HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Administración de Riesgos

REPORTE DE AVENCES DE LOS RIESGOS DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS 2015
DEL PERIODO OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2015

No. Riesgo	Descripción del Riesgo	Valor de Impacto	Valor de Probabilidad	Cuadrante	Estrategia	No. Factor de Riesgo	Factor de Riesgo	Descripción de la acción de control	Unidad Administrativa	Responsable	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Medios de verificación	% de avance	Acciones Realizadas	Documentación soporte que se adjunta
2015_1	**Servicios médicos otorgados por debajo de los estándares de calidad.**	10	10	I	EVITAR EL RIESGO	1.1	Aumento en la demanda de atención médica por integración del segundo nivel de atención.	Supervisar y evaluar la cobertura oportuna de plantillas autorizadas.	Dirección Médica	Dra. Alma Rosa Sánchez Conejo	23/04/2015	31/12/2015	Informe de plazas ocupadas y vacantes y solicitudes de contrataciones a la DAF	100%	La Dirección Médica informó que las acciones de mejora para atender este riesgo fueron alcanzadas al 100%, toda vez que analizó la plantilla para determinar el número de médicos generales de especialistas con los que cuenta, así como las jornadas laborales que cubren, con la finalidad de eficientar el servicio. No Obstante, la demanda del servicio médico incrementándose prevaleciendo el hecho de que las citas médicas se otorguen de manera postergada y que sean inoportunas para la condición de salud del paciente. Adicionalmente, que no existe programación de vacaciones y días de descanso del personal médico, pues en muchas ocasiones, los pacientes no reciben consulta porque el médico esta de vacaciones o no vino a laborar y no hay otro que pueda suplirlo. En este tenor, se considera que el riesgo no fue atendido de manera adecuada, por lo que las acciones de mejora deberán replantearse para evitar que exista disminución de la calidad de la atención a la población por baja eficiencia y capacidad resolutiva del personal que ofrece el servicio de salud.	Ya se ha trabajado en este sentido, se han realizado reuniones de trabajo presenciales , así como enlaces telefónicos que han permitido poder realizar referencias y contra-referencia una manera más adecuada, y disminuir y/o evitar en la medida de lo posible retrasos en la atención que impacten en la morbimortalidad . Por lo que continuaremos fomentando la comunicación con las diferentes instituciones. Este punto ya se ha atendido; sensibilizando a los profesionales de la salud, de la importancia de contar con vacaciones, congresos, onomásticos y los días que potencialmente sean programables, a fin de evitar que los pacientes acudan no se cuente con el personal para brindar su atención. Derivado de ello que este año se entregaran vacaciones y días que pueden ser programas para todo este año que no podrán ser modificadas, solo en caso de fuerza mayor. En caso de que el médico se ausente los pacientes deberán ser reprogramados para la misma semana. Politicas que quedan establecidas y ya se inicia su difusión.
						1.2	Rezago en los consultorios de consulta externa.	Supervisar y evaluar el funcionamiento correcto y oportuo de los servicios auxiliares del diagnóstico y tratamiento.	Dirección Médica	Dra. Alma Rosa Sánchez Conejo	23/04/2015	31/12/2015	Informe de Gestión	100%		
						1.3	Insuficiente cobertura de la plantilla médica y de atención al usuario.	Diseñar politicas, lineamientos o estrategias tendientes al fortalecimiento de la cultura organizacional de alto desempeño.	Dirección Médica	Dra. Alma Rosa Sánchez Conejo	23/04/2015	31/12/2015	Propuestas de planes de trabajo conjuntamente con la Dirección de Operaciones	100%		
						1.4	Altos niveles de ausentismo.	Establecer un plan de acción entre las áreas								
						1.5	Deficiencia en la programación de consultas y cirugías.									
2015_2	**Infecciones nosocomiales identificadas inoportunament**	4	7	II	EVITAR EL RIESGO	2.1	Insuficiencia de personal	Revisar conjuntamente la Dirección Médica y la Subdirección de Enfermería el indicador relacionado con infecciones nosocomiales, a fin de establecer metas	Dirección Médica	Dra. Alma Rosa Sánchez Conejo	23/04/2015	31/12/2015	Informes del indicador y Manual de indicadores que está elaborando la Coordinación de Planeación.	15%	La Dirección Médica no fue constante en el proceso para informar el avance de las acciones que llevó a cabo para administrar este riesgo, por lo cual no se tiene un dato preciso que lleve a determinar el valor que se le da a este riesgo y de	Se han realizado varias acciones para poder abatir los casos de infecciones nosocomiales que son procesos permanentes de mejora durante todo el año como los siguientes: 1. Lavado e higiene de manos es una campaña permanente dirigida a los trabajadores de la salud y población en general, así también se iniste sobre el tema durante las sesiones médicas, en los televisores de las salas de espera del HRAEI. 2. Capacitación permanente y supervisión de la colocación de sonda y Foley. 3. Capacitación y supervisión permanente de la limpieza y desinfección de catéteres. 4. Continuar con el monitoreo de cloro residual del agua para uso hospitalario. 5. Limpieza y desinfección de habitaciones y espacios que han sido ocupados por pacientes infectocontagiosos. 6. El uso Racional y adecuado de antibioticoterapia 7. Aislamiento de pacientes infecto-contagiosos, así como
						2.2	Insuficiencia de insumos y medicamentos	Gestionar adecuadas condiciones para la operación del equipo epidemiológico.	Dirección Médica	Dra. Alma Rosa Sánchez Conejo	23/04/2015	31/12/2015	Informes que realiza el área sobre el funcionamiento del equipo y solicitudes de mantenimiento preventivo-correctivo.			
						2.3	Subregistro de casos	Continuar con la difusión y sensibilización del procedimiento de lavado de manos, vigilancia transferencia	Dirección Médica	Dra. Alma Rosa Sánchez Conejo	23/04/2015	31/12/2015	Solicitud de reportes de voceo, folletos informativos.			

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Administración de Riesgos

REPORTE DE AVENCES DE LOS RIESGOS DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS 2015
DEL PERIODO OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2015

No. Riesgo	Descripción del Riesgo	Valor de Impacto	Valor de Probabilidad	Cuadrante	Estrategia	No. Factor de Riesgo	Factor de Riesgo	Descripción de la acción de control	Unidad Administrativa	Responsable	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Medios de verificación	% de avance	Acciones Realizadas	Documentación soporte que se adjunta
	e en los pacientes hospitalizados				RIESGO	1.5	Falta de organización del trabajo, que incluya la parte de vigilancia epidemiológica como un componente prioritario en la atención médica.	Verificar el seguimiento del los casos estudiados en los sistemas especiales de vigilancia epidemiológica.					Informes de labores.		esta forma, modificarlo de cuadrante. En consecuencia, este riesgo, permanecerá en el segundo cuadrante, solicitando al área responsable que informe adecuadamente sobre el avance de las acciones que ha comprometido.	protección de pacientes vulnerables. 8.- Cambio de sondas oro traqueales, de acuerdo a NOM al igual que catéteres y Sondas. 9. Vigilancia de alimentos a pacientes y personal. 10. Uso de batas y/o uniformes y las técnicas de asepsia necesarias para pacientes con restricción de visitas. 11. Vigilancia y supervisión de contar con jabón, avagar, toallas para el aseo de manos antes de visitar y/o atender pacientes hospitalizados. 12. El promedio de infecciones nosocomiales durante el año fue de 10.3% por cada mil días de estancia (máximo registrado 13,9 a una mínima de 8.1) si bien no logramos llegar al 9.6, que se estableció como meta, se logro disminuir al menos en dos puntos porcentuales. Con las medidas que se están tomando y la supervisión de que sean ejecutadas en la búsqueda de abatir más la presencia de infección nosocomial.
						2.5	Falta de coordinación entre los diferentes niveles de atención en el registro y seguimiento.	Monitoreo periódico del análisis epidemiológico.					Informes de labores.			
2015_3	Factor humano administrado de manera inadecuada	5	5	III	EVITAR EL RIESGO	3.1	Personal de ISEM reubicado al HRAEI	Realizar reuniones periódicas con el personal del ISEM y del HRAEI, a efecto de determinar posibles problemáticas laborales.	Subdirección de Recursos Humanos	C.P. Alfonso Guerra Pérez	23/04/2015	31/12/2015	Minutas de reuniones con el ISEM.	80%	Reunión realizada el día 01 de octubre de 2015. Minuta realizada entre el HRAEI e ISEM.	Minuta
						3.2	Discrepancia en las obligaciones laborales el personal del ISEM y del HRAEI	Coordinarse con el personal del área médica y del área de enfermería, a efecto de identificar los días de asueto del personal y crear roles para cubrir los diferentes servicios.					Minutas de reuniones con el área médica y enfermería	80%	Seguimiento de la Reunión realizada el día 01 de octubre de 2015.	Minuta
						3.3	Intervención de dos secciones sindicales	Reuniones con autoridades del ISEM para lograr que a través de ellas, se coordinen acuerdos con la sección sindical correspondiente y los trabajadores.							Las acciones de mejora fueron llevadas a cabo a través de las reuniones con las autoridades del ISEM, impactando positivamente los acuerdos del personal reubicado.	Minuta
						3.4	Plantilla de personal insuficiente para cubrir las necesidades de los servicios aperturados									
2015_4	Medicos especialistas formados inadecuadamente en las especialidades que otorga el HRAEI	4	4	III	EVITAR EL RIESGO	4.1	Renuncias de los médicos, particularmente los de procedencia extranjera, por no lograr adaptarse su nuevo entorno laboral, social y cultura.	Evaluaciones a través de exámenes psicométricos en forma conjuntacon psicólogos y el titular del curso.	Dirección de Enseñanza e Investigación	Dr. Carlos Alfonso Alva Espinoza	23/04/2015	31/12/2015	Examenes a los 6 y 12 meses	100%	Se concluyeron las evaluaciones psicométricas a todos los residentes de primer ingreso.	Oficio con dictamen
						4.2	Calificaciones reprobatorias de los residentes en los diferentes módulos de cada especialidad	Canalizar al residente con problemas de adaptación, al servicio de psiquiatría del Hospital de la Salud.	Dirección de Enseñanza e Investigación	Dr. Carlos Alfonso Alva Espinoza	23/04/2015	31/12/2015	Dictamen del psiquiatra en los casos problema	100%	Se logró obtener citas y consultas con el psiquiatra para los casos con problema	Copias de las evaluaciones por el psiquiatra.
								Entrevistas mensuales por parte de la Dirección de Enseñanza e Investigación con cada uno de los residentes, para detectar situaciones que puedan incidir negativamente en su aprendizaje.	Dirección de Enseñanza e Investigación	Dr. Carlos Alfonso Alva Espinoza	23/04/2015	31/12/2015		100%	Se han realizado juntas con los residentes para detectar oportunamente, situaciones de conflicto que pudieran incidir en su aprovechamiento y establecer las medidas correctivas pertinentes.	Copias de las juntas.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Administración de Riesgos

REPORTE DE AVENCES DE LOS RIESGOS DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS 2015
DEL PERIODO OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2015

No. Riesgo	Descripción del Riesgo	Valor de Impacto	Valor de Probabilidad	Cuadrante	Estrategia	No. Factor de Riesgo	Factor de Riesgo	Descripción de la acción de control	Unidad Administrativa	Responsable	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Medios de verificación	% de avance	Acciones Realizadas	Documentación soporte que se adjunta
								Evaluaciones preliminares para detectar bajas calificaciones de manera oportuna.	Dirección de Enseñanza e Investigación	Dr. Carlos Alfonso Alva Espinoza	23/04/2015	31/12/2015		100%	Se han realizados evaluaciones periódicas de los residentes en las áreas cognitiva, psicomotriz y emocional.	Copias de las evaluaciones.
2015_5	**Desarrollo de protocolos de Investigación limitado por carencias de recursos humanos y financieros.**	0	0		REDUCIR EL RIESGO	5.1	Que no se realicen las previsiones presupuestales de manera oportuna y adecuada.	Asegurar que el presupuesto de investigación sea efectivamente ejercido en los protocolos.	Dirección de Enseñanza e Investigación	Dr. Carlos Alfonso Alva Espinoza	23/04/2015	31/12/2015	Calificaciones preeliminares durante el año	85%	Seguimiento continuo de los comités relacionados con la investigación en el HRAEI, seguimiento del desarrollo de propuestas de investigación, revisión y actualización de fondos para la investigación.	La Dirección analizó el planteamiento de este riesgo, concluyendo que pudiera ser más un factor que un riesgo, ya que la falta de recursos humanos y financieros, puede provocar una baja calidad en el desarrollo de los protocolos de investigación, por lo cual se considera que este riesgo **sea considerado factor** y se desarrolle el riesgo **"Producción cientifica desarrollada de manera deficiente y/o con baja calidad"**
						5.2	Que no se otorguen los recursos suficientes.	Gestionar la contratación de dos investigadores con plaza.	Dirección de Enseñanza e Investigación	Dr. Carlos Alfonso Alva Espinoza	23/04/2015	31/12/2015	Minuta de las entrevistas realizadas de los residentes	10%	Planeación en tiempo y forma para destinar el recurso al tema de investigación.	
						5.3	Plantilla insuficiente de investigadores.								Integrar como protocolos de investigación los proyectos de tesis de residentes médicos de especialidades y de personal de enfermeria (esto establecería productividad mayor al 100% con respecto a la producción 2015), establecer un programa institucional de estimulos a la investigación.	
2015_6	**Indicadores establecidos inadecuadamente para evaluar la gestión institucional**	4	7	II	EVITAR EL RIESGO	6.1	Desconocimiento de la metodología para el establecimiento de indicadores.	Realizar análisis a los indicadores establecidos en la MIR, así como los que no se encuentren registrados en ella, evaluar su aplicabilidad y determinar su permanencia y/o actualización.	Coordinación de Planeación	C.P.C. Clarita Soriano Aguirre	23/04/2015	31/12/2015	Manual de indicadores que se encuentra desarrollando la Coordinación de Planeación.	50%	Supervisar y fortalecer la investigación de las competencias referenciadas HRAE's. Mantener contacto cercano y frecuente con la Dirección General de Planeación del Sector Salud. Observar el curso de la planeación hospitalaria internacional. Instruir la planeación prospectiva y estratégica como herramienta facilitadora en la toma de decisiones.	Reporte de resultados de la investigación de competencias referenciadas. Minutas y reportes derivadas de las reuniones y contactos con la Dirección General de Planeación de la S.S.A. Reporte de seguimiento a la planeación hospitalaria de instituciones similares al HRAEI. Reporte resultado de seguimiento a lo realizado con respecto a lo planeado.
						6.2	Que no se efectuén evaluaciones periódicas, a fin de determinar la utilidad de los indicadores y de este modo, establecer nuevos o eliminar los que ya no sean operativos.								Mantenerse informado de la innovación tecnológica del equipo y la farmacia. Comunicación directa y expedita con las instituciones hospitalarias de los HRAE's. Integrar equipo transdisciplinario que permita la alineación de procesos. Diseñar y establecer un programa de desarrollo de cultura organizacional.	Información resultado de la innovación farmacológica y de equipo hospitalario. Supervisión y control a la comunicación con las instituciones hospitalarias. Reporte verificador del establecimiento y operación del equipo transdisciplinario. Seguimiento y control de los resultados del programa.
2015_7	**Adquisición de insumos insuficientes o inadecuados para la operación de**	8	4	IV	EVITAR EL RIESGO	7.1	Requerimientos solicitados sin los requisitos especificaciones correctas y sin la debida anticipación.	Consultar de manera permanente la LAASSP y los POBALINES, así como invitar a las áreas solicitantes a que también las consulten.	Subdirección de Recursos Materiales	Lic. Jesús Antonio Alcaraz Granados	23/04/2015	31/12/2015	Invitaciones a las áreas requirentes a consultar la normatividad en materia de adquisiciones.	100%	Se realiza la consulta permanente a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, así como a las POBALINES para la debida aplicación en todos los procedimientos de contratación que se llevan a cabo en el área, asimismo se envió un oficio circular a las áreas para difundir la normatividad que deben consultar	Oficio circular DAF/HRAEI/1034/2015
						7.2	Incumplimiento por parte de los proveedores.	Verificar los tiempos de entrega conforme a la orden de suministro, elaborando vale de entrada de conformidad a lo solicitado en pedido correspondiente.	Subdirección de Recursos Materiales	Lic. Jesús Antonio Alcaraz Granados	23/04/2015	31/12/2015	Ordenes de suministro y vales de entrada	80%	Se firma vale de entrada de conformidad a la orden de suministro, para verificar los tiempos de entrega.	Se adjuntan algunas órdenes de suministro y vales de entrada de octubre a diciembre de 2015.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
Programa de Trabajo de Administración de Riesgos

REPORTE DE AVENCES DE LOS RIESGOS DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS 2015
DEL PERIODO OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2015

No. Riesgo	Descripción del Riesgo	Valor de Impacto	Valor de Probabilidad	Cuadrante	Estrategia	No. Factor de Riesgo	Factor de Riesgo	Descripción de la acción de control	Unidad Administrativa	Responsable	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Medios de verificación	% de avance	Acciones Realizadas	Documentación soporte que se adjunta
	diversas áreas.					7.3	Falta de capacitación sobre temas de adquisiciones, tanto para el personal de la Subdirección de Recursos Materiales, como para el personal de las áreas requirentes de los insumos.	Solicitar a la Subdirección de Recursos Humanos, cursos de capacitación de materia de adquisiciones.	Subdirección de Recursos Materiales	Lic. Jesús Antonio Alcaraz Granados	23/04/2015	31/12/2015	Solicitudes de cursos al área de recursos humanos	100%	En el mes de diciembre se impartieron al personal de la Subdirección de Recursos Materiales y áreas requirentes los cursos denominados: "Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público" y "Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y sus Modificaciones"	Algunas constancias de los cursos impartidos.
2015_8	Sistema de Gestión Hospitalaria de Ixtapaluca (SIGHOI) operando con diversas fallas y demoras	8	5	IV	EVITAR EL RIESGO	8.1	La actualización en el sistema informático que obliga a que momentáneamente no esté disponible.	Desarrollo de planes de trabajo entre la Institución y el IP, a efecto de que se establezca en ellos, la problemática de los sistemas, las necesidades de adecuación de sus módulos y labores de supervisión.	Diección de Operaciones		23/04/2015	31/12/2015	Comunicados con el IP	100%	Desarrollo de planes de trabajo entre la institución y el Inversionistas Proveedor, a efecto de que se establezca entre ellos, la problemática de los sistemas, las necesidades de adecuación de us módulos y labores de supervisión.	Programa anual de mantenimiento preventivo. Reportes de cumplimiento del Programa Anual de Mantenimientos Correctivos y Preventivos. Descripción del Procedimiento de Respaldo y Recuperación por parte de EcareSoft Formatos del Plan de Contingencia.
						8.2	Que los respaldos de informacióno se realicen de manera oportuna y/o conforme al procedimiento.									
						8.3	Que el usuario del sistema, no lo alimente correctamente.									
						8.4	Falta de atención del IP a las solicitudes de desarrollo de sistemas									
2015_9	Recurso Presupuestal otorgado de manera insuficiente para cumplir los objetivos y metas institucionales.	0	0			9.1	Recortes presupuestales durante el ejercicio fiscal	Realizar previsiones presupuestales de maenra anticipada al recorte presupuestal.	Subdirección de Recursos Financieros	Ing. Juan Manuel Rivero Garrido	23/04/2015	31/12/2015	Adefas, informes de gestión y oficios dirigidos a la DGPOP.	60%	Se gestionó durante el ejercicio 2014, a través del PAT, (Programa Anual de Trabajo), el presupuesto asignado, obteniendo los recursos suficientes para el 2015. Se calendarizó de manera oportuna y adecuada el recurso para cada una de las áreas operativas del HRAEI.	Esta situación es una constante en las actividades del área responsable de la administración de los recursos financieros, por lo que se considera que más que ser un riesgo, se trata de un factor, toda vez que ante esta problemática, el área está obligada a elaborar un Plan de Trabajo y a gestionar las adecuaciones presupuestales que se requieran para hacer frente a las necesidades de obtención de recurso. En este tenor, la Subdirección ha planteado como riesgo "Recursos propios captados de manera insuficiente para el cumplimiento de metas y objetivos institucionales"
						9.2	Inadecuada planeación de indicadores de gestión	Plantear adecuados indicadores de gestión.	Subdirección de Recursos Financieros	Ing. Juan Manuel Rivero Garrido	23/04/2015	31/12/2015		60%	Se llevó a cabo el pasado 21 de mayo de 2015, una reunión entre el personal de la Coordinación de Planeación y Personal de la Subdirección de Recursos Financieros a fin de planear y establecer los indicadores de Gestión que permitan el óptimo cumplimiento de las metas y objetivos del presupuesto institucional.	

LIC. OCTAVIO OLIVARES HERNANDEZ
COORDINADOR DE CONTROL INTERNO

LIC. JESÚS ANTONIO ALCARAZ GRANADOS
ENLACE DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS