	Procedimiento	Código	PR_02_GC-3
	ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	3
		Página	1 de 21

## 1. OBJETIVO

Establecer la metodología y herramientas que permitan el análisis de eventos de seguridad, identificando su causa raíz, con el fin de instaurar barreras de seguridad y acciones de mejora para minimizar o evitar su ocurrencia.

## 2. ALCANCE

Este procedimiento inicia con la selección de los métodos para la investigación y análisis de los eventos de seguridad y terminan con el envío del reporte de consolidado de eventos reportados a la GESIS para el establecimiento de indicadores de gestión.

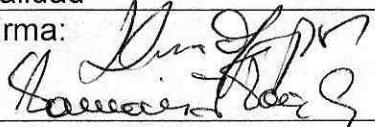


## 3. RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN, IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.


El responsable de elaborar y actualizar este procedimiento es la Oficina de Planeación y Calidad. La implementación es responsabilidad del Referente de Seguridad del Paciente. El seguimiento y evaluación de la aplicación del procedimiento es a través de auditorías internas lideradas por la Oficina de Control Interno.

## 4. DEFINICIONES

**Barrera de seguridad.** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

**Evento adverso.** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.

Actualizó: Diva Amparo Castaño V. Profesional Planeación Damaris Isabel Doria C. Asesora de Planeación y Calidad	Revisó: Damaris Isabel Doria C. Asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Carlos Fredy Carmona R Gerente
Firma: 	Firma: 	Firma: 
Fecha: 2018-11-30	Fecha: 2018-12-04	Fecha: 2018-12-12

	Procedimiento	Código	PR_02_GC-3
	<b>INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD</b>	Versión	3
		Página	2 de 21

**Evento adverso prevenible.** Resultado no deseado y no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

**Evento adverso no prevenible.** Resultado no deseado y no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

**Evento centinela.** Es un evento adverso grave que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria, algún tipo de incapacidad transitoria o permanente o la muerte y que requiere de intervención organizacional inmediata para evitar su recurrencia

**Evento adverso leve.** Es todo hecho atribuible a la atención en salud que afecta en grado leve a moderado la salud del paciente (Pirámide de Heinrich). Ejemplo fractura o trauma de tejidos blandos después de una caída de camilla o cama, reacción alérgica cutánea a un medicamento.

**Evento de seguridad.** Es la denominación genérica que aplicará la institución para referirse a una situación de riesgo que puede ocurrir tanto en los servicios de atención en salud como en las áreas administrativas. Estas situaciones se clasifican en 6 categorías: 1.Evento Centinela, 2.Evento adverso, 3.Incidente, 4.Complicación, 5.Falla latente, 6.Falla de atención en salud.


**Fallas latentes.** Son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por un miembro de los procesos de apoyo (Personal administrativo).

**Falla de la atención en salud.** Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

**Incidente.** Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

**Indicio de atención insegura.** Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso

**Riesgo.** Es la probabilidad de que un incidente o evento adverso ocurra.

	Procedimiento	Código	PR_02_GC-3
	<b>INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD</b>	Versión	3
		Página	3 de 21

## 5. ENTRADAS


INSUMOS	PROVEEDORES	CONDICIONES
Evento de seguridad identificado y clasificado	Referente de seguridad	Reporte de eventos de seguridad (F_01_GC_3) completamente diligenciado, radicado y clasificado por tipo de evento.

## 6. CONTENIDO

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTROS
<b>Métodos de análisis de eventos de seguridad seleccionados en la institución</b>	<p>Para el análisis de los eventos de seguridad, la institución ha seleccionado los siguientes métodos, teniendo en cuenta: El tipo de evento de seguridad, la facilidad de uso, su utilidad en la identificación de las causas raíces que originan los problemas, con el fin de establecer acciones que permitan eliminarlos, minimizando o evitando su aparición.</p> <p>Los eventos adversos centinelas y eventos adversos leves son analizados mediante el método <b>“Protocolo de Londres”</b>.</p> <p>Los incidentes, indicios de atención insegura, fallas de la atención en salud, y fallas latentes son analizados mediante los métodos: <b>“5 ¿Por qué?”</b>, <b>causa efecto (Ishikawa o espina de pescado) o diagrama de árbol</b>.</p> <p>Para la priorización de causas raíces se hace uso de la herramienta Matriz de Priorización, con los criterios probabilidad e impacto en el paciente y la institución.</p> <p>Los métodos seleccionados se describen en la <b>“Guía GU_01_GC_3</b></p>	<p>Oficina de Planeación y Calidad</p> <p>Referente de Seguridad</p>	<p>Guía GU_01_GC_3 Métodos Seleccionados para el Análisis de eventos de seguridad en la E.S.E Hospital San Rafael de Itagüí”</p>

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTROS
	<p><b>Métodos Seleccionados para el Análisis de eventos de seguridad en la E.S.E Hospital San Rafael de Itagüí</b>, la cual puede ser consultada para apropiar el conocimiento de los métodos y aplicarlos de forma correcta.</p>		
<p><b>Investigación evento adverso centinela y evento adverso leve</b></p>	<p>El Referente de Seguridad realiza la investigación del evento adverso centinela, antes de las 72 horas después de ocurrido el evento. La investigación de los eventos adversos leves es realizada por el respectivo Líder de servicio dónde ocurrió el evento en un tiempo máximo de 8 días, para lo cual el referente de seguridad le debe remitir el evento adverso leve, máximo 24 horas después de radicado y clasificado.</p> <p>En la investigación se realizan las siguientes actividades.</p> <p><b>-Revisión de la Historia Clínica</b> y registros del paciente, elaborando un resumen cronológico con los aspectos clínicos más importantes de la atención.</p> <p><b>-Realizar entrevistas</b> para hablar previamente con el personal del servicio dónde ocurrió el evento y preguntarles la versión de lo sucedido, en esta etapa si es posible, también se puede hablar con el paciente y/o la familia. Se debe indagar sobre las acciones inseguras y los factores que contribuyeron en la acción.</p> <p><b>-Indagación Documental</b>, verificar con el personal del servicio si existen guías, protocolos, procedimientos que sirvan de barreras de seguridad, si están disponibles, fácil acceso, si han sido comunicados y evaluados.</p> <p><b>-Verificación de los recursos tecnológicos</b>, revisar e indagar con el</p>	<p>Referente de Seguridad</p> <p>Líderes de Servicio</p>	<p>F_04_GC_3 Investigación de evento adverso Centinela o Evento adverso leve</p>

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTROS
	<p>personal, si en el servicio se cuenta con la tecnología adecuada para prestar el servicio de atención en salud (mínimo los de habilitación), si funciona correctamente, si tiene los mantenimientos programados y ejecutados, el personal ha sido entrenado en su uso.</p> <p><b>-Disponibilidad de personal completo</b>, se verifica si para el día del evento se encontraba todo el personal requerido en el servicio (mínimo exigido por habilitación) o si existió algún cambio en el personal o una ausencia de este. Para ello se indaga con el personal del servicio, cuando se considere necesario. Revisar cuadros de turnos.</p>		
<p><b>Análisis de Evento Adverso Centinela o Leve</b></p>	<p>Para la etapa de análisis se debe tener disponible la información recolectada en la etapa de investigación registrada en el formato <b>F_04_GC_3 “Investigación de evento adverso Centinela o Evento adverso leve”</b>. Con los eventos centinelas el Referente de Seguridad del Paciente, debe convocar a comité extraordinario de seguridad del paciente antes de las 72 horas, después de ocurrido el evento e invitar a las personas relacionadas con el mismo. Con los eventos adversos leves el Líder del servicio debe conformar un equipo de investigación el cual debe incluir al Referente de Seguridad del Paciente y un representante del servicio, relacionado con el evento adverso leve, el análisis se debe completar en máximo 15 días después de ocurrido el evento.</p> <p>En las reuniones para hacer el análisis, el Referente de Seguridad o Líder de</p>	<p>Referente de Seguridad</p> <p>Líder de servicio</p>	<p>F_05_GC_3 Análisis de eventos centinela o evento adverso leve</p> <p>Acta de comité (F_02_PE-2)</p> <p>Formato Plan de mejoramiento (F_01_CI-2)</p>

	Procedimiento	Código	PR_02_GC-3
	<b>INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD</b>	Versión	3
		Página	6 de 21


ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTROS
	<p>servicio, realiza la lectura del resumen de la investigación del evento adverso centinela o leve, según sea el caso.</p> <p>-El análisis se inicia indagando a los participantes del comité o equipo de investigación, como los factores contributivos (uno a uno los factores contemplados en la metodología del protocolo de Londres) predispuso o no la acción insegura dejando registró en el formato <b>F_05_GC_3 “Análisis de eventos centinela o evento adverso leve”</b>.</p> <p>-Si se decide priorizar factores contributivos, se debe hacer uso de la herramienta matriz de priorización con los criterios probabilidad e impacto en el paciente y la institución.</p> <p>-Por último el comité o equipo de investigación define el plan de mejoramiento para los factores contributivos priorizados, de acuerdo con lo establecido en el procedimiento o“PR_02_CI-2 Formulación de planes de mejoramiento”.</p>		
<b>Investigación y análisis de incidentes, indicios de atención en salud fallas de atención en salud, y fallas latentes</b>	<p>Enviar antes del quinto día hábil de cada mes, mediante correo electrónico corporativo a los Líderes de área y/o servicio, el consolidado de los incidentes, fallas de atención en salud y fallas latentes, clasificados y priorizados en el formato <b>F_06_GC-3 “Consolidado Incidentes y Fallas”</b>.</p>	Referente de seguridad	F_06_GC-3 Consolidado incidentes y fallas
	<p>Realizar el análisis de las causas para determinar la causa raíz, hacer uso de las metodologías causa-efecto, 5 ¿por qué?, o diagrama de árbol.</p> <p>Formular las acciones correctivas, preventivas o de mejora necesarias, de acuerdo con lo establecido en el</p>	Líder de Área o Servicio	F_07_GC-3 Análisis de incidentes y fallas (diagrama causa efecto) F_08_GC-3

**INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTROS
	“PR_02_CI-2 Formulación de planes de mejoramiento”.		Análisis de incidentes y fallas (¿Por qué?) F_09_GC-3 Análisis de incidentes y fallas (diagrama de árbol)  F_01_CI-2 Plan de mejoramiento
	<b>Indicio de atención insegura,</b> Revisar la historia clínica del paciente para identificar si hay evidencia de un evento adverso, en cuyo caso, proceder con el reporte, investigación y análisis. Si no existe evidencia de evento adverso, archivar el reporte dejando el respectivo registro.	Referente de seguridad del paciente	F_01_GC_3 Reporte de evento de seguridad
<b>Reporte consolidado eventos reportados</b>	Enviar a la GESIS el consolidado de eventos de seguridad el quinto día hábil de cada mes, con el fin de definir los indicadores relacionados con eventos de seguridad.	Líder seguridad del paciente	F_08_GC-3 Consolidado de eventos de seguridad

**7. SALIDAS**

PRODUCTO O RESULTADO	CLIENTES	REQUISITOS
Eventos de seguridad analizados.	Referente de Seguridad del Paciente , Líderes de área y/servicios	Análisis realizado mediante la utilización de las metodologías seleccionadas en la institución: Protocolo de Londres para eventos adversos centinelas y leves. F_04_GC_3 Investigación de evento adverso Centinela o Evento adverso leve.
Planes de mejoramiento.		
	GESIS	

	Procedimiento	Código	PR_02_GC-3
	<b>INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD</b>	Versión	3
		Página	8 de 21

PRODUCTO O RESULTADO	CLIENTES	REQUISITOS
		F_05_GC_3 Análisis de eventos centinela o evento adverso leve F_06_GC-3 Consolidado incidentes y fallas F_07_GC-3 Análisis de incidentes y fallas (diagrama causa efecto) F_08_GC-3 Análisis de incidentes y fallas (¿Por qué?) F_09_GC-3 Análisis de incidentes y fallas (diagrama de árbol)

## 8. ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES

- Verificar con evidencias el desarrollo de los planes de mejoramiento enviados por cada coordinador de los servicios, en caso de no cumplimiento reiterado de los planes de mejoramiento, se deberá poner en conocimiento a la Subgerencia de Salud.
- Los planes de mejoramiento son responsabilidad del Líder de área y/o servicio en donde se presente la ocurrencia de un evento de seguridad.

## 9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Paquete instruccional Monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente, versión 2.0 Ministerio de Salud y Protección Social.

## 10. CAMBIOS

FECHA	NATURALEZA DEL CAMBIO	SOLICITANTE
2015 – 07 – 10	Actualización del procedimiento, generando la versión 2.	Jhonatan Avendaño Mejía - Enfermero Líder de Seguridad del Paciente
2018 – 12– 12	Actualización del procedimiento de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.	Damaris Isabel Doria C. Asesora Planeación



	Procedimiento	Código	PR_02_GC-3
	<b>INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD</b>	Versión	3
		Página	9 de 21

## 11. ANEXOS

CÓDIGO	NOMBRE
F_04_GC-3	Investigación de evento adverso Centinela o Evento adverso leve
F_05_GC-3	Análisis de eventos centinela o evento adverso leve
F_06_GC-3	Consolidado incidentes y fallas
F_07_GC-3	Análisis de incidentes y fallas (diagrama causa efecto)
F_08_GC-3	Análisis de incidentes y fallas (¿Por qué?)
F_09_GC-3	Análisis de incidentes y fallas (diagrama de árbol)



<b>INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD</b>	Procedimiento	Código	PR_02_GC-3
		Versión	3
		Página	10 de 21

### ANEXO 1

## FORMATO F\_04\_GC-3 Investigación de evento adverso Centinela o Evento adverso leve

	Formato	Código	F_04_GC-3
	<b>INVESTIGACIÓN DE EVENTO ADVERSO CENTINELA O LEVE</b>	Versión	1
		Vigencia	2018-12-07

<b>1. RESUMEN CRONOLÓGICO DE LA ATENCIÓN EN SALUD (Historia Clínica y registros)</b>		
<b>2. ENTREVISTA A PERSONAS DEL SERVICIO PRESENTE DURANTE LA ATENCIÓN</b>		
Nombre	Cargo	Versión de lo sucedido
<b>3. INDAGACIÓN DOCUMENTAL</b>		
Documento	Socializado	Evaluado
<b>4. VERIFICACIÓN RECURSOS TECNOLÓGICOS USADOS EN LA ATENCIÓN</b>		
Equipo	Estado funcional	Mantenimiento Preventivo
<b>5. DISPONIBILIDAD DE PERSONAL</b>		
<b>6. DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS, DX, INSUMOS NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN</b>		
<b>7. ACCIONES INSEGURAS</b>		



<b>INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD</b>	Procedimiento	Código	PR_02_GC-3
		Versión	3
		Página	11 de 21

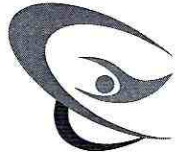
**ANEXO 2**



<b>ANÁLISIS DE EVENTOS CENTINELA O EVENTO ADVERSO LEVE</b>	Formato	Código	F_05_GC_3
		Versión	2
		Fecha	2018 -11 -01

<b>EVENTO:</b>	<b>FECHA DE ANALISIS</b>	<b>DE</b>	<b>EN</b>	<b>LÍDER DEL ANÁLISIS</b>
----------------	--------------------------	-----------	-----------	---------------------------

FALLAS ACTIVAS				
ORIGEN	VARIABLES A CONSIDERAR	HALLAZGOS EN EL CASO (HECHOS Y DATOS)	POSIBLES FACTORES EXPLICATIVOS	ACCIONES CORRECTIVAS
<b>ACCIONES INSEGURAS</b> (Son acciones u omisiones en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea y que tienen el potencial de causar daño).	Acciones.			
	Omisiones.			
	Violaciones conscientes.			



E.S.E. HOSPITAL  
**San Rafael**  
DE ITAGÜÍ

Procedimiento

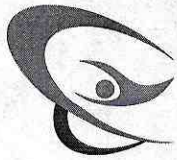
**INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD**

Código PR\_02\_GC-3

Versión 3

Página 12 de 21

CONDICIONES QUE PREDISPONEN A EJECUTAR ACCIONES INSEGURAS			
FACTORES CONTRIBUTIVOS	VARIABLES A CONSIDERAR	HALLAZGOS EN EL CASO (HECHOS Y DATOS)	POSIBLES FACTORES EXPLICATIVOS
			ACCIONES CORRECTIVAS
PACIENTE	Complejidad y gravedad.		
	Lenguaje y comunicación.		
	Personalidad y factores sociales.		
TAREA Y TECNOLOGÍA	Diseño de la tarea y claridad de la estructura.		
	Disponibilidad y uso de protocolos.		
	Disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas.		
	Ayudas para la toma de decisiones.		
INDIVIDUO	Conocimiento, experiencia, pericia.		
	Habilidades y competencia.		
EQUIPO DE TRABAJO	Salud física y mental.		
	Comunicación verbal y escrita.		



E.S.E. HOSPITAL  
**San Rafael**  
DE ITAGÜÍ

Procedimiento

Código PR\_02\_GC-3

**INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD**

Versión 3

Página 13 de 21

CONDICIONES QUE PREDISPONEN A EJECUTAR ACCIONES INSEGURAS				
FACTORES CONTRIBUTIVOS	VARIABLES A CONSIDERAR	HALLAZGOS EN EL CASO (HECHOS Y DATOS)	POSIBLES FACTORES EXPLICATIVOS	ACCIONES CORRECTIVAS
<b>AMBIENTE</b>  (Adecuada coordinación)	Supervisión y disponibilidad de soporte.			
	Estructura del equipo (consistencia, congruencia, entre otras).			
	Personal suficiente.			
	Mezcla de habilidades.			
	Carga de trabajo.			
	Patrón de turnos.			
	Diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos.			
	Soporte administrativo y Gerencial.			
	Clima laboral			
	Ambiente físico (luz, espacio, ruido, entre otros).			



**E.S.E. HOSPITAL**  
**San Rafael**  
**DE ITAGÜÍ**

Procedimiento

Código PR\_02\_GC-3

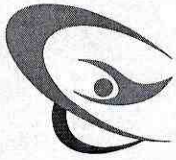
**INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD**

Versión 3

Página 14 de 21

FALLAS LATENTES				
ORIGEN	VARIABLES A CONSIDERAR	HALLAZGOS EN EL CASO (HECHOS Y DATOS)	POSIBLES FACTORES EXPLICATIVOS	ACCIONES CORRECTIVAS
<b>ORGANIZACIÓN Y GERENCIA.</b> (Hace referencia a las políticas institucionales relacionadas con uso de personal temporal o flotante, educación continua, entrenamiento y supervisión y disponibilidad de equipo y suministros)	Recursos y limitaciones financieras.  Estructura organizacional.  Políticas, estándares y metas.  Prioridades.  Cultura organizacional.			
<b>CONTEXTO INSTITUCIONAL</b> (Entorno en el que se desempeña la Institución)	Económico y regulatorio.  Contactos externos (Con otras IPS).			

BARRERAS QUE FALLARON			
TIPO DE BARRERA	HALLAZGOS EN EL CASO (HECHOS Y DATOS)	POSIBLES FACTORES EXPLICATIVOS	ACCIONES CORRECTIVAS



E.S.E. HOSPITAL  
**San Rafael**  
DE ITAGÜÍ

Procedimiento

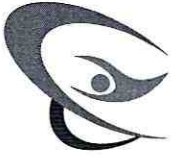
Código  
PR\_02\_GC-3

**INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE  
SEGURIDAD**

Versión  
3

Página  
15 de 21

<b>Físicas</b> (Ejemplo barandas, antideslizantes, entre otras)			
<b>Tecnológicas</b> (Como los códigos de barra, lectores de huella, entre otros)			
<b>De Acción Humana</b> (Como las listas de verificación)			
<b>Administrativas</b> (Como el entrenamiento y la Supervisión)			
<b>Naturales</b> (Ejemplo la distancia, el clima, entre otros)			



E.S.E. HOSPITAL  
**San Rafael**  
DE ITAGÜÍ

Procedimiento

**INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE  
SEGURIDAD**

Código

PR\_02\_GC-3

Versión

3

Página

16 de 21

### ANEXO 3

#### FORMATO F\_06\_GC-3 Consolidado incidentes y fallas

##### PERIODO REPORTADO


DEL	DD	MM	AAAA	AL	DD	MM	AAAA
-----	----	----	------	----	----	----	------

A continuación se presenta en diagrama de PARETO, el consolidado de los incidentes y fallas activas del servicio que Usted lidera, para que formule las acciones preventivas, correctivas y/o de mejora para los que representen el 80% de los mismos.

RADICADOS No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA	%	ACUMULADO	%

Recuerde realizar el análisis de causas raíz y formular las acciones correctivas, preventivas o de mejora necesarias, de acuerdo con lo establecido en el “PR\_02\_CI-2 Formulación de planes de mejoramiento”.



	Procedimiento	Código	PR_02_GC-3
	<b>INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD</b>	Versión	3
		Página	17 de 21


### ANEXO 4

#### FORMATO F\_07\_GC-3 Análisis de incidentes y fallas (diagrama causa efecto)

SERVICIO/PROCESO		FECHA	DD	MM	AA
RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN:					
EQUIPO REALIZA ANÁLISIS	QUE EL				
Evento seguridad.	de				
Descripción del evento de seguridad.					
Efecto del evento de seguridad.					

1. Análisis de causas (Realizar el análisis de causas del incidente, falla a través del diagrama causa efecto o espina de pescado haciendo uso de las 5m para agruparlas)

<b>Mano de obra.</b>	<i>(Conocimiento, Inducción, Entrenamiento, Habilidad, Competencias, Actitud, comunicación)</i>
<b>Medio ambiente.</b>	<i>(Entorno: Leyes, normas, Variables no controlables, Infraestructura: Disponibilidad, adecuación y pertinencia, condiciones ambientales)</i>
<b>Método.</b>	<i>(Estandarización, Excepciones o planes de contingencia, Documentación: procedimientos, Guías, protocolos, manuales, planes)</i>
<b>Materiales.</b>	<i>(Variabilidad, Cambios, Oportunidad, calidad)</i>
<b>Máquinas.</b>	<i>(Capacidad, Actualidad, funcionamiento, Ajustes y Mantenimientos)</i>

	Procedimiento	Código	PR_02_GC-3
	<b>INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD</b>	Versión	3
		Página	18 de 21

**2. CAUSA RAÍZ**

**3. PLAN DE ACCION**

Causa No.	Acción de Mejoramiento	Responsable	Plazo	Seguimiento Cumplida, proceso, sin iniciar

**ANEXO 5**

**FORMATO F\_08\_GC-3 Análisis de incidentes y fallas (¿Por qué?)**

SERVICIO/PROCESO		FECHA	DD	MM	AA
RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN:					
<b>EQUIPO REALIZA ANÁLISIS</b>	<b>QUE EL</b>				
<b>Evento seguridad.</b>	<b>de</b>				
<b>Descripción del evento de seguridad.</b>					



Procedimiento

Código

PR\_02\_GC-3

**INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS  
EVENTOS DE SEGURIDAD**

Versión

3

Página

19 de 21

Efecto del evento de seguridad.

Análisis de causas (Realizar el análisis de causas del incidente, falla a través LOS 5 ¿POR QUÉ?)

¿Por qué?

¿Por qué?

¿Por qué?

¿Por qué?

¿Por qué?

Incidente/falla

Respuesta1

Respuesta 2

Respuesta 3

Respuesta 4

Respuesta 5  
**CAUSA RAIZ**

**2.CAUSA RAÍZ**

**3.PLAN DE MEJORAMIENTO**


Causa No.

Acción de Mejoramiento

Responsable

Plazo

Seguimiento  
Cumplida, proceso,  
sin iniciar

	Procedimiento	Código	PR_02_GC-3
	<b>INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD</b>	Versión	3
		Página	20 de 21

**ANEXO 6**

**FORMATO F\_09\_GC-3 Análisis de incidentes y fallas Diagrama de Árbol**

SERVICIO/PROCESO		FECHA	DD	MM	AA
RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN:					
EQUIPO REALIZA ANÁLISIS	QUE EL				
Evento seguridad.	de				
Descripción del evento de seguridad.					
Efecto del evento de seguridad.					

Análisis de causas (Realizar el análisis de causas del incidente, falla a través del diagrama de árbol)

INCIDENTE/FALLA	Causa	Causa	Causa Raíz
		Causa	Causa Raíz
		Causa	Causa Raíz
		Causa	Causa Raíz
	Causa	Causa	Causa Raíz
		Causa	Causa Raíz
		Causa	Causa Raíz
		Causa	Causa Raíz

**2.CAUSA RAÍZ**



Procedimiento

Código

PR\_02\_GC-3

**INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS  
EVENTOS DE SEGURIDAD**

Versión

3

Página

21 de 21

**3. PLAN DE ACCION**

Causa No.	Acción de Mejoramiento	Responsable	Plazo	Seguimiento Cumplida, proceso, sin iniciar

