comunicaciones Pasto Salud ESE.</li> <li>6. Kardex de enfermería</li> </ol> |
| <p>PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION</p> <p>Recepcionar al paciente</p> <p>Evaluación de riesgos y necesidades al ingreso</p> | <p>Paciente llega en malas condiciones clínicas</p> <p>No identificación de riesgos y necesidades</p> | <p>*No aplicación de la técnica de comunicación asertiva entre el equipo de salud- SAER</p> <p>* Mala comunicación entre el equipo de salud</p> <p>* Omisión de datos clínicos relevantes</p> <p>*Condición clínica del paciente requería hospitalización en nivel superior</p> <p>*Evaluación clínica del paciente incompleta o no adecuada</p> <p>*No interpretación oportuna de ayudas diagnósticas</p> <p>* No valoración integral del paciente</p> <p>* Falta de cultura de enfoque de riesgos</p> <p>* No adherencia a guías clínicas y protocolos</p> <p>* Omisión de información por parte del paciente</p> <p>*No se realiza adecuada verificación del estado clínico de paciente</p> <p>*No cultura proactiva frente al riesgo</p>   | <p>* Posibles eventos clínicos</p> <p>* Deterioro clínico</p> <p>*Perdidas económicas</p> <p>*Insatisfacción de los usuarios</p> <p>* PQR y demandas</p> <p>* Rechazo de paciente por no pertinencia</p> <p>* Posibles evento clínicos</p> <p>* Quejas y demandas</p> <p>*Prolongación de estancias</p> <p>*Sobrecostos</p> <p>*Insatisfacción del usuario</p> <p>*Aumento de las comorbilidades</p> | 5                                 | 5                | 3                                | 75  | Moderado                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Guías de practica clínica</li> <li>2. Manual de referencia y contrareferencia</li> <li>3.Guía de comunicación asertiva del equipo de salud.</li> <li>4. Medios de comunicación instituciones disponibles</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1,2 Profesional Especializado- Auditoria</li> <li>2. Lider seguridad paciente y DOR.</li> <li>3. Equipo de salud del servicio</li> </ol>   | Permanente         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informe de rondas de seguridad, resultados de indicadores de listas de verificación</li> <li>2. Informe de capacitación</li> </ol>  |
|  | <p>Información y educación incompleta al usuario y la familia</p>                                     | <p>* Falta de competencias comunicacionales</p> <p>* Falta de compromiso por parte del personal</p> <p>* Problemas de comunicación ( idioma, discapacidad, estado del paciente)</p> <p>* Desconocimiento de la guía de información, educación e involucrar al paciente en su cuidado</p> <p>* Fallas en procesos de inducción y reinducción</p>  | <p>* Posibles eventos clínicos</p> <p>* Aumento de las comorbilidades</p> <p>* Insatisfacción del usuario y PQR</p> <p>* Demandas</p> <p>* pérdida imagen institucional</p> <p>* Aumento de costos</p>   | 7                                 | 5                | 4                                | 140 | Moderado                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Guía de información, educación e involucrar al usuario en su seguridad.</li> <li>2. Tener listado de personas que puedan apoyar en caso de pacientes con diferentes idiomas y dialectos.</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lider seguridad del paciente, DOR</li> <li>2. Enfermera Administrativa, enfermera del servicio</li> </ol>   | permanente         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informe de rondas de seguridad.</li> <li>2. Listas de chequeo de información</li> <li>3. Informe de capacitación</li> </ol>   |

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

|                         |           |         |                       |
|-------------------------|-----------|---------|-----------------------|
| FECHA DE ACTUALIZACION: | MAYO 2021 | PROCESO | MACROPROCESO MISIONAL |
|-------------------------|-----------|---------|-----------------------|

| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO   | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)               | CAUSAS DE FALLA(error)   | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)  | 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<br>Ingreso y valoración clínica                          | Inadecuada valoración medica al ingreso del paciente             | *Inadecuado interrogatorio del cuadro clínico del paciente<br>*Usuario mal informante, poco colaborador y sin acompañante.<br>*Falta habilidades del equipo de salud<br>*Inadecuada valoración física del paciente<br>*Inadecuado registro clínico<br>*Manejo inadecuado de modulo SIOS y registros clínicos<br>* Inadecuada toma de signos vitales y medidas antropometricas  | *Posibles eventos clínicos<br>*Estancia hospitalaria prolongada<br>*Mala imagen institucional.<br>*Glosa en el servicio prestado<br>*Insatisfacción del usuario<br>*Demandas institucionales<br>*Deterioro clínico<br>*Fallas terapéuticas  | 7                                 | 5                | 5                                | 175 | Moderado                | 1. Actualización, adopción y despliegue de guías de practica clínica.<br>2. Auditoria al registro clínico, paciente trazador y retroalimentación de hallazgos.<br>3. Fortalecer la atención humanizada de acuerdo a la política.<br>4. Programa de seguridad del paciente | 1,2 Profesional Especializado-auditoria<br>3. Dirección Operativa de Red y oficina Talento Humano      | Permanente         | 1,2 informe de auditoria y retroalimentación<br>2, 3 entrega de turno, rondas de seguridad<br>4. acto administrativo de adopción de guías<br>5. Informes de capacitación<br>5. Indicadores de rondas de humanización |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION<br>Dx y plan de tratamiento                              | Inadecuado diagnostico y plan terapéutico                        | *Deficiente valoración medica<br>* No adherencia de guías y protocolos clínicos adoptados por Pasto Salud ESE<br>* Arrastre de información de atenciones anteriores<br>*Escasa información del medico al usuario sobre el plan de manejo y recomendaciones.<br>*Desconocimiento del protocolo de información y educación al usuario y su familia<br>*No adherencia al protocolo de información y educación al usuario y su familia<br>*Falta de competencias comunicacionales del medico tratante. | *Posible Evento clínico<br>*Reingresos y consultas<br>*Quejas y demandas<br>* Insatisfacción del usuario<br>* Deterioro de las condiciones clinicas del paciente<br>*Sobrecostos<br>* Glosas<br>*Demandas<br>*Posibles sanciones por entes de control.  | 7                                 | 7                | 5                                | 245 | Alto                    | 1.Evaluación de historias clínicas por auditoria<br>2.Evaluación de adherencia a guías.<br>3. Paciente trazador   | 1 2 y 3.Profesional especializado auditoria  | Permanente         | *Informe de auditoria<br>* Actas de retroalimentación con los profesionales  |
| PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION<br>Chequear ordenes medicas<br>Elaborar plan de cuidados | Revisión inoportuna, inadecuada o no revisión de órdenes médicas | *Falta de compromiso por parte de l personal<br>*Problemas de comunicación entre el equipo de salud.<br>*Alta demanda de pacientes<br>*Letra ilegible<br>*Desconocimiento del procedimiento por falta de inducción   | *Posibles eventos clínicos<br>*Retraso en el inicio del plan de tratamiento del paciente<br>*Elaboración inadecuada del plan de cuidados<br>* Deterioro del estado del salud del paciente<br>*Prolongación de la estancia<br>*Demandas, glosas  | 6                                 | 5                | 4                                | 120 | Moderado                | 1. Procedimiento del servicio de hospitalización<br>2. guia de comunicación efectiva entre el equipo de salud.  | 1.Dirección Operativa de Red,<br>2.Líder de seguridad del paciente                                     | 30/06/2022         | 1. lista de asistencia<br>2. informe de rondas de seguridad, entrega y recibo de turno<br>3. Informes de capacitación  |
|   | Inadecuado plan de cuidados de enfermería (kardex)               | * Inadecuada identificación de necesidades<br>*No cotejar ordenes medicas con el kardex<br>*No adherencia al manual de procedimientos de enfermería<br>*Diligenciamiento incompleto o inadecuado de kardex y tarjetas de medicamentos<br>*Desconocimiento de cuidados de enfermería frente a las diferentes patologias<br>*Letra ilegible  | *Retraso en el inicio del plan de tratamiento del paciente<br>*Deterioro o empeoramiento del estado del salud del paciente<br>*Ejecución inadecuada del tratamiento<br>*Ejecución inadecuada de cuidados de enfermería<br>*Posibles eventos clínicos<br>* Quejas<br>*Reprocesos<br>*Prolongación de la estancia<br>*Sobrecostos, glosas | 6                                 | 5                | 4                                | 120 | Moderado                | 1. Manual de procedimientos de enfermería<br>2. Auditoria de paciente trazador<br>3. Rondas de seguridad  | 1. Enfermeras administrativas<br>2. Profesional especializado auditoria<br>3. Líder seguridad paciente | 30/06/2022         | 1. Informe de auditoria<br>2. Acta de rondas seguridad   |

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

|                         |           |         |                       |
|-------------------------|-----------|---------|-----------------------|
| FECHA DE ACTUALIZACION: | MAYO 2021 | PROCESO | MACROPROCESO MISIONAL |
|-------------------------|-----------|---------|-----------------------|

| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO   | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique)                 | CAUSAS DE FALLA(error)   | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)  | 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  |
|---|--|--|---|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|---|--|--------------------|---|
| <b>PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION</b><br>Ejecutar el plan de atención<br>Administrar medicamentos | No cumplimiento o ejecución errada del plan de atención instaurado | *Registro incompleto en Kardex y tarjetas de medicamentos<br>*No verificación de historia clínica<br>*Entrega de turno con equipo de salud incompleto<br>*Órdenes medicas no claras y poco legibles<br>*Omisión de información<br>* No actualización de Kardex de medicamentos<br>* Medicamentos no disponibles  | *Posibles eventos clínicos<br>*Deterioro o empeoramiento del estado del salud del paciente<br>*Aumento de la estancia hospitalaria<br>*Demandas<br>*Insatisfacción del usuario y PQR<br>*Sobrecostos<br>*Glosas | 6                                 | 6                | 7                                | 252 | Alto                    | 1.Procedimiento del servicio de hospitalización desplegado y evaluado.<br>2. Guía de comunicación efectiva entre el equipo de salud.<br>3. Revisión aleatoria del Kardex de enfermería y tarjetas de medicamentos y comparar con órdenes médicas.<br>4. Acompañamiento por parte del director operativo y/o enfermera administrativa en entrega de turno<br>5. Programa de seguridad del paciente | Dirección Operativa de Red, Enfermera Administrativa   | 30/06/2022         | 1. Listas de asistencia al despliegue del procedimiento del servicio de hospitalización.<br>2. Retroalimentaciones en la entrega de turno sobre los hallazgos encontrados en la revisión del Kardex de enfermería<br>3.Formato de recibo y entrega de turno<br>4. Rondas de seguridad |
|   | Administración inadecuada de medicamentos                          | *No adherencia al protocolo de administración segura de medicamentos<br>*No adherencia a los correctos de administración de medicamentos<br>*No adherencia a la semaforización de medicamentos<br>* No revisión de Kardex de enfermería<br>*Desconocimiento de las fichas técnicas de cada medicamentos<br>*Tarjetas de medicamentos no legibles o incorrectas                 | *Posibles eventos clínicos<br>* Aumento de la estancia hospitalaria<br>* Insatisfacción del usuario<br>* Sobrecostos, glosas<br>* Pérdida de la imagen institucional<br>* Reingresos<br>* Demandas              | 6                                 | 4                | 8                                | 192 | Moderado                | 1. Protocolo de administración segura de medicamentos<br>2. Verificar adherencia a los correctos de administración de medicamentos.<br>3. Semaforización de medicamentos<br>4. Elaboración y despliegue de las fichas técnicas de los medicamentos  | * Enfermera referente de seguridad del paciente de la Red, *Líder de seguridad del paciente Pasto Salud ESE<br>*Química Farmacéutica | Permanente         | * Informe de rondas de seguridad,<br>* Listas de verificación de administración segura de medicamentos,<br>* Reporte de eventos clínicos relacionados con medicamentos  |
| <b>PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION</b><br>Evolución diaria   | Inadecuada evolución del paciente                                  | * Reporte inoportuno de resultados de ayudas diagnosticas<br>*Inadecuada toma de signos vitales y medidas antropométricas<br>* Inadecuada valoración medica del paciente<br>* Interrogatorio incompleto al paciente<br>* No correlación de hallazgos clínicos y signos vitales<br>* No adherencia a guías y protocolos de atención<br>* No autorización de ayudas diagnosticas | *Deterioro clínico<br>*Pérdida de la continuidad del plan de manejo médico<br>* Posibles eventos clínicos<br>*Insatisfacción del usuario<br>*Pérdida de la imagen institucional<br>* Demandas                   | 8                                 | 5                | 4                                | 160 | Moderado                | 1.Guía de comunicación efectiva entre el equipo de salud<br>2. Entrega de turno   | 1. DOR- Líder seguridad del paciente<br>2. Medico de turno   | Permanente         | 1. Informe de capacitación<br>2. Registro de entrega de turno   |

FECHA DE ACTUALIZACION:

MAYO 2021

PROCESO

MACROPROCESO MISIONAL

| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO  | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique) | CAUSAS DE FALLA(error)  | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)  | 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 DE HOSPITALIZACION</p> <p>Egresar al paciente, definir tipo de egreso (domicilio, referencia), planificar la salida, ejecución del plan de salida</p> | Alta hospitalaria no pertinente                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Inadecuada valoración medica del paciente</li> <li>*No adherencia a guías y protocolos</li> <li>*Falta de experiencia por parte de personal medico</li> <li>*No verificación de la totalidad de las ayudas diagnósticas solicitadas.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Posibles eventos clínicos</li> <li>*Reingresos</li> <li>*Insatisfacción del usuario</li> <li>*Pérdida de la imagen institucional</li> <li>*Sobrecostos</li> <li>*Glosas</li> </ul>   | 2                                 | 5                | 5                                | 50  | Bajo                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia a guías y protocolos.</li> <li>2. Fortalecer la selección de personal y el proceso de inducción y reintroducción</li> <li>3. verificar mediante las Rondas de Seguridad y en la entrega de turno la información suministrada a los usuarios y familia</li> <li>4. realizar auditoria de pertinencia del egreso a los usuarios hospitalizados</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. líder de referencia y contrarreferencia Pasto Salud ESE, Dirección Operativa de Red, enfermera administrativa,</li> <li>2. oficina de talento humano</li> <li>3. líder de seguridad del paciente, director Operativo enfermera Administrativa-</li> <li>4. oficina de auditoria para el mejoramiento de la calidad</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 30/06/2022</li> <li>2. permanente</li> <li>3. según cronograma de rondas de seguridad</li> <li>4. 30/06/2022</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>1.informe de auditoria</li> <li>2. Hojas de vida</li> <li>3. informe de rondas de Seguridad, entrega y recibo de turno.</li> <li>4. informe de auditoria</li> </ul>   |
|  | Plan terapéutico inadecuado                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>* No adherencia a guías y protocolos</li> <li>*Falta de experiencia por parte de personal medico</li> <li>*Inadecuada valoración medica del paciente</li> <li>*Diagnóstico errado</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Posibles eventos clínicos</li> <li>*Falla terapéutica</li> <li>*Deserción del paciente</li> <li>*Insatisfacción del usuario</li> <li>*Glosas</li> <li>*Sobrecostos</li> <li>*Pérdida de la imagen institucional</li> </ul>  | 2                                 | 5                | 5                                | 50  | Bajo                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia a guías y protocolos.</li> <li>2. Fortalecer la selección de personal y el proceso de inducción y reintroducción</li> <li>3. Realizar auditoria de pertinencia a los usuarios que han sido dados de alta de hospitalización</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. líder de referencia y contra referencia Pasto Salud ESE, Dirección Operativa de Red, enfermera administrativa,</li> <li>2. oficina de talento humano</li> <li>3. líder de seguridad del paciente, director Operativo enfermera Administrativa-</li> <li>4. oficina de auditoria para el mejoramiento de la calidad</li> </ul> | Permanente  | <ul style="list-style-type: none"> <li>1.informe de auditoria</li> <li>2. Hojas de vida</li> <li>3. informe de rondas de Seguridad, entrega y recibo de turno.</li> <li>4. informe de auditoria informe de auditoria sobre adherencia a guías de práctica clínica</li> </ul> |
|  | Educación deficiente del plan de egreso            | <ul style="list-style-type: none"> <li>* No adherencia al protocolo de comunicación e información a usuarios familia.</li> <li>*Condición clínica y socio cultural del paciente</li> <li>*Falta de competencias comunicacionales del equipo de salud</li> <li>*Alto volumen de pacientes</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Posibles eventos clínicos</li> <li>*Abandono del tratamiento</li> <li>*Reingresos a hospitalización</li> <li>*Insatisfacción del usuario</li> <li>*Deserción del usuario</li> <li>*Perdida de la imagen institucional</li> <li>* Sobrecostos</li> </ul>   | 5                                 | 5                | 5                                | 125 | Moderado                | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar el conocimiento, aplicabilidad y adherencia al protocolo de comunicación a usuarios y familia.</li> <li>2. Fortalecer la selección de personal y el proceso de inducción y reintroducción.</li> <li>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</li> <li>4. Verificación de entendimiento del paciente y/o familiar de las instrucciones dadas.</li> <li>5. Fortalecer las capacidades comunicativas del equipo de salud</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. oficina de seguridad del paciente en rondas de seguridad</li> <li>2. dirección Operativa de Red</li> <li>3. oficina de talento humano</li> <li>4. dirección Operatividad</li> </ul>   | permanente  | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. informes de rondas de seguridad</li> <li>2. Soporte de turno de refuerzo</li> <li>3. listado de asistencia a capacitaciones</li> <li>4. Lista de adherencia al protocolo de comunicación a usuarios y familia</li> </ul>           |
|  | Referencia no pertinente o inoportuna              | <ul style="list-style-type: none"> <li>*No adherencia a guías y protocolos</li> <li>*Inadecuado diagnóstico clínico</li> <li>*No detección del riesgo del paciente que favorezca una remisión oportuna</li> <li>*No disponibilidad de camas en nivel complementario</li> <li>*Falta de convenios por parte de las EPS con el nivel complementario.</li> <li>*Falta de la especialidad médica requerida en los hospitales de referencia</li> <li>*No disponibilidad de ambulancias</li> <li>*No adherencia al manual de referencia y contra referencia</li> <li>*Paciente referido como urgencia vital</li> <li>*Documentación incompleta</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Posibles eventos clínicos</li> <li>* Aumento de la estancia hospitalaria</li> <li>* Insatisfacción del usuario</li> <li>* Deterioro de la imagen institucional</li> <li>*Sobrecostos, glosas</li> <li>*Demandas</li> <li>*Rechazo de pacientes en institución de referencia</li> <li>*Insatisfacción del usuario</li> <li>*Posibles sanciones por entes de control</li> </ul> | 5                                 | 5                | 5                                | 125 | Moderado                | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Manual de referencia y contra referencia</li> <li>2.Guías y protocolos de atención.</li> <li>3.Auditoria de pertinencia a las remisiones, guías y protocolos</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>1.,2 DOR-Profesional Especializado Auditoria</li> <li>3. Profesional Especializado Auditoria</li> </ul>  | permanente  | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. informes de auditoria</li> <li>2. Soporte de turno de refuerzo</li> <li>3. listado de asistencia a capacitaciones</li> <li>4. Bitacora de ambulancias</li> </ul>   |



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: | MAYO 2021 | PROCESO | MACROPROCESO MISIONAL |
|-------------------------|-----------|---------|-----------------------|

| ACTIVIDADES EN EL PROCESO O PROCEDIMIENTO               | MODO DE FALLA(riesgo o peligro que se identifique) | CAUSAS DE FALLA(error)  | EFFECTOS DE LA FALLA(consecuencia)   | PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10) | SEVERIDAD (1-10) | PROBABILIDAD DE DETECCIÓN (1-10) | NPR | CALIFICACION DEL RIESGO | ACCIÓN / BARRERA   | RESPONSABLE DE LAS EJECUARLA  | FECHA FINALIZACION   | MEDIO DE EVIDENCIA   |
|---|--|---|--|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----|-------------------------|--|---|--|--|
| <p>PROCESO GESTION DE HOSPITALIZACION</p> <p>Salida</p> | Demora o inoportunidad en la salida de pacientes   | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Alto volumen de pacientes</li> <li>*No entrega de órdenes de ayudas diagnósticas, remisiones o fórmula médica</li> <li>*Personal con poca experiencia o nuevo en el servicio</li> <li>* Falta de compromiso de los profesionales en el diligenciamiento completo de ordenes medicas</li> <li>*Salida cerca al horario de cambio de turno</li> <li>*No retiro de dispositivos o insumos médicos antes de la salida del paciente</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Posibles eventos clínicos</li> <li>* Insatisfacción del usuario</li> <li>*Reingresos</li> <li>*Pérdida de la imagen institucional</li> <li>*Sobrecostos</li> </ul> | 4                                 | 5                | 6                                | 120 | Moderado                | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluar la necesidad de refuerzo de personal por volumen de pacientes</li> <li>2. Fortalecer la selección de personal y el proceso de inducción y reinducción</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Director Operativo de Red</li> <li>2. Oficina de talento Humano</li> <li>3. Cajero principal de la Red</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Permanente</li> <li>2. Permanente y según cronograma de Oficina de Talento Humano.</li> <li>3. 30/06/2022</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>1.. soporte de refuerzo de turno</li> <li>1. hojas de vida</li> <li>2. lista de asistencia</li> </ul> |