TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 1
1. OBJETIVO 3
2. ALCANCE 3
3. DEFINICIONES 3
4. MARCO LEGAL 4
5. RESPONSABILIDADES 5
6. TALENTO HUMANO REQUERIDO 5
7. MATERIALES, INSUMOS Y EQUIPOS REQUERIDOS 5
8. MARCO TEORICO 5
9. DESARROLLO DEL MANUAL 6
10. ENFOQUE DIFERENCIAL 13
11. INDICADORES 13
12. ANEXOS 13
13. FORMATOS RELACIONADOS 14
14. BIBLIOGRAFIA 14

COPIA NO CONTROLADA

INTRODUCCIÓN

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo y en este sentido, el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles.

Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que, en una atención en

salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos que alguno o algunos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino más bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente y generando, en ocasiones, los llamados eventos adversos.

Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también, pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar, ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones.

De esta manera para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en el, a través de acciones coordinadas que lleven a una práctica segura.

La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias, pero, sobre todo, requiere un importante cambio cultural en cada institución de salud en concordancia con las políticas establecidas por los entes reguladores.

Es por esto que la Red de Salud E.S.E Centro se compromete a gestionar los riesgos para la minimización de ocurrencia de eventos adversos, a su vez, se compromete a identificar, analizar y gestionar los daños que ocurren durante el proceso de atención, propendiendo por la no recurrencia y mitigar las consecuencias de los sucesos.

El método utilizado para el análisis de los reportes es el Protocolo de Londres que “Está basado en el modelo organizacional de investigación de accidentes de James Reason. Introducido por Vincent, mira el proceso de atención desde un enfoque sistémico más amplio (multicausal) para encontrar las brechas e incorrecciones involucradas en todo el sistema del cuidado de la salud y no simplemente al evento en sí para detectar las causas de error. En él se involucran todos los niveles de la organización, incluyendo la alta dirección, debido a que las decisiones que allí se toman terminan por impactar directamente en los puestos de trabajo y pueden, en ocasiones, facilitar la aparición de errores que lleven a eventos adversos” (tomado de Guía Técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud del Ministerio de la Protección Social).

COPIA NO CONTROLADA

1. OBJETIVO

El objetivo de este Manual es describir las actividades involucradas en el proceso general para garantizar la gestión de los posibles eventos adversos o incidentes que se presentan en la Red de Salud del Centro ESE

- Prevenir, detectar, Gestionar y hacer seguimiento a los eventos adversos que se presentan en las Instituciones de la Red de Salud Centro
- Fomentar en todos los funcionarios prácticas asistenciales seguras
- Promover los ambientes seguros dentro de las instalaciones de cada una de las instituciones de la Red de Salud Centro

2. ALCANCE

El presente Manual es de aplicación para todo el equipo multidisciplinario que participa en la atención del usuario tanto asistencial como administrativa y empieza con la identificación de los indicios de atención insegura y finaliza con el aprendizaje basado en errores.

3. DEFINICIONES

- Complicación: Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

- Evento adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:
  - *Evento adverso no prevenible*: Lesión o daño no intencional causado por la atención en salud y que no está asociado a la patología del paciente; que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
  - *Evento adverso prevenible*: Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error, no por la patología de base, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado. El evento adverso prevenible puede generarse tanto por acción u omisión.

- Evento adverso de farmacovigilancia: Es cualquier suceso médico desafortunado que puede presentarse durante un tratamiento con un medicamento, pero que no tiene necesariamente relación causal con el mismo.

- Evento adverso de tecnovigilancia: Daño no intencionado al paciente, operador o medio ambiente que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico. Se divide en: Evento adverso serio y evento adverso no serio (Únicamente para los eventos

COPIA NO CONTROLADA

adversos relacionados con dispositivos médicos)

- Evento centinela: Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida.

- Factores contributivos: Son las condiciones que facilitan o predisponen una acción insegura. Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son: paciente, tarea y tecnología, individuo, equipo de trabajo, ambiente, organización y gerencia, contexto institucional.

- Incidente: Situación en la cual se presenta un acto clínico inseguro, sin alcanzar a generar daño en el paciente buen sea por situaciones del azar o porque una barrera de seguridad lo detecta a tiempo.

- Sistema de gestión del evento adverso: Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

- Trazabilidad: Se refiere a la capacidad de seguir un dispositivo médico a lo largo de la cadena de suministros desde su origen hasta su estado final como objeto de consumo.

- Violación de la seguridad de la atención en salud: Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

4. MARCO LEGAL

El Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del SOGCS de decreto 780 del 2016, establece que sus acciones buscan mejorar los resultados de la atención en Salud centrada en los usuarios, por lo tanto, va más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos, y establece tanto en la Resolución 5095 de 2018 (Por el cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud ambulatorio y Hospitalario en Colombia) y la Resolución 3100 del 2019 (Por la cual se adoptan los estándares de habilitación en Colombia), los lineamientos para la vigilancia de los eventos adversos, los cuales son elementos principales a través de los cuales los diversos actores en los diferentes niveles del Sistema, pueden verificar si los procesos estandarizados o las acciones de

COPIA NO CONTROLADA

mejoramiento efectivamente se están traduciendo en resultados en la calidad de los servicios que recibe el usuario, demostrando así que se cuenta con instituciones seguras y competitivas incluso internacionalmente

5. RESPONSABILIDADES

Gerencia	Impartir directrices y aprobación de recursos para las actividades de seguridad del paciente.
Referente de seguridad del paciente	Liderar reuniones para el análisis de los eventos adversos
Integrantes del comité de seguridad del paciente	Realizar seguimiento a la ejecución de actividades planteadas. Participar del análisis de los eventos adversos graves y/o centinela
Líderes de proceso	Realizar análisis de los indicios de atención insegura, gestionar las oportunidades de mejora y acciones de mejora derivadas de las mismas.
Gestores de seguridad	Identificar situaciones de riesgo e indicios de atención insegura que ocurren en los servicios
Personal operativo	Identificar y reportar los indicios de atención insegura. Participar de los análisis de los eventos adversos donde sean convocados.

6. TALENTO HUMANO REQUERIDO

Profesional administrativo con diplomado en seguridad del paciente, especialización en calidad o áreas afines, con experiencia liderando programas de seguridad del paciente.

7. MATERIALES, INSUMOS Y EQUIPOS REQUERIDOS

Aplicativo Hospital Seguro (Servinte)

8. MARCO TEORICO

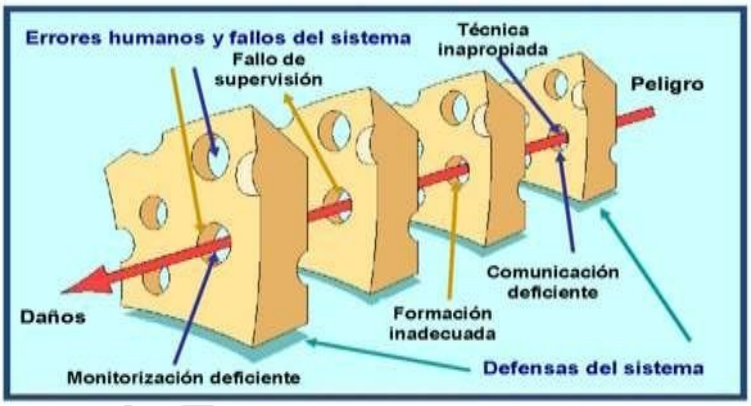
MODELO EXPLICATIVO DE LOS ERRORES EN SALUD

De acuerdo con James Reason, psicólogo británico y padre de los estudios sobre el error humano, para tratar el tema existen dos abordajes: el humano y el del sistema. En el primero, abordaje humano, se sostiene que el error tiene su origen en acciones inseguras y en violaciones a los procedimientos que el personal de salud comete como consecuencia de problemas de motivación, sobrecarga de trabajo, cansancio, estrés, falta de atención y negligencia. En el segundo, abordaje del sistema, la premisa básica es que los humanos

COPIA NO CONTROLADA

somos susceptibles de cometer errores, aun cuando trabajen en la mejor organización, de tal forma que el sistema debe crear barreras de defensa para evitar que los errores sucedan, entonces cuando sucede un evento adverso, lo importante no es buscar al culpable sino buscar el cómo y por qué las barreras fallaron.

De acuerdo con el modelo del Queso Suizo utilizado por Reason (Figura 1), las instituciones deben establecerse defensas, barreras y puestos de seguridad que prevengan la ocurrencia de errores. Idealmente estas barreras defensivas deberían permanecer intactas, pero en la realidad cada una de estas barreras son como un queso suizo que tiene varios orificios. A diferencia del queso, estos orificios se encuentran en continuo movimiento, cerrándose y abriéndose en diferentes momentos. Aunque la presencia de estos orificios no es a menudo la causa de los errores, cuando una serie de orificios momentáneamente se alinean en una misma trayectoria es posible la ocurrencia de un evento adverso.



Fuente: Modelo de Reason: Modelo del Queso Suizo: combatiendo errores latentes BMJ 2000

Los orificios en las barreras pueden aparecer por dos razones: fallas activas y condiciones latentes. Las fallas activas son actos inseguros cometidos por las personas que están en contacto directo con el paciente, como: equivocaciones o violaciones de procesos y las condiciones latentes se originan de las decisiones tomadas por directivos de la institución, las cuales pueden convertirse en equivocación y permanecer en el sistema o en los procesos por muchos años antes de que su alineación con las fallas activas consiga crear una oportunidad para que suceda un accidente.

9. DESARROLLO DEL MANUAL

PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACION Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

En la Red de Salud de Salud E.S.E Centro se incentiva el reporte voluntario en todas las IPS

COPIA NO CONTROLADA

de la red, fomentando una cultura de seguridad justa y no punitiva, a través de la identificación de los indicios de atención insegura que se puedan presentar durante el proceso de atención en salud.

1. Identificación del Posible evento adverso o Incidente

La identificación de indicios de atención insegura puede ser por diferentes fuentes, las cuales se describen a continuación:

- **Identificación por personal operativo (asistencial-administrativo)**
  Reporte voluntario del personal que labora dentro de los servicios.
- **Identificación por rondas en los servicios:**
  Durante las rondas de seguridad para aplicación de listas de chequeo, se pueden identificar indicios de atención insegura, al realizar entrevistas con el usuario y por observación directa.
- **Identificación por Búsqueda activa:**
  Auditoría de historia clínica, donde se puede evidenciar casos dentro de los registros clínicos.
- **Identificación por Manifestaciones:**
  A través de las manifestaciones que pueden llegar a la oficina del SIAU, en las cuales se evidencie una atención insegura, se direccionarán a referente de seguridad del paciente para reporte en el módulo correspondiente.

Cuando se presenta un posible evento adverso o Incidente en una de las IPS de la Red se deben seguir los siguientes pasos:

- Atención a la primera víctima: Prestar una atención inicial al usuario que sufrió el posible evento adverso o incidente, dejando soporte en la Historia Clínica de la intervención realizada.
- Identificación y atención a la segunda víctima: Según el procedimiento de EVM-P-021 Abordaje para la atención de la primera, segunda y tercera víctima tras la ocurrencia de un evento adverso
- Notificar del posible evento adverso o incidente diligenciando completamente en el aplicativo Hospital Seguro, consignando la mayor cantidad de detalles, entre los cuales se encuentran (Anexo 1):
  - Identificación de datos del paciente: HC, edad, Aseguramiento, fecha del evento y hora del mismo, servicio en el que ocurrió

COPIA NO CONTROLADA

- Descripción del suceso: Aportar la mayor cantidad de datos.
- Acciones posteriores: Describir acciones inmediatas que se tomaron posterior a la ocurrencia del evento adverso

- Informar al líder de proceso sobre la ocurrencia del posible evento adverso.

2. Notificación de indicios de atención insegura

La notificación de indicios de atención insegura es un deber de todos los colaboradores de la Red de Salud del Centro E.S.E, quienes deben propender por la seguridad de los pacientes. Esta notificación se realiza a través del módulo Hospital seguro, que se encuentra integrado en el Sistema Servinte. (Ver instructivo para el reporte de indicios de atención insegura EVM – I - 04)

3. Análisis del Posible evento adverso o Incidente

Para realizar el análisis de los posibles eventos adversos e incidentes, se cuenta con el aplicativo Hospital Seguro, que se encuentra integrado en el Sistema Servinte; la metodología para el análisis es el protocolo de Londres en el cual se evaluarán todas las variables con el fin de identificar las barreras de seguridad que fallaron y plantear acciones de mejora que eviten la recurrencia del evento. (Anexo 2)

El tiempo para realizar el análisis dependerá de la clasificación inicial:

- Evento adverso leve: 20 días hábiles
- Evento adverso moderado: 10 días hábiles
- Evento adverso Grave o Centinela: 48 horas

Para hacer el análisis se requiere realizar:

a) Definir el equipo investigador: Para los eventos adversos de severidad leve o moderada, el análisis será liderado por referente de seguridad del paciente, en conjunto con el líder de proceso y demás personas que se consideren claves para realizar el análisis.
   Para eventos adversos graves o centinela, el equipo investigador será conformado por la subgerencia científica, líder del proceso involucrado, referente de seguridad del paciente y auditor médico, el análisis será convocado como reunión extraordinaria por referente de seguridad del paciente.
b) Revisión de la historia clínica: La primera fuente de información debe ser la historia clínica. Allí se encuentra la mayor parte de la información necesaria para,

COPIA NO CONTROLADA

objetivamente, saber qué pasó.

c) Entrevistas: hablar previamente con los involucrados y preguntarles sobre su versión de lo sucedido, las entrevistas pueden ser de forma presencial o vía telefónica.
   - Entrevista con el paciente y la familia: Informándole lo sucedido lo que permitirá tener más elementos de juicio para la discusión al momento del análisis. Se debe indagar sobre la acción insegura o falla activa y los factores que contribuyeron en la acción.
   - Entrevista al colaborador o colaboradores involucrados: La entrevista debe iniciar con la premisa de no juzgar y que la información brindada no se usará con el fin de castigar, se procede con solicitar la versión los hechos, indagar sobre conocimiento de los procedimientos, disponibilidad y uso de las barreras de seguridad.

d) Identificación de las Barreras de seguridad y defensas que fallaron de acuerdo al suceso, puede ser administrativa, física, humana o natural.

e) Descripción de acciones inseguras: identificar las principales acciones inseguras, el motivo por el cual ocurrió. Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión

f) Identificar el Origen contributivo: Es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, estas son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con pacientes, tarea y tecnología, equipos reactivos e insumos o ambiente.

Como lo muestra el siguiente gráfico:

Origen Contributivo	Factor Contributivo
Paciente	No colaboración
	Marcado compromiso de morbilidad asociada
	Creencias religiosas, étnicas y culturales
	Fallas en la comunicación con su equipo de salud tratante
	Otros
Tarea y tecnología	Procedimiento
	Poca adherencia a guías y protocolos
	Problemas relacionados con medicamentos
	Problemas relacionados con el manejo de fluidos y sangre
	Infección nosocomial
	Otros

COPIA NO CONTROLADA

Individuo	Cansancio - fatiga
	Larga jornada laboral
	Stress
	Poca experiencia
	Instrucción insuficiente
	Poca planeación de turnos
	Otros
Origen Contributivo	**Factor Contributivo**
Equipos, reactivos e insumos	Falta de mantenimiento preventivo
	Daño ocasionado al equipo por personal no entrenado para manejarlo
	No seguimiento a fechas de seguimiento
	Carencia
	Otros
Ambiente	Calor
	Ruido
	Infraestructura
	Clima laboral
	Otros

g) Descripción de las acciones inseguras y su relación con los factores contributivos: Se hace una narración de las acciones inseguras identificadas, es decir, a aquellas conductas que ocurren durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión.
h) Organización y cultura: Se identifica también si hay decisiones gerenciales y/o procesos organizacionales que influyeron en la presentación del evento adverso o incidente.
i) Descripción de fallas latentes: Se refiere a todas las fallas que se presentaron alrededor del suceso (Ejemplo: Políticas institucionales poco claras, procedimiento no documentados, procedimientos no actualizados, deficiencias en la inducción institucional, no socialización de documentos)

COPIA NO CONTROLADA

Una vez realizado el análisis se procede a clasificar el suceso si es relacionado así:

- Incidente
- Complicación
- Evento Adverso

De acuerdo a las sub-clasificaciones para los eventos adversos, se tendrá en cuenta:

- **Clasificación según evitabilidad:**
  - Evento adverso prevenible
  - Evento adverso no prevenible

- **Clasificación según severidad:**
  - Evento adverso leve
  - Evento adverso moderado
  - Evento adverso grave
  - Evento adverso centinela

Tipo de evento

Se define el evento adverso con que se encuentra relacionado:

• Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud.
• Relacionados con procesos o procedimientos asistenciales.
• Relacionados con fallas en los registros clínicos.
• Infección ocasionada por la atención en salud.
• Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales.
• Relacionados con la sangre o sus derivados.
• Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos.
• Relacionados con la administración de oxígeno o gases medicinales.
• Relacionados con los dispositivos y equipos médicos.
• Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente.
• Caídas de pacientes.
• Accidentes de pacientes.
• Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico.
• Relacionados con la gestión de recursos o con la gestión organizacional.
• Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología.

COPIA NO CONTROLADA

4. Definición de plan de mejoramiento

Se define los factores contributivos a priorizar y los demás que la institución considere se encuentran en la capacidad de trabajar según recursos físicos, humanos, financieros de la organización, etc.

Los planes de mejoramiento deben impactar la causa de ocurrencia del evento adverso, por lo cual deben contar con las siguientes características:

- Las acciones deben ser planteadas según el ciclo PHVA
- Deben ser dirigidas a los equipos de trabajo y no enfocarse en el individuo
- Deben contar con una fecha de ejecución
- Si corresponde a procesos de capacitación, se debe propender por una cobertura de asistencia >90%

Los planes de mejoramiento se deben dejar registrados en el aplicativo de Hospital Seguro, mediante el cual, se realizará seguimiento a su ejecución

5. Seguimiento a la eficacia de implementación del plan de mejoramiento

Se verifica que las acciones de mejora implementadas fueron eficaces y si son eficaces se cierra el caso, si no fueron eficaces se revisa nuevamente el plan de acción y se implementan otras acciones.
El comité de seguridad del paciente verificara la ejecución y la eficacia de las acciones de mejora

6. Aprendizaje basado en errores

Los eventos adversos que ocurren en la Red de Salud E.S.E Centro, se socializarán a todo el personal, mediante piezas visuales que se difunden desde comunicaciones, esto con el fin de dar a conocer las situaciones que se presentan en los servicios y aprender del error para evitar la recurrencia.

Cada mes se realizará retroalimentación al equipo del comité, sobre los eventos adversos ocurridos y la gestión del mismo; También el líder de cada proceso debe socializar durante las reuniones con el equipo del proceso, los eventos adversos y las acciones de mejora derivadas.

COPIA NO CONTROLADA

10. ENFOQUE DIFERENCIAL

Este manual aplica a todos los pacientes, brindando una atención equitativa y de calidad en salud.

11. INDICADORES

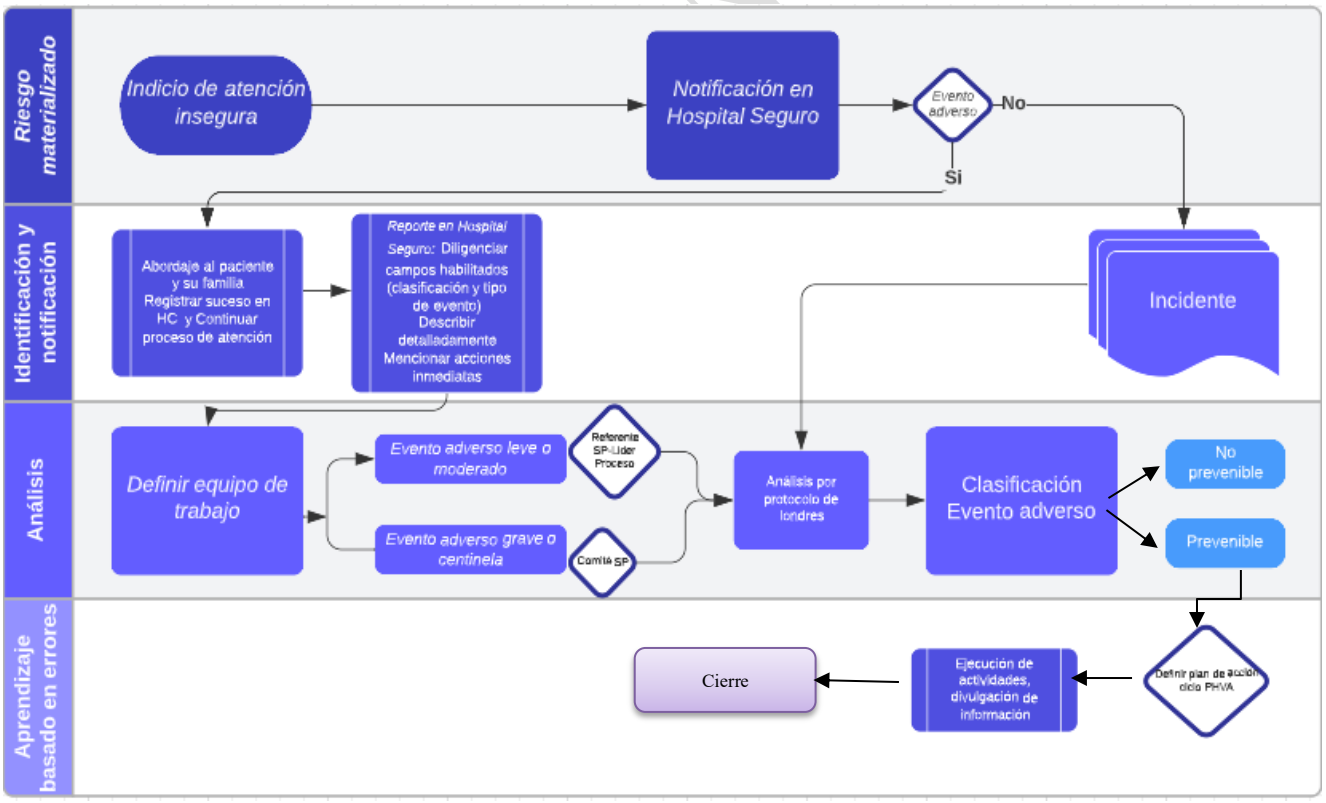
A continuación, se relacionan los indicadores con los que se realiza seguimiento a la gestión de los eventos adversos:

Proporción de Eventos adversos leves

- Proporción de Eventos adversos moderados
- Proporción de Eventos adversos graves
- Proporción de Eventos adversos catastróficos.
- % Gestión de eventos adversos.

12. ANEXOS

Anexo 1. Ruta para la gestión de eventos



Fuente: Elaboración propia

NTROLADA

Anexo 2. Modelo de causalidad de los eventos adversos

Fuente: Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos

13. FORMATOS RELACIONADOS

EVM-F-170 Formato para el análisis de eventos de seguridad del paciente
EVM-I-004 Instructivo para el reporte de indicios de atención insegura
EVM-P-021 Abordaje para la atención de la primera, segunda y tercera víctima tras la ocurrencia de un evento adverso

14. BIBLIOGRAFIA

ICONTEC. (s.f.). Seguridad del Paciente. Obtenido de Eje de Acreditación: https://www.acreditacionensalud.org.co//wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos-politica-seguridad-paciente.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Seguridad del Paciente. Obtenido de Calidad de Atención en Salud: https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Seguridad del Paciente. Obtenido de Calidad de Atención en Salud: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf

COPIA NO CONTROLADA

CONTROL DE CAMBIOS Y REVISIONES				
Revisión	**Fecha**	**Versión Anterior**	**Versión Actual**	**Cambio Realizado**
01	25/5/2017	01	02	• Ingresar en el documento más definiciones. • Incluir en la ruta de reportes el aplicativo en intranet • Incluir el procedimiento de análisis de gestión de eventos adversos. • Incluir los tipos de eventos adversos a reportar. • Incluir el seguimiento de los planes de mejoramiento implementados. • Eliminar los posibles eventos adversos que se pueden presentar por procesos de la Red de Salud del Centro y su gestión.
02	06/06/2020	02	03	• Se actualizan en la introducción la normatividad en Acreditación y Habilitación para las IPS en Colombia. • Se actualiza el punto 5.1 ampliando la información del reporte del evento adverso por los líderes de procesos. • En el punto 53. Se incluye el registro del plan de mejora en las fichas técnicas de los indicadores trazadores.
03	28/12/2022	03	04	• Se actualiza plataforma de reportes • Se ajusta redacción en general, de acuerdo con formato • Se incluyen las acciones inseguras por tipo de evento • Se incluye bibliografía, responsabilidades, materiales, insumos y equipos.
04	09/08/2023	04	05	• Se incluye información sobre formato para el análisis de eventos de seguridad del paciente e instructivo para el reporte de indicios de atención insegura en la tabla de formatos relacionados. • Se ajusta tiempos para análisis de eventos adversos. • Se incluye información sobre la notificación de indicios de atención insegura.

COPIA NO CONTROLADA

CONTROL DE CAMBIOS Y REVISIONES				
Revisión	**Fecha**	**Versión Anterior**	**Versión Actual**	**Cambio Realizado**
				• Se complementa información de atención a la segunda víctima.
05	29/02/2024	05	06	• Se incluye la Resolución 3100 del 2019 como norma vigente. • Se ajusta redacción y se modifican los participantes para el análisis de eventos adversos graves o centinela. • Se incluye en formatos relacionados el Instructivo para el reporte de indicios de atención insegura EVM-I-004

Elaboró:	**Revisó:**	**Aprobó:**
Mónica Ramírez **Referente seguridad del paciente**	Luz Adiela Ospina **Líder de mejoramiento**	Jorge Tamayo **Gerente General**

COPIA NO CONTROLADA