



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO DE TITULACIÓN

SUBMODALIDAD: CAPITULO DE LIBRO

TEMA:

GOBERNANZA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: ESCENARIO ACTUAL

LATINOAMERICANO Y PROPUESTAS PARA EL FUTURO.

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE MAGISTER EN GESTIÓN DE CALIDAD

EN SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

DIRECTOR:

Dr. Carlos Oliva Torres

AUTORA:

Lic. Eloisa Delgado Chicaíza

QUITO, 2023

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 estos 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: Eloisa Magdalena Delgado Chicaiza

Cédula: 1310710320

Lugar y fecha: Quito, diciembre de 2023.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
MAESTRÍA EN GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD Y SEGURIDAD DEL
PACIENTE

QUITO, 18 DE DICIEMBRE DEL 2023

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Por la presente dejo constancia que he leído el proyecto de desarrollo Sub modalidad: Capitulo de Libro presentado por la Licenciada Eloisa Magdalena Delgado Chicaiza para optar al título es: **“Gobernanza para la seguridad del paciente: Escenario Actual Latinoamericano y propuestas para el futuro”**, y en tal virtud acepto asesorar al estudiante, en calidad de tutor durante la etapa de desarrollo del trabajo de grado hasta su presentación y evaluación

En la ciudad de Quito, a los 18 días del mes de diciembre del 2023



Firmado electrónicamente por:
CARLOS EDUARDO
OLIVA TORRES

Firma

Mtr.Carlos Oliva Torres

CI: 1714776042

DEDICATORIA

El presente capítulo es dedicado a mi madre, a lo largo de los años, ha sido una inspiración eterna de lucha y apoyo incondicional en cada etapa de mi formación como ser humano y profesional. Este artículo científico es un modesto tributo a lo excepcional que eres. Tu bendición de cada día me protege y ha iluminado mi camino para alcanzar cada logro que lleva consigo tu huella. Gracias por enseñarme que con perseverancia, sacrificio y amor todos los sueños se pueden hacer realidad.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mis más sentidos agradecimientos a mi respetado tutor, Dr. Carlos Oliva, cuya guía experta y apoyo constante han sido fundamentales para la culminación de este capítulo. Gracias por compartir su conocimiento y experiencia. A través de sus correcciones me han desafiado a alcanzar los mejores estándares.

Estoy agradecida por la oportunidad de aprender y crecer bajo su dirección.

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTOR	ii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS	v
ÍNDICE GENERAL	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. METODOLOGÍA.....	2
3. DESARROLLO	3
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	17
5. BIBLIOGRAFÍA.....	19

RESUMEN

Este capítulo aborda la temática de la calidad en salud con un enfoque específico en la gobernanza para la seguridad del paciente, destacando el escenario actual latinoamericano y proponiendo perspectivas para el futuro. La metodología empleada consistió en realizar una búsqueda, selección y síntesis de evidencia de fuentes secundarias (datos abiertos y/o públicos). Los resultados de este análisis permiten comprender a fondo el papel crucial que desempeña la gobernabilidad en lo referente a los servicios de salud. Se examinan los procesos políticos a nivel organizacional e institucional, proporcionando una visión integral de cómo estos influyen en la formulación de políticas. Las conclusiones derivadas de este estudio contribuyen significativamente a la comprensión y mejora de los sistemas de salud, subrayando la importancia de la gobernanza para garantizar la seguridad del paciente y ofreciendo sugerencias para fortalecer este aspecto en el futuro.

ABSTRACT

This chapter addresses the issue of quality in health with a specific focus on governance for patient safety, highlighting the current Latin American scenario and proposing perspectives for the future. The methodology used consisted of carrying out a search, selection and synthesis of evidence from secondary sources (open and/or public data). The results of this analysis provide a thorough understanding of the crucial role that governance plays in relation to health services. Political processes are examined at the organizational and institutional levels, providing a comprehensive view of how these influence policy formulation. The conclusions derived from this study contribute significantly to the understanding and improvement of health systems, underlining the importance of governance to ensure patient safety and offering suggestions to strengthen this aspect in the future.

1. INTRODUCCIÓN

Una buena gobernanza es la base para consolidar políticas acordes a la situación actual de su población. Es la participación entre los actores para desarrollar políticas con base a una rendición de cuentas transparentes y eficiente. La gobernanza por sí sola no funciona, se interrelaciona con la gobernabilidad para formular e implementar políticas a través de espacios de diálogos y cooperación.

En materia de salud, la gobernanza compartida permite a las administraciones adoptar nuevos roles que incluya la participación de su población para que sus políticas sean más equitativas e inclusivas y ofrezcan una atención de calidad. Estas políticas son instrumentos claves para alcanzar objetivos, que deban contar con apoyo financiero para definir estrategias a corto, mediano o largo plazo, que sean viables para coordinar acciones en su implementación, ya que, priorizar y establecer políticas es una tarea difícil y debe basarse en un análisis exhaustivo para evaluar costos beneficios y su efectividad.

Todos los sistemas de salud enfrentan retos en relación con la seguridad del paciente. Cada año se realizan múltiples investigaciones que muestran la realidad de las instituciones de salud, donde sus indicadores reflejan una problemática en la ocurrencia de eventos adversos (EA).

Por lo tanto, el estudio de la gobernanza en la seguridad del paciente es un tema de gran relevancia para la administración sanitaria, siendo primordial evaluar la cultura organizativa y los principios claves para el cumplimiento de sus objetivos, así como identificar desafíos que impiden brindar una atención centrada y prevenir eventos adversos.

2. METODOLOGÍA

La metodología utilizada fue realizar una búsqueda, selección y síntesis de evidencia de fuentes secundarias (datos abiertos y/o públicos).

3. DESARROLLO

Gobernanza

De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se define como “La implementación de políticas y prácticas que promueven sistemas de salud equitativos, que en el proceso de toma de decisiones reflejen valores como la atención centrada en la paciente basada en evidencia, en el cual intervienen todos los actores del sistema de salud: desde los proveedores hasta los usuarios” (Smith & Lee, 2017).

Para la salud pública es importante aplicar una efectiva gobernanza, esto ayuda a que los hospitales, centros médicos, profesionales de la salud y todos los actores que son parte de este sistema mejoren sus respuestas y desarrollen competencias que les permita enfrentar adecuadamente los diversos retos que se presenten, además de la utilización eficiente de recursos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020).

Gobernanza y su relación con la Gobernabilidad

Los conceptos de gobernanza y gobernabilidad, se encuentran interrelacionados. Permiten analizar el grado de efectividad en la toma de decisiones de los Gobiernos, ante esto se define a la gobernabilidad como “La capacidad del Gobierno para procesar demandas de la sociedad y darle respuesta oportuna” (López, 2013), es decir, se centra en la estructura y los procesos que facilitan la gobernación.

En el ensayo titulado gobernabilidad y gobernanza. Enfoques en tensión (Avalle, 2023), ambos conceptos invitan a reflexionar sobre la aplicación de las políticas gubernamentales y la transformación de la administración de las instituciones públicas,

la transparencia y legitimidad de sus obligaciones, para encaminar al Estado a una vía hacia el desarrollo y progreso buscando el bienestar social con relación a las necesidades de su población.

Gobernanza para la salud

La gobernanza para salud es fundamental en la creación y aplicación de políticas de Gobierno, siendo un proceso en donde se incluye la participación activa de diferentes actores para la promoción y protección de la salud, para Nissán Schoenfeld (2019) es vital que haya tanto regulación como persuasión por parte del Gobierno para motivar y convencer a todos en la cooperación a favor de la salud.

Cabe destacar, que para los autores Valcarcel y colaboradores (2020) la gobernanza en esta área, es un proceso socio-político que va evolucionando hasta obtener una relación madura entre los diferentes componentes como el Estado, la sociedad las organizaciones y la esfera económica para alcanzar un objetivo compartido que es la mejora de los indicadores en una población,

De hecho, un análisis realizado por Da Silva y colaboradores (2023) sobre gobernanza y COVID-19, en países con mejores indicadores de gobernanza como calidad de servicios brindados, formulación e implementación de políticas y regulaciones sólidas, incluida la confianza y respeto por parte de la sociedad, se asociaron a un menor exceso de mortalidad, lo que nos permite reflexionar que cada Gobierno debe tener una mejor resiliencia en sus sistemas de salud con una capacidad de absorción, adaptación o transformaciones antes crisis que puedan presentar.

Gobernanza compartida

Se define como “Mecanismos para que tanto los usuarios del sistema sanitario público como los profesionales que proveen la asistencia se corresponsabilicen en la gestión y permitir que tantas organizaciones ciudadanas como organismos participen en la regulación y el control de la política sanitaria” (Costa Alcaraz et al., 2013).

Debe existir un nuevo enfoque, los Gobiernos en conjunto con sus ministerios y agencias deben desempeñar nuevos roles, ser más participes en la resolución de problemas actuando como intermediarios, impulsador, animador, educador y socios, ser metagobernadores hacia una gobernanza inteligente. (World Health Organization, 2014). Este enfoque es atractivo y eficaz, como sociedad somos responsables de hacer nuestra parte de lo que corresponde, buscar una justicia social relacionada a la salud y exigir a los Gobiernos los recursos necesarios que sean distribuidos de forma eficiente con toma de decisiones prudentes, acertadas y compartidas entre expertos, sociedad civil y el Gobierno.

Políticas de salud en la Gobernanza

Para la gobernanza en salud, la creación de políticas es un proceso que permite la dirección y el cumplimiento de los objetivos, y constituye la configuración de en base a la evidencia, guiada por estrategias y objetivos a largo plazo (Naser et al., 2020).

Por otra parte, para conformar en primera instancia una política pública ésta se inicia con la atención gubernamental hacia ese problema y a su vez se incluye en la agenda social del Gobierno considerados como prioridad de intervención. Necesario de un liderazgo y

conocimiento en acciones coordinadas. Su implementación puede ser a través de un mecanismo ascendente o descendente incluyendo el apoyo financiero.

Dentro de este marco, la gobernanza, el liderazgo y la capacidad técnica de los operadores sanitarios son componentes fundamentales para mejorar la calidad y deben examinarse explícitamente, la priorización es un eje central dentro de la formulación de políticas en salud puesto que los recursos financieros son siempre limitados, la diversidad de necesidades hace su priorización sea un reto para los Gobiernos en la toma de decisiones a largo y a corto plazo.

Para OPS (2018), en la formulación y priorización de políticas en salud se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Análisis de salud pública
- Consultoría entre expertos y partes interesadas
- Análisis de costo-beneficio
- Evaluación de sostenibilidad

En otras palabras, es preciso tener una comprensión clara de cómo se va a desarrollar, promulgar, ejecutar y vigilará las políticas propuestas, existentes o recién promulgadas.

Gobernanza y la seguridad del paciente

Conforme a Kavanagh (2017), una efectiva aplicación de una gobernanza relacionada a la seguridad del paciente va a permitir un mejor desarrollo, implementación y auditoría en las áreas. A través de la existencia de una gobernanza clínica para la investigación de errores con el fin de prestar una mejor atención.

Por consiguiente, la seguridad surge dentro de las políticas promovidas por la gobernanza como una prioridad clave, favorece a la creación de políticas que a su vez crean normas y protocolos centrados en la prevención de errores, en donde exista una supervisión efectiva y asegure una rendición de cuentas en pro de desarrollar una calidad de servicios a los pacientes (Epidemiología & Sc Salud Pública Ph Ciencias Sociales Niñez Juventud Docente, 2020).

Para crear y aplicar una Gobernanza sanitaria activa en cada una de las unidades de salud se compone de tres elementos claves: el sistema de salud, los determinantes sociales de salud, los determinantes del estilo de vida de la salud (Zhang & Ran, 2022). Convirtiéndose en una nueva estrategia para la formulación de nuevas políticas. Da paso a una investigación macro interdisciplinaria e integral, con reformas de políticas integrales y holísticas.

Dentro de gobernanza y seguridad del paciente existe un factor clave que es la cultura de seguridad, permite promover espacios resilientes ante los problemas, sensibilización y aplicación adecuada de los protocolos para tomar mejores decisiones lo que conlleva a una eficiencia en los sistemas de salud (Baquero et al., 2022). Promueve entonces una cultura receptiva y no punitiva en todos sus miembros mediante una comunicación efectiva, identificar fallas, mantienen un aprendizaje continuo. Son entornos donde la seguridad del paciente es una prioridad.

A esto, en la mayor parte de hospitales Latinoamericanos se evidencia que no se aplica estándares que permitan una valoración acertada de la cultura de seguridad (Camacho Rodríguez et al., 2022), encontrándose hallazgos preocupantes entre ellos dotación insuficiente de personal afectando el trabajo en equipo, la cultura punitiva entre

líderes y personal operativo que altera el ambiente laboral perjudicando una gestión sostenible en la obtención de mejores resultados organizacionales.

Escenario global de la gobernanza en los sistemas de salud y su impacto en la seguridad del paciente.

Las políticas en EEUU se encuentran marcadas mayormente por instituciones privadas, Montez (2021) puntualiza que este sistema de salud es una combinación de lo público y privado, es compleja y costosa. La mayor parte de sus ciudadanos tienen un seguro a través de empleadores o programas como el Medicare, Medicaid, Programa de Seguro de Salud Infantil del Estado (CHIP), Administración de Salud para Veteranos (VHA), Programa de Salud para Indígenas Estadounidenses Urbanos (IHS) y la compra directa de seguros privados. Cada uno de estos tienen diferentes formas de acceso y cobertura. Independientemente todos sus ciudadanos pueden recibir servicios primarios, preventivos y adicionales en centro de salud comunitarios.

En EEUU es probable que casi una cuarta parte de todos los pacientes de Medicare todavía experimentan eventos adversos, Classen (2021) menciona sobre el programa federal denominado: Sistema de Monitoreo de Seguridad del Paciente de Medicare (MPSMS). Es un sistema de vigilancia basado en la revisión de historias clínicas que proporciona tasas de 21 medidas específicas, dividido en 4 dominios y aunque existen limitaciones en su implementación debido al incompleto envío de archivos médicos, es un programa completo que necesita fortalecerse. Ofrece recursos de apoyo para todo el sistema de salud en el avance de la tecnología.

Un ejemplo claro de cómo está la situación de eventos adversos se la observó en el año 2018 en 11 hospitales de Massachusetts, al detectar que en alrededor del 24% de sus casos se encontró no menos de un evento adverso. Además, profundizando un poco más se evidenció que en aproximadamente 980 casos de este tipo de eventos, al menos el 23% de ellos era prevenible y el 32% tenía un nivel alto de gravedad. Así mismo, del 7% de ingresos hospitalarios se pudo haber prevenido eventos adversos y del 1% se pudo prevenir eventos adversos graves. (Bates et al., 2023).

En comparación, Canadá cuenta con un sistema de salud proporcionado por el Gobierno llamado Medicare canadiense. La administración y prestación de servicios es responsabilidad de las provincias y territorios compartido por aseguradoras privadas para servicios complementarios o de mayor nivel. Para Martin y colaboradores (2018) los distintos retos que enfrenta este sistema como son los tiempos de espera para la atención, disparidades entre el sector urbano y rural, acceso desigual entre los servicios públicos y privados. Esto demuestra que hay limitantes para poder predicar su principio de “Salud para todos”.

Canadá cuenta con el Consorcio Nacional de Seguridad del Paciente, un grupo formado por más de 50 organizaciones, que incluye al Instituto Canadiense de Seguridad del Paciente. Datos entre el año 2014 y 2015, demuestran que los cinco tipos de daños más comunes fueron: desequilibrio de electrolitos y líquidos, infecciones del tracto urinario, delirio, anemia-hemorragia y neumonía (D’Silva et al., 2017).

En Europa, Reino Unido tiene el Servicio Nacional de Salud (NHS), financiado principalmente por impuestos de sus propios ciudadanos. es uno de los más eficientes

de mundo. Conformado por cuatro sistemas de atención: Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte teniendo sus propios mecanismos de planificación con diferentes roles para el Gobierno y el propio NHS. Caracterizado por brindar una atención médica pública y universal (Anderson et al., 2022).

Reino Unido cuenta con la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente (NPSA) que es el organismo líder que apoya e influye en la atención segura en el sector de la salud en Inglaterra y Gales. El Sistema Nacional de Informes y Aprendizaje (NRLS), es el organismo que capta todas las informaciones sobre incidentes y eventos relacionados a la seguridad del paciente. Cada organización del NHS tiene procedimientos individuales de notificación, que lo realizan los gestores de riesgo. Aragonés (2019) señala que estos incidentes se informan a nivel local a través de un formulario web y a su vez este se encuentra interconectado con el NRLS. Toda la información se encuentra protegida por la NPSA. Este método de notificación y almacenamiento ha permitido identificar áreas potenciales y realizar investigaciones sobre eventos adversos.

En Reino Unido entre julio y septiembre de 2018 en el NHS notificaron al NRLS 488.242 incidentes. Se trata de un aumento del 4,1% con respecto a los 485.156 reportados entre julio y septiembre del 2017. Entre octubre de 2017 y septiembre de 2018, se informó que alrededor del 74,7 % de un total de 199.1783 incidentes no causaron daños y el 22,1 % causaron daños bajos. Se informó que el resto causó daños moderados (2,6%), daños graves (0,3%) y muerte (0,2%) (Tingle, 2020).

En Latinoamérica, Brasil cuenta con el Sistema Único de Salud (SUS) su principal estructura pública y universal de atención. Financiado a través de impuestos. Es un sistema mixto, combina la atención pública con la privada. Ha tenido avances

significativos en materia de seguridad del paciente, gracias a la implementación de diversas regulaciones, capacitaciones y sistemas de información. Aquel país cuenta con el Programa Nacional de Seguridad del Paciente, el cual exige a todos los servidores de salud a crear un Núcleo de Seguridad del Paciente, a fin de proteger y hacer más llevadero el tratamiento de personas en centros hospitalarios de forma preventiva. (Behrens, 2019).

En consecuencia, este país presenta deficiencias en su programa de seguridad del paciente debido a la carencia de obligaciones para instituciones de salud privada. Albuquerque (2022) concuerda que debe existir una asignación mayor de recursos para implementar esas acciones. Crear un órgano específico en el Ministerio de salud o en la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria con el objetivo de diseñar planes y acciones que ayuden a mejorar la seguridad del paciente y que en cada comité también tenga la participación de los propios ciudadanos que se contemple la escucha de sus opiniones y evaluaciones.

De modo que, en una búsqueda activa en una Unidad de Cuidados Intensivos de una localidad brasileña de forma espontánea se reportaron 27 casos, de los cuales 7 fueron confirmados como EA, con tasa de prevalencia del 3%. Se observó que la contaminación de los quirófanos y de los instrumentos médicos, la incorrecta administración de medicina, el mal proceso de extubación y otro tipo de errores similares se categorizaron con mucho potencial de evitabilidad. Sin embargo, la úlcera por presión fue clasificada como moderada a fuerte de evitabilidad (Da Silva et al., 2022).

Por su parte, Colombia basa su modelo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) el cual está conformado por un régimen contributivo y uno subsidiado cuyo objetivo es ofrecer acceso a servicios médicos esenciales. Cuenta con una normativa de regulación sólida, se han creado políticas para reducir el riesgo de eventos adversos e incidentes en sus unidades de salud con prioridad en la gestión de riesgo. En el año 2008 se aprueba la Ley Nacional de Prestación de Servicios y a su vez se promueve la Política Nacional de seguridad del paciente, encabezada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud estableciendo a la seguridad como un principio fundamental que debe ser observado por parte de todos los actores del sistema de salud y formalizado en todas sus bases legales. Se incluye 10 metas de seguridad del paciente con proyección a que las instituciones busquen la acreditación (Morales-Díaz et al., 2022).

A pesar de lo expuesto, en Bogotá, en un centro médico de tercer nivel que brinda los servicios de pediatría, se concluyó que a una tasa alta de EA se los vincula con Infecciones Asociada a la Atención en Salud, debido a la inobservancia de los protocolos establecidos; así también, se encontró que cuando en las historias clínicas se realiza un subregistro se tergiversa los reportes de eventos adversos que requiere el personal sanitario (Cindy Vannessa Parra et al., 2017).

Mientras tanto, la Argentina posee la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES) quien supervisa el sistema público y proporciona cobertura a través del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) y el Programa SUMAR para los más desfavorecidos, también cuenta con el sistema privado En lo referente a la seguridad del paciente existe una base jurídica sólida que establece

estándares y mecanismos para llevar a cabo el cumplimiento de protocolos en sus unidades de atención. A través de la Ley de Derechos del Paciente. Motiva a la toma de decisiones en sus procedimientos y garantiza la confidencialidad de su información (Ministerio de Salud de la Nación, 2022).

Además, cuenta con un programa a nivel nacional que ayuda a promover la seguridad a la notificación de eventos y las prácticas seguras asistenciales y administrativas. Este tiene el objetivo de resguardar y normar a los servidores de salud en lo concerniente a la vigilancia del paciente, así mismo ofrece las herramientas necesarias a los comités de calidad a fin de que convertirse en un ejemplo de servicio sanitario, que se muestre accesible, humano, seguro y eficaz, que pueda llegar a todos los rincones de su territorio y capaz de entrenar adecuadamente a todos sus profesionales. (Ministerio de Salud Argentina, 2021).

No obstante, en un par de centros de salud especializados de aquel país se encontraron alrededor de 265 eventos adversos, de estos se comprobó que admisiones tenía un 32% de casos con una frecuencia de 65 casos cada 1000 días/pacientes. Se los pudo categorizar por su frecuencia de forma ascendente de la siguiente manera: 1% debido a fallas de los dispositivos, un 1.5% por úlceras de presión, el tromboembolismo pulmonar representa el 5%, otro 15% por procedimientos sin infección, el 32% debido a infecciones y finalmente por errores de medicación el 45.5% (Fajreldines et al., 2022).

Gobernanza y Seguridad del Paciente en el Ecuador

El Sistema Nacional de Salud ha experimentado cambios, reformas y políticas notables enfocadas en modernizar el sistema, con la participación activa entre el sector público y

privado. En el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) especifica que se encuentra segmentado en subsistema, que permiten articular políticas públicas para la provisión de servicios. Conformado por el Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y prestadores privados. Existe una coordinación entre estos actores mediante la Red Pública Integral de Salud (RPIS) (Ministerio de Salud Pública, 2018).

En respuesta a la crisis que se ha sobrellevado en los últimos años y que se agudizó por el COVID-19, la autoridad sanitaria elaboró el “Plan Decenal de Salud 2023-2033”. Construido en participación con los organismos internacionales y el sector pública y privado. Este plan presenta cambios en cómo el Ecuador va a gestionar la salud pública, construyendo políticas que se mantengan a largo plazo. (Ministerio de Salud Pública, 2022).

En relación con la seguridad del paciente, en Ecuador se encuentra vigente en el Manual de “Seguridad del Paciente, además que se fomenta una cultura proactiva y un mejoramiento continuo de la calidad de atención (MSP, 2016).

En una investigación observacional en un hospital público para detectar errores de medicación, Carolina Rincón (2022) identificó que la incorrecta administración de fármacos está relacionada a interacciones medicamentosas, como consecuencia de tener un registro incompleto del tratamiento del paciente y por el desorden que muestran los servidores sanitarios en nivel asistencia, lo que puede exacerbar el error por variables como el hecho de que el paciente tenga más de una enfermedad y deba suministrársele más de una medicación.

Gobernanza Hospitalaria en relación a la seguridad del paciente

Se define gobernanza hospitalaria como “Procesos y herramientas relacionados con la toma de decisiones en dirigir la actividad institucional; influencia la mayoría de la conducta organizativa y reconoce las complejas interrelaciones entre los múltiples actores”. (Saltman et al., 2013).

Ante esto, la gobernanza aplicada en la seguridad del paciente no sólo debe limitarse a políticas elaboradas por la parte gubernamental (Córdova Montúfar, 2018). Para que haya una implementación adecuada centrada y sensibilizada, también debe existir una gobernanza institucional dentro de cada unidad, que elaboren reglamentos en base a sus necesidades.

En concordancia con los autores (García et al., 2019) y (Saltman et al., 2013), aplicar los principios de gobernanza para la seguridad del paciente en los centros hospitalarios es un factor transversal para la coordinación entre actores. Se debe tener en cuenta dimensiones para su efectivo cumplimiento: Autoridad gestora efectiva, capacidad gestora en sistemas y procesos, rendición de cuentas externas e incentivos para el desempeño operativo y gestor.

Para la gobernanza hospitalaria deben existir principios enfocados para la seguridad del paciente:

- Participación, colaboración y enfoque centrado en el usuario
- Transparencia, rendición de cuenta y validez
- Eficacia, eficiencia y seguridad del paciente

Para el personal que lidera este programa debe contar con una capacidad de gobernar, a través de sus fortalezas lo que conlleva a que el personal operativo cumpla y ejecute con responsabilidad cada estrategia mejorando la cultura de seguridad en las instituciones.

Desafíos y propuestas para la gobernanza en seguridad del paciente

Para Dykes y colaboradores (2023) explica que existen factores sistémicos, organizativos, tecnológicos, humanos e incluso factores relacionados al propio paciente. Incluso la incoherencia y falta de políticas y reglamentos específicos.

Por tal motivo, la capacidad y conocimiento sobre seguridad del paciente en estos últimos años ha mejorado excepcionalmente, en donde se ha dejado claro los esfuerzos de cada país en alianza con la OMS en crear marcos normativos que exigen cumplir con prácticas seguras para nuestros pacientes. Sin embargo, existen diversos desafíos en los sistemas de salud, de manera que, se deben replantear nuevas perspectivas con escenarios hacia el presente y el futuro en la mitigación de los eventos (Panagioti et al., 2019)

Por esta razón, Koinonia y colaboradores (2023) exalta que se necesita de propuestas urgentes con un enfoque global y coordinado. La mayoría de las acciones no son costosas, y para su aplicación presentan retos principalmente ideológicos y culturales dentro de las organizaciones sanitarias implica realizar cambios en sus conductas y procesos. Los sistemas de salud deben hacer una autorreflexión en donde reconozcan sus propios errores, que haya una cultura de aprendizaje continua y compromiso en todos sus actores que incluya no sólo al personal operativo sino a la parte gerencial y administrativa, para que puedan identificar y corregir falencias.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las variabilidades económicas y políticas que existen a nivel mundial han facilitado la creación de diversos modelos y sistemas de atención de salud en su gran mayoría enfocadas a la atención universal. En Latinoamérica a pesar de sus limitaciones, hoy en día cuentan con políticas y normativas que promueven la seguridad del paciente, y que a la hora de su implementación surgen desafíos que provocan la incidencia y prevalencia de eventos adversos en sus unidades de atención.

Entender el papel de la gobernabilidad en el ámbito de la atención sanitaria, nos permite tener una mejor comprensión de los sistemas de salud y como estos encaminan sus procesos políticos a nivel organizacional e institucional para la elaboración de políticas.

De tal forma, se necesita en la actualidad de una gobernanza inteligente que vaya a la par de la tecnología utilizando datos en tiempo real lo que facilita en primera instancia la elaboración de estrategias además de mejorar las comunicaciones y colaboración entre sectores logrando una gobernanza compartida impulsada por la innovación y la resiliencia con objetivos claros enfocados a los problemas reales.

En Ecuador, no solo basta con tener protocolos o manuales en cada una de las instituciones. Se deben establecer mecanismos de evaluación de eficiencia para identificar prácticas de mejora, y su actualización asociada a las nuevas tendencias en seguridad del paciente. Los comités de calidad deben trabajar de manera coordinada junto con el personal operativo, se requiere el compromiso de todos y hasta de los propios pacientes, de esta manera se permiten crear una cultura de seguridad fomentado la

notificación de eventos sin miedo a represalias, una comunicación horizontal y liderazgo eficiente en sus líderes y parte administrativa que contribuyan a establecer y mejorar los procesos e identificar problemas para que exista una atención fortalecida en todas sus áreas.

Integrar con mayor profundidad la materia de seguridad del paciente junto con la gobernanza en salud, dentro de la formación médica es fundamental para que los futuros profesionales tengan conocimientos sobre las practicas seguras, además de tener un panorama más realista sobre la prevención de eventos iatrogénicos y un pensamiento crítico sobre la importancia de la calidad asistencial y la mejora continua.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, M., Pitchforth, E., Edwards, N., Alderwick, H., McGuire, A., Mossialos, E., Hernández-Quevedo, C., & Maresso, A. (2022). Health system summary United Kingdom.
- Avallé, G. (2023). Gobernabilidad y gobernanza. Enfoques en tensión. *Estudios Políticos (Medellín)*, 66, 28–47. <https://doi.org/10.17533/udea.espo.n66a02>
- Baquero, D. M. O., López, M. N. L., & González, M. F. (2022). Governance and patient safety in the surgical area of a hospital. *VISUAL Review. International Visual Culture Review / Revista Internacional de Cultura*, 9. <https://doi.org/10.37467/revvisual.v9.4305>
- Bates, D. W., Levine, D. M., Salmasian, H., Syrowatka, A., Shahian, D. M., Lipsitz, S., Zebrowski, J. P., Myers, L. C., Logan, M. S., Roy, C. G., Iannaccone, C., Frits, M. L., Volk, L. A., Dulgarian, S., Amato, M. G., Edrees, H. H., Sato, L., Folcarelli, P., Einbinder, J. S., ... Mort, E. (2023). The Safety of Inpatient Health Care. *New England Journal of Medicine*, 388(2), 142–153. <https://doi.org/10.1056/nejmsa2206117>
- Behrens, R. (2019). Patient safety approached from the rights of users. *Revista Bioética*, 27(2), 253–260. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272307>
- 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. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 19, Issue 21). MDPI. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114380>
- Cindy Vannessa Parra, P., Jennyfer Stefanía López, R., Christian Hernando-Bejarano, A., Ana Helena Puerto, G., & Myriam Lucia Galeano, G. (2017). Adverse events in a third level pediatric hospital in Bogotá. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(2), 284–292. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n2a12>
- Córdova Montúfar, M. (2018). Gobernanza y políticas públicas. La seguridad ciudadana en Bogotá y Quito. In *Gobernanza y políticas públicas. La seguridad ciudadana en Bogotá y Quito*. Universidad del Rosario. <https://doi.org/10.12804/th9789587841336>
- Costa Alcaraz, A. M., Costa-Alcaraz, A. M., Calvo-Rigual, F., & Carlos Siurana-Aparisi, J. (2013). GOBERNANZA COMPARTIDA Y LA RAZONABILIDAD COMO APORTACIONES ÉTICAS A LA POLÍTICA SANITARIA. *Revista Salud Pública*, 137– 147. www.uv.es/gibuv

Da Silva, N., De Almeida Cruz, E., Batista, J., Parreira da Silva, D., Régis Luz, P., & Rosane, L. (2022). CARACTERIZACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS HOSPITALARIOS: BÚSQUEDA ACTIVA VERSUS NOTIFICACIÓN ESPONTÁNEA. *Cogitare Enferm*, 27, 1–9. https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.82040_es.

D'Silva, J., Amuah, J., Sovran, V., MacLaurin, A., Rodgers, J., Johnson, T., Leeb, K., & Kossey, S. (2017). New Tools for Measuring and Improving Patient Safety in Canadian Hospitals. *Healthcare Quarterly*, 20(2), 10–13. <https://doi.org/10.12927/hcq.2017.25233>

Epidemiologia, E., & Sc Salud Pública Ph Ciencias Sociales Niñez Juventud Docente, M. D. (2020). Las políticas de salud, un campo de estudio transdisciplinar. *Revista de Salud Pública*, 20(5), 649–654. <https://doi.org/10.15446/RSAP.V20N5.73891>

Fajreldines, A., Pellizzari, M., Valerio, M., & Rodriguez, V. (2022). EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL CUIDADO DE LA SALUD EN ADULTOS INTERNADOS EN DOS HOSPITALES DE ALTA COMPLEJIDAD DE ARGENTINA. *Medicina*, 82(3). http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802022000500423&script=sci_arttext

García, M., Hurtado, T., del Pilar, C., Osorio, G., & Fernanda, M. (2019). Gobernanza, enfermería, seguridad del paciente en una empresa social del estado colombiano. *Revista Venezolana de Gerencia*, 2. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?>

López, M. (2013). Gobernabilidad y gobernanza en los albores del siglo XXI y reflexiones sobre el México contemporáneo. *Revista Mexicana de Sociología*, 75(2), 313–325. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v75n2/v75n2a8.pdf>

Ministerio de Salud Argentina. (2021). Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/202103/acciones-seg-paciente-feb-2021.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. (2022). Coberturas de Salud en Argentina.

Ministerio de Salud Pública. (2018). Atención Integral en Salud en Contextos Educativos (MAIS-CE). <http://salud.gob.ec>

Ministerio de Salud Pública. (2022). Plan Decenal de Salud 2022-2031.

Morales-Díaz, N., Moreno-García, L. C., & Martínez-Delgado, L. (2022). Conocimiento y aplicación de la política de seguridad del paciente por el personal de enfermería, para la prevención y reporte del evento adverso en un hospital de segundo nivel en Cundinamarca. *Revista Cultura Del Cuidado Enfermería*, 19(2), 8–25.

MSP. (2016). Manual de Seguridad del Paciente. <http://servicios.05d02.mspz3.gob.ec:8000/cs-la->

mana/guias_normas_protocolos/MANUALES%20%20%20DE%20CALIDAD%20DE%20LOS%20SERVICIOS%20DE%20SALUD/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20ACUERDO%2000115.pdf

Naser, A., Álvaro Ramirez, A., & Rosales, D. (2020). Desde el gobierno abierto al Estado abierto en América Latina y el Caribe. www.cepal.org/es/suscripciones

Organización Panamericana de la Salud. (2018). MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS NACIONALES DE CALIDAD. www.paho.org

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas.

Panagioti, M., Khan, K., Keers, R. N., Abuzour, A., Phipps, D., Kontopantelis, E., Bower, P., Campbell, S., Haneef, R., Avery, A. J., & Ashcroft, D. M. (2019). Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: Systematic review and meta-analysis. *The BMJ*, 366. <https://doi.org/10.1136/BMJ.L4185>

Saltman, R. B., Durán, A., & Dubois, H. F. W. (2013). Governing public hospitals: reform strategies and the movement towards institutional autonomy. *European Observatory on Health Systems and Policies*.

Smith, R., & Lee, K. (2017). Global health governance: we need innovation not renovation. *BMJ Global Health*, 1–3. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016>

Tingle, J. (2020). Patient safety in the NHS: latest reports update. *British Journal of Nursing*, 29(14), 834–835. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.14.834>

World Health Organization. (2014). Smart governance for health and well-being: the evidence (I. Kickbush & Gleicher David, Eds.; Vol. 1).

Zhang, K., & Ran, B. (2022). Active Health Governance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph19042289>