



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador



TRABAJO DE TITULACIÓN

SUBMODALIDAD: CAPÍTULO DE LIBRO

**TEMA: SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS PALIATIVOS: PRACTICAS
ACTUALES EN LATINOAMÉRICA**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER EN GESTIÓN DE CALIDAD
EN SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

DIRECTOR: OLGA ELISA GONZALEZ CAMPOZANO

AUTOR: MARIA ALEXANDRA AREVALO QUISHPE

QUITO, 2024

DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las políticas y manuales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas políticas.

Asimismo, cedo los derechos en línea patrimoniales de mi trabajo de titulación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción dentro de las regulaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombre: María Alexandra Arévalo Quishpe

Cédula: 1721866026

Lugar y fecha: Quito, agosto de 2024.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todos mis seres queridos, quienes han sido mis pilares para seguir superándome.

A mi esposo Marco Vinicio y mis hijos Marco y Samantha quienes con su amor, apoyo y fortaleza me han motivado a culminar este trabajo.

A mis padres y hermanos, por cada una de sus enseñanzas para ser una persona de bien y que ayude a los demás.

En memoria de mi Tío Fausto Jacinto (+) y mi suegro Luis Alfredo (+), sus palabras siempre las llevaré en mi mente y corazón, un abrazo hasta la eternidad.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la oportunidad de subir un peldaño más en mi vida, por cada bendición recibida.

A mi amado esposo e hijos, por su apoyo incondicional.

A mis padres y hermanos, por cada palabra de aliento y motivación.

A mi familia política, por el apoyo brindado a mi hogar, su ejemplo de unión familiar ha sido un punto clave en mi vida.

A mis queridos Docentes, por sus conocimientos y enseñanzas en especial a mi directora de titulación Dra. Olga González, un Dios le pague por su sabiduría y paciencia.

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTOR	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT	x
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. METODOLOGÍA	3
3. DESARROLLO	4
1. Seguridad del paciente	4
1.1 Principios transversales en la seguridad del paciente	5
1.2 Términos empleados en la seguridad del paciente	6
1.3 Incidentes	7
1.4 Eventos Adversos.....	8
1.5 Sistemas de registro y notificación	9
1.6 Cultura de Seguridad.....	11
2. Cuidados Paliativos	13
2.1 Características de los cuidados paliativos	16
2.2 Niveles de atención de los cuidados paliativos.....	17
2.3 Cuidados paliativos y cáncer.....	17
2.4 Participación de los pacientes y sus familias	19
3. Seguridad del paciente en cuidados paliativos: prácticas actuales en Latinoamérica.....	20
3.1 Contexto Socioeconómico.....	20
3.2 Políticas y estrategias.....	24
3.3 Educación y formación en seguridad del paciente.....	28
3.4 Sistemas de notificación.....	29
4. CONCLUSIONES	31
5. RECOMENDACIONES	32

6. BIBLIOGRAFÍA.....	33
----------------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Clasificación según niveles de ingreso.....	21
Tabla 2: Gasto público en salud per cápita.....	22
Tabla 3: Provisión de cuidados paliativos, ley y política sanitaria.....	24

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Beneficios.....	14
Figura 2: Población sin seguro médico, de acuerdo al área geográfica y quintiles de ingresos per cápita.....	23

RESUMEN

La seguridad del paciente ha tomado mayor importancia a nivel mundial, su fin es que la atención sanitaria sea de calidad y que los riesgos ligados a la misma sean los mínimos posibles; su enfoque es la prevención de los eventos adversos que generan preocupación en todos los sistemas sanitarios a nivel mundial, la notificación de eventos adversos es una herramienta que contribuye a la seguridad del paciente ya que, permite identificar los problemas más frecuentes y realizar su debido análisis, permitiendo de esta manera un aprendizaje de los errores y disminuyendo la incidencia de estos.

Conjuntamente con la seguridad del paciente, la Organización Mundial de la Salud ha mostrado su preocupación por el aumento de las enfermedades no transmisibles, esto ha motivado el crecimiento de la necesidad por cuidados paliativos a nivel mundial, además, de acuerdo al informe realizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la esperanza de vida de las personas ha aumentado por lo que se espera que la demanda por cuidados paliativos siga en crecimiento.

Los Organización Mundial de la Salud considera a los cuidados paliativos como parte esencial de los sistemas de salud, en la (67° Asamblea Mundial de la Salud, 2014) se aprobó una resolución sobre “Fortalecimientos de los cuidados paliativos como componente de la atención integral a lo largo de toda la vida”. Las políticas, la asignación de recursos, la formación académica, la participación de la familia, son algunas de las acciones que aportan a la mejora de la seguridad del paciente en cuidados paliativos.

Palabras clave: seguridad del paciente, incidentes, eventos adversos, cuidados paliativos, sistemas de notificación.

ABSTRACT

Patient safety has taken on greater importance worldwide, its goal is that healthcare is of quality and that the risks linked to it are as minimal as possible; Its focus is the prevention of adverse events that cause concern in all health systems worldwide. The notification of adverse events is a tool that contributes to patient safety since it allows the most frequent problems to be identified and their proper analysis to be carried out, thus allowing learning from errors and reducing their incidence.

Along with patient safety, the World Health Organization has shown its concern about the increase in non-communicable diseases, this has motivated the growth of the need for palliative care worldwide, in addition, according to the report carried out by the Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC), people's life expectancy has increased, so it is expected that the demand for palliative care will continue to grow.

The World Health Organization considers palliative care as an essential part of health systems, at the (67th World Health Assembly, 2014) a resolution was approved on "Strengthening palliative care as a component of comprehensive care." throughout life." Policies, resource allocation, academic training, and family participation are some of the actions that contribute to improving patient safety in palliative care.

Keywords: patient safety, incidents, adverse events, palliative care, reporting systems.

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023a) se encuentra trabajando constantemente por la salud de la población, su afán es siempre buscar que la atención médica que recibe el paciente sea libre de daños o errores, es por ello que ha definido a la seguridad del paciente (SP) como la no presencia de daños prevenibles que pueden sufrir las personas que necesitan atención médica, tratando de reducir esos riesgos que pueden causar innecesariamente daños hasta un mínimo aceptable, buscando de esta manera que la atención sea de calidad y sobre todo segura para los pacientes.

Mesa et al., (2022) manifiesta que la atención brindada por profesionales sanitarios se realiza bajo la premisa del principio bioético de no maleficencia, absteniéndose de proponer tratamientos que resulten perjudiciales o causen daño al paciente, este principio va de la mano del juramento Hipocrático “Primum non nocere” cuyo significado es “primero no hacer daño”, de esta manera los profesionales sanitarios realizan su labor diaria aportando a la seguridad del paciente.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2022), afirma que uno de los principales factores demográficos que se ha presentado en la región es el envejecimiento poblacional, ya que en el 2022 las personas de edades mayor a 60 años que existían en la zona llegaron a ser 88,6 millones, de esta manera representaron el 13,4% de la toda la población, además se estima que esta proporción puede pasar al 16,5% para el año 2030, también indica que la expectativa de vida para mujeres y hombres ha sufrido un aumento significativo pues para el año 2019 subió a 75,1 años en relación a los 48,6 años que era en el año 1950, cabe manifestar que se presentó una regresión de 2,9 años como consecuencia de la pandemia COVID-19 del año 2019 que

afectó a escala mundial, pese a esto se estima que la esperanza de vida siga ascendiendo y con ello pase a 77,2 años para el año 2030.

Algo semejante ocurre con las enfermedades no transmisibles (ENT), pues la OMS Organización Mundial de la Salud, (2023b) ha informado sobre el incremento de estas enfermedades las mismas que causan el fallecimiento a 41 millones de personas, esto representa un 74% de las muertes a nivel mundial, además el 86% de estos decesos se dan en países de ingresos bajos e ingresos mediano siendo parte de estas estadísticas los estados Latinoamericanos.

Con el incremento de la expectativa de vida de la población y el aumento de las ENT, se ha elevado el requerimiento por cuidados paliativos, la OMS como máximo ente rector en la salud, ha definido el objetivo de estos cuidados como el alivio del sufrimiento de los pacientes que conjuntamente con su familia llevan el proceso de las enfermedades crónicas y graves por medio de la prevención y la paliación del sufrimiento (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Así mismo, al hablar de los cuidados paliativos, la seguridad del paciente (SP) es primordial en el desarrollo de todo lo competente a la atención médica. Los pacientes en cuidados paliativos requieren el manejo de equipos multidisciplinarios y la garantía de una atención de calidad.

Con estos antecedentes se realizará una revisión bibliográfica disponible en la red donde se obtenga información del escenario actual de la SP en cuidados paliativos, así como las prácticas actuales en Latinoamérica.

2. METODOLOGÍA

Investigación realizada a partir de datos bibliográficos que incluye de manera exclusiva datos abiertos y/o públicos. Se han realizado una exploración de libros y también se han consultado artículos, investigaciones en las principales bases de datos: Google Scholar, Chocrane, Pubmed, Medline y Scielo además se han revisado acuerdos y resoluciones de organismos internacionales, se han seleccionado investigaciones académicas que han pasado por revisión.

3. DESARROLLO

En el desarrollo del presente trabajo se tratará lo concerniente a la seguridad del paciente en cuidados paliativos, siendo un aspecto importante en la atención moderna requiere un enfoque integral donde se asegure que el paciente sea el principal protagonista de la asistencia médica.

1. Seguridad del paciente

La OMS como se citó en (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2022) indica que la SP integra varias actividades las mismas que, están encaminadas en crear procesos, procedimientos, comportamientos y culturas apoyadas en tecnologías y entornos concernientes al cuidado médico, a su vez, buscan reducir los riesgos de forma razonable, con el objetivo de evitar al máximo la posible presencia de daños evitables, de esta manera hacen que la ocurrencia de errores sea menos probable permitiendo mitigar su impacto si llegan a producirse.

La seguridad del paciente es parte de las dimensiones de la calidad asistencial, esta surgió a partir del avance de los procesos complejos que implica la atención en los sistemas sanitarios, donde se trabaja en la prevención de los riesgos, errores y daños potenciales que pueden presentarse en la asistencia médica a donde acuden los pacientes; los componentes, instrumentos y metodologías se establecen a partir de la evidencia científica y propenden disminuir al máximo posible la ocurrencia de eventos

adversos y lograr mitigar las consecuencias de estos (Agra Varela, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2023a; Vergara Girón, 2020).

Considerando que el paciente debe ser el protagonista dentro de la atención médica, su seguridad es importante y requiere vigilancia permanente para saber identificar de manera adecuada y anticipada los riesgos innecesarios que se pueden presentar en la atención sanitaria, el saber mitigar los riesgos permite a los profesionales generar nuevos aprendizajes para evitar que los riesgos y errores se puedan repetir.

1.1 Principios transversales en la seguridad del paciente

De acuerdo a (Ministerio de la Protección Social, 2008; Ministerio de Salud Pública (MSP), 2016) estos principios en la seguridad son:

- **Cuidado centrado en el paciente:** esto se relaciona directamente con la seguridad durante la atención que recibe el paciente, donde los resultados de las acciones siempre tienen el propósito de obtener mejora en la seguridad.
- **Acuerdo con el paciente y su familia:** se trata de la colaboración de pacientes y sus familiares para trabajar con el equipo médico en la adherencia a las recomendaciones para los cuidados de su salud.
- **Acuerdo con el personal profesional de la salud:** el personal sanitario que se encarga de la atención médica realiza la misma bajo el reconocimiento ético, no fomenta la impunidad si las acciones se las realiza de forma insegura y deliberada, por el contrario, si la atención se realiza bajo los parámetros éticos se contará con la defensa de señalamientos injustificados.

- **Cultura de seguridad:** el ambiente debe ser de confianza y confidencialidad entre los pacientes, los profesionales, aseguradores y la comunidad, esto debe permitir que se trabaje conjuntamente por la seguridad del paciente buscando acciones de mejora.
- **Impacto:** busca lograr la atención de alta calidad mediante la implantación de herramientas y de metodologías que parten de la información científica.
- **Dirigir y trabajar en equipo:** establece un método para identificar fallas latentes y riesgos potenciales que el usuario puede presentar durante la atención sanitaria, así como la participación activa de los involucrados para definir las posibles soluciones y acciones a ser realizadas.
- **Visión sistemática y multicausal:** el enfoque es integral y multicausal, requiere la participación de múltiples actores y áreas organizacionales.

1.2 Términos empleados en la seguridad del paciente

Comprende varios términos que es importante diferenciarlos, entre estos términos están:

- El **riesgo** que se refiere a la probabilidad de que se pueda presentar un incidente.
- El **incidente** que se trata de una situación que ha provocado o que podría ocasionar un daño de manera innecesaria al paciente.
- El **error** de acción u omisión es cuando resulta o contribuye a un daño involuntario a un paciente, se trata de error de comisión cuando se produce por

una acción errónea y error de omisión cuando se produce por no haber realizado la acción.

- (Agra Varela, 2014; Ministerio de Salud Pública, 2016)

En la seguridad durante la atención médica al paciente es muy importante identificar y comprender todos los riesgos que puede presentarse, el poder anticiparse a los posibles errores permite mitigarlos y analizar las posibles correcciones que se deben hacer, el compromiso tanto del personal sanitario como de los familiares del paciente juegan un papel crucial puesto que cada uno tiene su punto de vista para poder evitar sucesos que afecten a los pacientes, la participación activa de todos los involucrados permiten mantener una vigilancia de todo el entorno. La ocurrencia de errores e incidentes pueden desencadenar eventos adversos que alcancen al paciente, esto genera un riesgo latente en su seguridad e integridad, además de provocar gastos extra para poder enfrentarlos.

1.3 Incidentes

Como se afirma en (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2023), los incidentes son acciones u omisiones que pueden llegar a afectar al paciente durante la atención médica que recibe, estas acciones u omisiones no generan daño directo al paciente, pero si ponen en manifiesto la vulnerabilidad en los procesos de atención.

Los incidentes que se presentan permiten que todos los participantes de la organización puedan aprender de los mismos, y de esta manera se pueden establecer

barreras que ayuden a la SP, logrando que los errores puedan ser identificados a tiempo evitando que lleguen al paciente que acude a un servicio médico.

1.4 Eventos Adversos

El Ministerio de Sanidad y Consumo, (2023) manifiesta que un evento adverso (EA) es una lesión que se produjo de manera no intencional y que está relacionada con la asistencia sanitaria, cabe indicar que estos daños se pueden producir en cualquier estancia de la atención médica y pueden provocar compromiso a la integridad de los pacientes.

En este contexto, el estudio IBEAS realizado en hospitales de varios países de Latinoamérica arrojó los siguientes resultados: la prevalencia global de los eventos adversos en pacientes fue de 10,5%, mientras que la incidencia global de pacientes con algún EA fue de un 19,8%. Este estudio demostró que 10 de cada 100 pacientes hospitalizados tienen el riesgo de sufrir un daño provocado por los diversos procedimientos que reciben durante su estancia hospitalaria, el riesgo podía inclusive duplicarse si la estancia se prolonga, provocando así que de cada 100 pacientes al menos 20 son víctimas de un evento adverso (Ministerio de Sanidad, 2009).

Por otro lado, en el estudio realizado por Riera-Vázquez et al., (2022) sobre los EA y las acciones necesarias para la seguridad del paciente, se examinaron 352 historias clínicas en las que se obtuvo los siguientes resultados: 66% de los episodios clínicos resultaron con eventos adversos. La prevalencia de estos eventos fue de 13%, los

eventos identificados fueron: procedimientos el 40%; infecciones el 39%; medicamentos 17%; y la identificación del paciente el 4%.

Por otro lado, tanto los incidentes como los eventos adversos además de impactar la salud integral de las personas, desencadena un aumento en los gastos de los recursos económicos tanto del sistema de salud como de los mismos pacientes y familiares, una atención no segura podrá elevar el costo de la misma.

La NHS Litigation Authority, 2017 como se citó en (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2022), indica que el impacto económico debido a la atención poco segura se entiende de dos maneras: la primera que se refiere al costo debido al manejo desmesurado de los recursos y la segunda que se refiere a los costos indirectos cuantificados en el detrimento de producción de la población, también menciona que en países con altos ingresos económicos el despilfarro causado por los errores en seguridad pueden llegar al 15% del gasto hospitalario.

1.5 Sistemas de registro y notificación

Los sistemas de registro son una estrategia que aporta en la cultura de seguridad gracias a la información recolectada de los EA que se han presentado en una organización. La cultura de seguridad está directamente relacionada con la educación en valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los objetivos individuales y grupales de los integrantes de la organización permitiendo de esta manera que todo el personal se comprometa en garantizar que sus usuarios no experimenten un daño innecesario en la atención médica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2023).

Uno de los mayores aportes de los sistemas de notificación a las organizaciones, es el poder identificar los errores y aprender de ellos, por un lado, mientras que permite rediseñar los procesos de acuerdo al análisis que se haya realizado de los eventos identificados de acuerdo a la información asociada con estos sistemas compartidos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2023).

El propósito de la mayoría de los sistemas de notificación o informes es aprender a crear condiciones de atención más seguras. Su seguimiento reveló que casi todos los sistemas de notificación actualmente sufren de subnotificación debido a la falta o falla en la notificación de EA que han ocurrido (OPS, 2011).

Un sistema de notificación de eventos que permita el aprendizaje ideal, señalado por Leape como se citó en (OPS, 2011) define las siguientes características:

- No punitivo: los notificantes no tienen que preocuparse por represalias o castigos por notificar.
- Confidencial: las identidades de pacientes, notificantes e instituciones no deben ser reveladas a terceros.
- Independiente: el programa no es parte de una agencia con poder para penar a la institución sanitaria o al personal que realiza la notificación.
- Análisis por expertos: la información es analizada por expertos que comprenden la situación clínica y están capacitados para identificar causas sistémicas.
- Análisis a tiempo: los informes se analizan con prontitud y las recomendaciones se difunden rápidamente entre las participantes, especialmente cuando existen situaciones que pueden generar riesgos que pueden ser de gravedad.

- Orientación sistémica: las recomendaciones deben dirigirse o centrarse en mejorar los sistemas y procesos más que en las personas.
- Capacidad de respuesta: las agencias que reciben informes deben poder difundir recomendaciones.

1.6 Cultura de Seguridad

En su trabajo, Rocco & Garrido, (2017) definen a la cultura de seguridad como la actitud a partir de los valores y las normas inherentes a las personas que son parte del equipo profesional, significa ver a la seguridad como un modelo mental compartido de una búsqueda común de objetivos, la participación activa de los profesionales con su compromiso de realizar un trabajo integro contribuyen a esta cultura.

En el contexto de Ecuador, (Villalba Molina, 2022) realizó un trabajo de investigación sobre la cultura de seguridad en una clínica privada, como resultado de su trabajo obtuvo los siguientes resultados: según datos sociodemográficos y de empleo, existe un mayor compromiso de participación de mujeres con 75% versus los hombres con un 40,5%. Al realizar una relación en grupos etarios, se puede ver que hay un mayor compromiso en el grupo comprendido de 22 a 39 años con un 50% mientras que el grupo etario de 40 a 59 años tienen una baja cultura de seguridad del paciente y representan el 54,1%, además en la ocupación médica es alta con un 50% mientras que en los auxiliares es baja con un 32,4%, por otro lado, existe un mayor compromiso con la seguridad del paciente en los servidores con un tiempo de servicio de 1 a 5 años con 62,5% mientras que en los colaboradores con más de 10 años este compromiso baja al

45,9%; esta información no se ha logrado contrastar a nivel de la atención sanitaria pública ya que no existe información de investigaciones realizadas en este sector que permitan hacer una relación entre servidores públicos y servidores privados de las redes de salud.

En contexto de la región, se realizaron dos estudios sobre la cultura de seguridad en Latinoamérica a partir de la información de la Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente HSOPSC, en estos estudios revisaron datos de cinco países: México, Colombia, Perú, Brasil y Argentina, en el primer estudio realizado por Camacho-Rodríguez et al., (2022) se evaluaron algunas dimensiones que son parte de la cultura de seguridad obteniendo los siguientes resultados: aprendizaje organizacional: mejora continua 68,34%, trabajo en equipo dentro de las unidades 67,28%, respuesta no punitiva al error 34,8% y dotación de personal 39,5%; asimismo en el estudio realizado por Pedroso et al., (2023) se evaluaron las dimensiones de seguridad, registro de errores/fallos, aprendizaje organizacional, trabajo en equipo, apoyo gerencial para la seguridad del paciente, dotación de personal, respuesta no punitiva al error; en este estudio se obtuvo los siguientes resultados: seguridad del paciente como máxima prioridad 89,2%, registro de errores/fallos 23,8%, aprendizaje organizacional 82%, trabajo en equipo 79%, apoyo gerencial para la seguridad del paciente 78%, dotación de personal 41%, respuesta no punitiva al error 37%.

En conclusión, los resultados de los estudios realizados en Latinoamérica nos demuestran que las actitudes de los profesionales en relación a la cultura de seguridad aún tiene debilidades que requieren atención, un mayor compromiso del profesional por ayudar al paciente contribuye en un mayor apego para seguir normas y conductas, esta

es una de las prácticas que necesita de estrategias que permitan que los profesionales sanitarios puedan tener conocimientos de seguridad del paciente desde su formación académica, por otro lado, existe preocupación con la figura punitiva de los errores que se pueden presentar en la atención médica, el riesgo de sanciones genera un ambiente de temor en los profesionales, esto implica que el personal sanitario no realice la notificación de eventos adversos por lo que, no hay datos reales que puedan ser evaluados y analizados para la mejora de procesos además, no puede darse paso a las lecciones aprendidas a partir del análisis de los eventos adversos que se notifican.

2. Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos han ido tomando mayor presencia a escala mundial, por ello la OMS como ente rector de la salud (OMS, 2021) ha definido a estos cuidados como una atención enfocada en dar alivio al sufrimiento, facilitando una vida más llevadera para los pacientes con enfermedades crónicas u oncológicas que por su condición tienen alto riesgo de muerte lo que afecta directamente a su entorno familiar, estos cuidados incluyen la prevención y alivio de los síntomas que provocan sufrimiento al paciente, además de tratar otros problemas como estado físico, psicoemocional, y si el paciente lo desea, realizar un acompañamiento espiritual.

Figura. 1 beneficios



Elaboración propia a partir de información de la (OMS, 2021).

Como indica la (OMS, 2020), se estimada que cada año las personas que demandan de cuidados paliativos llegan a los 40 millones, siendo una de las problemáticas la situación socioeconómica puesto que, el 78% de las personas que demandan de estos cuidados viven en países con ingresos bajos e ingresos medios por esto, tan solo el 14% de estas personas pueden acceder a la asistencia paliativa quedando un alto porcentaje sin cobertura para poder paliar o aliviar su sufrimiento.

Actualmente los cuidados paliativos no van asociados solo al cuidado de pacientes oncológicos sino, comprenden diversas patologías que se encuentran dentro de las enfermedades no trasmisibles. La OMS indica que hay una amplia gama de enfermedades que generan la necesidad de los cuidados paliativos entre estas están: diabetes con un 4,6%, seguida del SIDA con 5,7%, continuamos con enfermedades

respiratorias crónicas 10,3%, sigue el cáncer con 34% y con mayor presencia las enfermedades cardiovasculares con 38.5%, además de estas enfermedades existen otras afecciones por las que se requiere la asistencia paliativa entre esas están: la enfermedad de Parkinson, los padecimientos neurológicos conjuntamente con la demencia, la insuficiencia renal, la esclerosis múltiple, las enfermedades hepáticas, anomalías congénitas, la artritis reumatoide y la tuberculosis farmacorresistente (OMS, 2020).

La 67. Asamblea Mundial de La Salud, (2014) dio paso a la resolución enfocada en fortalecer a los cuidados paliativos e implementarlos en la atención integral para que estén siempre disponibles, en esta asamblea se solicitó a la OMS y a los Estados Miembros a realizar acciones que permitan facilitar el acceso a los cuidados paliativos para que estos sean parte de los sistemas de salud, se realizó mayor énfasis para que estos cuidados puedan estar disponibles en el primer nivel de atención de salud y la comunidad y atención domiciliaria (OMS, 2021).

En relación a la perspectiva de los cuidados paliativos (Vallejo Martínez, 2022) afirma que para que los sistemas de salud puedan incorporar los cuidados paliativos en su cartera de prestaciones, es necesario que se establezca cuatro componentes que son fundamentales entre los que están:

- Desarrollo de políticas de cuidados paliativos integradas en un plan nacional de salud.
- Mejor acceso a los fármacos y opioides que requieren los pacientes con estos cuidados.

- Educación a los profesionales sanitarios en pregrado y posgrado incluyendo programas de cuidados paliativos y que a su vez se replique esta educación al público, comunidad y políticos.
- Se debe dotar y proveer de la infraestructura necesaria en los centros y organizaciones que sean de referencia para la prestación de estos servicios y que también se incluya la atención domiciliaria.

2.1 Características de los cuidados paliativos

Según la OMS, como se citó en Ministerio de Salud Pública, (2022), los cuidados paliativos deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Paliar y aliviar el dolor, así como el de otros síntomas que pueden presentarse.
- Aceptan el proceso de la vida y de la muerte como algo normal.
- No realizan ningún procedimiento que acelere o retrase la muerte.
- Permiten que en el cuidado del paciente se dé el abordaje tanto de los aspectos psicológicos como de los aspectos espirituales.
- Ofrecen apoyo y soporte que permita al paciente su desenvolvimiento activo mientras sea posible, además que este sea provisto hasta la muerte.
- Brindan acompañamiento y soporte a los familiares para adaptarse a los requerimientos de la enfermedad y cuando llegue el momento del duelo.
- Ayudar a incrementar el bienestar, permitiendo de esta manera que el paciente pueda llevar positivamente la enfermedad.

- Se pueden aplicar en estadios tempranos del progreso de la enfermedad, permitiendo que se conjuguen con otros tratamientos como lo son la quimioterapia a base de medicamentos y la radioterapia a base de radiaciones ionizantes de alta energía, permitiendo de esta manera que ayuden a prolongar la vida sin dejar de lado el objetivo de dar alivio a los pacientes.

2.2 Niveles de atención de los cuidados paliativos

Primer nivel de atención: es la atención que se da en hospice, atención en el domicilio y atención en centros comunitarios o consultorios, estos tienen sistema de referencia y de contra-referencia hacia los hospitales ya sea de segundo nivel y/o tercer nivel. (Pastrana et al., 2020).

Segundo nivel de atención: es la atención de larga o mediana estancia de pacientes crónicos, se atiende en hospitales de segundo nivel. (Pastrana et al., 2020).

Tercer nivel de atención: es la atención para pacientes con problemas y síntomas complejos, esta se realiza en hospitales de tercer nivel. (Pastrana et al., 2020).

2.3 Cuidados paliativos y cáncer

En el 2013 la tasa de incidencia del cáncer a nivel mundial fue de 14,9 millones de pacientes diagnosticados y 8,2 millones de decesos a causa del proceso oncológico Haun et al., (2017), actualmente según información de International Agency for Research

on Cancer, (2022) la tasa de incidencia de cáncer subió a 19,9 millones de casos y las muertes se incrementaron a 9,7 millones, con esos datos es evidente que las enfermedades neoplásicas siguen situándose entre las principales causas de decesos a escala mundial.

Como se afirma en Haun et al., (2017), cuando el cáncer ha progresado a estadios avanzados, pone en riesgo el estado físico y psicológico del que padece la enfermedad, además genera problemas de eficiencia física por lo que puede escalar a provocar dolor crónico persistente.

Los cuidados paliativos en pacientes con diagnóstico de cáncer se ofrecen desde el inicio de la enfermedad, conjuntamente con la quimioterapia y la radioterapia, estos cuidados tienen por objetivo dar alivio y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos que día a día luchan con la enfermedad acompañados de sus familias.

En la investigación realizada por Hui, (2015) como se citó en Haun et al., (2017) se han identificado 3 modelos de cuidados paliativos para pacientes oncológicos:

- **Modelo de práctica individual:** en este modelo el oncólogo es el que se encarga de manera exclusiva tanto del diagnóstico del cáncer, así como de cuidados paliativos.
- **Modelo de atención coordinada:** en este modelo el oncólogo deriva a los pacientes a otros especialistas para el cuidado paliativo, entre los profesionales a los que son derivados los pacientes están: otros médicos, enfermeras especialistas, trabajadores sociales, capellanes, psicoterapeutas y psicólogos, o psiquiatras clínicos.

- **Modelo de atención integrada:** en este modelo los oncólogos derivan a los pacientes con profesionales especialistas en cuidados paliativos en etapas tempranas de la trayectoria de la enfermedad.

Los cuidados que se brindan a pacientes con enfermedad oncológica en los diversos modelos de atención ayudan en su estado físico, psicológico, social y espiritual, así como el apoyo familiar, lo que repercute de manera directa en el apego al tratamiento.

2.4 Participación de los pacientes y sus familias

Tal como se manifiesta en (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2022), la participación y empoderamiento del paciente en su cuidado es una parte primordial en su seguridad, además, la participación de la familia y cuidadores externos pueden brindar un punto de vista distinto al del personal médico sobre las experiencias en los cuidados ya que, son vigilantes del estado y sentir del paciente, de tal manera, permiten que se pueda redirigir los tratamientos para que los cuidados paliativos se los brinde manera efectiva.

Uno de los mayores problemas que indica (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2022), es que en los países de ingresos bajo y medios, no hay una participación activa que busque la mejora de la seguridad en el cuidado del paciente, esto genera un riesgo en la atención sanitaria, además, el paciente debe ser el centro de la atención en todo momento, un paciente que necesita cuidado paliativo ya estuvo en diversos servicios de especialidades médicas y puede proveer un punto de vista incluso más

amplio que el propio profesional médico en relación a los riesgos a los que puede estar expuesto.

3. Seguridad del paciente en cuidados paliativos: prácticas actuales en Latinoamérica.

La seguridad de los pacientes con enfermedades crónicas y oncológicas que por su condición requieren de cuidados paliativos es muy importante ya que, integra el alivio y eleva el nivel de vida con la prevención y reducción de los errores en la atención sanitaria.

En Latinoamérica, varios países han logrado implementar prácticas y políticas que permiten mejorar la seguridad, cada país de la región debe adaptarse a su realidad y enfrentar los desafíos que se presenten.

3.1 Contexto Socioeconómico

El Banco Mundial ha clasificado a la mayoría de países de Latinoamérica como países con ingresos mediano, tan solo 3 países están en la clasificación de ingresos altos, cabe recalcar que la distribución económica influye directamente en la asignación de recursos que realiza cada gobierno. Como se indica en Pastrana et al., (2020), el nivel socioeconómico de los países tiene una correlación directa con el gasto realizado en salud.

Tabla.1

Clasificación según niveles de ingreso.

PAIS	INGRESO SEGÚN CLASIFICACION BANCO MUNDIAL (2018-2020)	INGRESO SEGÚN CLASIFICACION BANCO MUNDIAL (2023-2024)
ARGENTINA	Medio alto	Medio alto
BOLIVIA	Medio bajo	Medio bajo
BRASIL	Medio alto	Medio alto
CHILE	Alto	Alto
COLOMBIA	Medio alto	Medio alto
COSTA RICA	Medio alto	Medio alto
CUBA	Medio alto	Medio alto
ECUADOR	Medio alto	Medio alto
EL SALVADOR	Medio bajo	Medio alto
GUATEMALA	Medio alto	Medio alto
HONDURAS	Medio bajo	Medio bajo
MEXICO	Medio alto	Medio alto
NICARAGUA	Medio bajo	Medio bajo
PANAMA	Alto	Alto
PARAGUAY	Medio alto	Medio alto
PERU	Medio alto	Medio alto
REP. DOMINICANA	Medio alto	Medio alto
URUGUAY	Alto	Alto
VENEZUELA	Medio alto	No registra

Elaborado a partir de datos de Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica (Pastrana et al., 2020) y

Clasificación de los países elaborado por el Grupo Banco Mundial (Hamadeh et al., 2023).

Al visualizar los datos de la tabla.1, es evidente que en la región no hubo crecimiento en los ingresos lo que resulta en que los países de Latinoamérica siguen

teniendo problemas al momento de la dotación de los recursos económicos para la salud, al fijarse en los datos de la tabla.2 se puede decir que, el porcentaje destinado a la salud en relación al per cápita entre el 2018 y 2021-2022 ha aumentado en la mayoría de países pero, si comparamos estos porcentajes con países de regiones como Europa, veremos que el porcentaje destinado a la salud aún es muy bajo lo que implica mayores problemas para la población que requiere de cuidados paliativos, de esta manera podemos ver que la (OMS, 2020) tiene razón al indicar que de los 40 millones de personas que necesitan de cuidados paliativos solo una pequeña parte pueden acceder a los mismos, este porcentaje de personas que logran recibir los cuidados son apenas el 14%, además que el 78% de estas personas viven en países con ingresos bajo e ingreso mediano.

Tabla.2

Gasto público en salud per cápita

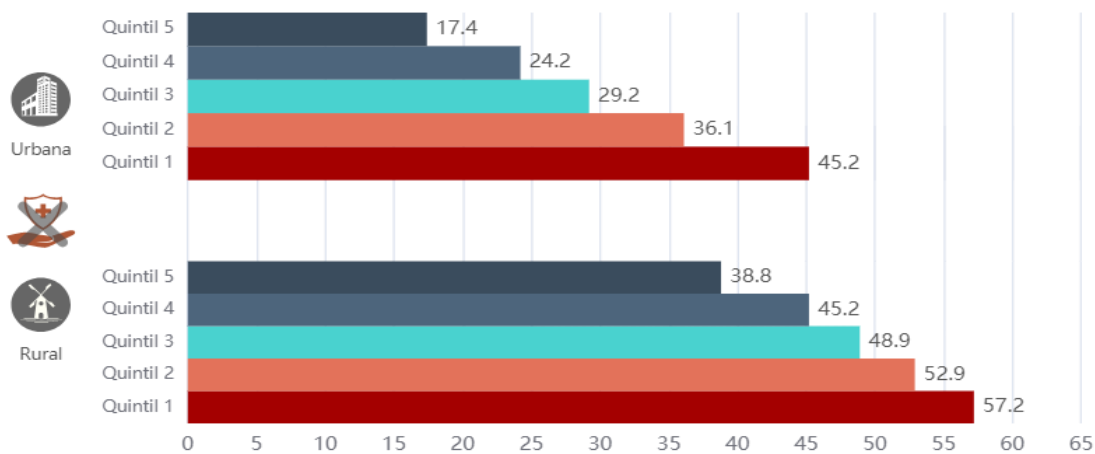
PAIS	FECHA	GASTO SALUD % PIB	GASTO PUBLICO SALUD PER CAPITA	FECHA	GASTO SALUD % PIB	GASTO PUBLICO SALUD PER CAPITA
ARGENTINA	2018	5.88%	592 €	2021	6.14%	558 €
BOLIVIA	2018	4.8%	142 €	2021	5.88%	168 €
BRASIL	2018	3.9%	304 €	2021	4.5%	293 €
CHILE	2018	5.57%	744 €	2022	5.6%	808 €
COLOMBIA	2018	5.89%	335 €	2022	6.14%	387 €
COSTA RICA	2018	5.38%	553 €	2022	5.3%	667 €
CUBA	2018	9.78%	731 €	2021	12.6%	5172 €
ECUADOR	2018	4.98%	266 €	2021	5.2%	266 €

EL SALVADOR	2018	6.4%	160 €	2021	6.4%	246 €
GUATEMALA	2018	2.20%	81 €	2021	2.33%	97 €
HONDURAS	2018	2.85%	59 €	2021	3.4%	81 €
MEXICO	2018	2.67%	211 €	2022	2.9%	300 €
NICARAGUA	2018	5.18%	87 €	2021	6.14%	106 €
PANAMA	2018	4.57%	603 €	2021	5.38%	665 €
PARAGUAY	2018	3.03%	160 €	2021	4.47%	225 €
PERU	2018	3.17%	189 €	2021	3.9%	226 €
REP. DOMINICANA	2018	0.69%	3 €	2021	1.26%	5 €.
URUGUAY	2018	6.23%	1037 €	2021	6.93%	1015 €
VENEZUELA	2018	1.25%	75 €	2021	1.35%	45 €

Elaborado a partir de los datos de (Datosmacro.com, 2024).

Figura.2

Población sin seguro médico, de acuerdo al área geográfica y quintiles de ingresos per cápita. Porcentaje. América Latina (promedio ponderado) 2022



Fuente: CEPAL, (Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPALSTAT, 2023), Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG).

Runzer et al., (2019) manifiesta que el soporte que requiere una persona con enfermedad en fase terminal va desde el acompañamiento familiar hasta gastos incurridos en cuidados, medicinas, además las condiciones tanto del paciente y familiares por cuidarlos, ocasiona déficit económico en el entorno del hogar, por esta razón se requiere la asistencia oportuna de las entidades responsables de la salud.

Asimismo, la cobertura de seguros privados es de apoyo al paciente y familia, como se observa en el gráfico.2 son pocos los grupos que disponen de un seguro médico en la zona urbana y aún menos en la zona rural, la situación socioeconómica va directamente relacionada con la capacidad de adquirir un seguro médico, denota de esta manera la difícil situación de la región.

3.2 Políticas y estrategias

En varios países de Latinoamérica, se han implementado políticas específicas para mejorar la seguridad en los cuidados que se brindan al paciente.

Tabla.3

Provisión de cuidados paliativos, ley y política sanitaria.

PAIS	RECURSOS DE ATENCION POR MILLON DE HAB.	RECURSOS DE ATENCION A NIÑOS POR MILLON DE HAB.	ESTRATEGIA DE CP	LEY NACIONAL PARA CP
ARGENTINA	10.8	5.3	Si	Si

BOLIVIA	1.8	0.3	No	No
BRASIL	0.9	0.3	Si	No (en proceso)
CHILE	13.4	2.2	Si	Si
COLOMBIA	1.6	0.8	Si	Si
COSTA RICA	14.7	2.8	Si	Si
ECUADOR	4.6	0.2	Si	Si
EL SALVADOR	3.9	0.6	Si	No
GUATEMALA	0.6	0.2	No	No
HONDURAS	0.6	0.3	No	No
MEXICO	0.9	0.2	Si	Si
PANAMA	13.2	2.7	Si	No
PARAGUAY	3.5	0	No	No
PERU	0.6	0.2	No	Si
REP. DOMINICANA	1.5	0.3	No	No
URUGUAY	24.5	19.3	Si	No
VENEZUELA	0.8	0	Si	No

Elaborado a partir de datos de Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica (Pastrana et al., 2020), Estado actual de los CP en Colombia (Sánchez et al., 2021), Implantación e implementación de los servicios en CP (Kurogi et al., 2022), Los cuidados paliativos en la normativa jurídica sobre salud en Argentina (Lafferriere, 2023), Política Nacional de CP 2022-2026 (Ministerio de Salud Pública, 2022).

En el Ecuador la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (Acess, 2024) es el ente que se encarga de velar por la atención segura en los sistemas de salud, indica que para que existan mejoras se requiere el apoyo de todo el sistema, aborda una amplia opción de acciones que van dirigidas a mejorar la administración farmacéutica, la seguridad de los equipos y control de las infecciones.

El MSP del Ecuador en el año 2014, desarrollo una Guía Práctica de Cuidados Paliativos apoyándose en la evaluación e investigación realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, en esta guía se reúne información de interés en el área de los cuidados para aliviar el sufrimiento de pacientes con enfermedades crónicas y oncológicas, se ofrecen recomendaciones que parten de investigaciones rigurosas que son de ayuda para los médicos y pacientes al momento de elegir la línea de acción para los CP (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Posteriormente en el año 2016 se elaboró la Guía del ciudadano cuyo principal objetivo es el de instaurar y estandarizar las acciones apoyadas en procedimientos y herramientas, permitiendo de esta manera que se facilite responder a las necesidades a la vez que, garantizan el bienestar del paciente en los servicios de salud a nivel nacional (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Siguiendo la línea de las políticas y estrategias en Latinoamérica tenemos otros países que también han trabajado en el mejoramiento de la SP.

Colombia posee políticas que de acuerdo al Ministerio de la Protección Social, (2008), su principal propósito es la prevención sucesos que afectan el cuidado seguro del paciente, además de mitigar y de ser viable eliminar la posible presencia de EA, permitiendo de esta manera contar con instituciones seguras, también tiene Guías de buenas prácticas en la SP, además de promover la cultura de seguridad, tienen disponible un aplicativo para el informe de los EA (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

Argentina tiene políticas y estrategias en seguridad, de acuerdo a la información del Ministerio de Salud Argentina, (2024) poseen diversos documentos, manuales y consensos que permiten que exista una vigilancia de la SP en los sistemas sanitarios.

En Chile la Ley 20.584 fue expedida en el año 2012 la misma que reglamenta los derechos y deberes en ámbito de la salud, posee programas de calidad y seguridad cuyo objetivo es mejorar la seguridad y calidad apoyado en planes, programas y diversas políticas públicas las mismas que deben ser adoptadas por los sistemas sanitarios de toda la red asistencial, (Ministerio de Salud. Gobierno de Chile, 2024); bajo la misma línea de atención en salud en 2005 se incluyó a los cuidados paliativos en la ley de Garantías Explícitas en Salud la misma que ampara a los pacientes oncológicos (Pastrana et al., 2020).

En Perú existe el Comité Técnico de Seguridad del Paciente desde el 2006, ha incorporado la seguridad del paciente dentro del Plan Nacional Concentrado de Salud (Espítiru, 2009).

Bolivia tiene un documento denominado “Política Nacional de Calidad en Salud”, donde aseguran el bienestar y el cuidado seguro de la población mediante la implementación de un sistema de gestión de calidad, el documento incluye estrategias para la seguridad del paciente, sistemas de registro y notificación de situaciones de peligro y efectos secundarios, mejoramiento continuo y estudios de la calidad en salud,

además de tratar el fortalecimiento y la sistematización de la auditoría en salud (Ministerio de Salud y Deporte, 2023).

México cuenta con múltiples abordajes e intervenciones en torno a la calidad y la seguridad de la atención, estas acciones están vinculadas a las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, de esta manera integran su aplicación y evaluación en los Establecimientos de Salud (Consejo de Salubridad General, 2023).

La OMS ha desarrollado su “Plan de acción para la seguridad del paciente 2021-2030” buscando eliminar los sucesos que afectan al paciente en la atención de salud siendo su principal objetivo la eliminación de los daños evitables durante la atención sanitaria, además su fin es lograr que a nivel mundial ningún paciente sufra daños, logrando de este modo una atención segura y respetando la integridad de las personas; de este modo Ginebra: Organización Mundial de la Salud, (2022), invita a todos los países a trabajar en las estrategias propuestas con miras a mejorar la seguridad del paciente.

3.3 Educación y formación en seguridad del paciente

La formación académica en este campo a nivel de pregrado es de gran valor ya que permite que los profesionales tengan la noción de los riesgos a los cuales están expuestos los pacientes, lo que permite saber mitigarlos de forma adecuada.

Se busco información de investigaciones de cómo se encuentra la formación de los profesionales en pregrado en cuanto a la materia de seguridad del paciente, lamentablemente no hay datos, ni estudios realizados en esta área de interés; la formación en seguridad del paciente se oferta en programas de maestría, especialidad y educación continua, de igual manera, no hay datos estadísticos que indiquen la cantidad de profesionales que se están formando.

En el contexto de Ecuador, el ACESS ha dispuesto la educación continua en las instituciones de salud, además realiza auditorias donde evalúa los conocimientos de los profesionales sanitarios en cuanto a la seguridad del paciente.

3.4 Sistemas de notificación

Los sistemas de notificación de incidentes permiten tener lecciones aprendidas a partir de los errores generados en la atención médica, en el 2010 el Programa de Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (CASP) planteó conocer y recopilar las experiencias de países de América Latina sobre los sistemas de notificación, en este proyecto participaron los siguientes países: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, México, Perú y Uruguay.

Cada uno de los países participó aportando con el diseño de sus sistemas de notificación, todos los diseños fueron presentados y debatidos para poder llegar a consensos y así concluir con el Sistema de Notificación de Incidentes en América Latina, los esfuerzos estaban encaminados a reforzar la cultura de seguridad, este sistema sirve

de punto de partida para la elaboración del mismo en los establecimientos y países que así lo requieran.

Además, el debate que se realizó permitió dar a conocer las principales dificultades a la hora de implantar un sistema de notificación, entre los problemas que detectaron está el infraregistro de eventos adversos, el carácter punitivo del reporte, información que no retorna a los profesionales (OPS, 2011)

Cabe mencionar que los países participantes en el (CASP) poseen ya varios años sus sistemas de reporte de incidentes, el acceso para realizar el reportar se lo puede hacer por internet desde cualquier lugar, lo que permite que esté disponible en todo momento.

En el contexto del Ecuador, varias instituciones a nivel nacional han desarrollado protocolos para la notificación de eventos adversos buscando de esta manera tener un registro interno de los eventos, el país aún no posee un sistema de notificación de eventos adversos en la atención médica que este integrado a escala nacional por lo que se hace imperante que las autoridades trabajen en su implementación, actualmente existe un sistema de notificación de eventos en ensayo clínicos que está bajo la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (Agencia Nacional de Regulación, 2024).

4. CONCLUSIONES

La falta de seguridad del paciente es un problema presente y puede tener consecuencias graves.

La insuficiente asignación de recursos económicos para la salud genera la limitación de una atención segura y de calidad.

La falta de provisión de cuidados paliativos tiene múltiples implicaciones en los pacientes, ya que no permiten que tengan una vida plena y evidencia la falta de eficiencia de los sistemas de salud.

La seguridad del paciente sigue siendo una problemática que preocupa a la OMS, la falta de atención centrada en el paciente debe ser el punto de partida para trabajar en la seguridad del mismo.

El escaso recurso económico es un problema que enfrenta la población, aún más los pacientes que requieren de cuidados paliativos y dependen de los sistemas de salud públicos.

5. RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar investigación permanente de la situación de seguridad del paciente en Latinoamérica, se necesita datos estadísticos de la cantidad de profesionales que se encuentran en la región y tienen conocimientos en seguridad del paciente y cuidados paliativos, también se requiere datos actualizados de la incidencia y naturaleza de los EA que se presentan en los sistemas de salud de la región.

Seguir trabajando en el desarrollo de estrategias y leyes en seguridad del paciente y cuidados paliativos, varios países las tienen, pero siempre se puede mejorar.

6. BIBLIOGRAFÍA

67. Asamblea Mundial de La Salud, Pub. L. No. WHA67/2014/REC/1, ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (2014). https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-sp.pdf
- Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (Acess). (2024). *Seguridad del Paciente*. ACCESS. <http://www.acess.gob.ec/seguridad-del-paciente/>
- Agencia Nacional de Regulación, C. y V. S. (2024). *NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS GRAVES, REACCIONES ADVERSAS GRAVES INESPERADAS Y SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS GRAVES INESPERADAS*. Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria . <https://www.controlsanitario.gob.ec/notificacion-de-eventos-adversos-graves-y-reacciones-adversas-graves-inesperadas/>
- Agra Varela, Y. (2014). Seguridad del paciente y gestión del riesgo. *Unidades Docentes de La Escuela Nacional de Sanidad*, 1–45. http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500964/n14.9_Seguridad_del_paciente_y_gestion_de_riesgos.pdf
- Camacho-Rodríguez, D. E., Carrasquilla-Baza, D. A., Dominguez-Cancino, K. A., & Palmieri, P. A. (2022). Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 14380. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114380>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022, December 13). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe Inclusión y derechos de las personas mayores*. Informe de América Latina y El Caribe Para El Cuarto Examen y Evaluación Del Plan de Acción Internacional de Madrid Sobre El Envejecimiento. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/e345daf3-2e35-4569-a2f8-4e22db139a02/content>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPALSTAT. (2023). *Población sin seguro médico, según área geográfica y quintiles de ingreso per cápita*. NACIONES UNIDAS CEPALSTAT. Portal de Desigualdades Para América Latina. <https://statistics.cepal.org/portal/inequalities/other-dimensions.html?lang=es&indicator=4754>
- Consejo de Salubridad General. (2023). *Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente*. Consejo de Salubridad General Dirección General de Calidad y Educación En Salud. https://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESPCSG-DGCES16junio2023.pdf

- Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica, Ministerio de Salud Pública (2014).
<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dn n/archivos/GPC%20Cuidados%20paliativos%20FINAL.pdf>
- Datosmacro.com. (2024). *Gasto Público*. Expansion.
<https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud>
- Espítiru, N. (2009). *Seguridad del paciente*. III Conferencia Internacional En Seguridad de Pacientes: “Los Pacientes Por La Seguridad Del Paciente” (Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). <https://es.slideshare.net/slideshow/seguridad-del-paciente-per/1253148>
- Fortalecimiento de Los Cuidados Paliativos Como Componente de La Atención Integral a Lo Largo Del Curso de La Vida (Punto 15.5 Del Temario), Pub. L. No. WHA67/2014/REC/1, Resoluciones y Decisiones Anexos (2014).
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-sp.pdf
- Ginebra: Organización Mundial de la Salud. (2022). Plan de acción mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030 Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud. In *Seguridad del Paciente* (pp. 1–116).
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>
- Hamadeh, N., Van, C., & Metreau, E. (2023, June 23). *Clasificación de los países elaborada por el Grupo Banco Mundial según los niveles de ingreso para el año fiscal 24 (1 de julio de 2023- 30 de junio de 2024)*. BANCO MUNDIAL BLOG.
<https://blogs.worldbank.org/es/opendata/clasificacion-de-los-paises-elaborada-por-el-grupo-banco-mundial-segun-los-niveles-de-ingreso>
- Haun, M. W., Estel, S., Rücker, G., Friederich, H.-C., Villalobos, M., Thomas, M., & Hartmann, M. (2017). Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(6).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011129.pub2>
- International Agency for Research on Cancer. (2022). *Cancer to day*. World Health Organization.
https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&populations=987_988_989_990
- Kurogi, L. T., Vieira, C. A. L. G., Ramalho, R. M., & Silva, A. W. da. (2022). Implantación e implementación de servicios en cuidados paliativos. *Revista Bioética*, 30(4), 825–836. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022304573es>
- Lafferriere, J. (2023). Los cuidados paliativos en la normativa jurídica sobre salud en Argentina. *Scielo Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.6483>
- Mesa, D., Espinosa, Y., & García, I. (2022). Reflexiones sobre bioética médica. *Revista Médica Electrónica*, 44. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242022000200413&script=sci_arttext&tlng=pt

- Ministerio de la Protección Social. (2008). *Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente*.
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
- Ministerio de Salud (Argentina). (2024). *Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente*. Argentina.Gob.Ar.
<https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/seguridadpaciente>
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2024). *Seguridad del Paciente*. Calidad y Seguridad de La Atención. <https://www.minsal.cl/calidad-y-seguridad-del-paciente/>
- Ministerio de Salud Pública. (2022, October 11). *Política Nacional de Cuidados Paliativos 2022-2026*. REGISTRO OFICIAL ORGANICO DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR.
- Ministerio de Salud Pública (MSP). (2016). *Seguridad del Paciente-Usuario*. Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud – MSP. <https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/manual-de-seguridad-del-paciente-usuario-SNS.pdf>
- Ministerio de Salud y Deporte. (2023, September 16). *BOLIVIA CUENTA CON DOCUMENTO “POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD” QUE GARANTIZA EL BIENESTAR Y SEGURIDAD DE LA POBLACIÓN*. Ministerio de Salud y Deporte. Estado Plurinacional de Bolivia.
<https://www.minsalud.gob.bo/7787-bolivia-cuenta-con-norma-politica-nacional-de-calidad-en-salud-que-garantiza-el-bienestar-y-seguridad-de-la-poblacion>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Seguridad del paciente*. Calidad de Atención En Salud. <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
- Ministerio de Sanidad, P. S. e I. (2009). *ESTUDIO IBEAS: PREVALENCIA DE EFECTOS ADVERSOS*.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2023). *Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos*.
https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf
- OMS. (2020). *Cuidados paliativos (Datos y cifras)*. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- OMS. (2021, September 12). *Cuidados paliativos*. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>

- OPS. (2011). *Sistemas de Notificación de Incidentes en América Latina*.
<https://www.paho.org/es/documentos/sistemas-notificacion-incidentes-america-latina>
- Organización Mundial de la Salud. (2023a). *Seguridad del paciente*. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Organización Mundial de la Salud. (2023b, September 16). *Enfermedades no transmisibles. Datos y cifras*. Organización Mundial de La Salud. Centro de Prensa. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Cuidados paliativos en América Latina - ECHO*. OPS. Organización Mundial de La Salud Oficina Regional Para Las Americas. <https://www.paho.org/es/cuidados-paliativos-america-latina-echo>
- Pastrana, T., Lima, L., De Sánchez-Cárdenas, M., Steijn, D., Garralda, E., Pons-Izquierdo, J., & Centeno, C. (2020). *Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica 2020.: Vol. 2da edición*. IAHPC. <https://dadun.unav.edu/handle/10171/60351>
- Pedroso, A. C., Fernandes, F. P., Tuma, P., Vernal, S., Pellizzari, M., Seisdedos, M. G., Prieto, C., Wilckens, B. O., Villamizar, O. J. S., Olaya, L. A. C., Delgado, P., & Cendoroglo Neto, M. (2023). Patient safety culture in South America: a cross-sectional study. *BMJ Open Quality*, 12(4), e002362. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002362>
- Riera-Vázquez, N. A., Gutiérrez-Alba, G., Reyes-Morales, H., Pavón-León, P., Gogeochea-Trejo, M. C., & Muñoz-Hernandez, J. (2022). Eventos adversos y acciones esenciales para la seguridad del paciente. *Journal of Healthcare Quality Research*, 37(4), 239–246. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.12.003>
- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *REV. MED. CLIN. CONDE*, 28, 785–795. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864017301268>
- Runzer, F., Parodi, J., Pérez, C., Echegaray, K., & Samamé, S. (2019). Las personas con enfermedad terminal y la necesidad de cuidados paliativos: una deuda pendiente de los servicios de salud. *Acta Médica Peruana*, 36. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000200010
- Sánchez, M., León, M., Rodríguez, L., Parra, S., Antolinez, A., Gama, A., Córdoba, M., Cordero, C., Chavarro, C., Wiesner, C., Puerto, D., & Consuegra, C. (2021, May 17). *Estado actual de los cuidados paliativos en Colombia: reporte técnico 2021*. UNIVERSIDAD EL BOSQUE. <https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/fc5d4358-191c-4cf7-b89b-571b04663b04/content>

- Vallejo Martinez, M. C. (2022). Cuidados Paliativos una especialidad en Ecuador. *Oncología (Ecuador)*, 32(2). <https://doi.org/10.33821/637>
- Vergara Girón, J. (2020, September 15). | *METODOLOGÍAS DE ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS, ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ, ANCLA Y PROTOCOLO DE LONDRES*.
<https://www.enfermeriayseguridaddelpaciente.com/2020/09/15/metodologias-de-analisis-de-eventos-adversos-analisis-de-causa-raiz-ancla-y-protocolo-de-londres/>
- Villalba Molina, V. V. (2022). *Cultura de seguridad del paciente y competencias profesionales en una clínica médica privada de Ecuador, 2022* [Universidad César Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/97845>