



MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
FRGES-014	26 DE OCTUBRE DE 2018
VERSIÓN:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
03	03 DE NOVIEMBRE DE 2020
	HOJA: DE:



PROCESO		GESTIÓN CLÍNICA - Seguridad del paciente						FECHA ACTUALIZACIÓN				06 de noviembre de 2020			
OBJETIVO DEL PROCESO		Identificar los eventos adversos presentados en la institución con el fin de gestionarlos para disminuir su ocurrencia afectando positivamente la atención en salud de los usuarios													
SUBPROCESO SERVICIO	RIESGO	CLASIFICACIÓN	CAUSAS	CONSECUENCIAS	CONTROLES ACTUALES	P	C	NR	NR	NUEVOS CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE	PLAZO	INDICADOR	SEGUIMIENTO	
Seguridad del paciente	Desactualización de los riesgos propuestos en la metodología AMFE	Proceso	Cambios abruptos de coordinadores de servicios asistenciales, desconocimiento por parte de los coordinadores sobre la metodología del diligenciamiento de la matriz	1. No identificación de nuevos riesgos que pueden causar eventos adversos.	La líder del proceso de seguridad del paciente realizará la actualización de metodología AMFE con cada Coordinación, la cual se realizará en el año en curso, con el fin de identificar los posibles fallos en cada uno de los servicios que contribuyan a la presencia de eventos adversos, lo cual se realizará mediante información reportada en las rondas de seguridad, eventos adversos reportados en PRYGEA e información entregada por cada coordinador, en caso de no ser posible reunirse con los coordinadores se enviara a ellos instructivo de diligenciamiento de Matriz AMFE a los correos electrónicos, la evidencia de esto será la matriz AMFE actualizada acorde a información del periodo anterior	3	3	9	RIESGO MEDIO	1. Socialización a los coordinadores de los servicios y/o procesos sobre el diligenciamiento de la matriz AMFE 2. Seguimiento trimestral a la implementación de barreras producto del taller.	Líder de seguridad del paciente	ABRIL 2020 CADA TRIMESTRE DE 2020	Porcentaje de actualización de Matriz AMFE (numero de AMFE actualizados/ numero de servicios con AMFE x 100)	OCI	
Seguridad del paciente	Disminución en los reportes de eventos en el sistema PRYGEA	Proceso	1. Desconocimiento de la cultura de reporte de los eventos adversos	1. Subregistro de eventos adversos	El equipo de seguridad del paciente, realizará un diagnóstico inicial sobre conocimiento de eventos adversos, en el segundo trimestre del año en curso, con el fin de identificar vacíos en los conceptos sobre el reporte de eventos adverso, de ahí se iniciará con socialización sobre esta temática, además se gestionará para que los coordinadores de cada área incluyan dentro del plan de inducción y re inducción el reporte de eventos adversos como temática de importancia la cual se desarrollará en el año en curso, en caso de no lograr realizar las socializaciones al personal de forma asistencial se realizará por los diferentes medios de comunicación de los que dispone el HUDN (correo electrónico, redes sociales entre otros), el resultado de esto será el informe y análisis de las encuestas realizadas y las evidencias de las socializaciones realizadas.	4	3	12	RIESGO ALTO	1. Reforzamiento en educación cultura de seguridad 2. Actividades mensuales	Líder de seguridad del paciente	2020	Numero de actividades de socialización sobre eventos adversas realizadas % incremento de reportes de PRYGEA	OCI	
			2. Disminución de pacientes en los servicios por aislamiento por epidemias o pandemias	CONSECUENCIAS DE ESTA CAUSA											
Seguridad del paciente	Reiterativa ocurrencia de los mismos eventos adversos en un servicio	Proceso	1. Falta de articulación, desinterés y falta de importancia de los coordinadores de los diferentes servicios, por la seguridad del paciente.	1. Riesgo de repetición de los mismos eventos adversos ya identificados en los servicios	EL líder de seguridad del paciente realizará seguimiento las oportunidades de mejora establecidas por los implicados en los eventos adversos reportados, durante el año en curso, con el fin de verificar el cumplimiento de las actividades proyectadas, lo cual se realizará mediante lista de chequeo, de no cumplirse con el cumplimiento de las acciones de mejora se realizará cegamiento con una periodicidad de 15 días para que se cumpla con las mismas.	3	3	9	RIESGO MEDIO	Divulgación de hallazgos recurrentes a CIG, calidad	Líder de seguridad del paciente	2020		OCI	

PROCESO		GESTIÓN CLÍNICA - Vigilancia epidemiológica						FECHA ACTUALIZACIÓN				06 de noviembre de 2020			
OBJETIVO DEL PROCESO		Garantizar que al usuario hospitalizado y con procedimientos ambulatorios medidas preventivas y de control, sobre el riesgo de adquirir infecciones AAS. Y la notificación oportuna a salud pública para apoyar las decisiones y gestión institucional y comunitaria de los usuarios con enfermedades de interés en salud pública.													
SUBPROCESO SERVICIO	RIESGO	CLASIFICACIÓN	CAUSAS	CONSECUENCIAS	CONTROLES ACTUALES	P	C	NR	NR	NUEVOS CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE	PLAZO	INDICADOR	SEGUIMIENTO	

Vigilancia Epidemiológica	Infecciones cruzadas a usuarios y trabajadores	Proceso	1. No adherencia a protocolos y recomendaciones para la prevención de infecciones por trabajos de la salud	1. Infecciones asociadas a la atención en salud		3	3	9	RIESGO MEDIO	Mantener controles actuales Cumplimiento a la estrategia de higiene de manos IRVGE-012 IRVGE-013	Profesional Especializado Vigilancia epidemiológica + Equipo de trabajo	Permanente Cronograma mensual de seguimiento a los servicios	Adherencia a guía de profilaxis antibiótica Tasas de infección - adherencia a lavado de manos	Oficina de control interno de gestión
Vigilancia Epidemiológica	Sanciones por no reporte oportuno al Sistema Sivigila (online)	Proceso	1. No identificación y diligenciamiento de ficha epidemiológica por el médico a los eventos de interés en salud pública 2. No reporte a la Oficina de VG del evento presentado en los servicios	1. No reporte de evento o inoportunidad en el reporte	Enfermera SIVIGILA realiza. Búsqueda activa en aplicativo SIVIGILA SIANIES RIPS, mensualmente con el fin de identificar eventos que no se hayan notificado. Desviación: Falla en el sistema. Evidencia: BAI Mensual	1	3	3	RIESGO BAJO	Mantener controles actuales	Profesional SIVIGILA	Permanente	N/A	Oficina de control interno de gestión
Vigilancia Epidemiológica	Brotos en comunidad	Proceso	1. No identificación oportuna del brote y aplicación de protocolo institucional para atención en caso de brote	1. Epidemias, demandas, sanciones	Enfermero de Vigilancia epidemiológica realiza seguimiento diario a comportamiento de enfermedades infecciosas institucionales, se realiza informe trimestral con boletín epidemiológico donde se incluye el índice endémico mensual. Identificando los brotes institucionales podemos mitigar los brotes en la comunidad. Desviación: Fallas en el sistema que generen pérdida de datos, para ello se lleva una copia de seguridad de la base de datos original. Evidencia: Boletín epidemiológico trimestral con el índice endémico.	1	4	4	RIESGO BAJO	Mantener controles actuales	Profesional SIVIGILA, Profesional especializado VG	Permanente	N/A	DISEÑO CONTROLES: -Responsable: sin identificar. Colocar cargo del funcionario que es responsable del seguimiento al cumplimiento de los controles (primera línea de defensa) -Periodicidad: sin determinar: en que tiempo se ejecuta el control -Propósito: sin establecer -Como: que fuentes de información se utilizan (¿son confiables?). -Desviaciones: no se han establecido acciones -Evidencia: formatos establecidos
Vigilancia Epidemiológica	Brotos institucionales	Proceso	1. No identificar desviaciones en el comportamiento usual de infecciones asociadas a salud	1. Cierre de servicios 2. Daño al buen nombre institucional 3. Demandas	Enfermero de Vigilancia epidemiológica realiza seguimiento diario a comportamiento de enfermedades infecciosas institucionales, se realiza informe trimestral con boletín epidemiológico donde se incluye el índice endémico mensual. Identificando los brotes institucionales podemos mitigar los brotes en la comunidad. Desviación: Fallas en el sistema que generen pérdida de datos, para ello se lleva una copia de seguridad de la base de datos original. Evidencia: Boletín epidemiológico trimestral con el índice endémico.	1	4	4	RIESGO BAJO	Mantener controles actuales	Profesional especializado Vigilancia epidemiológica	Permanente	Número de brotes presentado	Oficina de control interno de gestión

PROCESO		GESTIÓN CLÍNICA - Auditoría médica						FECHA ACTUALIZACIÓN				06 de noviembre de 2020			
OBJETIVO DEL PROCESO		Evaluar de forma sistemática y continua los procesos de atención al paciente brindando retroalimentación para la mejora continua de los procesos asistenciales.													
SUBPROCESO SERVICIO	RIESGO	CLASIFICACIÓN	CAUSAS	CONSECUENCIAS	CONTROLES ACTUALES	P	C	NR	NR	NUEVOS CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE	PLAZO	INDICADOR	SEGUIMIENTO	

Auditoría Médica	Falta de mejora en los procesos de atención clínica y/o mantenimiento de causas de no conformidad en la gestión clínica de los servicios asistenciales y/o administrativos de apoyo a la gestión clínica.	Proceso	No presentación y/o incumplimiento de planes de mejora para minimizar o evitar las causas de no conformidad en la atención, evidenciadas a través de las diferentes acciones de auditoría médica de calidad.	1. No ejecución de cierre de ciclo PHVA	En cumplimiento al procedimiento PRGCA001 y formato FRGCA007 el Profesional Especializado de Auditoría comunica a los Coordinadores de procesos de las áreas asistenciales hallazgos de auditorías, que sirven de soporte para la elaboración de planes de mejora, en un tiempo no mayor a 5 días hábiles y entrega la oficina Asesora de Auditoría Médica, donde se llevará un cuadro de control de acciones de mejora. El incumplimiento se informará a la Oficina de Control Interno de gestión. El control se realizará mensualmente para auditoría de los indicadores de la Resolución 408, cuatrimestralmente para auditoría de paciente trazador y auditoría de concurrencia y semestralmente para auditoría de adherencia a guías de práctica clínica y auditoría de diligenciamiento de historia clínica, todo ello con el propósito de realizar cierre de ciclo en el mejoramiento continuo de la calidad.	3	3	9	RIESGO MEDIO	Mantener controles	Asesor de Auditoría Médica	Según cronograma de Auditorías (mensual, cuatrimestral y semestral)	% de cumplimiento de planes de mejora derivados de los informes de Auditoría Médica.	Oficina Control Interno de Gestión
Auditoría Médica	Falta de cumplimiento de actividades programadas por auditoría médica de calidad	Proceso	1. Exceso de actividades no programadas	1. No cumplimiento de metas de los procesos de auditoría programadas	Concertación por parte del Asesor de Auditoría Médica con los auditores sobre las actividades nuevas solicitadas por las diferentes áreas asistenciales, si se pueden realizar o es necesario la consecución de personal para cumplir con lo solicitado sin dejar de ejecutar el plan de auditoría pre establecido para todo el año, se medirá trimestralmente mediante el indicador: número de actividades nuevas solicitadas a auditoría médica concertadas/ total de actividades nuevas solicitadas al área de auditoría médica, meta propuesta de 100%	2	3	6	RIESGO MEDIO	Mantener controles	Asesor de Auditoría Médica - Equipo de Auditoría Médica	Mensual	% de cumplimiento de metas de auditoría programadas.	Oficina Control Interno de Gestión
Auditoría Médica	No entrega o inoportunidad en la entrega o deficiencia en la calidad de los informes de auditoría.	Proceso	1. Sobrecarga laboral 2. Talento humano insuficiente 3. Falta de compromiso con la institución.	1. Inadecuada evaluación 2. Pobreza en hallazgos 3. Realimentación insuficiente 4. Fallas en la seguridad del paciente 5. Pobre identificación de acciones correctivas	Se realiza un proceso de inducción al personal nuevo de auditoría médica, en la que incluye los procedimientos que se desarrollan en auditoría médica como son: auditoría concurrente, auditoría retrospectiva de historias clínicas, auditoría retrospectiva de adherencia a guías de manejo, auditoría de paciente trazador, auditorías especiales (demandas, tutelas, derechos de petición, quejas), auditoría de indicadores de Resolución 408, Auditoría de cuentas. Los informes se validan por parte del Asesor de Auditoría Médica. Se dejan actas del proceso de inducción y de la revisión de los informes de auditoría.	2	2	4	RIESGO BAJO	Mantener controles	Asesor de Auditoría Médica	Según cronograma de entrega de informes de Auditoría. (mensual, cuatrimestral y semestral)	% de cumplimiento de entrega de informes de auditoría.	Oficina Control Interno de Gestión
Auditoría Médica	No entrega o inoportunidad en la entrega o deficiencia en la calidad de los informes de auditoría de los indicadores de Resolución 408.	Proceso	1. Sobrecarga laboral 2. Talento humano insuficiente 3. No reporte de información	1. Sanción disciplinaria 2. Investigaciones antes de control internos y externos 3. Fallas en la monitorización de indicadores de gestión clínica	Para el cumplimiento y envío oportuno de la auditoría de indicadores de Resolución 408, se realiza solicitud a la oficina de estadística de los casos de: trastornos hipertensivos de la gestación, hemorragias de la gestación, cesáreas, partos, infarto agudo de miocardio, apendicitis aguda, muertes mayores de 48 horas, con corte al 15 y al 30 de cada mes y entregar el reporte en los primeros 7 días del mes siguiente, para cumplir con los la oportunidad, el control es realizado por la oficina de planeación. Entrega de indicadores de resolución 408 mensualmente antes de los 7 días del mes.	1	3	3	RIESGO BAJO	Mantener controles	Asesor de Auditoría Médica - Equipo de Auditoría Médica	Mensual	% de cumplimiento con oportunidad del reporte de indicadores de Resolución 408	Oficina Control Interno de Gestión

OBJETIVO DEL PROCESO		Gestionar oportunamente las objeciones administrativas y por pertinencia médica, para disminuir el riesgo financiero derivado.													
SUBPROCESO SERVICIO	RIESGO	CLASIFICACIÓN	CAUSAS	CONSECUENCIAS	CONTROLES ACTUALES	P	C	NR	NR	NUEVOS CONTROLES PROPUESTOS	RESPONSABLE	PLAZO	INDICADOR	SEGUIMIENTO	
Auditoría de cuentas médicas	Pérdida de recursos financieros por inoportunidad en tramitar respuesta a objeciones (administrativas o por pertinencia médica).	Proceso	1. Falta de módulos en el sistema que permitan realizar seguimiento al proceso de gestión de objeciones y glosas.	1. Riesgo financiero 2. Procesos disciplinarios 3. Investigaciones de entes de control internos y externos 4. Daño imagen institucional	El auxiliar de auditoría cada vez que recibe objeciones, reportadas desde el área de cartera registra en libro de radicaciones la objeciones y devoluciones que emiten las EPS con el fin de controlar los tiempos normativos de respuesta y comunica al Auditor Medico, verifica información en el sistema DGH. Evidencias: 1. Registro manual de fechas de control para alerta. 2. Reporte del sistema DGH de trámite de objeciones	3	3	9	RIESGO MEDIO	Creación del procedimiento de auditoría de cuentas médicas	Equipo de auditoría de cuentas	ago-20	N/A	Oficina Control Interno de Gestión	
			2. Falta de interrelación con las áreas que intervienen en el proceso.		Los profesionales y los auxiliares de auditoría, de manera permanente y sistemática realizan el proceso de verificación, respuesta y conciliación de las objeciones, cumpliendo los plazos normativos. Evidencias: 1. Registro manual de fechas de control para alerta. 2. Actas de conciliación.					Creación de aplicativo para el proceso de gestión de objeciones, devoluciones y glosas.		Equipo de auditoría de cuentas - Profesional Especializado Gestión de la Información - Subgerencia Administrativa y Financiera - Cartera - Facturación			dic-20
Auditoría de cuentas médicas	Aceptación inadecuada de glosas definitivas	Proceso	1. Desconocimiento por parte del auditor de los contratos con ERP. 2. Falta de compromiso laboral con el hospital. 3. Diversidad en contratos con particularidades por ERP.	1. Riesgo financiero 2. Procesos disciplinarios 3. Investigaciones de entes de control internos y externos 4. Falsas expectativas de recaudo	El profesional especializado de auditoría de cuentas médicas, en cada una de las conciliaciones que realiza con las ERP, previo estudio de las condiciones del contrato, soporta adecuadamente y emite respuesta pertinente a las objeciones generadas, para subsanarlas con el fin de evitar pérdidas de ingresos del hospital. Evidencias: 1. Actas de conciliación. 2. Criterios básicos de aceptación en primera instancia	2	3	6	RIESGO MEDIO	1. Generar espacios de encuentro con revisiones y realimentación al interior del equipo de trabajo.	Asesor Auditoría Médica	Reunion mensual a partir de agosto de 2020	% de adecuada aceptación de glosa	Oficina Control Interno de Gestión	
Auditoría de cuentas médicas	Mantener las mismas causas de objeciones en el tiempo	Proceso	1. Falta de realimentación de las causas de glosas al personal asistencial y administrativo que realiza la gestión la atención de salud en el Hospital. 2. No presentación y/o incumplimiento de planes de mejora para minimizar o evitar las causas de objeciones y glosas.	1. Riesgo financiero 2. Procesos disciplinarios 3. Investigaciones de entes de control internos y externos 4. Falsas expectativas de recaudo	El profesional especializado de auditoría de cuentas médicas, presenta trimestralmente ante el Comité de gestión integral el informe de causas de glosa, con el fin de generar insumos para los planes de mejora derivados, que debe ser gestionados por las áreas asistenciales y/o administrativas. Evidencias: 1. Actas del Comité de gestión integral. 2. Planes de mejora derivados. 3. Actas de seguimiento a planes de mejora por parte de OCI.	3	2	6	RIESGO MEDIO	1. Generar espacios para verificar cumplimiento de los planes de mejora derivados.	Asesor Auditoría Médica. OCI	Trimensual a partir de septiembre de 2020	% de cumplimiento de planes de mejora derivados del informe de Auditoría Médica.	Oficina Control Interno de Gestión	
Auditoría de cuentas médicas	Prescripción de cuentas por no acuerdo en conciliación	Proceso	1. Condiciones de conciliación del sistema de salud 2. Vacíos en la normatividad relacionada con la cobertura del aseguramiento	1. Prescripción de facturas 2. Detrimiento patrimonial 3. Recuperación tardía de cartera	El profesional especializado de auditoría de cuentas médicas, en cada una de las conciliaciones que realiza con las ERP, previo estudio de las condiciones del contrato, soporta adecuadamente y emite respuesta pertinente a las objeciones generadas, para subsanarlas con el fin de evitar pérdidas de ingresos del hospital. Cuando no es posible llegar a acuerdos de conciliación se trasladan a cobro jurídico. Evidencias: 1. Actas de conciliación. 2. Criterios básicos de aceptación en primera instancia. 3. Oficio de traslado a cobro jurídico.	2	2	4	RIESGO BAJO	Análisis de causas de conciliación de fallida.	Asesor Auditoría Médica	Mensual a partir de septiembre de 2020.	Informe de análisis de causa de glosa ratificada	Oficina Control Interno de Gestión	

Gestión Clínica	Exposición a movimientos repetitivos.	SST Biomecánico	1. Digitación y registro de datos y documentos	1. Trastornos osteomusculares de diversa magnitud y severidad. 2. Enfermedades laborales	MNSOC-003 Programa de vigilancia epidemiológica para los trabajadores expuestos a factor de riesgo Biomecánico Equipos de computo y padmouse ergonómico.	2	3	6	RIESGO MEDIO	Fortalecer la implementación del PVE incluyendo nuevas medidas que conduzcan a mayor cobertura con las estrategias de intervención	SST	Trimestral	NA	SST
Gestión Clínica	Postura sedente prolongada durante la realización de actividades laborales.	SST Biomecánico	1.Elaboración de documentos relacionados con las tareas propias del proceso.	1. Trastornos osteomusculares de diversa magnitud y severidad. 2. Enfermedades laborales	MNSOC-003 Programa de vigilancia epidemiológica para los trabajadores expuestos a factor de riesgo Biomecánico	2	3	6	RIESGO MEDIO	Fortalecer la implementación del PVE incluyendo nuevas medidas que conduzcan a mayor cobertura con las estrategias de intervención	SST	Trimestral	NA	SST
Gestión Clínica	Exposición a baja tensión (menor a 10 kV)	SST Eléctrico	1. Conectar y desconectar equipos	1. Electrización con consecuencias de diversa severidad y magnitud	Instalaciones eléctricas Mantenimiento Preventivo. Entubadas FRMAN-008 Cronograma de Mantenimiento Preventivo Infraestructura y mobiliario hospitalario.	1	3	3	RIESGO BAJO	Mantener control	Recursos físicos	Cronograma	Ejecución de cronograma	SST
Gestión Clínica	Caidas a nivel	SST Locativo	1. Codiciones del piso 2. Uso de zapatos inadecuados	1. Traumas, trastornos osteomusculares de diversa magnitud y severidad	FRMAN-008 Cronograma de Mantenimiento Preventivo Infraestructura y mobiliario hospitalario. Dotación de zapatos antideslizantes	2	3	4	RIESGO BAJO	Mantener control	SST	Cronograma	Ejecución de cronograma	SST
Gestión Clínica	Esfuerzos visuales	SST Físico	1. Estado de las luminarias	1. Fatiga visual 2. Cefaleas	FRMAN-008 Cronograma de Mantenimiento Preventivo Infraestructura y mobiliario hospitalario.	4	1	4	RIESGO BAJO	Mantener control	Recursos físicos -SST	Cronograma	Ejecución de cronograma	SST
Gestión Clínica	Manejo de cargas livianas Hombres: <ó= 25kg Mujeres: <ó= 12.5kg.	SST Biomecánico	1. Transporte de documentos a otros áreas de la organización	1. Trastornos osteomusculares de diversa magnitud y severidad. 2. Enfermedades profesionales.	MNSOC-003 Programa de vigilancia epidemiológica para los trabajadores expuestos a factor de riesgo Biomecánico	2	2	4	RIESGO BAJO	Mantener control	SST	Trimestral	NA	SST
Gestión Clínica	Posibilidad de atrapamiento	SST Mecánico	1. Manejo de cajones	1. Heridas y/o traumatismos de diversa magnitud	Mobiliario en buen estado. FRMAN-008 Cronograma de Mantenimiento Preventivo Infraestructura y mobiliario	1	2	2	RIESGO BAJO	Mantener el control	Recursos Físicos	Cronograma	NA	SST
Gestión Clínica	Fenómenos naturales: Sismo, terremoto, erupción volcánica Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas)	SST Seguridad	1.Volcán. 2.Cambios de temperatura 3.Fallas geológicas. 4.Fenómeno del niño. 5. Fenómeno de la niña	1. Heridas y/o traumatismos de diversa magnitud y severidad.	PLEME-002 Plan Hospitalario de Emergencia	3	2	6	RIESGO MEDIO	Fortalecer las medidas de preparación y atención ante emergencias y desastres	Emergencias	Permanente	#de trabajadores convocados/ trabajadores asistentes	SST
Gestión Clínica	Biológico - grupo 3 virus rondas de personal de atención al usuario por los servicios asistenciales	SST Biológico	1. Visita a diferentes servicios. 2. COVID-19	1. Enfermedades infecciosas de diversa magnitud y severidad	1. Señalización preventiva de áreas restringidas, IRVGE-017: Fricción de manos con alcohol glicerinado. IRVGE-012: Lavado de manos rutinario.	3	2	6	RIESGO MEDIO	Fotalecer el conocimiento sobre medidas de Bioseguridad, para prevenir COVID-19	SST-SST-Vigilancia Epidemiológica-ambiental	Permanente	Cobertura en la sensibilización en medidas de bioseguridad	SST
Gestión Clínica	Atención de Usuarios al interior de la organización	SST Público	1. Atención de Usuarios al interior de la organización	1. Heridas y/o traumatismos de diversa magnitud y severidad.	PGSOC-002 Programa de Riesgo Público Ruta de Atención cliente interno	3	2	6	RIESGO MEDIO	Fotalecer el conocimiento sobre medidas seguridad para el manejo de este riesgo	SST	Permanente	Cobertura en la sensibilización en medidas de bioseguridad	SST
Gestión Clínica	Uso de tijeras, bisturí.	SST Mecánico	1. Utilizar herramientas corto punzantes	1. Heridas y/o traumatismos de diversa magnitud	Manejo adecuado de herramientas manuales	1	2	2	RIESGO BAJO	Mantener el control	SST	Trimestral	NA	SST