 E.S.E. HOSPITAL San Rafael DE ITAGÜÍ	Procedimiento	Código	PR_02_GC-3
	ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	4
		Página	1 de 23

1. OBJETIVO

Establecer la metodología y herramientas que permitan analizar los eventos de seguridad para identificar las causas raíces que los ocasionan, establecer las barreras de seguridad y acciones de mejora que conlleven a 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 o del Líder de Seguridad del Paciente. 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: Juan Carlos Álvarez Coordinador de seguridad del paciente	Revisó: Damaris Isabel Doria C. Asesora de Planeación y Calidad Dora Elena Rodríguez A. Líder Información Documentada	Aprobó: Diego León Muñoz Zapata Gerente
Firma: 	Firma:  Dora E. Rodríguez A.	Firma: 
Fecha: 2020-07-14	Fecha: 2020-07-15	Fecha: 2020-07-16

Copia Controlada

	Procedimiento	Código	PR_02_GC-3
	INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	4
		Página	2 de 23

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.

Copia Controlada

	Procedimiento	Código	PR_02_GC-3
	INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	4
		Página	3 de 23

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
Métodos de análisis de eventos de seguridad seleccionados en la institución.	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 problema, establecer acciones que permitan eliminarlas y así minimizar o evitar la ocurrencia nuevamente de los eventos presentados.		
	Los eventos adversos centinelas y eventos adversos leves son analizados mediante el método " Protocolo de Londres ".	Oficina de Planeación y Calidad	Guía GU_01_GC_3
	Los incidentes, indicios de atención inseguras, fallas de la atención en salud, y fallas latentes son analizados mediante los métodos: " 5 ¿Por qué? ", causa efecto (Ishikawa o espina de pescado) o diagrama de árbol.	Referente de Seguridad	Métodos Seleccionados para el Análisis de eventos de seguridad en la E.S.E Hospital San Rafael de Itagüí
	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.		



Procedimiento

Código

PR_02_GC-3

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

Versión

4

Página

4 de 23


ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTROS
	Los métodos seleccionados se describen en la "Guía GU_01_GC_3 Métodos Seleccionados para el Análisis de eventos de seguridad en la E.S.E Hospital San Rafael de Itagüi", la cual puede ser consultada para apropiar el conocimiento de los métodos y aplicarlos de forma correcta.		
Investigación evento adverso centinela y evento adverso leve	<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 En la investigación se realizan las siguientes actividades.</p> <p>-Revisión de la Historia Clínica y registros del paciente, elaborando un resumen cronológico con los aspectos clínicos más importantes de la atención.</p> <p>-Realizar entrevistas 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>-Indagación Documental, verificar con el personal del servicio si existen guías, protocolos, procedimientos que sirvan de barreras de seguridad, si están</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>

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

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTROS
	<p>disponibles, fácil acceso, si han sido comunicados y evaluados.</p> <p>-Verificación de los recursos tecnológicos, revisar e indagar con el 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>-Disponibilidad de personal completo 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 del mismo. Para ello se indaga con el personal del servicio, cuando se considere necesario. Revisar cuadros de turnos.</p>		
<p>Análisis de evento adverso Centinela o Leve</p>	<p>Para la etapa de análisis se debe tener disponible la información recolectada en la etapa de investigación registrada en el formato F_04_GC_3 "Investigación de evento adverso Centinela o Evento adverso leve".</p> <p>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 evento.</p> <p>Con los eventos adversos leves el Líder del servicio debe conformar un equipo de investigación el cual debe incluir al referente de seguridad y un representante del servicio relacionado con el evento adverso leve, el análisis se</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>

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

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTROS
	<p>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 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 F_05_GC_3 Análisis de eventos centinela o evento adverso leve.</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>		
<p>Investigación y análisis de incidentes, indicios de atención en salud fallas de atención en salud, y fallas latentes</p>	<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 F_06_GC-3 Consolidado Incidentes y Fallas.</p>	<p>Referente de seguridad</p>	<p>F_06_GC-3 Consolidado incidentes y fallas</p>
<p>fallas latentes</p>	<p>Realizar el análisis de las causas para determinar la causa raíz, hacer uso de las</p>	<p>Líder de Área o Servicio</p>	<p>F_07_GC-3</p>


	Procedimiento	Código	PR_02_GC-3
	INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	4
		Página	7 de 23

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTROS
	<p>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 "PR_02_CI-2 Formulación de planes de mejoramiento".</p>		<p>Análisis de incidentes y fallas (diagrama causa efecto) F_08_GC-3</p> <p>Análisis de incidentes y fallas (¿Por qué?) F_09_GC-3</p> <p>Análisis de incidentes y fallas (diagrama de árbol) F_01_CI-2 Plan de mejoramiento</p>
	<p>Indicio de atención insegura, 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.</p>	Referente de seguridad del paciente	F_01_GC_3 Reporte de evento de seguridad
Reporte consolidado eventos reportados	Enviar a la GESI 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
Planes de mejoramiento.		

Copia Controlada

	Procedimiento	Código	PR_02_GC-3
	INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	4
		Página	8 de 23

PRODUCTO O RESULTADO	CLIENTES	REQUISITOS
	GESI	adversos centinelas y leves. 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)


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

CÓDIGO	NOMBRE
No Aplica	Paquete instruccional Monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente, versión 2.0 Ministerio de Salud y Protección Social.
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)

Copia Controlada

	Procedimiento	Código	PR_02_GC-3
	INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	4
		Página	9 de 23

F_08_GC-3	Análisis de incidentes y fallas (¿Por qué?)
-----------	---

10. CAMBIOS

FECHA	VERSIÓN	NATURALEZA DEL CAMBIO	SOLICITANTE
2015-07-10	2	Actualización del procedimiento, generando la versión 2.	Jhonatan Avendaño Mejía - Enfermero Líder de Seguridad del Paciente
2018-12-07	3	Actualización del procedimiento de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.	Damaris Isabel Doria C. Asesora Planeación
2020-07-16	4	Actualización según la necesidad de adicionar: En la actividad el "análisis de evento adverso centinela o leve" con respecto Al 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 evento.	Juan Carlos Álvarez


11. REGISTROS QUE GENERAN AL IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO

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

12. CONTROL DE SOCIALIZACIÓN

PROCESO- SERVICIO/ÁREA	CARGOS(S) A LOS QUE SE SOCIALIZA
Área de planeación y calidad	Personal de auditoria
Seguridad del paciente	Jefe de seguridad del paciente

Copia Controlada

	Procedimiento	Código	PR_02_GC-3
	INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	4
		Página	10 de 23


13. CONTROL DE APROPIACIÓN

La apropiación del contenido del procedimiento por parte del talento humano una vez este ha sido socializado, se puede evidenciar mediante los siguientes mecanismos: observación del desempeño, aplicando lista de chequeo, entrevista dirigida, simulacro, test escrito, entre otros.


Esta debe ser ejecutada por el responsable de hacer la socialización, durante las actividades planeadas para dar a conocer los documentos, actividades de inducción, reinducción o entrenamiento en el puesto de trabajo.

14. 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)

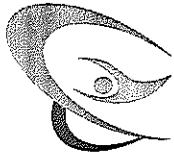
	Procedimiento	Código	PR_02_GC-3
	INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	4
		Página	11 de 23

ANEXO 1
FORMATO F_04_GC-3 Investigación de evento adverso Centinela o Evento adverso leve

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

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

Copia Controlada



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 23

ANEXO 2



E.S.E. HOSPITAL
San Rafael
DE ITAGÜÍ

Formato

ANÁLISIS DE EVENTOS CENTINELA O EVENTO ADVERSO LEVE

Código	F_05_GC_3
Versión	2
Fecha	2018 -11 -01

EVENTO:

FECHA DE ANÁLISIS

LÍDER DEL ANÁLISIS

FALLAS ACTIVAS			
ORIGEN	VARIABLES A CONSIDERAR	HALLAZGOS EN EL CASO (HECHOS Y DATOS)	POSIBLES FACTORES EXPLICATIVOS
			ACCIONES CORRECTIVAS
ACCIONES INSEGURAS (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		

Copia Controlada



Procedimiento

Código PR_02_GC-3

INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD

Versión 3

Página 13 de 23

FALLAS ACTIVAS				
ORIGEN	VARIABLES A CONSIDERAR	HALLAZGOS EN EL CASO (HECHOS Y DATOS)	POSIBLES FACTORES EXPLICATIVOS	ACCIONES CORRECTIVAS

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			
TAREA Y TECNOLOGÍA	Personalidad y factores sociales			
	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			

Copia Controlada



E.S.E. HOSPITAL
San Rafael
DE ITAGÜÍ

Procedimiento

INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD

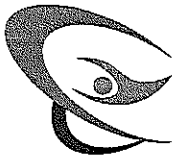
Código PR_02_GC-3

Versión 3

Página 14 de 23

CONDICIONES QUE PREDISPONEN A EJECUTAR ACCIONES INSEGURAS				
FACTORES CONTRIBUTIVOS	VARIABLES A CONSIDERAR	HALLAZGOS EN EL CASO (HECHOS Y DATOS)	POSIBLES FACTORES EXPLICATIVOS	ACCIONES CORRECTIVAS
INDIVIDUO	Conocimiento, experiencia, pericia.			
	Habilidades y competencia			
	Salud física y mental			
EQUIPO DE TRABAJO (Adecuada coordinación)	Comunicación verbal y escrita			
	Supervisión y disponibilidad de soporte			
	Estructura del equipo (consistencia, congruencia, entre otras)			
AMBIENTE	Personal suficiente			
	Mezcla de habilidades			
	Carga de trabajo			
	Patrón de turnos			

Copia Controlada



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 23

CONDICIONES QUE PREDISPONEN A EJECUTAR ACCIONES INSEGURAS				
FACTORES CONTRIBUTIVOS	VARIABLES A CONSIDERAR	HALLAZGOS EN EL CASO (HECHOS Y DATOS)	POSIBLES FACTORES EXPLICATIVOS	ACCIONES CORRECTIVAS
	Diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos			
	SopORTE administrativo y Gerencial			
	Clima laboral			
	Ambiente físico (luz, espacio, ruido, entre otros)			

FALLAS LATENTES				
ORIGEN	VARIABLES A CONSIDERAR	HALLAZGOS EN EL CASO (HECHOS Y DATOS)	POSIBLES FACTORES EXPLICATIVOS	ACCIONES CORRECTIVAS
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA. (Hace referencia a las políticas institucionales relacionadas con uso de personal temporal o flotante,	Recursos y limitaciones financieras Estructura organizacional Políticas, estándares y metas			



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 23

FALLAS LATENTES				
ORIGEN	VARIABLES A CONSIDERAR	HALLAZGOS EN EL CASO (HECHOS Y DATOS)	POSIBLES FACTORES EXPLICATIVOS	ACCIONES CORRECTIVAS
educación: continua, entrenamiento y supervisión y disponibilidad de equipo y suministros)	Prioridades			
CONTEXTO INSTITUCIONAL (Entorno en el que se desempeña la Institución)	Cultura organizacional			
	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
Físicas (Ejemplo barandas, antideslizantes, entre otras)			
Tecnológicas (Como los códigos de barra, lectores de huella, entre otros)			

Copia Controlada



Procedimiento		Código	PR_02_GC-3
INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD		Versión	3
		Página	17 de 23

De Acción Humana (Como las listas de verificación)					
Administrativas (Como el entrenamiento y la Supervisión)					
Naturales (Ejemplo la distancia, el clima, entre otros)					

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

Copia Controlada



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
18 de 23

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".


Copia Controlada

	Procedimiento	Código	PR_02_GC-3
	INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	3
		Página	19 de 23

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 QUE REALIZA EL ANÁLISIS					
Evento de seguridad					
Descripción del evento de seguridad					
Efecto del evento de seguridad					

	Procedimiento	Código	PR_02_GC-3
	INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	3
		Página	20 de 23

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)


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

2. CAUSA RAÍZ

3. PLAN DE ACCION

Ca usa No	Acción de Mejoramiento	Responsable	Plazo	Seguimiento Cumplida, proceso, sin iniciar

Copia Controlada

	Procedimiento	Código	PR_02_GC-3
	INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	3
		Página	21 de 23

ANEXO 5


FORMATO F_08_GC-3 Análisis de incidentes y fallas (¿Por qué?)

SERVICIO/PROCESO		FECHA	DD	MM	AA
RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN:					
EQUIPO QUE REALIZA EL ANÁLISIS					
Evento de seguridad					
Descripción del evento de seguridad					
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	Respuesta 1	Respuesta 2	Respuesta 3	Respuesta 4	Respuesta 5 CAUSA RAIZ

2.CAUSA RAÍZ

Copia Controlada

	Procedimiento	Código	PR_02_GC-3
	INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD	Versión	3
		Página	22 de 23

3. PLAN DE MEJORAMIENTO				
Causa No	Acción de Mejoramiento	Responsable	Plazo	Seguimiento Cumplida, proceso, sin iniciar

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 QUE REALIZA EL ANÁLISIS					
Evento de seguridad					
Descripción del evento de seguridad					
Efecto del evento de seguridad					

Copia Controlada



Procedimiento

Código

PR_02_GC-3

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

Versión

3

Página

23 de 23

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

3.PLAN DE ACCION

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

Copia Controlada

