



**HOSPITAL GENERAL HOSNAG**

**GUAYAQUIL**

**PROTOCOLO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**  
**“REPORTE DE EVENTOS”**

**HOSNAG-DTE-CSP-PRT-2023-009**

**2023**

## CLÁUSULA DE EXTENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

La información contenida en este documento es de propiedad exclusiva del **Hospital General HOSNAG de la Armada del Ecuador**, excepto que se indique lo contrario. Este documento no puede ser actualizado o cambiado parcialmente o en su totalidad, sin previo consentimiento escrito del Gerente del Hospital.

La información en este documento es provista únicamente para propósitos de consulta administrativa. La **Unidad de Gestión de Calidad** del Hospital General HOSNAG, tiene como responsabilidad de asesorar a la normalización y estandarización de los documentos del Hospital.

La información contenida en este documento está sujeta a cambios solicitados por el Presidente del Comité de Seguridad del Paciente.

## PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

En caso de necesidad de actualizar el contenido de la información, el Presidente del Comité deberá solicitar por escrito al Director Técnico Asistencial y al Gerente del Hospital, la autorización para el cambio respectivo del documento, con la finalidad de que convoque a una reunión con los involucrados del documento, para analizar y decidir el o los cambios de la información, haciendo conocer la resolución a la Unidad de Gestión de Calidad para que proceda a verificar y aprobar los cambios respectivos solicitados.

## PROPIETARIO DEL DOCUMENTO

Los principales contactos para preguntas respecto a este documento son:

	Elabora	Revisa	Aprueba	Autoriza
<b>Nombre:</b>	SUBOP-SN Patricia Alvarado SERV-PUB LCDA Daysi González	CPNV- OD IRENE CHEHAB CPCB-MD MIGUEL MOLINA	CPNV-CSMSARA BENITEZ BURGOS	CPNV-EMS Mario Pabón Vallejo
<b>Cargo:</b>	Subdirectora Servicios de Enfermería Analista de Calidad	Presidente del Comité Jefe de la Gestión de Calidad	Director Técnico Asistencial	Gerente del Hospital Naval HOSNAG
<b>Reparto:</b>	HOSNAG	HOSNAG	HOSNAG	HOSNAG
<b>Teléfono:</b>				3900101 EXT. 1239
<b>Email:</b>	palvarado@armada.mil.ec dagonzalezg@armada.mil.ec	ichehab@armada.mil.ec mmolina@armada.mil.ec	sbenitez@armada.mil.ec	mpabon@armada.mil.ec
<b>Firma:</b>	 Firmado electrónicamente por: LOURDES PATRICIA ALVARADO PARRA Supervisor de Enfermería  Firmado electrónicamente por: DAYSI MARIBEL GONZALEZ GUERRA Analista de Calidad	 Firmado electrónicamente por: IRENE MARCELL CHEHAB ROUAIHEB Presidente del Comité  Firmado electrónicamente por: MIGUEL AURELIO MOLINA IDROVO Jefe Gestión de Calidad	 Firmado electrónicamente por: SARA MARGAR BENITEZ BUR Director Técnico Asistencial	 Firmado electrónicamente por: MARIO ENRIQUE PABON VALLEJOS Gerente del HOSNAG

ARMADA DEL ECUADOR. “Protocolo de seguridad del paciente – Reporte de eventos”.  
Guayaquil: Dirección de Sanidad de la Armada, Hospital General HOSNAG; 2023, Disponible  
en: <https://hospitalnaval.armada.mil.ec/seguridad-hosnag>

## ÍNDICE GENERAL

<b>01. Presentación.</b>	8
<b>02. Introducción.</b>	1
<b>03. Antecedentes y justificación.</b>	2
<b>04. Objetivos.</b>	2
04.01 Objetivo General.....	3
04.02 Objetivo Específico .....	3
<b>05. Alcance.</b>	4
<b>06. Glosario de Términos.</b>	4
<b>07. Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente.</b>	4
<b>08. Procedimiento para registro de información.</b>	5
<b>09. Difusión y aprendizaje del evento.</b>	8
<b>10. Acciones de mejoras generales.</b>	12
<b>11. Comunicación del evento adverso al paciente y a su familia.</b>	13
<b>12. Indicador.</b>	13
<b>13. Referencias.</b>	14
<b>14. Anexos.</b>	16
14.01 Registro de Datos de Establecimiento de Salud.....	17
14.02 Registro de Datos de Establecimiento de Salud.....	17
14.03 Integrantes del comité.....	18

	<b>ARMADA DEL ECUADOR HOSPITAL GENERAL HOSNAG</b>	<b>CÓDIGO: Ver. 2.0 HOSNAG-DTE-CSP-PTR-2023-009</b>
	Protocolo de seguridad del paciente Reporte de eventos	

## 01. Presentación.

La seguridad de los pacientes durante el proceso de atención de la salud ha alcanzado una relevancia prioritaria, en todas las dimensiones tanto las sanitarias como económicas, y social; la cual determina la necesidad urgente de garantizar mejores condiciones de salud que no se vean complicadas por los Eventos Adversos. Los Eventos Adversos, eventos centinelas y cuasi eventos pueden llegar según sea el caso, causar daño al paciente, así como también a los profesionales de la salud, las evidencias señalan que siempre existe la posibilidad que un evento adverso ocurra, durante la atención clínica, quirúrgica o en las consultas, es por tanto importante que en la gestión de la Calidad de los servicios de atención y la seguridad de los pacientes, incluye concienciar en el equipo humano y profesional; estrategias, protocolos y guías basados en las directrices del Ministerio de Salud Pública y la mejor evidencia médica posible, que contribuye a manejar términos y definiciones conocidas y/o semejantes, que nos lleve a manejar la misma información, así como las secuencias y recursos que estén disponibles para conducir a la prevención, al análisis, y a la mejor toma de decisión para protegernos todos de los errores durante la atención asistencial.

Guayaquil, diciembre del 2023



firmado electrónicamente por:  
MARIO ENRIQUE PABON  
VALLEJOS

Mario Pabón Vallejo  
**Capitán de Navío– EMS**  
**GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL HOSNAG**

	<b>ARMADA DEL ECUADOR HOSPITAL GENERAL HOSNAG</b>	<b>CÓDIGO: Ver. 2.0 HOSNAG-DTE-CSP-PTR-2023-009</b>
	Protocolo de seguridad del paciente Reporte de eventos	

## 02. Introducción.

En este documento se plantea dar las directrices para el registro y notificación de los Eventos Adversos, la cual es una estrategia clave para aprender de los errores, rediseñar procesos, prevenir las recurrencias y reforzar la cultura de seguridad en el contexto de la mejora continua. Para aumentar la confianza de los profesionales de salud hacia los sistemas de notificación, se debe garantizar la protección de los datos y de la persona que informa, para evitar represalias y que se perciba su utilidad. Las características principales detalladas para manejar un protocolo de notificación de Eventos Adversos, se apoya en el análisis de cuáles son los elementos que dan pauta a la presencia de ellos, que se concentran muchos como los errores médicos, mas sin embargo no es el único origen, estos se presentan durante cualquier proceso de la atención en salud; las mismas sean dadas por fallas en la estructura y en los sistemas, sean estos físicos o tecnológicos, en el mantenimiento, en la organización, comunicación, personal, capacitación, procesos no estandarizados, fallas en supervisión y muchos otros. Se espera que este recurso sirva de soporte y concentre las actividades y pasos a seguir para notificar las situaciones que pueden llegar a convertirse en un evento adverso o evento centinela.

## 03. Antecedentes y justificación.

El Hospital Naval Guayaquil apegado a las directrices del Ministerio de salud Pública ha establecido sus protocolos de seguridad en el paciente los cuales son parte de las estrategias y metas en el entorno de la seguridad del paciente, así como constituyen las prácticas seguras durante la atención en salud. La problemática actual evidencia la prevalencia e incidencia de los errores que se originan a nivel asistencial, en su mayoría prevenibles durante la presencia de un paciente que necesita una atención, es así como la Alianza para la seguridad del paciente y la Organización mundial de la salud, desde el 2004 ponen en marcha este proyecto de mejorar y trabajar en seguridad del paciente en todo el mundo. A partir del 2007 en nuestro país siendo parte de la CONMESUR se afianza con lo determinado en la Constitución del 2008, en la Reforma al Sistema de Salud Ecuatoriano en donde se establece entre uno de los cinco pilares de acción, el de Mejorar la calidad de la provisión de los servicios de salud y la gestión de los

	<b>ARMADA DEL ECUADOR HOSPITAL GENERAL HOSNAG</b>	<b>CÓDIGO: Ver. 2.0 HOSNAG-DTE-CSP-PTR-2023-009</b>
	Protocolo de seguridad del paciente Reporte de eventos	

establecimientos asistenciales, para lo cual como estrategia el Ministerio de Salud Pública el 17 de Mayo del 2013 contrato 0000067, socializo la firma con una ONG Acreditación Canadá International para iniciar el proceso de acreditación permitiendo con ello, que la red pública de salud alcance estándares internacionales de calidad en atención y prestación de servicios a la ciudadanía. Desde 1950 se emiten reportes referentes a los eventos adversos asociados a la atención hospitalaria. IBEAS es el primer estudio llevado a efecto en Latinoamérica sobre los incidentes que causan daño en la atención en salud, como resultado se demostró que: “10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado en los hospitales estudiados habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios (Resultado del estudio de prevalencia). Este riesgo se duplicaba si consideráramos todo el tiempo en que el paciente estuvo hospitalizado. De modo que 20 de cada 100 pacientes ingresados presentaron al menos un incidente dañino a lo largo de su estancia en el hospital. (Resultado del estudio de incidencia)” De cada 100 pacientes que sufrieron incidentes dañinos, 7 murieron (2 como consecuencia directa del incidente y 5 por la suma del incidente con otras condiciones), 17 quedaron con una incapacidad total, 12 con una incapacidad severa y 64 con incapacidades leves o sin incapacidad”. *De cada 10 incidentes debidos a los cuidados sanitarios que produjeron daño, casi 6 podrían haberse evitado.*

Los estudios de investigación en este ámbito en las entidades de salud son muy limitadas, he ahí la importancia de seguir fortaleciendo los registros y notificación de los incidentes y eventos adversos, promoviendo la aplicación del protocolo y mejorando la cultura preventiva en la seguridad del paciente.

## **04. Objetivos.**

### **04.01 Objetivo General**

Implementar y seguir fortaleciendo el sistema de reporte de información interno para identificar, registrar, tratar, documentar e informar las sospechas, de posibles o reales eventos centinela, adversos o cuasi accidentes el Hospital General HOSNAG.

	<b>ARMADA DEL ECUADOR HOSPITAL GENERAL HOSNAG</b>	<b>CÓDIGO: Ver. 2.0 HOSNAG-DTE-CSP-PTR-2023-009</b>
	Protocolo de seguridad del paciente Reporte de eventos	

#### 04.02 Objetivo Específico

- Establecer un procedimiento local que conduzca a analizar y revisar la implementación de prácticas preventivas en las pacientes
- Aplicar conocimientos, habilidades y valores fundamentales de seguridad en el trabajo cotidiano.
- Crear una cultura de notificación de eventos adversos, eventos centinela y cuasi eventos en el personal de salud.

#### 05. Alcance.

Director del Hospital, Unidad de Calidad, Coordinador de Enfermería, Supervisoras de Enfermería, Líderes de Servicios, Residentes de turno, Integranes del Comité de Seguridad del Paciente, Equipo de mejora continua, Usuario interno y externo del Hospital.

#### 06. Glosario de Términos.

**Efecto adverso.-** Efecto conocido, distinto del deseado primordialmente, relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento.

**Evento Adverso.-** Es un incidente inesperado e indeseable relacionado directamente con la atención o los servicios prestados al cliente; es decir, el daño causado es resultante del manejo del personal de salud y no de una enfermedad subyacente.

**Evento Centinela.-** Es un evento adverso que conduce a la muerte o a la pérdida importante y perdurable de la función motora, fisiológica, sensorial o psicológica del receptor de servicios de salud; que no estuvo presente en el momento en que solicitó o comenzaron los servicios; es decir, el cliente muere o es afectado gravemente por un error en la atención.

**Cuasi Evento.-** Es un evento o situación que podría haber causado un accidente, lesión o enfermedad en el cliente, pero que no ocurrió, bien sea por azar o por una intervención oportuna. Existen factores en la atención de la salud que contribuyen a que sucedan eventos adversos evitables: falibilidad humana, complejidad, deficiencias en los sistemas, vulnerabilidad de las barreras defensivas.

	<b>ARMADA DEL ECUADOR HOSPITAL GENERAL HOSNAG</b>	<b>CÓDIGO: Ver. 2.0 HOSNAG-DTE-CSP-PTR-2023-009</b>
	Protocolo de seguridad del paciente Reporte de eventos	

## **07. Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente.**

La notificación de eventos hace referencia a los procesos y la tecnología implicada en la estandarización, formato, comunicación, retroalimentación, análisis, aprendizaje, respuesta y difusión del aprendizaje generado por el registro de eventos. Es la acción que se adopta tras el registro, la respuesta constructiva, y no el registro en sí lo que provoca los cambios y aporta valor.

La notificación de eventos (cuasi eventos, eventos adversos y eventos centinela) constituye una parte de la "cultura de seguridad", entendidos como una oportunidad para aprender y mejorar más que como fallos que deben ser escondidos. Se estima que solo se notifican el 5% de todos los eventos adversos que se producen; originando lo que se conoce como Pirámide de Heinrich, es decir que existe una jerarquía en los eventos desde el punto de vista del daño que pueden provocar, llevando a definir el modelo iceberg que establece la razón entre eventos adversos y cuasi eventos. En el caso de los eventos adversos comparten en muchas ocasiones el proceso causal con los cuasi eventos, con lo que el conocimiento de las causas puede facilitar la implementación de estrategias para evitar los eventos.

Se explica con un ejemplo: Si un paciente con fibrilación auricular tratado con warfarina se levanta por la noche para ir al baño, resbalara y se cayera sin sufrir ningún daño perceptible, el evento relacionado con la seguridad del paciente se consideraría un evento sin daños y el tipo de evento se clasificaría como "Cuasi evento". Si este paciente hubiera sido encontrado en la mañana siguiente en el suelo, incapaz de levantarse, con algún tipo de daño, probablemente se clasificaría el evento relacionado con la seguridad del paciente como "evento adverso". En conclusión, el incorporar barreras de seguridad que eviten el cuasi evento incidirá consecuentemente en evitar la aparición de un evento adverso e incluso centinela.

La notificación depende no solo de la conciencia del error sino también de la buena voluntad para documentarlo y sobre todo, del clima de la organización y de la confianza que hayan transmitido los líderes de la organización para entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpabilidad o la punición

En sistemas de salud tan complejos, alguno o algunos de los procesos de atención pueden tener una o más consecuencias negativas por causas no siempre atribuibles a la práctica profesional de un individuo en particular, sino más bien explicables por la concurrencia de errores de

	<b>ARMADA DEL ECUADOR HOSPITAL GENERAL HOSNAG</b>	<b>CÓDIGO: Ver. 2.0 HOSNAG-DTE-CSP-PTR-2023-009</b>
	Protocolo de seguridad del paciente Reporte de eventos	

planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente y generando, en ocasiones, eventos adversos. Por tanto, los errores vienen de los sistemas, no de las personas, y las estadísticas de análisis de eventos adversos comprueban una y otra vez este planteamiento. Esto nos orienta a que cualquier análisis de evento adverso debe identificar las fallas existentes en los procesos.

### **Causalidad y Ocurrencia del Evento Adverso**

La evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido. El psicólogo James Reason propuso en 1990 el modelo del queso suizo. En este modelo, cada sistema tiene distintas barreras (lonjas de queso) que separan los riesgos del evento adverso. Sin embargo, cada barrera tiene fallos, "agujeros" (riesgos), cuya posición varía aleatoriamente, de modo que el evento ocurre cuando se alinean estos agujeros que corresponde a circunstancias concatenadas interactuantes.

Estos "agujeros en el queso" pueden ser de dos tipos: fallas activas, que son los cometidos por personas en contacto directo con el sistema, y las fallas latentes, que son problemas residentes en el sistema (generalmente ocultos), propios de su diseño. A esto se pueden sumar factores contributivos que facilitan que las fallas se produzcan. "Una falla en uno de los procesos puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó".

### **Características de los sistemas de notificación de eventos adverso.**

**No punitivo:** las personas que notifican están libres del miedo a represalias o castigo como resultado de la notificación.

**Voluntario:** las personas que notifican lo hacen por espontánea voluntad y no por obligación o deber, incentivando así a crear una cultura de reporte.

**Confidencial:** la identificación del paciente, del notificador y de la institución no debe ser revelada a personas ajenas al proceso de gestión de la Seguridad del Paciente, a excepción de los autorizados por la Ley..

**Independiente:** la notificación de eventos y/o eventos adversos es independiente de cualquier autoridad con poder para castigar a la organización y/o al notificante.

**Análisis por expertos:** los informes de la notificación son evaluados por expertos que conocen las circunstancias clínicas y están entrenados para reconocer las causas del sistema.

**Análisis a tiempo:** los informes son analizados de manera urgente y las recomendaciones rápidamente difundidas a las personas interesadas y pertinentes, especialmente cuando haya riesgos graves.

	<b>ARMADA DEL ECUADOR HOSPITAL GENERAL HOSNAG</b>	<b>CÓDIGO: Ver. 2.0 HOSNAG-DTE-CSP-PTR-2023-009</b>
	Protocolo de seguridad del paciente Reporte de eventos	

**Orientación sistémica:** las recomendaciones deben centrarse en mejoras hacia el sistema y a la/as persona/as que intervinieron en el proceso que causó el evento adverso.

**Capacidad de respuesta:** la notificación se realizará para todos los cuasi eventos, eventos adversos y eventos centinelas, independientemente de su tipología y gravedad. La gravedad del evento en su mayoría determinará la dificultad de notificación, siendo en los casos graves en los que la orientación no punitiva, la voluntariedad y el anonimato juegan un papel destacado para que el establecimiento o el profesional a comunicar lo haga con mayor confianza.

Relación de los procesos de atención en salud que pueden causar eventos

Los eventos a ser reportados responden a las siguientes categorías generales de acuerdo a su causa raíz. (Adaptación para uso en Ecuador de la propuesta en la "International Classification for Patient Safety")

- Eventos relacionados con procesos asistenciales clínicos.
- Eventos relacionados con procesos asistenciales quirúrgicos.
- Eventos relacionados con infecciones asociadas a la atención en salud.
- Eventos relacionados con caídas del paciente.
- Eventos relacionados con accidentes del paciente.
- Eventos relacionados con los medicamentos.
- Eventos relacionados con la dieta - alimentación.
- Eventos relacionados con el laboratorio clínico, microbiológico o patológico.
- Eventos relacionados con información de la Historia Clínica.
- Eventos relacionados con los dispositivos médicos.
- Eventos relacionados con Infraestructura/Instalaciones.
- Eventos relacionados con la transfusión de hemoderivados.

Eventos relacionados a gestión de los recursos o con la gestión organizacional (talento humano, documentación, políticas, carga de trabajo, disponibilidad de guías etc.)

Los cuasi eventos, eventos adversos y eventos centinelas serán detectados en:

Ejecución de procesos de salud de atención, ejecución de procesos de salud de apoyo diagnóstico y terapéutico.

- Historia clínica.
- Perfil o historia farmacoterapéutico/a.
- Registro de devolución de medicamentos.
- Registro de devolución de dispositivos médicos.

	<b>ARMADA DEL ECUADOR HOSPITAL GENERAL HOSNAG</b>	<b>CÓDIGO: Ver. 2.0 HOSNAG-DTE-CSP-PTR-2023-009</b>
	Protocolo de seguridad del paciente Reporte de eventos	

- Actividades donde no se utilice la historia clínica.
- Atenciones administrativas.
- Ejecución de procesos de apoyo (por ejemplo tecnología, talento humano, financiero, entre otros).
- Quejas y sugerencias dadas por los usuarios.
- Auditorías de la calidad de la historia clínica.
- Auditorías programadas de la calidad de la atención en salud.
- Captación por inspección directa durante la auditoria concurrente y de calidad, como herramienta de evaluación continua.

El objetivo es prevenir la ocurrencia y recurrencia de eventos no deseados asociados a la atención en salud. Para lo cual se requiere:

- a) Implementar mecanismos de notificación de información sobre la ocurrencia de cuasi eventos, eventos adversos y eventos centinelas.
- b) Fomentar mecanismos de gestión de los eventos notificados (análisis y acciones de mejora preventivas/correctivas) mediante la aplicación de herramientas metodológicas previamente establecidas.

### **Sistema de Notificación del evento**

Los eventos a notificar son de tres tipos:

- Cuasi eventos
- Eventos adversos
- Eventos centinela

La notificación de estos eventos, cumplirán dos funciones:

- Disminuir la incidencia de eventos adversos asociados a la atención de salud.
- Complementar la mejora continua de la seguridad del paciente.

Personas que documentan la identificación de cuasi evento, evento adverso y evento centinela, será realizada por todos los posibles grupos de interés: pacientes/familiares, estudiantes en formación de carreras del campo de salud, profesionales, trabajadores, servidores de la salud entre otros.

## **08. Procedimiento para registro de información.**



**ARMADA DEL ECUADOR  
HOSPITAL GENERAL HOSNAG**

Protocolo de seguridad del paciente  
Reporte de eventos

CÓDIGO: Ver. 2.0  
HOSNAG-DTE-CSP-PTR-2023-009

<b>PROCEDIMIENTO</b>		
<b>Nº</b>	<b>Responsable</b>	<b>Tarea / Actividad</b>
1	Personal de Salud	<p><b>Diligencia y registra eventos relacionados con la seguridad del paciente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El personal de salud notificador deberá diligenciar en el “Registro de Notificación de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente” los datos del establecimiento, datos del paciente, información del notificador, tipo de evento, naturaleza del evento, descripción del evento y el desenlace del evento.</li> </ul> <p><b>NOTA:</b> Los familiares, amigos y/o cuidadores también pueden informar al personal de salud cuando se presenta un evento y el personal de salud debe diligenciar el “Registro de Notificación de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente”.</p>
2	Personal de Salud	<p>• <b>Envía registro de eventos relacionados con la seguridad del paciente al Líder del Servicio</b>, mensualmente.</p>
3	Líder del servicio	<p><b>Recibir y revisar registros</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Líder del servicio recibe el “Registro de Notificación de Eventos relacionados con la Seguridad del Paciente”.</li> <li>Revisa que los datos obtenidos sean legibles, precisos y estén completos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Datos personales</li> <li>- Identificación del evento</li> <li>- Descripción de eventos adversos / cuasi eventos</li> <li>- Desenlace de eventos adversos / cuasi eventos</li> </ul> </li> </ul>
4	Líder del servicio	<p><b>Validar información</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El líder del servicio valida la información contenida en el “Registro de Notificación de Eventos relacionados con la Seguridad del Paciente”.</li> </ul> <p>Si son validados, continuar con punto 5 Si no lo son, continuar a partir del punto 4.1</p>
4.1	Líder del servicio	<p><b>Envía registros a persona de salud para corrección</b></p>
4.2	Personal de Salud	<p><b>Revisar y corregir información.</b></p> <p>El personal de salud realiza correcciones de acuerdo a las observaciones detectadas por el líder del servicio y entrega los registros con los cambios realizados al Líder del servicio.</p>
5	Líder del servicio	<p><b>Realizar gestión del evento</b></p>
6	Líder del servicio	<p><b>Conforma el equipo de mejora continua:</b></p> <p>Mejoramiento de la calidad de acuerdo a las características del caso.</p>
7	Líder del servicio	<p><b>Analiza el evento y planifica acciones</b></p> <p>Definen acciones inseguras, factores contributivos y acciones correctivas y preventivas.</p>
8	Líder del servicio	<p><b>Informar de Plan de Acción a Máxima Autoridad o Inmediato superior,</b></p> <p>Sin perjuicio a que el líder del servicio ejecute las actividades preventivas y correctivas que sean de su atribución y competencia. <b>NOTA:</b> el/la responsable de calidad del establecimiento asesorará la metodología que se aplicará en el análisis del evento.</p>
9	Máxima autoridad del servicio y/o Inmediato superior	<p><b>Recibir y revisar el plan de acción</b></p>

	<b>ARMADA DEL ECUADOR HOSPITAL GENERAL HOSNAG</b>	<b>CÓDIGO: Ver. 2.0 HOSNAG-DTE-CSP-PTR-2023-009</b>
	Protocolo de seguridad del paciente Reporte de eventos	

10	Máxima autoridad del servicio y/o Inmediato superior	<b>Validar plan de acción</b> Si es aprobado, continuar con punto 11 Si no lo es, continuar a partir del punto 10.1
10.1	Máxima autoridad del servicio y/o Inmediato superior	<b>Solicita correcciones</b>
10.2	Líder del servicio	<b>Realizar correcciones observaciones</b> El líder del servicio realiza correcciones de acuerdo a las observaciones realizadas por la Máxima autoridad del servicio y/o Inmediato superior y entrega el plan de acción con los cambios realizados a la Máxima autoridad del servicio y/o Inmediato superior
11	Máxima autoridad del servicio y/o Inmediato superior	<b>Aprueba plan de acción</b>
12	Líder del servicio	<b>Ejecutan plan de acción</b> Según lo establecido en el “Registro de Notificación de Eventos relacionados con la Seguridad del Paciente”.
13	Líder del servicio	<b>Envía a Estadística los Registro de notificación de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente</b>
14	Estadística Establecimiento de Salud y/o su equivalente	<b>Recibe y revisa los registros de notificación de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente</b> Revisa que los datos obtenidos sean legibles, precisos y estén completos los siguientes puntos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Datos del establecimiento de salud.</li> <li>- Datos personales</li> <li>- Información del notificador</li> <li>- Tipo de evento</li> <li>- Naturaleza del evento</li> <li>- Descripción del cuasi evento/evento adverso/evento centinela</li> <li>- Desenlace del cuasi evento/evento adverso/evento centinela</li> <li>- Gestión realizada</li> </ul>
15	Estadística Establecimiento de Salud y/o su equivalente	<b>Validar información</b> Estadística Establecimiento de Salud y/o su equivalente valida la información contenida en el “Registro de Notificación de Eventos relacionados con la Seguridad del Paciente” Si son validados, continuar con punto 16 Si no lo son, continuar con punto 15.1
15.1	Estadística Establecimiento de Salud y/o su equivalente	<b>Solicita correcciones,</b> El líder de servicio realiza correcciones de acuerdo a las observaciones detectadas por Estadística Establecimiento de Salud y/o su equivalente y analiza nuevamente el evento y planifica acciones.
16	Estadística Establecimiento de Salud y/o su equivalente	<b>Ingresar datos en la matriz de reporte</b> Ingresa los datos en la “Matriz de Reporte de Indicadores del Manual de Seguridad del Paciente en Establecimientos de Salud”, de todos los servicios mensualmente.
17	Estadística Establecimiento de Salud y/o su equivalente	<b>Obtener el indicador mensual</b> Obtiene el indicador de acuerdo a la ficha metodológica del indicador, definida en el presente documento.

	<b>ARMADA DEL ECUADOR HOSPITAL GENERAL HOSNAG</b>	<b>CÓDIGO: Ver. 2.0 HOSNAG-DTE-CSP-PTR-2023-009</b>
	Protocolo de seguridad del paciente Reporte de eventos	

18	Estadística Establecimiento de Salud y/o su equivalente	<b>Enviar matriz consolidada a la Máxima autoridad del establecimiento de salud y al responsable de calidad del establecimiento.</b> Envía la “Matriz de Reporte de Indicadores del Manual de Seguridad del Paciente en Establecimientos de Salud” consolidada a la Máxima autoridad del Establecimiento de Salud y/o inmediato superior y al Responsable de Calidad del establecimiento de salud.
18	Responsable de Calidad del establecimiento de salud	<b>Recibir y analizar matriz consolidada</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibe la “Matriz de Reporte de Indicadores del Manual de Seguridad del Paciente en Establecimientos de Salud” consolidada.</li> <li>• Analiza los resultados obtenidos en la “Matriz de Reporte de Indicadores del Manual de Seguridad del Paciente en Establecimientos de Salud”.</li> </ul>
19	Responsable de Calidad del establecimiento de salud	<b>Elaborar Informe de Gestión de Calidad trimestral y anual</b>  <b>Nota:</b> Este informe debe contener el análisis de los indicadores de calidad con su respectivo plan de acción en caso de requerirse. Los informes de gestión de la calidad del establecimiento de salud se entregarán los 6 primeros días del mes de abril, julio y octubre y anualmente en el mes de enero del siguiente año.
20	Responsable de Calidad del establecimiento de salud	<b>Enviar informe de Gestión de la Calidad a la máxima autoridad</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Envía Informe de Gestión de la Calidad a la Máxima autoridad del establecimiento de salud y/o Inmediato superior inmediato para aprobación y envío; trimestral y anual.</li> <li>• <b>Realizar</b> seguimiento al plan de acción propuesto por el líder del servicio.</li> </ul>
21	Máxima autoridad del establecimiento de salud y/o Inmediato superior inmediato	<b>Recibir y revisar matriz consolidada (mensual) e Informe de Gestión de Calidad (trimestral)</b>  Estadística Establecimiento de Salud y/o su equivalente: envía matriz consolidada Responsable de Calidad del establecimiento de salud: envía informe de Gestión de Calidad.
22	Máxima autoridad del establecimiento de salud y/o Inmediato superior	<b>Validar información</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Máxima autoridad del establecimiento de salud y/o su equivalente valida la información contenida en el “Registro de Notificación de Eventos relacionados con la Seguridad del Paciente” y en el informe de Gestión de la Calidad.</li> </ul> Si son validados, continuar con punto 23 Si no lo son, continuar con punto el 22.1 y 22.2
22.1	Máxima autoridad del establecimiento de salud y/o	<b>Solicitar correcciones</b> Si las correcciones son al informe, solicita que corrija el responsable de calidad y si es a la matriz debe corregir estadística del establecimiento de salud

	<b>ARMADA DEL ECUADOR HOSPITAL GENERAL HOSNAG</b>	<b>CÓDIGO: Ver. 2.0 HOSNAG-DTE-CSP-PTR-2023-009</b>
	Protocolo de seguridad del paciente Reporte de eventos	

22.2	Estadística Establecimiento de Salud y/o su equivalente / Responsable de Calidad del establecimiento de salud	<b>Revisar y corregir información</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estadística del establecimiento de Salud realiza correcciones en función de las observaciones detectadas por Máxima autoridad del establecimiento de salud y/o Inmediato superior inmediato y devuelve la matriz modificada a la Máxima autoridad del establecimiento de salud y/o Inmediato superior inmediato.</li> <li>• Responsable de Calidad del Establecimiento de Salud, realiza correcciones en función de las observaciones detectadas por Máxima autoridad del establecimiento de salud y/o Inmediato superior inmediato y devuelve el documento con las modificaciones realizadas a la Máxima autoridad del establecimiento de salud y/o Inmediato superior inmediato.</li> </ul>
23	Máxima autoridad del Establecimiento de Salud y/o Inmediato superior inmediato	<b>Aprueba y envía a Distrito o Coordinación zonal</b> “Matriz de Reporte de Indicadores del Manual de Seguridad del Paciente en Establecimientos de Salud” e Informe de Gestión de la Calidad del Establecimiento de salud. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoriza y envía la “Matriz de Reporte de Indicadores del Manual de Seguridad del Paciente en Establecimientos de Salud”, mensualmente dentro de los 5 días calendarios del mes siguiente.</li> <li>• Autoriza y envía Informe de Gestión de la Calidad, trimestralmente dentro de los 5 días calendarios del mes siguiente.</li> </ul> Envía información, según el nivel de atención y capacidad resolutive, detallado a continuación:
		<b>DIRECCION DISTRITAL:</b> Puestos de salud, consultorio general, centros de salud tipo A, B, C, hospitales básicos. Pasar al punto 24.  <b>COORDINACION ZONAL:</b> Consultorio de especialidad (es) clínico- quirúrgico Centro de especialidades, centro clínico-quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día Hospital General, Centros especializados, Hospital especializado y Hospital de especialidades. Pasar al punto 38

## 09. Difusión y aprendizaje del evento.

El tipo de información que se transmite es variado, pero puede resumirse en los siguientes puntos:

- Elaboración y difusión de informes trimestrales, semestrales o anuales por el establecimiento notificador. Estos informes pueden desagregarse por tipo de eventos y categorías, en función de los objetivos del sistema de notificación.
- Elaboración de alertas que permiten la difusión al máximo número de trabajadores de aquellas recomendaciones que por su frecuencia o gravedad tienen especial y mayor relevancia.

Los esfuerzos que se hacen en educación del personal tienen que verse reflejados en una disminución real de los eventos adversos o en la no repetición de los ya producidos y analizados.

Para esto se hace necesario que la institución defina claramente las normas y los procesos, y

	<b>ARMADA DEL ECUADOR HOSPITAL GENERAL HOSNAG</b>	<b>CÓDIGO: Ver. 2.0 HOSNAG-DTE-CSP-PTR-2023-009</b>
	Protocolo de seguridad del paciente Reporte de eventos	

haga su despliegue a cada unidad, servicio o área de trabajo, de tal manera que quede claro para todas las personas que los procesos y estándares fueron definidos.

## 10. Acciones de mejoras generales.

El plan de acción debe ser conocido por toda la organización para lo cual el establecimiento de salud realizará, entre otras, las siguientes actividades:

- Socialización del evento adverso al personal de salud en todos los servicios, guardando la confidencialidad de datos del paciente y del notificador.
- Diseño e implementación de nuevas prácticas seguras, en caso de requerirse.
- Revisión, socialización de protocolos, procedimientos y/o guías clínicas relacionadas con el evento.
- Campañas de sensibilización al equipo de salud y establecimiento en general.
- Circulares informativas recordando la adherencia y cumplimiento a normas, procedimientos, protocolos y/o guías clínicas.
- Acompañamiento al paciente y su familia hasta la resolución del evento adverso.
- Acompañamiento al establecimiento, profesional y/o equipo de salud involucrado, con mayor énfasis si el evento adverso es centinela.

En caso de eventos adversos repetitivos donde se encuentra involucrado el factor humano por el mismo personal de salud se tomarán las acciones que correspondan en la evaluación de desempeño institucional.

Para aprender de las fallas es necesario trabajar en un ambiente educativo no punitivo pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.

## 11. Comunicación del evento adverso al paciente y a su familia.

Una vez efectuada la revisión del caso con los profesionales y equipo de salud, se define la necesidad de comunicar el evento adverso al paciente y su familia, para lo cual debemos tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Establezca con el paciente y/o su familia una comunicación asertiva y efectiva, esta práctica le ofrece al paciente seguridad y confianza, cumpliendo con el respeto a los derechos de los pacientes.
2. Utilice lenguaje común: recordemos que estamos hablando con pacientes, ellos Usualmente no entienden términos médicos.
3. Exprese compasión por el sufrimiento ajeno: decir "siento mucho lo que ustedes están sintiendo" no es lo mismo que decir "fue mi culpa".

	<b>ARMADA DEL ECUADOR HOSPITAL GENERAL HOSNAG</b>	<b>CÓDIGO: Ver. 2.0 HOSNAG-DTE-CSP-PTR-2023-009</b>
	Protocolo de seguridad del paciente Reporte de eventos	

4. Siempre de una explicación sobre lo que pasó y por qué pasó. Su silencio puede ser interpretado por el paciente y/o su familia como una falta de compasión con su dolor.
5. Recuerde que decir lo siento no significa que usted esté aceptando culpabilidad.
6. Diferentes estudios han mostrado que para los pacientes es muy importante asegurarse de que el error sucedido con ellos no volverá a pasar, por lo tanto confírmeles que la institución tomará acciones en este sentido.
7. Brinde información sobre las opciones terapéuticas para el tratamiento oportuno y efectivo de las consecuencias del evento adverso sucedido.
8. Acompañamiento al paciente y su familia hasta la resolución del evento adverso.

**Importante:** por ningún motivo prometa lo que no puede cumplir ni se comprometa con información sobre indemnización o conciliación financiera. Permita que esto sea realizado por las autoridades competentes en el marco de sus atribuciones y responsabilidades.

## 12. Indicador.

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Porcentaje de eventos notificados que generaron acciones correctivas, preventivas o mejoras iniciales
<b>DEFINICIÓN</b>	Este indicador nos permite observar el nivel de cumplimiento de las directrices emitidas en el Manual de Seguridad del paciente con respecto a la Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente.
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	
$PNAC = \frac{ENAC}{NUE} * K$	
<b>En donde:</b> <b>PENAC:</b> Porcentaje de eventos notificados con acciones correctivas o preventivas iniciales. <b>ENAC:</b> Número de eventos notificados con acciones correctivas o preventivas iniciales. <b>NUEN:</b> Total de eventos notificados. <b>K:</b> 100	
<b>DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS</b>	

	<b>ARMADA DEL ECUADOR HOSPITAL GENERAL HOSNAG</b>	<b>CÓDIGO: Ver. 2.0 HOSNAG-DTE-CSP-PTR-2023-009</b>
	Protocolo de seguridad del paciente Reporte de eventos	

**Evento:** Todo desvió de la atención médica habitual que causa una lesión al paciente o entraña riesgo de daño, según el Manual de Seguridad del Paciente se clasifican en:

**Cuasi eventos:** Error de comisión o por omisión que podría haber causado daño al paciente, pero que no produjo un daño grave gracias a la casualidad, a la prevención o a la atenuación.<sup>1</sup>

**Evento adverso:** Lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial y no por la patología de base.<sup>2</sup>

**Evento centinela:** Todo evento que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la

evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente.<sup>1</sup>

**Acción de mejora:** Procedimiento para eliminar la causa de la no conformidad detectada. <sup>1</sup>

#### METODOLOGÍA DE CÁLCULO

**Para definir el numerador,** se considera la sumatoria de número de eventos notificados con acciones correctivas o preventivas iniciales registrados en el formulario N° SNS-MSP-DNCSS-Form-059-2016 (reverso “Plan de acción: acciones para abordar los factores contributivos”).

**Para calcular el denominador,** se considera la suma total de los formularios físicos de Notificación de Eventos relacionados con la Seguridad del Paciente, N° SNS-MSP-DNCSS-Form-059-2016, en el cual se registró la notificación del evento presentado.

Finalmente para obtener el valor del **Porcentaje**, el resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.

<b>LIMITACIONES TÉCNICAS</b>		Falta de cultura de notificación de eventos
<b>UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES</b>		Porcentaje
<b>INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR</b>		De cada 100 eventos notificados, el (x%) de eventos cuenta con acciones correctivas o preventivas iniciales según lo dispuesto en la normativa nacional
<b>FUENTE DE DATOS</b>		Formulario de Registro de notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente, Formulario N° SNS-MSP-DNCSS-Form-059-2016
<b>PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES</b>		<b>Mensual</b>
<b>DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS</b>		<b>2016</b>
<b>NIVEL DE DESAGREGACIÓN</b>	<b>GEOGRÁFICO</b>	Nacional, Zonal, Distrital.
	<b>GENERAL</b>	Primer Nivel, Segundo Nivel, Tercer Nivel de atención en Salud.
	<b>OTROS ÁMBITOS</b>	Establecimientos de salud
<b>INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA</b>		No aplica
<b>RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL</b>		<input type="checkbox"/> Constitución de la República del Ecuador (2008). <input type="checkbox"/> Plan Nacional del Buen Vivir 2013 -2017 <input type="checkbox"/> Modelo de atención integral en Salud (MAIS-FCI 2012).
<b>ELABORADO POR</b>		Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud

	<b>ARMADA DEL ECUADOR HOSPITAL GENERAL HOSNAG</b>	<b>CÓDIGO: Ver. 2.0 HOSNAG-DTE-CSP-PTR-2023-009</b>
	Protocolo de seguridad del paciente Reporte de eventos	

### 13. Referencias.

**Ministerio de Salud Pública.** Seguridad del Paciente - Usuario. Manual. Primera edición; 2016. Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud MSP. Quito 2016. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

**Ministerio de Salud Pública. 2016.** *Modelo de Gestión de Información de los Formularios del Manual de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud.* [En línea] 23 de Diciembre de 2016. [Citado el: 01 de Marzo de 2017.] <https://almacenamiento.msp.gob.ec/public.php?service=files&t=147645ed205866853e3268b96947e0b5>.

**Organización Mundial de la Salud . 2001.** Secretaría de la Red mundial para inyecciones sin riesgo. [En línea] Noviembre de 2001. [Citado el: 02 de Diciembre de 2016.] <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67389/1/a76981.pdf>.

**Organización Mundial de la Salud. 2009.** Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en atención sanitaria. [En línea] 2009. [Citado el: 28 de Noviembre de 2016.] [www.ehowenespanol.com/tipos-jabon-clorhexidina-sobre\\_125079/](http://www.ehowenespanol.com/tipos-jabon-clorhexidina-sobre_125079/).

**Organización Mundial de la Salud. 2010.** [www.who.int](http://www.who.int). [En línea] Febrero de 2010. [Citado el: 05 de Diciembre de 2016.] [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75247/1/9789243599250\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75247/1/9789243599250_spa.pdf).

	<b>ARMADA DEL ECUADOR HOSPITAL GENERAL HOSNAG</b>	<b>CÓDIGO: Ver. 2.0 HOSNAG-DTE-CSP-PTR-2023-009</b>
	Protocolo de seguridad del paciente Reporte de eventos	

## 14. Anexos.

### 14.01 Registro de Datos de Establecimiento de Salud

	<b>REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	<b>Versión:</b> 1 <b>Código:</b> DNCSS-MSP-002 <b>Fecha:</b> 01/08/2016
<b>1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD</b>		
<b>a. Institución del Sistema:</b> MSP <input type="radio"/> IESS <input type="radio"/> FFAA <input type="radio"/> Policía Nacional <input type="radio"/> Municipal <input type="radio"/> Red Privada <input type="radio"/> Fiscomisional <input type="radio"/>		
<b>b. Provincia:</b> _____ <b>c. Zona:</b> _____ <b>d. Distrito:</b> _____ <b>e. Unicódigo:</b> _____		
<b>f. Establecimiento de salud:</b> _____ <b>g. Tipología:</b> _____		
<b>h. Servicio / Área donde se produce el evento:</b> _____ <b>i. Fecha:</b> dd / mm / aa <b>j. Hora:</b> _____		
<b>2. DATOS DEL PACIENTE</b>		
<b>a. Nombres y apellidos del paciente:</b> _____		
<b>b. Edad:</b> _____ <b>c. Sexo:</b> H <input type="radio"/> M <input type="radio"/> <b>d. N° de Historia Clínica única:</b> _____		
<b>e. Diagnóstico / Motivo de atención:</b> _____ <b>f. CIE 10:</b> _____		
<b>3. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR</b>		
<b>a. Médica/o</b> <input type="radio"/> <b>b. Enfermera/o</b> <input type="radio"/> <b>c. Obstetra</b> <input type="radio"/> <b>d. Familiares/acompañante/cuidador</b> <input type="radio"/> <b>e. Trabajador/a Social</b> <input type="radio"/> <b>f. Odontóloga/o</b> <input type="radio"/> <b>g. Psicólogo/a</b> <input type="radio"/> <b>h. Estudiante</b> <input type="radio"/> <b>i. Otro</b> <input type="radio"/>		
<b>j. Fecha del reporte:</b> dd / mm / aa		
<b>4. TIPO DE EVENTO</b>		
<b>a. Cuasi evento</b> <input type="radio"/> <b>b. Evento adverso</b> <input type="radio"/> <b>c. Evento centinela</b> <input type="radio"/>		
<b>5. NATURALEZA DEL EVENTO</b>		
<b>a. Medicación</b> <input type="radio"/> <b>b. Infección asociada a la atención de salud</b> <input type="radio"/> <b>c. Caídas</b> <input type="radio"/> <b>d. Úlceras por presión</b> <input type="radio"/> <b>e. Trombosis Venosa Profunda</b> <input type="radio"/> <b>f. Dispositivos médicos /equipos biomédicos</b> <input type="radio"/> <b>g. Procedimiento clínico</b> <input type="radio"/> <b>h. Procedimiento quirúrgico</b> <input type="radio"/> <b>i. Otro:</b> _____		
<b>6. DESCRIPCIÓN DEL CUASI EVENTO / EVENTO ADVERSO / EVENTO CENTINELA</b>		
<b>Quando ocurrió:</b> Al ingreso <input type="radio"/> Durante la estancia <input type="radio"/> Al alta <input type="radio"/> Ambulatorio <input type="radio"/>		
<b>Donde ocurrió:</b> En el servicio <input type="radio"/> En el traslado <input type="radio"/> Otro: _____		
<b>Fue informado el paciente y/o familia:</b> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
<b>Realice una descripción detallada de cómo se produjo el evento:</b> _____ _____ _____ _____ _____		
<b>7. DESENLACE DEL CUASI EVENTO / EVENTO ADVERSO / EVENTO CENTINELA</b>		
<b>a. Ninguna (sin lesión)</b> <input type="radio"/> <b>b. Síntomas leves/pérdida funcional o daño mínimo</b> <input type="radio"/> <b>c. Requirió hospitalización o prolongó la hospitalización</b> <input type="radio"/> <b>d. Daño de una función o estructura corporal temporal</b> <input type="radio"/> <b>e. Daño de una función o estructura corporal permanente</b> <input type="radio"/> <b>f. Requirió intervención quirúrgica o médica mayor</b> <input type="radio"/> <b>g. Muerte:</b> <input type="radio"/> <b>h. Otro</b> <input type="radio"/>		

SNS-MSP-DNCSS-Form-059-2016



	<b>ARMADA DEL ECUADOR HOSPITAL GENERAL HOSNAG</b>	<b>CÓDIGO: Ver. 2.0 HOSNAG-DTE-CSP-PTR-2023-009</b>
	Protocolo de seguridad del paciente Reporte de eventos	

### 14.03 Integrantes del comité

NOMBRE	CARGO	FIRMA
CPNV-CSM SARA BENITEZ BURGOS  CPNV-CSM IRENE CHEHAB	<b>Presidente DIRECTOR TECNICO ASISTENCIAL</b>  <b>Preside en ausencia</b>	 SARA MARGASH BENITEZ BURGOS Director Técnico Asistencial   IRENE MARCELL CHEHAB ROUAIHEB Presidente del Comité
CPFG-MD Mónica Romero Rodríguez	Subdirector de Especialidades Clínicas Quirúrgicas	 Firmado electrónicamente por: MONICA ELIZABETH ROMERO RODRIGUEZ
SUBS-SN Lourdes Alvarado	Subdirectora de servicios de enfermería	 Firmado electrónicamente por: LOURDES PATRICIA ALVARADO PARRA
CPFG-MD Tatiana Salas Grijalva	Subdirector de Docencia e Investigación	 Firmado electrónicamente por: SONIA TATIANA SALAS GRIJALVA
CPFG -MD Miguel Calvache Ontaneda	Subdirector de Diagnóstico y Terapéutico	 Firmado electrónicamente por: MIGUEL ALDEMAR CALVACHE ONTANEDA
CPCB-MD Miguel Molina	Unidad de Gestión de Calidad	 Firmado electrónicamente por: MIGUEL AURELIO MOLINA IDROVO Unidad de Gestión de Calidad
CPCB-IG Johny Villacrés Guerrero	Jefe de Mantenimiento de Equipos	 Firmado electrónicamente por: JOHNNY RAMON VILLACRES GUERRERO
CPFG -MD Edgar Gualoto	Responsable de Laboratorio y/o imágenes	 Firmado electrónicamente por: EDGAR FABIAN GUALOTO RAMOS
TNNV-OD Cristina Maduro	Analista de Comunicación Social	 Firmado electrónicamente por: CRISTINA ELENA MADURO YAGUAL
SERPUB-QUIM FARM. Cristina Damián	Secretario Técnico	 Firmado electrónicamente por: CRISTINA ALEXANDRA DAMIAN CABADIANA

