

	Reporte de Incidentes y/o Eventos Adversos	Código	TBU-23 v.00
		Página	1 de 4

1. Objetivo y Alcance

Identificar y analizar los incidentes y eventos adversos en la consulta médica y asesorías psicología para determinar las posibles acciones correctivas a implementar, y de esta manera reducir y/o controlar la repetición de sucesos similares.

El presente protocolo inicia con la identificación del incidente y/o evento adverso hasta el archivo de la documentación.

2. Responsable

El responsable de ejecutar el presente procedimiento es el médico del área promoción de la salud integral y autocuidado y el profesional de Psicología del área de desarrollo humano inclusión y diversidad adscrito al proceso de Bienestar Universitario

3. Definiciones

3.1 Atención en salud

Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

3.2 Barrera de seguridad

Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso. Pueden ser físicas, administrativas, humanas, naturales o tecnológicas.

3.3 Barrera protectora física

Son aquellas que actúan de manera estructural, por ejemplo, las barandas de las camas, los frenos de las camillas, las escalerillas, los antideslizantes en las superficies de riesgo.

3.4 Barrera de control administrativo

Son las capacitaciones, el entrenamiento dirigido, la supervisión, la adopción de guías y los protocolos para la atención.

3.5 Barrera humana

Como las listas de chequeo que actúan para no permitir que algo se olvide, ejemplo cirugía segura, lavado de manos, checklist en rondas de seguridad.

Elaboró		Aprobó		Validó	
Firma Martha Moreno Meaury		Firma Ruby Jaimes Ramirez		Firma Mabel Johana Coronel Acevedo	
Fecha	14 de junio de 2023	Fecha	14 de junio de 2023	Fecha	27 de junio de 2023

INFORMACIÓN DOCUMENTADA NO CONTROLADA

	Reporte de Incidentes y/o Eventos Adversos	Código	TBU-23 v.00
		Página	2 de 4

3.6 Evento adverso

es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.

3.7 Evento adverso prevenible

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

3.8 Evento adverso no prevenible

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

3.7 Falla de la atención en salud

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.

Las demás definiciones que aplican para el presente Documento se encuentran contempladas en la **Norma NTC ISO 9001 vigente Sistema de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario.**

4. Contenido

Nº DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
1	REPORTE DE INCIDENTES Y/O EVENTOS ADVERSOS	
1.1	El profesional del área de salud diligencia FBU-73 "Reporte de Incidentes y/o Eventos Adversos" con el fin de realizar la notificación de ocurrencia de un suceso y dejar soporte como evidencia de las acciones tomadas en el momento. NOTA: Lo anterior se realiza después de la ocurrencia del suceso.	El profesional del área de salud
1.2	El Comité de Seguridad del Paciente recibe los reportes de los incidentes y eventos adversos.	Comité Seguridad del paciente
1.3	Los integrantes del Comité de Seguridad revisan la información del reporte verificando que los datos del usuario estén completos, en el caso que esta información sea incorrecta se debe comunicar al usuario.	Comité Seguridad del paciente
1.4	Se selecciona el equipo investigador del evento, el cual está conformado por integrantes del Comité Seguridad del paciente. NOTA: Uno de los integrantes del equipo investigador debe desempeñarse en el mismo campo de acción del funcionario o profesional de la salud que reportó el suceso.	Comité Seguridad del paciente

	Reporte de Incidentes y/o Eventos Adversos	Código	TBU-23 v.00
		Página	3 de 4

1.5	<p>El Comité de Seguridad del área de salud del proceso de Bienestar Universitario del paciente Clasifica el reporte en Incidente o evento adverso en el FBU-74 “Análisis de Incidentes y/o Eventos Adversos” (protocolo de Londres)</p> <p>NOTA: En caso de estar relacionado con farmacovigilancia y/o tecnovigilancia se deben diligenciar los formatos de INVIMA. https://observatoriosaludcauca.gov.co/wp-content/uploads/2019/11/IVC-VIG-FM026-reporte-de-evento-adverso.pdf</p>	Comité Seguridad del paciente
1.6	<p>El Comité de Seguridad del paciente del área de salud del proceso de Bienestar Universitario realiza el análisis del evento, a través del formato externo del ministerio de salud y protección social de la identificación de riesgos para la seguridad del paciente - metodología AMEF (análisis de modo y efecto de falla), así mismo se diligencia el reporte en Incidente o evento adverso en el FBU-74 “Análisis de Incidentes y/o Eventos Adversos (Protocolo de Londres)”</p>	Comité Seguridad del paciente
1,7	<p>El Comité de Seguridad del área de salud del proceso de Bienestar Universitario Plantea las acciones a tomar según el caso, para cada evento o incidente y se deja evidencia en el FAC-08 “Acta de Reunión” del comité adjuntando el FBU-74 “Análisis de Incidentes y/o Eventos Adversos (Protocolo de Londres)”</p>	Comité Seguridad del paciente
1.8	<p>Para todos los casos el Comité de Seguridad del paciente debe sensibilizar a toda la comunidad universitaria y apoyo logístico del suceso, para evitar la ocurrencia del incidente o evento adverso y dejando evidencia en el FBU-01 “Control de Asistencia”</p>	Comité Seguridad del paciente
1.9	<p>El comité de Seguridad del paciente realiza seguimiento en cuanto al cumplimiento y gestión de las acciones preventivas o correctivas dejando constancia en el FAC-08 “Acta de Reunión”</p>	Comité Seguridad del paciente
1.10	<p>El comité de Seguridad del paciente realiza una evaluación de los resultados obtenidos en el desarrollo del procedimiento y propone nuevas acciones cuando sea necesario para lograr la mejora continua, dejando constancia en el FAC-08 “Acta de Reunión”</p>	Comité Seguridad del Paciente
2	ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN	
2.1	<p>El responsable del procedimiento o personal de apoyo realiza el archivo de los documentos generados por la ejecución de las actividades aquí descritas se hace según lo establecido en las TRD.</p>	Personal asignado

5. Documentos de Referencia

- NTC ISO 9000 vigente Sistema Integrado de Gestión. Fundamentos y Vocabulario
- NTC ISO 9001 vigente Sistema Integrado de Gestión. Requisitos.
- Ley 962 de 2005 “Anti trámites”
- Ley 594 de 2000 Archivo General de la Nación.
- Resolución 3100 de 2019 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.
- Resolución 0544 por el cual se modifica la resolución 3100 de 2019 en el sentido de adecuar algunos aspectos relacionados con la inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud.
- Resolución 839 del 2017 Por el cual se modifica la resolución 1995 del 1999 manejo de Historias Clínicas y se dictan otras disposiciones.

	Reporte de Incidentes y/o Eventos Adversos	Código	TBU-23 v.00
		Página	4 de 4

6. Historia de Modificaciones

Versión	Naturaleza del Cambio	Fecha de Aprobación	Fecha de Validación

7. Anexos

“No aplica”