

**ESTUDIOS ORIGINALES**

# La importancia de la enfermería en la gestión de la calidad asistencial y seguridad del paciente

## The importance of nursing in the management of healthcare quality and patient safety

Miriam Benarroum Marín

Enfermera. Inspectora hospitalaria.

**VI Premios de Investigación CODEM 2022. Finalista.**

**Cómo citar este artículo:** Benarroum Marín, M., La importancia de enfermería en la gestión de la calidad asistencial y seguridad del paciente. *Conocimiento Enfermero* 21 (2023): 07-21.

**Disponible en:** <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/265>

### RESUMEN

**Introducción.** La seguridad del paciente se ha convertido en una línea de gestión prioritaria dentro de las instituciones de salud a nivel global, siendo la calidad asistencial, lo que ha implicado el desarrollo de estrategias para reducir los efectos secundarios derivados de la asistencia sanitaria y los factores causales.

**Objetivo.** Analizar cómo influye la gestión de enfermería en la calidad asistencial y seguridad del paciente.

**Metodología.** Han sido analizadas bases de datos (Google académico, Scielo y Pubmed), con descriptores específicos y según los criterios de inclusión y exclusión, se ha obtenido artículos, libros, publicaciones y revistas para la revisión bibliográfica.

**Resultados.** Se seleccionan 39 artículos; 13 pertenecen a seguridad del paciente, 9 a gestión de enfermería y 17 a calidad asistencial.

**Conclusiones:** El papel multidisciplinar que tienen las enfermeras en el cuidado al paciente influye de forma directa sobre la calidad asistencial y seguridad de los pacientes. La identificación de los factores de riesgo nos permite adoptar medidas preventivas adecuadas con la importancia de un buen liderazgo.

**Palabras clave:** seguridad del paciente; administración de los servicios de salud; calidad de la atención de salud; liderazgo; enfermeras y enfermeros.

### ABSTRACT

**Introduction.** Patient safety has become a priority management line in healthcare institutions at global level, being the quality of care, which has involved the development of strategies to reduce health care side effects and causative factors.

**Objective.** To analyze how nursing management influences the quality of care and patient safety.

**Methodology.** Databases have been analyzed (academic Google, Scielo and Pubmed), with specific descriptors and according to the inclusion and exclusion criteria, articles, books, publications, and journals have been obtained for bibliographic review.

**Results.** We selected 39 articles; 13 pertaining to patient safety, 9 to nursing management and 17 to quality care.

**Conclusions.** The multidisciplinary role of nurses in patient care directly influences the quality of care and patient safety. The identification of risk factors enables us to take appropriate preventive measures with the importance of good leadership.

**Keywords:** patient safety; health services administration; quality of health care; leadership; nurses.

## 1. Introducción

La naturaleza humana nos lleva a cometer errores en todos los ámbitos en los que realizamos acciones, pero esa misma naturaleza también nos empuja a superarnos, estudiarlos y evitarlos [1,2]. Existen áreas donde las acciones erróneas pueden tener consecuencias fatales, como es la sanitaria. Esto ha supuesto que la seguridad de los pacientes y los errores cometidos por los profesionales de la salud sean objetivos continuos sobre los que se desarrollan estrategias en los sistemas sanitarios para alcanzar una atención de calidad [3].

En base a esto, surge plantear como objetivo en este trabajo analizar y examinar el rol que desempeña la gestión de enfermería en la calidad asistencial y seguridad del paciente.

Actualmente, el colectivo sanitario mayoritario en España es el de los enfermeros suponiendo a finales del pasado año 2020, un 35,96% del total, según datos del INE [4].

En esta revisión bibliográfica vamos a analizar la relación e importancia de la calidad asistencial, y la seguridad del paciente.

## 2. Metodología

### Objetivos:

- Definir el concepto de calidad asistencial y sus sistemas de evaluación
- Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria.
- Diseñar y establecer sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

### Bases de datos y fuentes documentales consultadas:

Para llevar a cabo esta revisión, o se consultó ningún tipo de material físico; únicamente se utilizaron las siguientes bases de datos de internet como fuente de información:

- PUBMED
- SciELO (Scientific Electronic Library Online)
- Google Académico

### Palabras clave:

Para delimitar las palabras clave, se utilizó el thesaurus de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). En la base de datos PubMed se utilizó el thesaurus desarrollado por la National Library of Medicine (NLM), llamado Medical Subject Headings (MeSH).

### Criterios de inclusión y exclusión

Antes de realizar la búsqueda bibliográfica, se establecieron los criterios de inclusión y exclusión transversales para todas las bases de datos consultadas.

Los criterios de inclusión fueron:

- Artículos publicados en los últimos 5 años (2016-2021).
- Estar publicados en inglés o en castellano.
- Artículos de publicación libre o que se pueda acceder a ellos de forma gratuita.

Los criterios de exclusión fueron:

- Artículos que no cumplan los criterios de inclusión.
- Artículos a los que no se pudiera acceder al texto completo.
- Artículos de pago.

### Estrategia de búsqueda bibliográfica:

La búsqueda se realizó entre los meses de septiembre a diciembre del año 2021, en las bases de datos anteriormente mencionadas. El operador booleano utilizado fue el AND, para combinar los términos de búsqueda de manera que cada resultado se obtuviera todos los términos introducidos. Los booleanos OR y NOT no fueron utilizados en ninguna búsqueda.

Para encontrar las referencias bibliográficas que se adaptaran de forma clara y precisa a los objetivos planteados, se combinaron las palabras clave y los booleanos en la búsqueda.

## 3. Desarrollo

### 3.1. Calidad asistencial

Durante toda la historia han surgido diferentes enfoques para definir y clasificar la calidad asistencial, los diversos conceptos y modelos nos han dejado dudas acerca de cómo valorar real-

mente la calidad. En 1980 Avedis Donabedian [5] fue el primero en hablar sobre la calidad asistencial la definió como “*aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes*”. Además, propuso un modelo de evaluación en tres fragmentos: la estructura, el proceso y los resultados de la asistencia prestada.

- **La estructura:** engloba el espacio físico, los recursos humanos y materiales y la organización del centro.
- **El proceso:** evalúa de forma general el conjunto de actividades que los sanitarios realizan con el enfermo, lo realizan unos auditores que comparan el protocolo del propio centro para una determinada intervención con las actividades realizadas.
- **Los resultados:** El análisis por resultados evalúa las consecuencias de todo lo realizado en el centro sanitario, desde la perspectiva de los cambios producidos en el usuario y el grado de satisfacción.

Donabedian [6] indicó que es posible cuantificar y demostrar la calidad asistencial a través del grado de calidad que poseen los elementos estructurales o materiales necesarios para la prestación de la asistencia sanitaria (buenas instalaciones, personal cualificado, gestión y supervisión apropiadas, etc.); del grado con el que los sanitarios efectúan el abordaje asistencial (práctica clínica), y del grado con el que los pacientes valoran la calidad recibida.

La enfermería a lo largo de su historia siempre ha sido uno de los pilares fundamentales en la proporción de los cuidados a las personas, desde los modelos de cuidados de Virginia Henderson hasta la actualidad, los profesionales de enfermería han ido obteniendo cada vez más relevancia en el cuidado de la salud, todo ello gracias a la enorme vocación que profesa el colectivo y la formación continua a la que se ve sometida, siendo de gran relevancia los cambios y evidencias científicas que surgen a diario, lo que las mantiene en un constante desarrollo.

Según el International Council of Nursing [7], la enfermería abarca aquellos “cuidados autónomos y colaborativos de los pacientes de todas

las edades, las familias, grupos y comunidades, enfermos y sanos en cualquier situación”.

Es importante destacar que el papel de la enfermería en el cuidado proporcionado influye de forma directa en la calidad y seguridad asistencial de los pacientes.

Actualmente, la calidad en sus múltiples ámbitos de abordaje y diferentes formas de gestión está cada vez más presente en nuestro día a día, ya sea a través de artículos, libros o por medio de productos y servicios, haciendo que la calidad sea un factor esencial que perseguir por las empresas modernas.

### 3.1.1. La calidad asistencial: Concepto

A lo largo de la historia, se han utilizado numerosas definiciones para describir el concepto de calidad asistencial y sus dimensiones, en este caso, nos vamos a decantar por la propuesta de la OMS (organización mundial de la salud); que define la calidad asistencial como: “*Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso*”. [8]

Mientras, el Consejo de Europa definió la calidad asistencial en 1998 como el “*grado por el que el tratamiento dispensado aumenta las posibilidades del paciente de alcanzar los resultados deseados y reduce la posibilidad de resultados indeseados, considerando el estado de conocimiento actual*” [9].

Diferentes autores [10,11,12] utilizan para definir la calidad asistencial dimensiones; Entre las más utilizadas, en orden de repetición, son efectividad, eficiencia, accesibilidad, equidad, seguridad asistencial, continuidad.

Siendo las dimensiones de efectividad y eficiencia inamovibles en las definiciones de diversos autores.

1. **Efectividad:** la capacidad de un procedimiento o técnica de generar una mejora de la salud basándose en la evidencia científica.

2. **Eficiencia:** la consecución de los objetivos propuestos al mínimo coste posible.
3. **Accesibilidad:** la facilidad con la que se puede obtener un servicio de salud teniendo en cuenta diferentes factores (geográficos, socioeconómicos, entre otros).
4. **Eficacia:** directamente relacionada con la efectividad. Es la capacidad de que se consiga mejorar la salud maximizando el rendimiento de los recursos y evitando el mal uso de estos.
5. **Equidad:** los servicios de salud deben brindarse a todos por igual, sin hacer distinciones por raza, género, etnia, localización geográfica o estatus socioeconómico.
6. **Seguridad del paciente:** el resultado de la acción de cuidar y los potenciales riesgos para el paciente. La relación beneficios/riesgos debe ser positiva.
7. **Continuidad:** Se refiere al seguimiento ininterrumpido de las necesidades sanitarias del individuo o la población por parte de los profesionales.

Además de estas dimensiones también podemos encontrar otras no tan utilizadas como la agilidad, el confort, el trato y la información.

Es responsabilidad de los proveedores de servicios de salud tomar las medidas necesarias

que permitan hacer sus servicios seguros, efectivos, eficientes, eficaces, accesibles, equitativos y centrados en la persona.

Donabedian [5,6] dividió las dimensiones con las que otros autores describían la calidad asistencial en tres componentes dependiendo del ámbito al que pertenezcan: Científico-Técnico, Interpersonal-Relacional y Organizativo-Económico (Gráfico 1).

### 3.1.2. Estrategia de la calidad asistencial

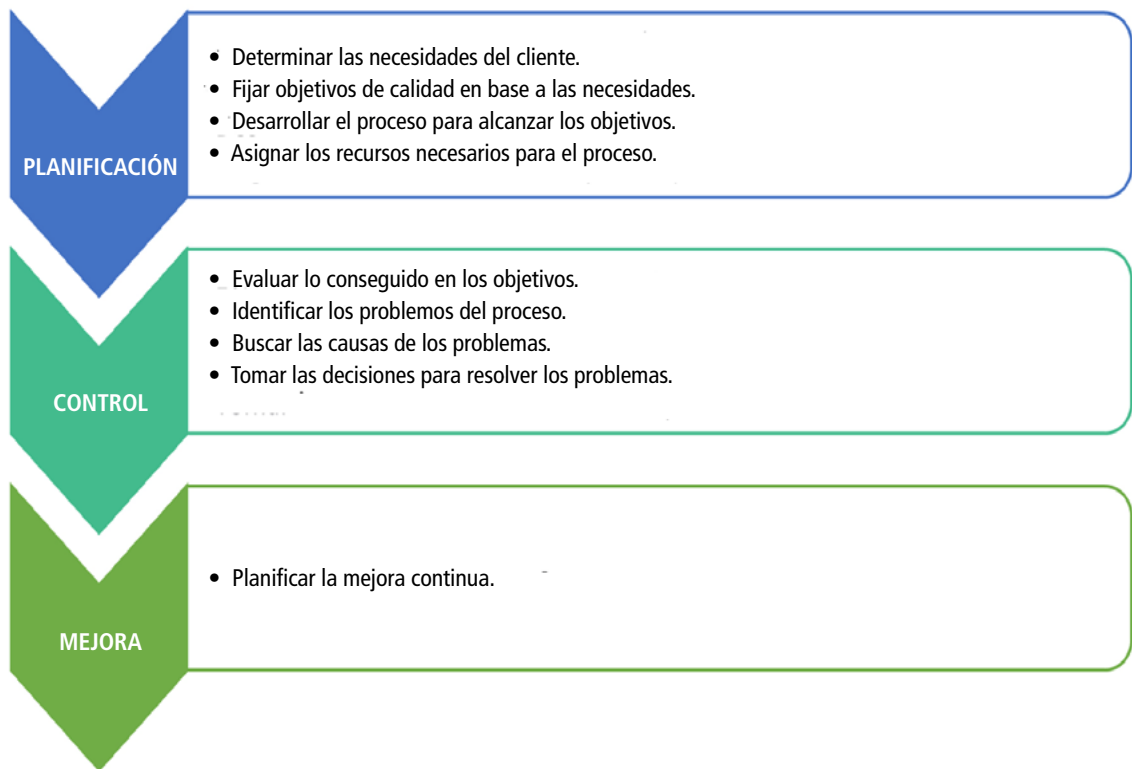
La calidad asistencial [13,14] es una disciplina que ha adquirido una gran relevancia en la atención hospitalaria actual. Vivimos en una época en la que los pacientes son cada vez más demandantes con el sistema, los profesionales son más capaces y están mejor formados y la tecnología médica es cada vez más innovadora y avanzada.

Estos y otros muchos factores sociales y científicos han contribuido a potenciar y desarrollar la calidad y la seguridad de la atención prestada por los servicios sanitarios. Por ello, resulta indispensable que los hospitales puedan medir la calidad de la asistencia prestada y la seguridad de los pacientes.

**GRÁFICO 1.** Dimensiones de la calidad asistencial.



**Fuente:** Elaboración propia.

**GRÁFICO 2.** Gestión de la calidad asistencial.

**Fuente:** Elaboración propia.

### 3.1.3. Gestión de la calidad

La calidad se gestiona [15] a través de un conjunto de actividades para conseguir la satisfacción de las expectativas del cliente (externo e interno) al menor coste posible. Se gestiona mediante tres actividades fundamentales como son la **planificación**, el **control** y la **mejora** (Gráfico 2).

Para la planificación de una estrategia de calidad asistencial [13,16] se realiza un proceso básico y cíclico, lo suficientemente flexible como para permitir su adaptación a diferentes contextos.

El proceso [15,17] incluye 7 elementos (Gráfico 3):

- 1. Definición de los responsables** de desarrollar el proceso y de todos los involucrados de forma directa en el mismo.
- 2. Análisis de la situación**, determinando las necesidades existentes
- 3. Definición de los objetivos de salud a alcanzar.**

**4. Desarrollo de los objetivos de calidad** con los que alcanzaremos los objetivos de salud.

**5. Elección de las intervenciones** que llevarán a alcanzar los objetivos de salud y calidad.

**6. Implementación de las intervenciones .**

**7. Monitorización del proceso** para optimizar los resultados.

Para el *Control* de la calidad necesitamos evaluar los objetivos establecidos previamente en la planificación y comprobar si se están llevando a cabo de forma correcta. Para esta evaluación disponemos de distintas herramientas como la publicación de guías prácticas clínicas que apoyen la gestión de los profesionales sanitarios durante su empeño, así como los diferentes sistemas de seguimiento (auditorías, consentimientos informados o estudios de pacientes, entre otros).

Puede ser muy útil también en estos casos el contar con la evaluación de nuestros homólogos, a través de programas de acreditación, de revisión por pares, entre otras.

**GRÁFICO 3.** Planificación de la calidad asistencial.

**Fuente:** Elaboración propia.

### 3.1.4. Modelos de gestión de la calidad aplicados a la sanidad

Herramientas que ayudan a establecer un sistema de gestión

Los modelos de gestión de la calidad son herramientas, instrumentos de evaluación interna o externa que ayudan a las instituciones sanitarias a establecer un sistema de gestión, midiendo en qué punto se encuentran dentro del camino hacia la excelencia.

Los distintos modelos de gestión de la calidad son compatibles entre sí: existen ejemplos reales en distintos servicios de salud del SNS, de coexistencia de modelos, que se complementan y con resultados contrastables.

Para gestionar la calidad [17] de la asistencia sanitaria encontramos

- **Modelos de certificación ISO**

La certificación asegura que una institución sanitaria sigue de forma rigurosa una serie

de normas de calidad en un proceso o actividad. Existen dos organismos de normalización en el ámbito internacional la Organización Internacional de Normalización (International Standards Office, ISO) es la que cubre la mayoría de los sectores de actividad, entre ellos el sanitario.

El sistema de calidad, en este contexto, es el método que adopta cada organización (servicio o centro), por el cual se asegura la conformidad de los productos o servicios con lo que está reglamentado por la Norma ISO 9000. Debe estar definido el ámbito de la certificación y el propósito: definiendo y comunicando de forma precisa los 6 servicios, actividades y/o productos comprendidos en los certificados de aprobación (análisis clínicos, admisión, microbiología, etc.). Una vez obtenido, el organismo certificador realiza una auditoría anual para revisar el cumplimiento del plan de acciones correctivas, auditar comprobando los cambios realizados en los procedi-

mientos. Cada tres años se realiza una auditoría de renovación. Se trata de un proceso voluntario que se está introduciendo de forma paulatina en el sector sanitario.

- **Modelos de excelencia EFQM**

Se entiende como gestión de calidad total una *“estrategia de gestión de toda la empresa, a través de la cual se satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes, de los empleados, de los accionistas y de la sociedad en general, por medio de la utilización eficiente y coordinada de todos los recursos de que dispone: personas, materiales, tecnologías, sistemas productivos, etc”* [18].

La gestión de los procesos orientados al cliente constituye uno de los pilares sobre los que pivota una organización excelente, con la máxima eficacia y eficiencia.

El desarrollo de la calidad total a escala internacional ha dado lugar a la aparición de varios modelos de Excelencia en la Gestión, que sirven como instrumento de autoevaluación para las instituciones y organizaciones, anualmente se dan unos “Premios a la excelencia de la gestión” para valorar este proceso.

El modelo más utilizado en el entorno sanitario es el de la Fundación Europea para la

Gestión de Calidad (European Foundation for Quality Management –EFQM) que se basa en la autoevaluación [19,20].

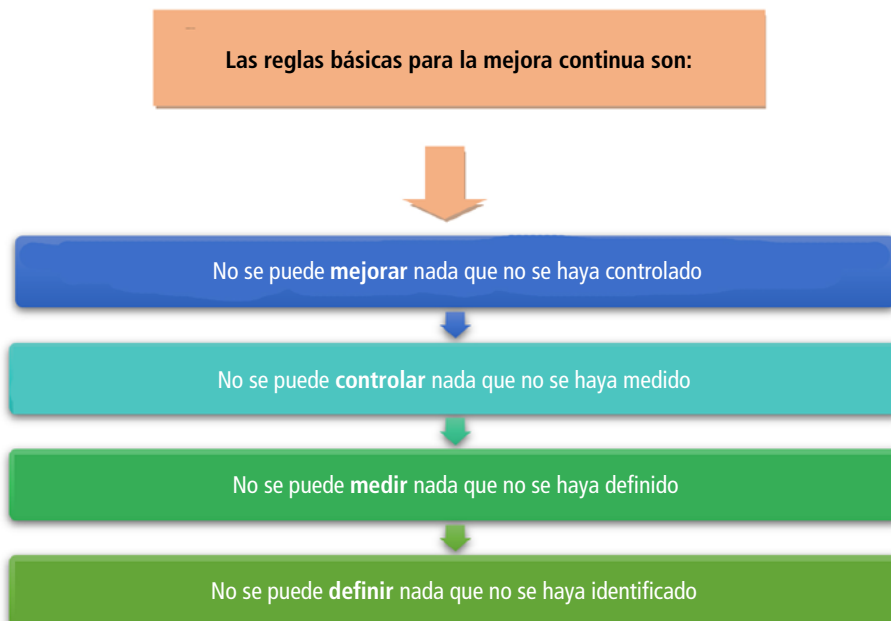
El Modelo EFQM de Excelencia es un marco de trabajo que reconoce la excelencia de una institución sanitaria, y se puede lograr de manera sostenida mediante distintos enfoques. Formado por 9 criterios, a través de los que enuncia que *“los Resultados excelentes con respecto al Rendimiento de la organización, a los Clientes, la Personas y la Sociedad se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la Política y Estrategia, las Personas de la organización, las Alianzas y Recursos y los Procesos”*.

- **Modelos de acreditación JOINT COMISSION**

Mediante un proceso de verificación externo dirigido a acreditar unos estándares específicos de sanidad para la realización de una actividad determinada definida por una institución sanitaria.

Evaluar el grado de cumplimiento de una serie de requisitos de calidad, previamente establecidos, por un órgano independiente, el cual, a la vista de los resultados obtenidos, emitirá finalmente el dictamen correspondiente.

**GRÁFICO 4.** Principios básicos de la calidad asistencial.



**Fuente:** Elaboración propia.

Los sistemas de acreditación sanitaria están sujetos a diferentes variables y situaciones, generalmente preconcebidas por la cultura, el nivel político y socioeconómico, así como el entorno en que se halla el país o región donde se aplique el sistema de acreditación.

Sin embargo, en el sector sanitario se desarrolla otro tipo de acreditación de tipo administrativo, una autorización, que supone el reconocimiento de que una institución, persona jurídica o actividad reúne una serie de requisitos [21]. Es de carácter obligatorio ante una autoridad gubernamental competente, regulado (en el ámbito local, regional o estatal) en una norma específica (Ley, Decreto, Orden o Reglamento).

Para planificar la mejora continua se usa el plan PDCA (Plan – Do- Check – Act), también llamado círculo de Deming.

Esta metodología describe los cuatro pasos esenciales que se deben llevar a cabo de forma sistemática para conseguir la mejora continua. El círculo de Deming lo componen 4 etapas cíclicas, de forma que una vez acabada la etapa final se debe volver a la primera y repetir el ciclo de nuevo.

### 3.1.5. ¿Cómo implantar el Ciclo PDCA en una organización?

Las cuatro etapas que componen el ciclo son las siguientes [22,23,24]:

1. Planificar (Plan): Se buscan las actividades susceptibles de mejora y se establecen los objetivos a alcanzar. Para buscar posibles mejoras se pueden realizar grupos de trabajo, escuchar las opiniones de los trabajadores, buscar nuevas tecnologías mejores a las que se están usando ahora, etc.
2. Hacer (Do): Se realizan los cambios para implantar la mejora propuesta. Generalmente conviene hacer una prueba piloto para probar el funcionamiento antes de realizar los cambios a gran escala.
3. Controlar o Verificar (Check): Una vez implantada la mejora, se deja un periodo de prueba para verificar su correcto funciona-

miento. Si la mejora no cumple las expectativas iniciales habrá que modificarla para ajustarla a los objetivos esperados.

4. Actuar (Act): Por último, una vez finalizado el periodo de prueba se deben estudiar los resultados y compararlos con el funcionamiento de las actividades antes de haber sido implantada la mejora. Si los resultados son satisfactorios se implantará la mejora de forma definitiva, y si no lo son habrá que decidir si realizar cambios para ajustar los resultados o si desecharla. Una vez terminado este paso, se debe volver al primero periódicamente para estudiar nuevas mejoras a implantar.

## 3.2. Seguridad del paciente

La seguridad de los pacientes es un tema de amplia actualidad, que ha cobrado interés para los profesionales sanitarios, entre ellos los profesionales de Enfermería.

Sin embargo, la escasa información del rol de la enfermera en la prevención de errores y gestión de riesgos sanitarios en el ámbito asistencial hace necesario el estudio de la participación de Enfermería en la seguridad de los pacientes.

La calidad del cuidado en profesionales de enfermería es muy importante, por esta razón la atención brindada no debe de estar limitada a cumplir órdenes, sino que debe aportar cuidados de calidad.

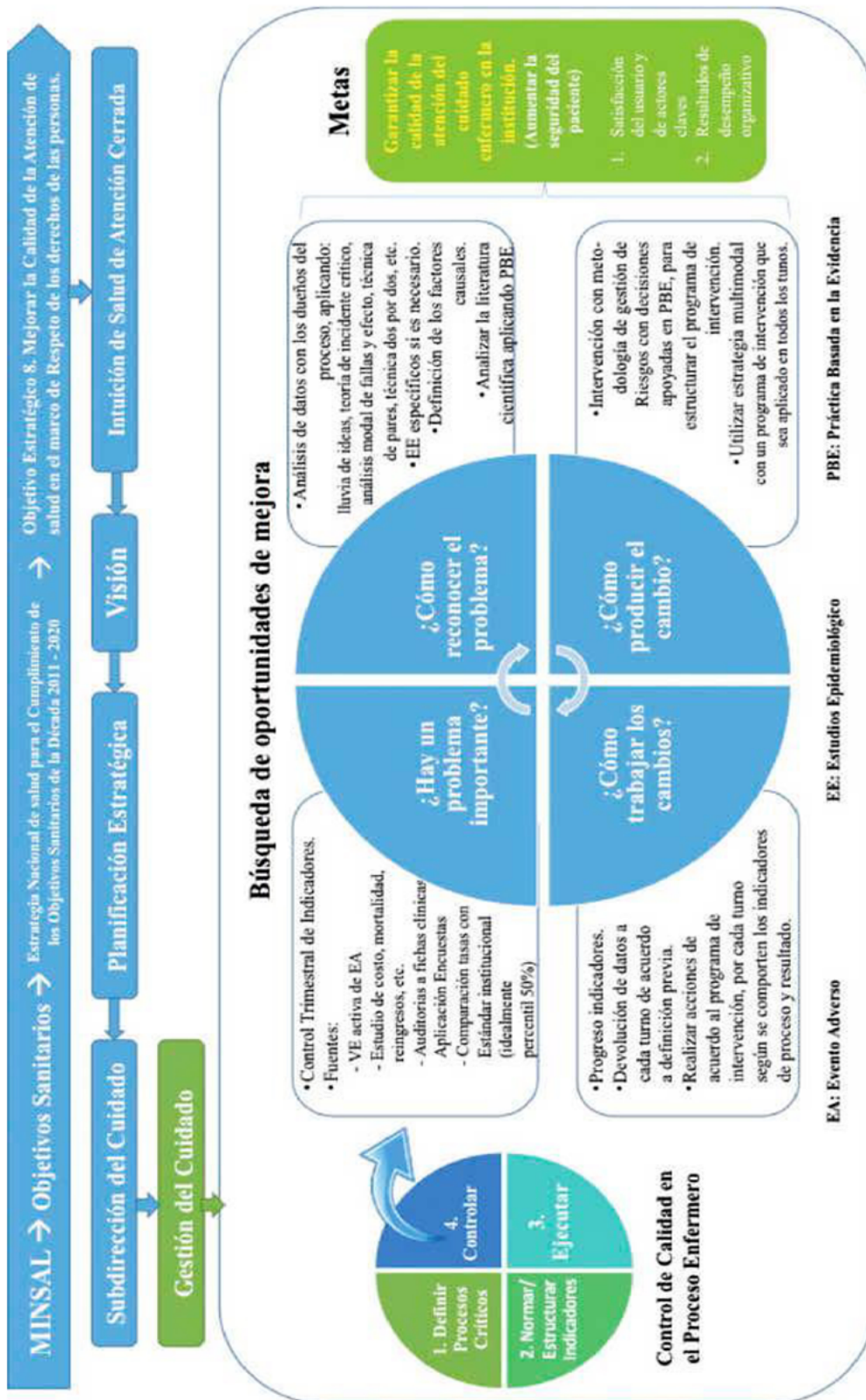
La Constitución Española de 1978 en su artículo 43 recoge el derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas, de las prestaciones y servicios sanitarios [25].

La Ley General de Sanidad (LGS) de 1986 tiene por objeto regular todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la salud de los ciudadanos y marca la función del Sistema Nacional de Salud, que es la integración y coordinación de todas las funciones y prestaciones sanitarias suministradas por instituciones públicas y privadas [26].

Así mismo en España, según el estudio ENEAS (Estudio Nacional Sobre Efectos Adversos) ligados a la hospitalización, se pudo observar que



FIGURA 1. Proceso de calidad asistencial.



Revista Médica Clínica Las Condes. 2018;29:278-87

Fuente: Elaboración propia.

hasta el 9,3% de los pacientes que ingresaron en un hospital sufren alguna situación adversa relacionado con la atención sanitaria. Las causas comunes identificadas son el uso de medicamentos (37,4%), la infección nosocomial (25,4%) y la aplicación de técnicas y procedimientos

Hablamos de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) para referirnos a aquellas infecciones que el paciente puede contraer como consecuencia de la asistencia o atención recibida en un centro asistencial, ya sea un hospital, centro de especialidades, centro de diálisis, centro de media o larga estancia, rehabilitación o en un hospital de día, es decir, cualquier centro sociosanitario [27].

Estas infecciones son un importante problema de Salud Pública en España, Europa y a nivel mundial provocan un aumento de las estancias hospitalarias, discapacidad a largo plazo, mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, costes adicionales tanto para el propio paciente como para el sistema sanitario, y muertes innecesarias. La prevención y control de estas infecciones constituyen una línea de actuación prioritaria de las estrategias de seguridad del paciente.

Según datos del European Center for Disease Prevention and Control, aproximadamente 4 millones de pacientes adquieren una IRAS cada año en la Unión Europea y aproximadamente 37.000 muertes resultan directamente de estas infecciones [28].

Una gran proporción de estas muertes se debe a bacterias multirresistentes a los antimicrobianos. En España, según datos del estudio EPINE llevado a cabo por la SEMPSPH, en el año 2018 casi un 8% de los pacientes ingresados en un hospital presentaban al menos una IRAS.

La vía de transmisión más importante y frecuente de las IRAS es por contacto indirecto, mediante material clínico o superficies contaminadas, manos contaminadas que no han sido lavadas o guantes contaminados que no han sido retirados.

Hasta un 20 o 30 % de las IRAS son prevenibles mediante programas de control de la infección e higiene y los sistemas de vigilancia son una importante herramienta en el logro de este objetivo.

La vigilancia nacional de las IRAS se realiza mediante estudios de incidencia de procedimientos, áreas y microorganismos seleccionados y mediante estudios de prevalencia de las IRAS y uso de antimicrobianos [29].

### 3.2.1. Concepto

La seguridad del paciente abarca una amplia jerarquía de acciones dirigidas en dirección al desempeño; la gestión de la seguridad y los perjuicios ambientales, incluida la vigilancia de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, la seguridad de los equipos, la experiencia y el ámbito en el que se presta la atención sanitaria.

En cada paso del proceso de atención de enfermería hay ciertos momentos peligrosos, por lo cual la seguridad del paciente es un principio primordial de la atención sanitaria. Así mismo los sucesos adversos podrían estar en relación con dificultades de la experiencia clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema.

Tras analizar los diferentes sistemas de seguridad se han descubierto que las causas de los eventos adversos en la seguridad del paciente no se deben exclusivamente a acciones individuales del personal de salud, sino que abarca a todo el personal de salud, por ello es muy interesante promover una cultura de seguridad en las instituciones sanitarias mediante una gestión eficaz de la calidad asistencial.

Cada año se producen 134 millones de eventos adversos por una atención poco segura en los hospitales de los países de ingresos bajos y medios, lo que provoca 2,6 millones de muertes [31].

A nivel mundial, hasta 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención sanitaria primaria y ambulatoria. Hasta el 80% de los daños se pueden prevenir. Los errores más perjudiciales están relacionados con el diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos [29,32].

Las inversiones en la reducción de los daños a los pacientes pueden conducir a ahorros financieros significativos y, lo que es más importante, a mejores resultados para los pacientes respecto a la calidad asistencial.

### 3.2.2. Fundamentos

La seguridad del paciente se apoya en dos líneas de pensamiento:

- **Teoría del error de Reason:** modelo de causalidad de accidentes propuesto para el análisis y la gestión de riesgos por Dante Orlandella y el psicólogo cognitivo James T. Reason, que describieron el error humano como la ejecución de un plan incorrecto de forma no intencionada para lograr un objetivo.

El modelo expone a modo de “queso suizo” la hipótesis de que la mayoría de los accidentes se remontan a uno o más de los cuatro dominios de fallo: organización, supervisión, condiciones previas y actos específicos. Las rebanadas de queso suizo representan las barreras contra el fracaso y los agujeros las debilidades. Estos varían de tamaño y posición según los cortes. Cuando los agujeros de las rebanadas se alinean, aparece el “fallo del sistema” y se produce lo que denominan “una trayectoria de oportunidad del accidente” (figura 2).

- **Cultura de seguridad del paciente:** cambio global en la mentalidad para afrontar los fallos que pueden aparecer en el sistema sanitario. Se caracteriza por tener una responsa-

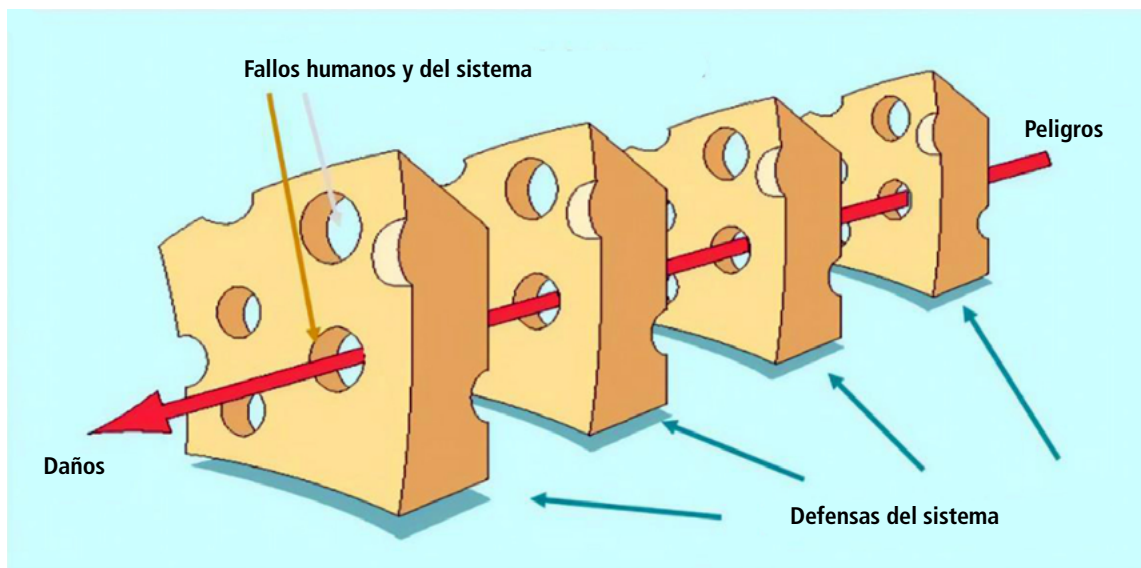
bilidad compartida y determina la necesidad de implicación de todos los profesionales de la salud en la búsqueda de soluciones.

La búsqueda de los riesgos y su análisis tienen un fin de mejora y desaparece el objetivo punitivo en caso de detectar fallos. La cultura de seguridad persigue la implicación y compromiso de todos los profesionales sanitarios y se puede definir como “*el conjunto de valores y normas comunes a los individuos, dentro de una misma organización, e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir, de manera que los individuos y la organización están comprometidos con los programas de seguridad de los pacientes*” [33].

En España, el Ministerio de Sanidad definió la misión de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud: “*establecer los objetivos y recomendaciones orientados a minimizar los riesgos asistenciales y a reducir el daño asociado a la asistencia sanitaria*” [34].

Esta estrategia ha sido continuada y desarrollada por las diferentes CC.AA. Siendo sus objetivos principales: la disminución de los daños asociados a la práctica clínica, reforzar la confianza de los pacientes en los profesionales y el sistema sanitario e incrementar la transparencia.

**FIGURA 2.** Teoría del error de Reason.



**Fuente:** Reason, J., Human error: models and management. BMJ, 2000; 320:769.

#### 4. Conclusiones

Los modelos de gestión sanitaria tradicional han quedado arcaicos en tiempo puesto que no se puede gestionar adecuadamente siguiendo las estructuras piramidales como hasta ahora. Para avanzar como organización, los centros sanitarios deben modificar sus modelos de gestión, basando su trabajo en la integración de los procesos de salud con el fin de proporcionar continuidad de cuidados a los usuarios. Para ello necesitan trabajar en equipo con el fin de entender la integración de todos los procesos de salud y establecer un foco común donde se tienen que concentrar todos los esfuerzos y trabajos manteniendo la visión objetiva hacia el usuario [35,36].

Las guías y vías de práctica clínica y los protocolos son instrumentos que permiten y facilitan la integración de los procesos asistenciales y ayudan a trabajar en los modelos de calidad total.

Sin embargo, existen aún problemas como la variabilidad clínica que dificultan la consecución de la estandarización de los procesos y que no se trabaje en la gestión de calidad total en la estructura, los procesos y resultados de la atención a los usuarios.

Se hace necesario pues un cambio en la visión global de las organizaciones además de formar a los trabajadores en la importancia de este modelo y en general, de la calidad del trabajo [37].

Se demuestra así, el papel esencial de la líder de enfermería en la gestión y consecución de los objetivos en materia de calidad asistencial y seguridad del paciente, puesto que son responsabilidad del equipo directivo de enfermería entre otros miembros las siguientes tareas:

- Liderar la Comisión de Seguridad del Paciente.
- Monitorizar los eventos adversos y cumplimiento de planes de mejora.
- Revisar y aprobar las estrategias de reducción de riesgo resultantes.
- Asignar la responsabilidad de implementar las estrategias de reducción de riesgo.
- Colaborar en la difusión de información sobre la adopción de medidas de mejora.
- Realizar seguimiento del cumplimiento de la estrategia y objetivos de Seguridad del Paciente en el centro.
- Evaluar el cumplimiento de indicadores de calidad asistencial.
- Revisar la consecución de objetivos en base a estándares de calidad del centro.

Dentro de las organizaciones enfermeras se han dados los primeros pasos incluyéndose la figura de las enfermeras gestoras de casos o enfermera de enlace, que facilitan que no se pierda la continuidad de cuidados a los usuarios y que se camine hacia la excelencia dentro de las instituciones sanitarias.

Los resultados obtenidos tras la revisión de la bibliografía nos acerca a la realidad sobre la problemática de este tipo de eventos en las instituciones de salud, que son producto de la práctica de Enfermería en la mayoría de los casos e indicadores de la calidad de los cuidados brindados, por lo tanto, es importante continuar realizando diseños observacionales que permitan determinar no solo la frecuencia de éstos, sino también, los factores relacionados con su aparición, a fin de direccionar las acciones hacia una disminución de la incidencia y de las discapacidades resultantes [38,39].

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parra GM, De la Ossa JJ, Ruiz SD. Diagnóstico de la situación actual de una empresa de servicios de alimentación con respecto al cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 para un sistema de gestión de la calidad. SIGNOS - Investigación en sistemas de gestión [Internet]. 28 de enero de 2019 [consultado el 15 de septiembre de 2021];11(1):99-116. Disponible en: <https://doi.org/10.15332/s2145-1389-4937>
2. Monroy Ceseña MA, Urcádiz Cázares FJ. Calidad en el servicio y su incidencia en la satisfacción del comensal en restaurantes de La Paz, México. Investigación Administrativa [Internet]. 1 de enero de 2019 [consultado el 15 de septiembre de 2021];48:1-22. Disponible en: <https://doi.org/10.35426/iav48n123.06>

3. López-Rodríguez A, Lázara González-Maura VL, Valdivia-Díaz JE. Evaluación interna de la calidad en la universidad de atacama. Hacia un modelo permanente y participativo para la mejora continua. *Revista Electrónica Calidad en la Educación Superior*. 2016 Nov 30;7(2):180-202.
4. Grupo de trabajo de la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica. Documento marco del sistema nacional de vigilancia de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015.
5. Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor; Michigan, Health Administration Press.
6. Donabedian, A. (1988). "The Quality of Care: How can it be assessed?" *Journal of the American Medical Association* 260: 1743-1748.
7. Camisón C, Cruz S, González T. *Gestión de la calidad*. Madrid: Pearson Educación; 2006.
8. Organización Mundial de la Salud. *La investigación en seguridad del paciente*. Ginebra: OMS; 2019 [acceso: 23/05/2020]. Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/research/es/>
9. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud [Sede Web]. Madrid. MSSSI [acceso 11 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
10. Rubio Velasco, F. El arduo camino hacia la universalidad de la asistencia sanitaria de los inmigrantes irregulares en España. *e-Revista Internacional de la Protección Social*. 2021; 6 (1): 343-369.
11. Ishikawa, K: *What is total quality control? The Japanese way*. USA: Prentice-Hall; 1985.
12. Amador Urueta FL, Hereira Villalobos, HS. *Liderazgo democrático y calidad de gestión en las empresas comerciales [master's thesis]*. Universidad de la Costa. 2018.
13. Agudelo Pulido AI, Muñoz Patiño CM, Valenzuela Rojas C. Gestión por procesos: base para el Sistema de Aseguramiento de la Calidad en Unisalle. *Revista de la Universidad de La Salle*. 2021. 2020 (86): 73-90.
14. Cabo Salvador J. *Gestión Sanitaria*. 2021; Available at: <https://www.gestion-sanitaria.com/>
15. Reason J. Human error: models and management. *BMJ [revista en Internet]* 2000; 320(7237):768-770. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070929/pdf/wjm17200393.pdf> [acceso 19/09/2021]
16. Manual del CMBD. *Manual de notificación del CMBD. Centros ambulatorios de atención especializada*. Murcia: Consejería de Salud; 2021.
17. Gil Yacobazzo JE, Viega Rodríguez MJ. Historia clínica electrónica: confidencialidad y privacidad de los datos clínicos. *Rev. Méd. Urug. [Internet]*. 2018 Dic [citado 2021 Sep 22]; 34(4):102-119. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902018000400102&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902018000400102&lng=es)
18. European Foundation for Quality Management. *Autoevaluación: Directrices para el Sector Público*. Club Gestión de Calidad, Madrid 1997. 16 Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med*. 1989; 320:53-6.
19. Novo Muñoz M M, Rodríguez Novo N, Rodríguez Novo Y M, Rodríguez Gómez J Á, Ortega Benitez A M, Rey Luque O. Análisis de la implantación de lenguaje enfermero en centros con historia clínica electrónica. *Ene. [Internet]*. 2018 [citado 2021 Sep 22]; 12( 1 ): 747. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2018000100005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000100005&lng=es)
20. AEC: Asociación Española para la Calidad - Impulsamos la Calidad [Internet]. AEC - Matriz de priorización; [consultado el 15 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.aec.es/web/guest/centro-conocimiento/matriz-de-priorizacion>
21. Martin J. Matriz de priorización, un sistema de toma de decisiones útiles [Internet]. Cerem.es. 2018 [citado el 15 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.cerem.es/blog/que-es-y-como-hacer-una-matriz-de-priorizacion>
22. Manual de Calidad Asistencial - Sociedad Española de Calidad [Internet]. [cited 2021 Feb 26]. Available from: <https://studylib.es/doc/5038760/manual-de-calidad-asistencial-sociedad-espanola-de-calidad>

23. Zamora-Soler JÁ, Maturana-Ibáñez V, Casabona-Martínez I. El análisis de la calidad asistencial desde la perspectiva de la satisfacción y la experiencia del paciente: una mirada enfermera. *Rev Colomb Enfermería* [Internet]. 2021 Sep 30;18(2):e010. Available from: <https://orcid.org/0000-0001-5486-0194angel.zamora@ua.es>
24. Consejo de Salud y Bienestar Social. (s.f.). *Manual de Calidad Asistencial*. Castilla-La Mancha: SESCAM.
25. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *La calidad asistencial en la Unión Europea* [monografía en Internet]. Madrid [acceso 10 de octubre de 2021] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/Cap3CalidadAsistencialEuropa.pdf>
26. *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud* [Sede Web]. Madrid. MSSSI [acceso 10 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
27. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado: Proyecto seneca*[monografía en Internet]. Madrid [acceso 10 de octubre de 2021] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ProyectoSENECA.pdf>
28. Jha AK. Presentation at the “Patient Safety – A Grand Challenge for Healthcare Professionals and Policymakers Alike” a Roundtable at the Grand Challenges Meeting of the Bill & Melinda Gates Foundation, 18 October 2018 (<https://globalhealth.harvard.edu/qualitypowerpoint>, consultado el 23 de septiembre de 2021).
29. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. *The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*. Paris: OECD; 2017 (<http://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>, consultado el 26 de septiembre de 2021).
30. Betancourt Quintero, D. *Cómo hacer una matriz de priorización*. En: *Ingenio Empresa*. [En línea]. 24 de noviembre de 2018. [Citado el: 15 de septiembre de 2021]. [www.ingenioempresa.com/matriz-de-priorizacion](http://www.ingenioempresa.com/matriz-de-priorizacion).
31. Quiroa, M. *Matriz de priorización* [Internet]. *Economipedia.com*. 2021 [citado el 15 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/matriz-de-priorizacion.html>
32. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide*. Washington (DC): The National Academies Press; 2018 (<https://www.nap.edu/catalog/25152/crossing-the-global-quality-chasm-improving-health-care-worldwide>, consultado el 26 de sept de 2021).
33. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad *Rev. Méd Clínic Las Condes*. 2017;28(5):785-95.
34. *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020*. Sanidad 2016 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. Available from: [https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad %20 del %20Paciente %202015-2020.pdf](https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf)
35. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. *The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind*. Paris: OECD; 2018 (<http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>, consultado el 23 de sept de 2021).
36. *Systems Approach*. In: *Patient Safety Network* [website]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2019 (<https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/21>, consultado el 23 de septiembre de 2021).
37. Fleischmann C, Scherag A, Adhikari NK, et al. *Assessment of Global Incidence and Mortality of Hospital-treated Sepsis. Current Estimates and Limitations*. *Am J Respir Crit Care Med* 2016; 193(3): 259-72. <https://doi.org/10.1164/rccm.201504-0781OC> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26414292>

38. Anteproyecto de presupuesto por programas 2020-2021. 72.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, punto 11.1 del orden del día provisional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_4-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_4-en.pdf), consultado el 23 de septiembre de 2021).
39. Seguridad del paciente - Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente. Informe del Director General. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 ([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_26-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf), consultado el 23 de sept