



SOLCA NÚCLEO DE LOJA

CALIDAD Y AUDITORÍA MÉDICA

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

2025-2027

ÍNDICE

Contenido

1. Introducción.....	3
2. Alcance.....	4
3. Definiciones clave	4
4. Objetivos.....	5
4.1. Objetivo General.....	5
4.2. Objetivos específicos:	6
5. Marco legal y normativo	6
6. Principios y valores del programa	6
7. Áreas de acción / Ejes estratégicos	6
7.1. Identificación correcta del paciente.....	6
7.2. Comunicación efectiva entre profesionales.....	7
7.3. Uso seguro de medicamentos.....	7
7.4. Cirugía segura.....	7
7.5. Prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).....	8
7.6. Prevención de caídas y úlceras por presión.....	8
7.7. Gestión y análisis de eventos adversos e incidentes.....	8
8. Plan de acción y actividades	9
9. Capacitación y sensibilización.....	11
10. Monitoreo, indicadores y evaluación	12
11. Responsabilidades institucionales.....	20
12. Evaluación y seguimientos.....	20
13. Conclusión	20
14. Anexos	20

1. Introducción

La seguridad del paciente constituye un eje fundamental en la calidad de la atención en salud, siendo reconocida a nivel mundial como una prioridad estratégica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que millones de pacientes sufren cada año eventos adversos prevenibles durante la atención médica, lo que genera consecuencias que impactan directamente en su salud, la confianza en los servicios sanitarios y el uso eficiente de los recursos disponibles.

El Ministerio de Salud Pública (MSP), mediante el Manual de Seguridad del Paciente (2016), establece lineamientos normativos y técnicos dirigidos a fortalecer la cultura de seguridad dentro de las instituciones de salud. Este documento enfatiza que la seguridad no debe considerarse un componente aislado, sino un elemento transversal de la calidad asistencial, enmarcado en principios éticos, legales y de responsabilidad profesional.

Implementar un Programa de Seguridad del Paciente permite garantizar que los procesos clínicos y administrativos estén orientados a reducir riesgos, prevenir errores y evitar eventos adversos. Asimismo, fomenta la participación activa de los profesionales de salud, los pacientes y sus familias, generando un entorno de confianza y corresponsabilidad.

El presente programa se fundamenta en los Estándares de Seguridad del Paciente definidos por la OMS y adaptados por el MSP, los cuales incluyen: la identificación correcta del paciente, la comunicación efectiva, el uso seguro de medicamentos, la cirugía segura, la prevención de infecciones, la prevención de caídas y úlceras por presión, y la gestión de eventos adversos. Cada uno de estos ejes constituye un pilar estratégico que, aplicado de manera integral, contribuye al fortalecimiento de una atención más segura, humanizada y de calidad.

En este sentido, el programa que se presenta a continuación no solo responde a las exigencias normativas nacionales, sino que también se concibe como una herramienta práctica para guiar a las instituciones de salud en la implementación de acciones concretas, medibles y sostenibles, enmarcadas en una cultura de seguridad del paciente.

2. Alcance

Este programa aplica para todo el equipo de atención médica y personal administrativo del Hospital Solca Loja y demás personal externo que esté ligado a cualquier actividad relacionada con la seguridad del paciente.

3. Definiciones clave

Programa de educación continua: se concibe como un conjunto de programas y servicios educativos, dirigidos a adultos en búsqueda de experiencias particulares de aprendizaje, en tiempos parciales o a corto plazo, con la pretensión de permitir un desarrollo en el ámbito personal, académico o bien laboral.

Auditoría de la calidad de la atención en los servicios de salud: es un proceso de evaluación sistemático de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios y que se fundamenta en el análisis de la historia clínica, inspección in situ, entrevistas al paciente, familiares del paciente y a profesionales de la salud.

Evento adverso: evento que causa un daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente. '

Evento centinela: todo evento adverso 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.

Cuasi evento: 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. |

Acción de mejora: de acuerdo a la OMS que define a la medida de mejora como la acción adoptada o una circunstancia alterada para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un evento.

Fallas activas: conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo.

Cultura de seguridad: producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización y el estilo y la competencia de dicha gestión.

Calidad de la atención en salud: "consiste en satisfacer las necesidades de salud de las personas, sus familias y las comunidades con base en las mejores prácticas, la ética y el conocimiento científico, contribuyendo a la equidad y al bienestar, sin dejar a nadie atrás, lo que implica una particular atención a la diversidad y a las personas y poblaciones en situación de vulnerabilidad. La calidad de la atención en la prestación de servicios de salud es la atención centrada en las personas, sus familias y las comunidades, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo como atributos esenciales de su definición".

Garantía de la calidad: todas las medidas que pueden tomarse para mejorar la atención sanitaria a lo largo de todo un proceso continuo de atención.

Gestión de la calidad: variedad de métodos que los líderes de la asistencia sanitaria usan para definir y configurar el sistema en representación de sus integrantes. Aunque la gestión puede influir en todos los factores determinantes de la atención, al analizar las opciones para la reforma del sector salud con orientación a la calidad, debe prestarse una especial consideración a la motivación del personal, adecuación de recursos, el flujo de la atención y factores determinantes de la comunidad.

Gestión por procesos: es un conjunto de actividades sistemáticas que se realizan en una institución, con el propósito de mejorar continuamente la eficacia y eficiencia de su operatividad para proveer productos y servicios de calidad que satisfagan las necesidades y expectativas del ciudadano, beneficiario o usuario.

Mejoramiento continuo de la calidad: metodología que introduce y pone a prueba cambios concretos en los procesos de atención, a través de la formulación de ideas de cambios, el diseño y ejecución de ciclos rápidos enfocados en las necesidades del usuario, este método se basa en el análisis de los procesos y sistemas involucrados, con trabajo en equipo y con énfasis en el uso de datos, lo cual facilita trabajar en objetivos de mejoramiento de la atención, planificar y ejecutar los cambios y posteriormente medir si los cambios realizados realmente produjeron el mejoramiento previsto.

Programa de calidad: documento técnico que describe los procedimientos y recursos asociados a aplicar, cuando deben aplicarse y quienes lo deben hacer para alcanzar un objetivo específico de gestión.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Garantizar una atención segura, reducir riesgos y prevenir eventos adversos durante la atención en salud, para los usuarios del Hospital Solca Loja.

4.2. Objetivos específicos:

- Fomentar una cultura de seguridad del paciente en el Hospital Solca Loja.
- Promover la aplicación constante de protocolos, guías y procesos orientados a la calidad y seguridad del paciente.
- Mantener de forma constante el programa de formación, con un espacio y tiempo adecuados para que participe la mayor parte del personal.
- Identificar los factores de riesgo asociados a eventos adversos en la atención de pacientes
- Monitorizar de forma continua la efectividad de la puesta en marcha del programa de seguridad, en el resultado de la ejecución de las buenas prácticas médicas. (indicadores

5. Marco legal y normativo

- Manual de Seguridad del Paciente/Usuario — MSP, 2016.
- Normas complementarias del Ministerio de Salud Pública aplicables.
- Recomendaciones internacionales (OMS) sobre seguridad del paciente.

6. Principios y valores del programa

- Enfoque centrado en la persona.
- Cultura justa y no punitiva para la notificación.
- Transparencia, comunicación y mejora continua.
- Trabajo en equipo y responsabilidad compartida.

7. Áreas de acción / Ejes estratégicos

7.1. Identificación correcta del paciente.

La identificación correcta del paciente constituye el primer paso para garantizar la seguridad en los procesos asistenciales. El uso de al menos dos datos verificables (nombre completo, número de historia clínica, fecha de nacimiento o número de cédula) permite reducir el riesgo de errores en la administración de medicamentos, realización de procedimientos o entrega de diagnósticos.

El MSP (2016) establece que la colocación de brazaletes identificativos en el ingreso hospitalario es obligatoria y que deben ser verificados antes de cualquier intervención. Esto asegura que los cuidados y tratamientos se realicen al paciente correcto, evitando confusiones frecuentes en servicios con alta rotación de usuarios.

7.2. Comunicación efectiva entre profesionales.

La comunicación clara, precisa y oportuna es fundamental en los profesionales de salud. Los errores en la transmisión de información clínica constituyen una de las principales causas de eventos adversos.

El manual de seguridad propone estandarizar la comunicación mediante herramientas como el método SBAR (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación), que mejora la transferencia de información en cambios de turno, interconsultas y derivaciones. Además, se recomienda documentar todo acto asistencial en la historia clínica para garantizar trazabilidad y responsabilidad.

7.3. Uso seguro de medicamentos.

La administración de medicamentos es un proceso delicado y de alto riesgo donde se pueden producir errores de dosificación, vía, horario o incluso de paciente.

El MSP enfatiza la necesidad de aplicar la regla de los “10 correctos”. Asimismo, se recomienda implementar la doble verificación entre profesionales para medicamentos de alto riesgo (insulina, anticoagulantes, quimioterapias, anestésicos). La gestión segura del almacenamiento, preparación y dispensación en farmacias hospitalarias es otro pilar clave para minimizar riesgos.

7.4. Cirugía segura.

Las intervenciones quirúrgicas requieren medidas estandarizadas para prevenir complicaciones. El manual del MSP adopta la Lista de Verificación Quirúrgica de la OMS, que contempla tres momentos clave:

- Antes de la inducción anestésica (confirmar identidad, procedimiento y sitio quirúrgico).
- Antes de la incisión quirúrgica (chequeo de instrumental, equipos, profilaxis antibiótica).
- Antes de la salida de quirófano (conteo de gases/instrumental, registro del procedimiento y plan postoperatorio).
- La aplicación sistemática de este checklist ha demostrado reducir significativamente la morbilidad y mortalidad quirúrgica.

7.5. Prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).

Las IAAS representan una de las principales causas de morbilidad en hospitales, incrementando la estancia hospitalaria y los costos en salud. El MSP establece como medidas prioritarias:

Higiene de manos con técnica validada por la OMS en los 5 momentos del lavado de manos.

Uso adecuado de equipos de protección personal (EPP).

Protocolos de limpieza, desinfección y esterilización de instrumental y superficies.

Vigilancia epidemiológica hospitalaria y notificación de brotes.

El cumplimiento de estas normas reduce la transmisión cruzada y protege tanto a pacientes como al personal de salud.

7.6. Prevención de caídas y úlceras por presión.

Las caídas constituyen un evento adverso frecuente en hospitales, especialmente en pacientes pediátricos, adultos mayores y personas con movilidad reducida. Se recomienda la valoración del riesgo de caída en el ingreso (escalas como Morse) y la implementación de medidas preventivas como barandales, acompañamiento en movilización y señalización de riesgos ambientales.

En cuanto a las úlceras por presión, se indica aplicar escalas de riesgo (Braden, Norton) y establecer cuidados preventivos: cambios posturales, uso de colchones antiescaras, hidratación de la piel y vigilancia de zonas de apoyo. Estas prácticas son esenciales para garantizar la dignidad y bienestar del paciente hospitalizado.

7.7. Gestión y análisis de eventos adversos e incidentes.

El enfoque moderno de seguridad del paciente promueve una cultura justa, donde los eventos adversos e incidentes se reportan sin temor a represalias, con el objetivo de aprender de los errores y mejorar los procesos.

El MSP (2016) recomienda la implementación de sistemas de notificación anónima y confidencial, así como la formación de comités de seguridad del paciente encargados de analizar causas raíz y definir planes de acción correctiva. La gestión adecuada de estos reportes no busca culpables, sino fortalecer la calidad asistencial y prevenir recurrencias.

8. Plan de acción y actividades

Área / Eje estratégico	Objetivo Principal	Actividades Clave (Plan de Acción)	Responsable	Indicadores
Identificación correcta del paciente	Garantizar que todo procedimiento se realice a la persona correcta.	1. Colocación del brazalete con al menos 2 identificadores. Verificación (nombre y número de cédula), antes de procedimientos e identificación de colores según riesgo (alergias). 2. Auditar el uso y la correcta información de los brazaletes de identificación.	1. Personal de Enfermería. 2. Unidad de Calidad.	% de pacientes que portan el brazalete
Comunicación efectiva	Reducir errores causados por fallas en la transmisión de información (verbal y escrita).	1. Implementar la metodología SBAR (Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendación) para la transferencia de pacientes y turnos. 2. Estandarizar el proceso de órdenes verbales y telefónicas con la técnica de "escuchar, escribir, leer y confirmar".	Personal de enfermería, médicos y Unidad de Calidad.	% turnos con handover (entrega de información entre profesionales de salud al momento de cambiar de turno o trasladar a un paciente a otra área) estandarizado.
Uso seguro de medicamentos	Prevenir errores en prescripción, dispensación y administración, especialmente en medicamentos de alto riesgo	1. Conciliación de medicamentos, 2. Doble verificación de alto riesgo. 3. Disponer en todos los servicios y a la vista de todo el personal	Enfermería, Farmacia, comisión de farmacovigilancia Comité de auditoría de gestión de la	N.º eventos adversos relacionados a errores en la medicación. % de Paciente en los que se aplicó el

		de salud, el listado de medicamentos LASA y medicamentos de alto riesgo y etiquetarlos visiblemente. 4. Realizar auditorías periódicas al proceso de prescripción, dispensación y administración de medicamentos y cumplimiento de protocolos.	calidad e historia clínica.	formulario de conciliación. % de historias clínicas que cumplen la norma cero abreviaturas peligrosas
Cirugía segura	Minimizar riesgos perioperatorios (preoperatorio, transoperatorio, posoperatorio)	Utilizar la lista de verificación de cirugía segura (OMS).	Personal de salud del área de quirófano	% cirugías con checklist completo.
Prevención de IAAS	Reducir infecciones asociadas a la atención.	1.Capacitación de higiene de manos, 2. Aplicación de protocolos de limpieza y desinfección 3.Auditorias de adherencia al lavado de manos	Comité IAAS	Tasa de IAAS. % cumplimiento higiene de manos (formulario OMS).
Prevención de caídas	Proteger al paciente de daños físicos prevenibles durante su estancia.	1.Valoración de riesgo al ingreso, utilizando la escala de riesgo de caída (Morse) 2. Planes de Cuidado. 3. Informar al paciente y familiares sobre el riesgo de caídas y planes de cuidados. 4. Registro de incidentes.	Enfermería Médicos residentes	% de pacientes con evaluación de riesgo de caídas

Úlceras por presión	Identificar riesgos y aplicar medidas preventivas	1. Valoración de riesgo al ingreso, utilizando la escala de riesgo (Norton) 2. Planes de Cuidado. 3. Informar al paciente y familiares sobre el riesgo y planes de cuidados.	Enfermería Médicos residentes	% de pacientes con evaluación de riesgo de úlceras por presión % de pacientes con úlceras de presión
Gestión y análisis de eventos adversos	Establecer sistema de notificación y análisis.	1. Promover el Reporte Voluntario No Punitivo de incidentes y eventos adversos. 2. Realizar Análisis Causa Raíz (ACR) a todos los eventos centinela y adversos graves. 3. Reuniones con el comité de seguridad 4. plan de acción generado por los equipos de mejora continua.	Equipos de mejora continua. Comité de seguridad del paciente. Unidad de Calidad y Auditoría.	% de eventos adversos reportados. % de eventos con plan de acción ejecutado.

9. Capacitación y sensibilización

Se establecerá con el responsable de docencia e investigación, planificar la difusión de los protocolos de buenas prácticas para todo el personal de salud con temas del Manual de Seguridad del usuario-Paciente MSP 2016 cada mes en el espacio de docencia general.

Se llevará a cabo el día viernes según la asignación correspondiente en el horario de 07:00 a 08:00. La responsabilidad de presentar el tema será del autor del protocolo.

Asimismo, se capacitará al personal correspondiente en temas relacionados con prácticas seguras y otros temas vinculados con la seguridad del paciente. Estas

capacitaciones serán coordinadas por el personal responsable de Enfermería, Residencia Médica y Clínica, según corresponda a cada temática y grupo de trabajo.

Los temas para abordar son los siguientes:

- Identificación correcta del paciente
- Transferencia correcta de información de los pacientes en puntos de transición.
- Control de abreviaturas peligrosas
- Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente.
- Conciliación de medicamentos.
- Prácticas quirúrgicas seguras
- Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo.
- Control de electrolitos concentrados.
- Administración correcta de medicamentos
- Administración de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos
- Profilaxis tromboembolismo
- Higiene de manos
- Prevención de úlceras de presión.
- Manejo correcto de bombas de infusión
- Prevención de caídas

10. Monitoreo, indicadores y evaluación

Adicional a los indicadores de los ejes estratégicos propuestos en el presente programa de seguridad, se plantea con el apoyo de epidemiología realizar el control de indicadores adicionales para evaluar el cumplimiento de todas las prácticas seguras, asistenciales, administrativas y asistenciales/ administrativas del manual de seguridad del paciente, para ello se proponen los siguientes indicadores con el detalle de metodología para su cálculo.

NORMA	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	MÉTODO	UNIVERSO / MUESTRA	PERIODICIDAD
Identificación del paciente	% de pacientes que portan el brazalete	Número de pacientes que portan brazalete correctamente lleno / total de pacientes hospitalizados en el servicio x 100	Formulario de registro (anexo 1)	Reporte de egresos hospitalarios	Revisión de formularios. observación directa	Pacientes hospitalizados en Solca Loja	Mensual
Mantenimiento preventivo de equipos	% de equipos sometidos a mantenimiento o según cronograma	Número de equipos sometidos a mantenimiento según cronograma/ total de equipos biomédicos en el hospital x 100	Registros de mantenimiento y cronograma	Inventario de equipos (área de mantenimiento)	Revisión de formularios. observación directa	Un equipo por servicio	Semestral
Control de abreviaturas peligrosas	% de historias clínicas con registro de abreviaturas peligrosas	Número de historias clínicas con registro de abreviaturas peligrosas/ total de historias clínicas revisadas x 100	Historias clínicas revisadas	Historias clínicas de egresos hospitalarios	Lectura y revisión de prescripciones médicas	10 historias clínicas seleccionadas mediante el método aleatorio simple	Mensual
Medicamentos de	% de reacciones	Número de formularios de	Formularios de notificación de	Historias clínicas de pacientes con	Análisis de formularios e	Formularios de farmacovigilancia	Trimestral

alto riesgo	adversas a medicamentos y con plan de acción	fármaco -vigilancia que originaron un plan de acción / número de reacciones adversas notificadas en formulario x 100	farmacovigilancia	reacciones adversas	historia clínica		
Conciliación de medicamentos	% de pacientes con medicación conciliada	Número de historias clínicas con formulario de conciliación correctamente llenado/ número de historias clínicas revisadas x 100	Historias con matriz de evaluación de conciliación de medicamentos	10 historias clínicas seleccionadas para la revisión	Revisión de historia clínica y formulario de conciliación	Historias clínicas de egresos Solca Loja	Mensual
Administración correcta de medicamentos	% de personal capacitado sobre procedimiento de administración correcta de medicamentos	Número de personal de enfermería con evaluación satisfactoria/ número de enfermeras evaluadas x 100	Evaluaciones con puntaje satisfactorio (>80%)	Personal de enfermería evaluado	Evaluación sobre conocimientos de las normas de administración correcta de medicamentos	Enfermeras del área de hospitalización de Solca Loja	Semestral
Administración correcta	% de cumplimiento de	Número de historias clínicas con registro	Registros de administración de profilaxis	Historias clínicas de egresos de cirugía	Se revisará el cumplimiento de la profilaxis	10 historias clínicas seleccionadas mediante el método	Trimestral

de antibióticos Profilácticos en Procedimientos Quirúrgicos	Administración de profilaxis antibiótica	Adecuado de profilaxis antibiótica / número de historias clínicas revisadas x 100	Antibiótica		Antibiótica y su registro en la HC.	Aleatorio simple	
Prevención de tromboembolismo venoso	% de pacientes con evaluación de riesgo de tromboembolismo venoso	Número de historias clínicas con evaluación de riesgo de tromboembolismo venoso/ número de historias clínicas revisadas x 100	Matriz de evaluación de prevención de tromboembolismo	10 historias clínicas seleccionadas para la revisión	Revisión de historia clínica	Historias clínicas de egresos Solca Loja	Trimestral
Prevención de úlceras por presión	% de pacientes con evaluación de riesgo de úlceras por presión	Número de historias clínicas con evaluación de riesgo de úlceras por presión/ número de historias clínicas revisadas x 100	Matriz de evaluación de prevención de úlceras por presión	10 historias clínicas seleccionadas para la revisión	Revisión de historia clínica	Historias clínicas de egresos Solca Loja	Trimestral
Notificación de	% de eventos notificados con	Número de eventos adversos	Matriz de evaluación de	Formularios de notificación de	Revisión de formularios e	Formularios reportados en las	Mensual

eventos relacionados con la seguridad del paciente	plan de acción ejecutado	con plan de acción ejecutado/ número de eventos adversos notificados x 100	notificación de eventos	eventos relacionados con la seguridad del paciente	historias clínicas	áreas de hospitalización	
Prácticas quirúrgicas seguras	% de pacientes a los que se aplicó la lista de verificación de cirugía segura	Historias clínicas que contienen lista de verificación de cirugía segura/ número de historias clínicas revisadas x 100	Matriz de evaluación de prácticas quirúrgicas seguras	Historias clínicas seleccionadas para la evaluación	Revisión aleatoria de consentimientos informados correctamente llenos	10 historias clínicas seleccionadas aleatoriamente de egresos hospitalarios de cirugía	Trimestral
	% de pacientes a los que se aplica el documento de consentimiento o informado	Historias clínicas que contienen consentimiento informado pre quirúrgico o de transfusión/ número de historias clínicas revisadas x 100	Matriz de evaluación de prácticas quirúrgicas seguras	Historias clínicas seleccionadas para la evaluación	Revisión aleatoria de listas de verificación correctamente llenas	11 historias clínicas seleccionadas aleatoriamente de egresos hospitalarios de cirugía	Trimestral
Transferencia correcta de la información	% de pacientes en los que se aplica el formulario SBAR de	Número de días en que se aplica correctamente el formulario de transferencia	Matriz de evaluación de transferencia correcta de la información	Número de días seleccionados aleatoriamente para la observación	Observación directa del procedimiento de transferencia	Pacientes hospitalizados que son trasladados a los servicios de radioterapia, imagen y	Trimestral

n de los pacientes en puntos de transición	transferencia correcta de la información	correcta de la información/ número de días observados x 100			correcta de la información	cirugía.	
Uso de bombas de infusión	% de registro de desinfección de bombas de infusión	Número de días en que se registra la desinfección de bombas de infusión/ número de días observados x 100	Matriz de evaluación de uso de bombas de infusión.	Número de días seleccionados aleatoriamente para la observación	Observación directa del registro de desinfección de bombas	Bombas de infusión de las áreas de hospitalización de Solca Loja.	Trimestral
Higiene de manos	% de personal que conoce normas de higiene de manos	Número de personal que conoce y cumple normas de lavado de manos/ número de personal observado x 100	Formulario de observación.	Formulario de observación	Observación directa del proceso de lavado de manos	Personal de las áreas de hospitalización de Solca Loja.	Trimestral
Prevención de caídas	% de pacientes con evaluación de riesgo de caídas	Número de historias clínicas con evaluación de riesgo de caídas/ número de historias clínicas revisadas x 100	Matriz de evaluación de prevención de caídas	10 historias clínicas seleccionadas para la revisión	Revisión de historia clínica	Historias clínicas de egresos Solca Loja	Trimestral

Educación sobre seguridad del paciente	% de personal con evaluación satisfactoria sobre seguridad del paciente	Personal con evaluación satisfactoria/ personal evaluado x100	Evaluación de educación en seguridad del paciente	Total de personal capacitado	Envío de evaluación online al personal luego de la capacitación	Personal de Solca Loja	Semestral
Bioseguridad	% de personal con evaluación satisfactoria sobre bioseguridad	Personal con evaluación satisfactoria/ personal evaluado x100	Evaluación de educación en bioseguridad	Total de personal capacitado	Envío de evaluación online al personal luego de la capacitación	Personal de Solca Loja	Semestral
Desinfección	% de incidentes relacionados al almacenamiento, traslado, dispensación de productos, registros de desinfección	Reportes de novedades relacionadas a la desinfección/ número de días observados x 100	Reportes de evaluación de desinfección	Días seleccionados para la observación	Verificación mediante observación y llenado de matriz	Áreas de hospitalización Solca Loja	Trimestral
Equipos de protección personal	% de personal que conoce las normas de la pirámide del uso de guantes.	Número de personal que conoce y aplica las normas/ total de personal observado x 100	Matriz de evaluación de equipos de protección personal	Personal observado	Directa del personal	Personal de Solca Loja	Trimestral

Equipos de protección personal	% de personal que conoce y aplica el uso correcto de prendas descartables	Número de personal que conoce y aplica las normas de uso correcto de prendas descartables/ total de personal observado x 100	Matriz de evaluación de equipos de protección personal	Personal observado	Observación directa del personal	Personal de Solca Loja	Trimestral
Esterilización	% de personal de enfermería que ha sido capacitado en bioseguridad	Número de enfermeras que asisten a capacitaciones sobre bioseguridad/ total de enfermeras que laboran en Solca Loja X 100	Matriz de evaluación de esterilización	Enfermeras que laboran en Solca Loja	Verificación de registros de asistencia	Personal de enfermería de Solca Loja	Semestral
Manejo de desechos	% de pinchazos registrados con plan de acción ejecutado	Número de pinchazos registrados con plan de acción ejecutado/ total de pinchazos registrados x 100	Matriz de registro de pinchazos	Matriz de registro de pinchazos	Revisión de la matriz de registro de pinchazos	Personal de Solca Loja	Semestral

11. Responsabilidades institucionales

- Director médico: compromiso y recursos.
- Comité de Seguridad del Paciente: coordinación y supervisión del programa
- Unidad de calidad: monitoreo, análisis de indicadores.
- Responsables de área: implementar prácticas y supervisar cumplimiento.
- Todo el personal de salud: aplicación diaria de prácticas seguras.

12. Evaluación y seguimientos

El cumplimiento de este plan será evaluado periódicamente mediante:

- Auditorías internas.
- visitas de control de calidad
- Análisis de indicadores
- Se generarán informes trimestrales y un reporte anual con los resultados y oportunidades de mejora.

13. Conclusión

Este programa representa el compromiso institucional con la seguridad y la calidad de la atención, buscando garantizar la confianza de los pacientes y sus familias, y promoviendo una cultura organizacional basada en la prevención y mejora continua.

14. Anexos

- Registro de pacientes sin brazalete de identificación
- Lista de verificación de cirugía segura (OMS)
- Escala de riesgo de caídas (morse)
- Formulario de notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente.

ANEXO 1. REGISTRO DE PACIENTES SIN BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN

		REGISTRO DE PACIENTES SIN BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN		Versión: 1 Código: DNCSS-MSP-001 Fecha: 01/08/2016
1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD				
a. Institución del Sistema: MSP ☐ IESS ☐ FFAA ☐ Policía Nacional ☐ Red Privada ☐ Municipal ☐ Fiscomisional ☐				
b. Provincia:		c. Zona:	d. Distrito:	e. Unicódigo:
f. Establecimiento de salud:			g. Tipología:	
h. Responsable:				
i. Servicio:		j. Total de pacientes ingresados en el mes:		k. Mes / Año:
2. REGISTRO DIARIO				
N.	a. FECHA (dd/mm/aaaa)	b. Nombres y apellidos del paciente	c. N° de Historia Clínica única	d. Pacientes sin brazalete de identi- ficación (Colocar 1)
			e. TOTAL	

SNS-MSP-DNCSS-Form-058-2016

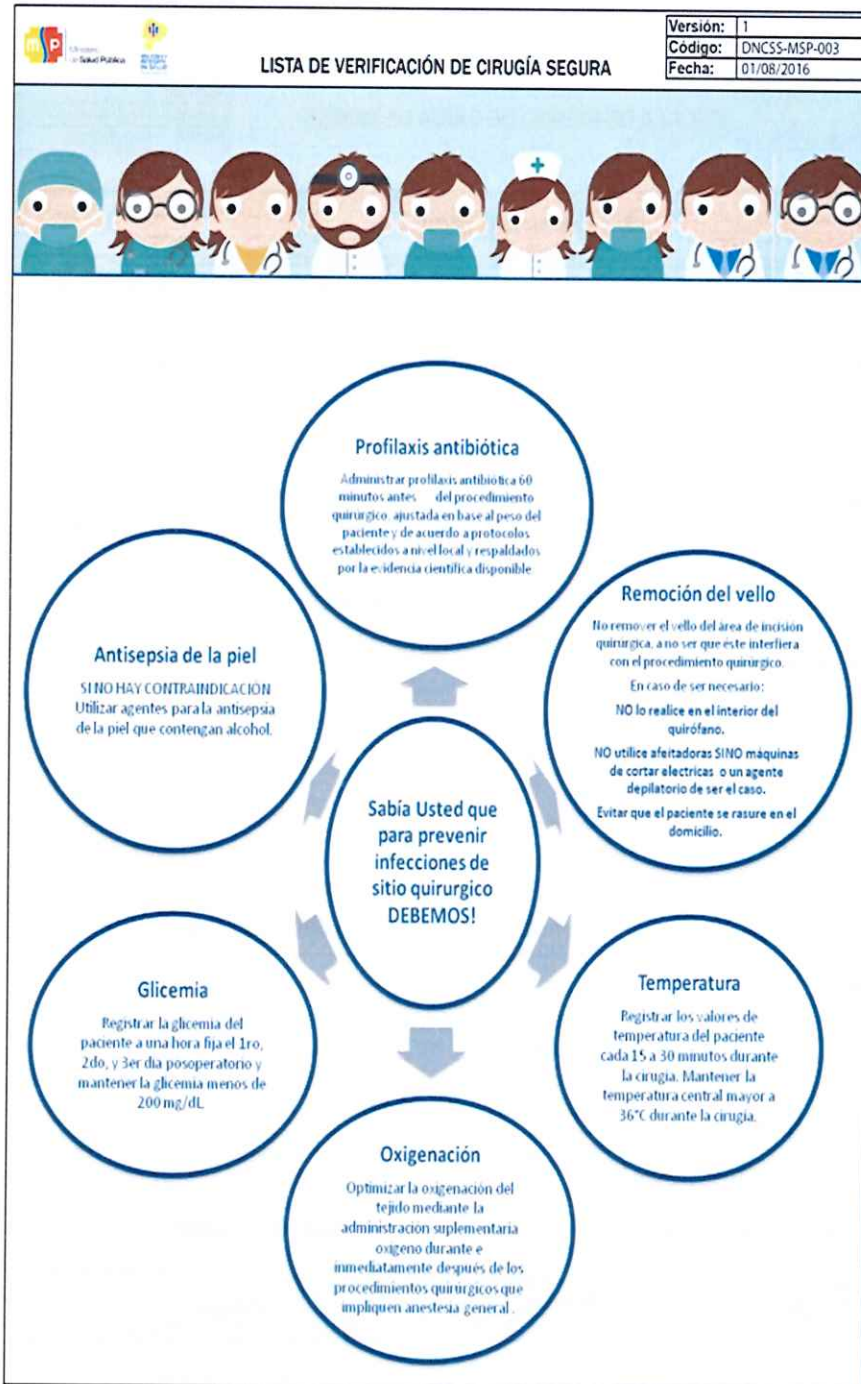
ANEXO2. LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

 LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA		Versión: 1 Código: DNCSS-MSP-003 Fecha: 01/08/2016
a. Establecimiento de salud: _____		b. Unicódigo: _____
d. Nombre del paciente: _____		c. Fecha: _____
f. N° de Historia Clínica única: _____		e. Edad: _____
h. Procedimiento: _____		g. N° Quirófano: _____

ENTRADA (Antes de la inducción de la anestesia)	PAUSA QUIRÚRGICA (Antes de la incisión cutánea)	SALIDA (Antes de que el paciente salga del quirófano)
El paciente ha confirmado: Su identidad ☐ SI ☐ NO Sitio quirúrgico ☐ SI ☐ NO El procedimiento ☐ SI ☐ NO Su consentimiento verbal y escrito ☐ SI ☐ NO Demarcación del sitio quirúrgico SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐ Se ha completado el control formal del instrumental anestésico, medicación y riesgo anestésico SI ☐ NO ☐ Equipo de intubación ☐ SI ☐ NO Equipo de aspiración de la vía aérea ☐ SI ☐ NO Sistema de ventilación Oxígeno ☐ SI ☐ NO Farmacos inhalados ☐ SI ☐ NO Medicación ☐ SI ☐ NO Pulsímetro colocado en el paciente y funcionando SI ☐ NO ☐ Capnógrafo colocado y funcionando SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐ Tiene el paciente alergias conocidas SI ☐ NO ☐ Cuáles: _____ Vía aérea difícil/riesgo de aspiración ☐ SI, si hay instrumental y equipos disponibles ☐ NO Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños) ☐ SI, si se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados. ☐ NO Se ha confirmado la reserva de hemoderivados con el laboratorio ☐ SI ☐ NO ☐ NO APLICA	Confirmación que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función SI ☐ NO ☐ Responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico SI ☐ NO ☐ Identidad del paciente ☐ SI ☐ NO Sitio quirúrgico ☐ SI ☐ NO Procedimiento (lateralidad) ☐ SI ☐ NO Prevención de eventos críticos El cirujano expresa: Duración del procedimiento ☐ SI ☐ NO Pérdida prevista de sangre ☐ SI ☐ NO El anestesiólogo expresa algún problema específico SI ☐ NO ☐ Equipo de enfermería y/o instrumentación quirúrgica revisa: SI ☐ NO ☐ Esterilidad (con resultado de indicadores e integradores químicos internos y externos) SI ☐ NO ☐ Recuento INICIAL de material blanco e instrumental quirúrgico ☐ SI ☐ NO Dudas o problemas relacionados con el instrumental y equipos ☐ SI ☐ NO Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐ Dispone de imágenes diagnósticas esenciales Para el procedimiento quirúrgico SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐	El responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico: SI ☐ NO ☐ El recuento FINAL de material blanco e instrumental quirúrgico (previo al cierre) este completo: SI ☐ NO ☐ Hubo necesidad de empaquetar al paciente SI ☐ NO ☐ Registre el número de compresas _____ Nombre del procedimiento realizado _____ Clasificación de la herida Limpia ☐ Contaminada ☐ Limpia-contaminada ☐ Sucia ☐ Toma de muestras SI ☐ NO ☐ Etiquetado de las muestras (nombres y apellidos completos del paciente, historia clínica, fecha) SI ☐ NO ☐ Identifique el tipo de muestra a enviar Citoquímico ☐ N° _____ Nombre: _____ Cultivos ☐ N° _____ Nombre: _____ Anatomopatológico ☐ N° _____ Nombre: _____ Otros: _____ Si hay problemas que resolver, relacionados con el instrumental y los equipos SI ☐ NO ☐ Cuales: _____ El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería revisan los principales aspectos de la recuperación del paciente. SI ☐ NO ☐
Firma y sello	Firma y sello	Firma y sello
Nombre completo de la persona responsable de la lista de verificación	Nombre del cirujano	Nombre completo del anestesiólogo

BNS-MSP-DNCSS-Form-080-2016

Tomado de: Modelo de Gestión de Información de los Formularios del Manual de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud, MSP 2016.



SNS-MSP-DNCSS-Form-060-2016

Tomado de: Modelo de Gestión de Información de los Formularios del Manual de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud. MSP 2016.

ANEXO 3. ESCALA DE RIESGO DE CAIDA MORSE

  ESCALA DE RIESGO DE CAÍDA DE MORSE		Version: 1 Código: DNCSS-MSP-008 Fecha: 01/08/2016
DE 13 AÑOS A 18 AÑOS Y ADULTOS		
VARIABLES		PUNTAJE
1. CAÍDA PREVIA	No	0
	Si	25
2. COMORBILIDADES	No	0
	Si	15
3. AYUDA PARA DEAMBULAR	Ninguna / Reposo en cama / Asistencia	0
	Bastón / Muleta / Caminador	15
	Se apoya en los muebles	30
4. VENOCLISIS	No	0
	Si	20
5. MARCHA	Normal / Reposo en cama / Silla de ruedas	0
	Débil	10
	Limitada	20
6. ESTADO MENTAL	Reconoce sus limitaciones	0
	Sobreestima u olvida sus limitaciones	15
7. PUNTUACION FINAL Y NIVEL DEL RIESGO		
Riesgo	Puntaje	Acción
 Bajo	0 a 25	Cuidados bajo enfermería ☐
 Medio	25 a 50	Implementación del plan de prevención ☐
 Alto	mayor a 50	Implementación de medidas especiales ☐

Marque con una X el círculo que corresponda a la puntuación final y nivel de riesgo

Tomado de: Hospitales acreditados MSP.2015.

  ESCALA DE RIESGO DE CAÍDA MACDEMS		Versión: 1 Código: DNCSS-MSP-007 Fecha: 01/08/2016
DE 0 A 12 AÑOS		
VARIABLES		PUNTAJE
1. EDAD	Recién Nacido	2
	Lactante Menor	2
	Lactante Mayor	3
	Pre - escolar	3
	Escolar	1
2. ANTECEDENTE DE CAÍDA PREVIA	No	0
	Si	1
3. ANTECEDENTES	Hiperactividad	1
	Problemas neuromusculares	1
	Síndrome convulsivo	1
	Daño orgánico cerebral	1
	Otros	1
	Sin antecedentes	0
4. COMPROMISO DE CONCIENCIA	No	0
	Si	1
7. PUNTUACION FINAL Y NIVEL DEL RIESGO 		
Riesgo	Puntaje	Acción
 Bajo	0 a 1	Cuidados bajo enfermería ☐
 Medio	2 a 3	Implementación del plan de prevención ☐
 Alto	4 a 6	Implementación de medidas especiales ☐

Marque con una X el círculo que corresponda a la puntuación final y nivel de riesgo

Tomado de: Hospitales acreditados MSP.2015.

ANEXO 4. REGISTRO DE NOTIFICACION DE EVENTOS REALCIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

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

SNS-MSP-DNCSS-Form-059-2016

Tomado de: Modelo de Gestión de Información de los Formularios del Manual de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud. MSP 2016.

 		REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 1 Código: DNCSS-MSP-002 Fecha: 01/08/2016
8. GESTIÓN REALIZADA (a cargo del equipo de mejoramiento de la calidad)				
Análisis del Evento:		Fecha: dd / mm / aa		
a. ACCIONES INSEGURAS		b. FACTORES CONTRIBUTIVOS		
c. Acciones correctivas/preventivas iniciales: Si ☐ No ☐				
PLAN DE ACCIÓN. Acciones para abordar los Factores Contributivos				
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	FECHA DE INICIO DE LA ACTIVIDAD	FECHA FINAL DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE/S
9. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA GESTIÓN				
a. Nombres y apellidos:		b. N° de cédula:		
c. Cargo:		d. Servicio:		
e. FIRMA				
Cuasi evento: Error de comisión o por omisión que podría haber causado daño al paciente, pero que no produjo un daño gracias a la casualidad, a la prevención o a la atenuación. Evento adverso: Lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial y no por la patología de base. 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. Este documento es de uso exclusivo para el establecimiento de salud.				

SNS-MSP-DNCSS-Form-059-2016

Referencias: Manual MSP 2016; Registro Oficial que aprueba el Manual; WHO Patient Safety fact sheets. [Ministerio de Salud Pública del Ecuador+2Esilec Storage+2](#)

Referencias principales (seleccionadas)

Ministerio de Salud Pública (Ecuador). Manual Seguridad del Paciente / Usuario para el Sistema Nacional de Salud. Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, 2016. [Ministerio de Salud Pública del Ecuador+1](#)

Organización Mundial de la Salud (OMS). Patient safety — material de referencia y momentos clave (higiene de manos, checklist quirúrgico). [Organización Mundial de la Salud](#)

Elaborado por:		Revisado por:	Aprobado por:
Dra. Isabel Jimbo Calidad y Auditoría Médica Dra. Isabel Jimbo Espinosa  CALIDAD Y AUDITORÍA MÉDICA C.I. 1104439826		Dr. Juan F. Jaramillo R. Director Médico   Mgs. Juan Fernando Jaramillo Rojas DIRECTOR MÉDICO (E) C.I. 1104543093	Ing. Luis Reyes. Presidente SOLCA Loja  
Mgtr. Vanessa Vega Enfermera de la Unidad de Calidad y Auditoría  Mgtr. Vanessa J. Vega ENFERMERA C.I. 1103651251 Reg: 7241181311			
HISTORIAL DE REVISIONES			
N° de Revisión	Fecha	Páginas revisadas	Motivo de la revisión
00	2025-10-02	Todas	Autorización
ESTADO DE VIGENCIA		FECHA DE VIGENCIA	
ACTIVO POR 2 AÑOS		Octubre 2025	