

MONOGRAFÍA

Calidad y seguridad del paciente

Calidad y seguridad del paciente

Alberca de las Parras, Fernando, Albillos Martínez, Agustín, Alcaín Martínez, Guillermo José, Arévalo Serna, Juan Antonio, Argüelles Arias, Federico, Bejarano García, Ana, Berenguer Guirado, Rubén, Calleja Panero, José Luis, Carballo Álvarez, Fernando, Díez Rodríguez, Rubén, Gómez Rodríguez, Rafael. González Lama, Yago, Jiménez Pérez, Miguel. Martín Arranz, María Dolores, Morales González, Silvia, Paredes Arquiola, José María, Pérez Millán, Antonio, Rodríguez Ramos, Claudio, Ceballos Santos, Daniel Sebastián, Suárez González, Adolfo, Tabernero de Veiga, Susana, Van Domselaar, Manuel, en nombre del Grupo de Investigadores de INNOVA Digestivo.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)
Sancho Dávila, 6
28028. Madrid
www.sepd.es

ISBN: 979-13-990031-5-4

Coordinado, editado y publicado por la Sociedad Española de Patología Digestiva.

Copyright © SEPD. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta información puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio sin el permiso previo por escrito de la SEPD. La información contenida en este documento es confidencial y no podrá ser divulgada a terceros sin el consentimiento previo por escrito.

Grupo de Investigadores de INNOVA Digestivo 2025

- Alberca de las Parras, Fernando - Jefe de Servicio, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.
- Albillos Martínez, Agustín - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.
- Alcaín Martínez, Guillermo José - Jefe de Sección, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.
- Andrade Bellido, Raúl Jesús - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.
- Arévalo Serna, Juan Antonio - Jefe de Sección, Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo.
- Argüelles Arias, Federico - Jefe de Sección, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.
- Bañares Cañizares, Rafael – Catedrático de Medicina, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.
- Bas-Cutrina, Francesc - Jefe de Servicio, Hospital General de Granollers.
- Bejarano García, Ana - Jefa de Servicio, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.
- Benlloch Pérez, Salvador - Jefe de Servicio, Hospital Arnau Vilanova, Valencia.
- Berenguer Guirado, Rubén - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Doctor José Molina Orosa de Lanzarote.
- Bermejo San José, Fernando - Jefe de Servicio, Hospital Universitario de Fuenlabrada.
- Bosch Esteve, Orencio Francisco - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.
- Cacho Acosta, Guillermo - Jefe de Sección, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- Calleja Panero, José Luis - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
- Carballo Álvarez, Fernando – Catedrático de Medicina jubilado, Departamento de Medicina Interna de la Universidad de Murcia.
- Caunedo Álvarez, Ángel - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.
- Ceballos Santos, Daniel Sebastián - Jefe de Servicio, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.
- Crespo García, Javier – Investigador del Instituto de Investigación Sanitaria IDIVAL, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.
- Cuadrado Lavín, Antonio - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.
- Díez Rodríguez, Rubén - Jefe de Sección, Complejo Asistencial Universitario de León.
- Domínguez-Muñoz, Juan Enrique - Jefe de Servicio, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.
- Egea Valenzuela, Juan - Jefe de Sección, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.
- Escorsell Mañosa, María Angels – Jefa de Servicio, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Fernández Rodríguez, Conrado - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- Fernández Salazar, Luis Ignacio - Jefe de Servicio, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
- Fernández Vázquez, Inmaculada - Jefa de Servicio, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.
- Fisac Vázquez, Joaquín – Jefe de Servicio, Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla.
- García López, Santiago - FEA, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.
- Gómez Rodríguez, Rafael - Jefe de Servicio, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo.
- González Lama, Yago - Jefe de Sección, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.
- Guerra Marina, Iván – FEA, Hospital Universitario de Fuenlabrada.
- Huguet Malavés, José María - Jefe de Sección, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
- Jiménez Pérez, Miguel - Jefe de Servicio, Hospital Regional Universitario de Málaga.
- Jorquera Plaza, Francisco - Jefe de Servicio, Complejo Asistencial Universitario de León.
- Manceñido Marcos, Noemi - FEA, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.
- Martín Arranz, María Dolores - Jefa de Servicio, Hospital Universitario La Paz, Madrid.
- Martín Rodríguez, Daniel - Jefe de Sección, Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla.
- Martín-Vivaldi J., R. Javier - Responsable Unidad, Hospital Comarcal de Melilla.
- Martínez Otón, José Antonio - Jefe de Servicio, Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena.
- Morales González, Silvia - Jefa de Sección, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.
- Nos Mateu, Pilar - Jefa de Servicio, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.
- Orive Calzada, Aitor - Jefe de Servicio, Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo.
- Paredes Arquiola, José María - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Dr. Peset Aleixandre, Valencia.
- Pérez-Cuadrado Martínez, Enrique - Jefe de Sección, Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia.
- Pérez Millán, Antonio - Jefe de Servicio, Hospital Río Carrión, Palencia.
- Quer Boniquet, Joan Carles - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Juan XXIII, Tarragona.
- Redondo Cerezo, Eduardo - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.
- Rivero Fernández, Miguel - Jefe de Servicio, Hospital Universitario del Sureste, Arganda del Rey.
- Robledo Andrés, Pilar – Jefa de Servicio, Hospital Universitario de Cáceres.
- Rodríguez Ramos, Claudio - Jefe de Sección, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.
- Rodríguez Sánchez, Joaquín - Jefe de Servicio, Hospital Quirónsalud de Ciudad Real.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

- **Salcedo Plaza, María Magdalena** - Jefa de Sección, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.
- **Santander Vaquero, Cecilio** - Jefe de Servicio, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.
- **Suárez González, Adolfo** - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.
- **Tabernero de Veiga, Susana** - Jefa de Servicio, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.
- **Van Domselaar, Manuel** - Jefe de Servicio, Hospital Universitario de Torrejón.
- **Vera Mendoza, María Isabel** - Jefe de Sección, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
- **Vergara Gómez, Mercedes** - Jefa de Servicio, Hospital de Sabadell

Participantes en el debate

- Daniel Ceballos Santos, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.
- Susana Tabernero de Veiga, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.
- José Luis Calleja Panero. Moderador y Co-director de INNOVA Digestivo. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
- Francisco Jorquera Plaza. Complejo Asistencial Universitario de León
- Raúl Andrade Bellido, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.
- Rubén Díez Rodríguez. Complejo Asistencial Universitario de León
- Fernando Carballo Álvarez. Coordinador ejecutivo de INNOVA Digestivo.
- Agustín Albillos Martínez. Ponente. Presidente de la SEPD. Coordinador general de INNOVA. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.
- María Dolores Martín Arranz. Ponente. Hospital Universitario La Paz, Madrid.
- Aitor Orive Calzada. Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo.
- Fernando Alberca de las Parras. Moderador y Co-director de INNOVA Digestivo. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.
- María Isabel Vera Mendoza. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
- Yago González Lama. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.
- Guillermo Cacho Acosta. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Resumen.

Presentación

Introducción a la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

Ponencias

- Calidad asistencial: puntos clave.
- Seguridad del paciente: puntos clave
- Debate

Recomendaciones y propuestas en calidad y seguridad del paciente. Documento de consenso y posicionamiento de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD).

Aplicabilidad y proyección.

RESUMEN

El proyecto INNOVA Digestivo

El proyecto INNOVA Digestivo, liderado por la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), tiene como finalidad identificar problemas relevantes en el funcionamiento de los servicios de aparato digestivo en España, establecer prioridades y generar propuestas útiles para su desarrollo organizativo y asistencial. Su enfoque combina el juicio profesional de los responsables de los servicios, la discusión colegiada y la formulación de recomendaciones basadas en consenso. Este proceso, articulado en torno a áreas temáticas analizadas en profundidad, ha permitido disponer de un mapa compartido de necesidades y oportunidades de mejora, así como de una reflexión estructurada sobre el valor generado por la práctica clínica y la gestión en estos servicios.

INNOVA Digestivo se concibe como una iniciativa destinada a fortalecer las capacidades de los servicios, aportar criterios comunes y ofrecer un espacio para el análisis conjunto de los retos presentes y futuros. Con esta monografía se cierra la fase dedicada al estudio detallado de las cuatro áreas temáticas seleccionadas a partir de la identificación inicial de problemas y retos.

Metodología y fases de trabajo

El proyecto se ha desarrollado mediante una metodología secuencial que integra diversas fuentes de información. Una primera fase consistió en la identificación y priorización de problemas relevantes según la visión de los responsables de los servicios, generando un inventario de cuestiones críticas que condicionan su funcionamiento. Con base en esos resultados se seleccionaron cuatro áreas temáticas para su análisis monográfico: recursos humanos, acceso y demanda, innovación y tecnología, y calidad y seguridad del paciente.

Cada área temática se abordó mediante una jornada presencial que combinó ponencias específicas preparadas por expertos, un debate entre los investigadores del proyecto y una votación estimativa sobre recomendaciones y propuestas. Posteriormente se realizó una votación final que permitió consolidar las decisiones colectivas. Los contenidos de cada área se han recogido en una monografía específica, integrando el marco conceptual, los elementos analizados, los puntos clave y los resultados del proceso de consenso.

Este volumen corresponde al área temática de “Calidad asistencial y seguridad del paciente”, que completa el ciclo de análisis en profundidad iniciado con las monografías previas.

Elección del área temática

La selección de esta área temática se basó en los resultados de la fase inicial del proyecto. Los responsables de los servicios de aparato digestivo destacaron la importancia de abordar con mayor detalle los elementos que condicionan la fiabilidad de los procesos, la coherencia de las actuaciones clínicas, la integración de la seguridad del paciente en la planificación y la gestión, la medición de resultados relevantes, la variabilidad no justificada y la necesidad de marcos organizativos que favorezcan la consistencia asistencial.

Se consideró además que la calidad y la seguridad del paciente constituyen dimensiones esenciales del funcionamiento de los servicios, con impacto directo en los resultados clínicos, la experiencia del paciente y la confianza en la atención prestada. Su análisis monográfico permitía cerrar el ciclo temático comprendiendo de manera más completa los determinantes del desempeño asistencial y situando estos aspectos en un marco integrado.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Desarrollo de la jornada y contenidos analizados

El trabajo desarrollado en esta área se inicia con una introducción conceptual que sitúa la calidad asistencial y la seguridad del paciente en el contexto actual de los servicios de aparato digestivo. Esta introducción analiza la relación entre necesidad, expectativa y resultado; los puntos críticos del proceso asistencial; la importancia de la medición como base para la mejora; y el papel del valor en salud y de los estándares internacionales en la definición de lo que debe medirse.

La primera ponencia profundizó en la calidad asistencial, abordando la naturaleza de los indicadores, la distinción entre entrada, proceso y producto, la necesidad de medir aquello que importa, las dimensiones ampliadas de la calidad y la relevancia de garantizar la coherencia entre necesidad, expectativa y resultado. La segunda ponencia se centró en la seguridad del paciente, analizando la cultura de seguridad, la identificación y manejo del riesgo, la fiabilidad de los procesos, la importancia de la comunicación clínica, la participación del paciente y las implicaciones organizativas de la seguridad asistencial.

El debate entre los investigadores permitió sintetizar los elementos esenciales de ambas ponencias en un conjunto de puntos clave que han servido de base para las recomendaciones y propuestas sometidas a votación. Estos puntos clave reflejan una visión compartida de los factores que condicionan la calidad y la seguridad en los servicios de aparato digestivo y proporcionan un marco para orientar la mejora futura.

Recomendaciones aprobadas

El proceso de votación final confirmó la solidez del consenso alcanzado. Las seis recomendaciones formuladas obtuvieron niveles elevados de acuerdo y fueron consideradas relevantes por la mayoría de los investigadores, sin apreciarse rechazo significativo. Estas recomendaciones expresan las prioridades estratégicas identificadas en esta área temática.

Entre ellas se encuentran la necesidad de incorporar la calidad asistencial como criterio relevante en la planificación y el desarrollo de los servicios; integrar la seguridad del paciente como dimensión esencial en la gestión y la evaluación clínica; avanzar en dimensiones ampliadas de la calidad (valor en salud, equidad, experiencia del paciente, sostenibilidad y compromiso profesional); promover el uso de tecnologías emergentes orientadas a la mejora de la calidad; impulsar una estrategia propia de la SEPD en materia de seguridad del paciente; y fortalecer la protección institucional frente al riesgo legal que afecta a los profesionales.

Estas recomendaciones constituyen el posicionamiento institucional de la SEPD en materia de calidad asistencial y seguridad del paciente, con un compromiso claro en favor de la coherencia, la fiabilidad y la mejora continua en los servicios.

Propuestas de estudios y desarrollos

El consenso alcanzado se completa con dos propuestas orientadas a promover estudios y desarrollos en ámbitos específicos. La primera corresponde a la realización de estudios cualitativos que permitan comprender con mayor profundidad las percepciones, barreras y facilitadores relacionados con la calidad y la seguridad del paciente en los servicios de aparato digestivo. La segunda se centra en el análisis de trayectorias asistenciales con estimación de resultados y costes, orientado a mejorar la comprensión del valor generado por la atención y a establecer bases comparativas útiles para la toma de decisiones.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Ambas propuestas fueron valoradas como pertinentes y útiles para orientar líneas de trabajo futuro que permitan seguir avanzando en la comprensión y mejora de la calidad y la seguridad en los servicios.

Proyección y significado institucional

Esta monografía completa el ciclo de análisis de las cuatro áreas temáticas del proyecto INNOVA Digestivo y ofrece un marco sólido para orientar la evolución de los servicios de aparato digestivo en España. La calidad asistencial y la seguridad del paciente actúan como elementos que integran y dan coherencia a los análisis previos, permitiendo interpretar de manera conjunta los factores que condicionan el desempeño global de los servicios.

El posicionamiento adoptado por la SEPD expresa un compromiso institucional con la calidad y la seguridad como principios fundamentales de la atención sanitaria. La implantación progresiva de las recomendaciones y propuestas aprobadas requerirá el impulso de iniciativas específicas, la coordinación entre servicios y la colaboración con otros actores del sistema sanitario. Esta monografía constituye, por tanto, un instrumento útil para orientar decisiones y favorecer la mejora continua en los servicios de aparato digestivo.

En conjunto, los resultados de este capítulo constituyen el posicionamiento formal de la SEPD en materia de calidad asistencial y seguridad del paciente. Este posicionamiento, fruto del juicio profesional y del consenso de los investigadores del proyecto, ofrece una referencia para orientar la evolución futura de los servicios de aparato digestivo. Como última de las áreas temáticas, esta monografía contribuye a cerrar la fase inicial del proyecto INNOVA Digestivo, integrando los análisis previos y situando la calidad y la seguridad del paciente como elementos clave para el desarrollo organizativo y clínico de los servicios en los próximos años.

PRESENTACIÓN

Presentación

Agustín Albillos Martínez, Fernando Alberca de las Parras, José Luis Calleja Panero y Fernando Carballo Álvarez.

La presente monografía concluye el ciclo de trabajo del proyecto INNOVA Digestivo dedicado al análisis en profundidad de sus cuatro áreas temáticas. A diferencia de las anteriores, centradas en ámbitos específicos del funcionamiento de los servicios —recursos humanos, acceso y demanda, e innovación y tecnología—, esta área temática integra elementos que dialogan directamente con todas ellas, no por ser más transversal, sino porque se sitúa en un punto donde confluyen aspectos vinculados a la medición, la fiabilidad de los procesos, la seguridad clínica y la orientación del servicio. Su aplicabilidad práctica se deriva de esta condición de cierre: permite interpretar de forma conjunta los elementos analizados previamente y ofrece un marco compartido para orientar el desarrollo de los servicios de aparato digestivo.

Las ponencias que sustentan esta monografía han puesto de manifiesto la importancia de comprender con claridad qué se mide, cómo se mide y cómo se interpreta lo que se mide, así como la necesidad de integrar la seguridad del paciente en la planificación y ejecución de las actividades clínicas. Estas ideas se trasladan directamente a las recomendaciones adoptadas. La incorporación de la calidad asistencial y la seguridad del paciente como criterios relevantes en la planificación, gestión y evaluación de los servicios constituye un primer ámbito claro de aplicabilidad. Su puesta en práctica implica revisar procedimientos, clarificar responsabilidades, definir indicadores apropiados y utilizarlos de forma sistemática para orientar decisiones.

Del mismo modo, la recomendación de avanzar en dimensiones ampliadas de la calidad —incluyendo el valor en salud, la equidad, la seguridad, la experiencia del paciente, la sostenibilidad y el compromiso profesional— refuerza la necesidad de trabajar con marcos conceptuales integrados que permitan a los servicios evaluar lo que realmente importa. Su aplicación exige desarrollar instrumentos operativos que faciliten la medición de estos aspectos, favoreciendo su incorporación en la práctica cotidiana.

Las recomendaciones relacionadas con el uso de tecnologías emergentes y con el impulso de una estrategia propia de la SEPD sobre seguridad del paciente señalan ámbitos en los que la aplicabilidad depende de decisiones corporativas. En estos casos, la proyección futura requiere iniciar procesos de trabajo específicos dentro de la SEPD, capaces de definir líneas de actuación, ofrecer apoyo técnico y facilitar la difusión de prácticas seguras. Lo mismo puede decirse de la recomendación orientada a fortalecer la protección institucional frente al riesgo legal, que demanda herramientas y referencias comunes que ayuden a disminuir la exposición a situaciones de conflicto y a reforzar la seguridad jurídica de la práctica clínica.

Las propuestas aprobadas contribuyen a este escenario proyectivo. El desarrollo de estudios cualitativos puede proporcionar información valiosa para comprender la percepción de la calidad y la seguridad en los servicios, mientras que el análisis de trayectorias asistenciales, con estimación de resultados y costes, permite avanzar en la comprensión del valor generado por la atención. Ambas líneas son coherentes con los contenidos expuestos en las ponencias y ofrecen oportunidades claras de trabajo futuro.

Como última de las cuatro áreas temáticas del proyecto, esta monografía permite cerrar un proceso iniciado con la identificación de problemas y retos y continuado con el análisis específico de cada ámbito. La calidad asistencial y la seguridad del paciente actúan como un elemento integrador que vincula las tres áreas previas y proporciona un marco común

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

para orientar el desarrollo de los servicios de aparato digestivo. La SEPD, como entidad promotora del proyecto, impulsará los trabajos necesarios para favorecer la implantación progresiva de estas recomendaciones y propuestas, contribuyendo a fortalecer la calidad, la seguridad y la coherencia de la atención en los servicios de aparato digestivo.

INTRODUCCIÓN

Introducción a la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

Daniel Ceballos Santos. Jefe de Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria Hospital.

RESUMEN

La calidad asistencial y la seguridad del paciente constituyen dimensiones inseparables del desempeño de los servicios sanitarios. La comprensión de cómo se generan los resultados exige analizar con claridad las fases del proceso asistencial —entrada, proceso y producto— y reconocer que, aunque los servicios suelen medir con detalle la actividad intermedia, disponen de menos herramientas para valorar de forma sistemática el impacto final de la atención. La medición es, por tanto, un elemento esencial: no solo permite conocer lo que ocurre, sino orientar la toma de decisiones y garantizar que los recursos disponibles se traducen en valor para el paciente.

El principio formulado por Lord William Thomson Kelvin —lo que no se mide no puede mejorarse— adquiere especial relevancia en un entorno marcado por la variabilidad, la incertidumbre clínica y la creciente complejidad de la atención sanitaria. La medición exige claridad conceptual, la definición precisa de lo que se pretende evaluar y la selección de indicadores que sean relevantes, comprensibles, fiables y consensuados entre quienes diseñan, aplican y reciben la atención.

El valor en salud se define desde la perspectiva del paciente, cuya participación resulta imprescindible para identificar los resultados que deben medirse. Los estándares internacionales, como los desarrollados por ICHOM, han contribuido a establecer conjuntos de resultados centrados en el usuario, que integran dimensiones clínicas, funcionales y de experiencia. Este enfoque demuestra que la medición debe desplazarse desde la actividad realizada hacia el impacto real de la atención, incorporando de manera explícita lo que los pacientes consideran valioso.

La interacción entre expectativas, necesidades y diseño del proceso asistencial revela varios puntos críticos —los denominados gaps— que condicionan la calidad final de la atención. El primero surge cuando el sistema desconoce las expectativas del paciente; el segundo, cuando el diseño del proceso no responde adecuadamente a ellas; el tercero, cuando la ejecución no se ajusta al diseño previsto; y el último, cuando necesidad, expectativa y resultado no quedan alineados. Estos desajustes subrayan la importancia de modelos asistenciales que integren la perspectiva del paciente, garanticen la consistencia de los procesos y favorezcan la coherencia entre lo que el usuario necesita, lo que espera y lo que finalmente recibe.

La medición de la calidad se apoya en múltiples fuentes —clínicas, administrativas, funcionales, experienciales y de resultados en salud— cuya integración es cada vez más viable gracias a la digitalización. Comprender por qué y para qué medir permite construir sistemas orientados a la mejora continua, la transparencia y la seguridad del paciente.

El reto demográfico, marcado por un envejecimiento progresivo de la población y una mayor carga de enfermedad, refuerza la necesidad de situar al paciente en el centro del sistema sanitario. Hacerlo requiere demostrar, y no solo afirmar, que la atención se orienta realmente a sus necesidades y expectativas.

INTRODUCCIÓN A LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La calidad asistencial y la seguridad del paciente constituyen dimensiones inseparables del desempeño de los servicios sanitarios. Su adecuada comprensión exige una visión integrada que permita analizar cómo se generan los resultados clínicos, qué factores influyen en su variabilidad y de qué modo pueden mejorarse los procesos para ofrecer una atención más eficaz, más segura y centrada en las necesidades reales de los pacientes. Esta introducción ofrece un marco conceptual que sitúa estas dimensiones en el contexto actual de los servicios de aparato digestivo, subrayando los elementos que determinan la fiabilidad de la práctica clínica y la relevancia de medir aquello que importa.

La necesidad de comprender y medir nuestros procesos

La actividad asistencial puede representarse mediante un esquema sencillo que distingue entre indicadores de entrada, de proceso y de producto (figura 1). Como sucede en otros sectores, especialmente en el ámbito industrial, este modelo permite visualizar de forma directa qué elementos intervienen y en qué momento se genera valor. Aunque la comparación es limitada, resulta útil para resaltar un aspecto clave: en los servicios sanitarios tendemos a medir con detalle la actividad intermedia, pero rara vez cuantificamos de manera sistemática la producción final o su impacto. Nuestros procesos consumen recursos que sí se monetizan desde la perspectiva del gasto, pero no disponemos de una valoración equivalente sobre la producción generada ni sobre el resultado obtenido.

Figura 1. Esquema de la actividad asistencial entendida como una secuencia entrada-proceso-resultado.



Comprender con claridad estos componentes —entrada, proceso y producto— es esencial para analizar el desempeño de los servicios, identificar áreas de mejora y orientar la medición hacia aquello que realmente importa desde la perspectiva del valor en salud.

El análisis de la actividad asistencial requiere distinguir con claridad entre los indicadores de entrada, de proceso y de producto. El indicador de entrada se corresponde con la condición inicial del paciente, que puede expresarse como una necesidad objetiva de salud o como una expectativa subjetiva; ambos elementos no son equivalentes y conviene diferenciarlos.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los indicadores de proceso reflejan la intervención profesional. Los servicios de aparato digestivo, como ocurre en otras especialidades, disponen de abundantes métricas centradas en lo que se hace y en cuánto se hace. Sin embargo, esta disponibilidad no debe inducir a pensar que una mayor actividad implica mejores resultados: la cantidad de intervenciones no es, por sí sola, un indicador de calidad.

Por último, los indicadores de producto permiten evaluar el estado en el que el paciente sale del proceso asistencial. Sus variaciones —favorables o no— reflejan el resultado clínico obtenido, pero rara vez se traducen en una valoración sistemática de la producción sanitaria. Este componente continúa siendo una asignatura pendiente: mientras el gasto está plenamente monetizado y vigilado, la producción y su impacto permanecen insuficientemente cuantificados.

La medición como fundamento de la mejora

La medición constituye la base de cualquier proceso de mejora. Tal como formuló Lord Kelvin, aquello que no se mide no puede mejorarse, y aquello que no se define no puede medirse. Este principio subraya la importancia de precisar con claridad qué se pretende evaluar antes de establecer un sistema de medición. En el ámbito sanitario, implica analizar con rigor qué ocurre en cada fase del proceso asistencial y determinar qué elementos son verdaderamente relevantes para el paciente, para los profesionales y para la organización.

La ausencia de medición conduce al deterioro progresivo de los procesos: lo que no se evalúa tiende a perder consistencia, desviarse y, finalmente, degradarse. Por ello es necesario adoptar una cultura sistemática de medición que permita identificar variaciones, monitorizar tendencias y orientar la toma de decisiones. Incluso figuras tan influyentes como el propio Kelvin incurrieron en errores cuando abordaron problemas insuficientemente definidos, lo que refuerza la necesidad de claridad conceptual previa a cualquier ejercicio de medición.

El valor en salud: qué medir y cómo medir

El valor en salud debe definirse desde la perspectiva del paciente, no desde la interpretación que los profesionales hacen de sus necesidades. La tradición clínica ha marcado durante años un enfoque predominantemente paternalista, en el que la determinación de lo que es valioso se producía dentro de los márgenes de la práctica profesional y sin un análisis sistemático de lo que realmente importa al usuario. Esta visión ha ido cambiando a medida que los marcos de medición han incorporado resultados centrados en el paciente y medidas que reflejan su experiencia, su funcionalidad y su calidad de vida.

Superar esta inercia implica reconocer que el valor no puede identificarse únicamente con la actividad realizada ni con la complejidad técnica de los procedimientos, sino con el impacto que tienen sobre el bienestar, la recuperación y la vida cotidiana de los pacientes. Este cambio de enfoque obliga a revisar nuestras prioridades de medición y a incorporar, de manera explícita, los aspectos que el propio paciente considera significativos para su salud y su trayectoria asistencial.

La definición de los aspectos que deben medirse en los servicios sanitarios no exige partir de cero. Existen marcos internacionales consolidados, como los desarrollados por el *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM), que han establecido conjuntos estandarizados de resultados relevantes para distintas patologías y áreas clínicas (1). Estos conjuntos incorporan dimensiones que recogen no solo la perspectiva de los profesionales, sino también —y de forma destacada— la de los pacientes, verdadero eje del concepto de valor en salud.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el ámbito digestivo, ICHOM ha definido un conjunto específico para la enfermedad inflamatoria intestinal, que integra indicadores clínicos, funcionales y de experiencia del paciente. Este enfoque constituye un buen ejemplo del tipo de medición que debe adoptarse: orientada a resultados que importan al paciente y basada en estándares comparables internacionalmente. Sin embargo, persisten dificultades para incorporar de forma consistente esta visión en la práctica cotidiana. Aunque la medicina ha avanzado notablemente en la superación del modelo paternalista que predominó durante el siglo XX, resulta aún complejo integrar de manera sistemática la perspectiva de todos los actores implicados en el proceso asistencial.

La identificación de los resultados que deben medirse exige reconocer que el paciente ocupa una posición central en la definición del valor en salud. Los conjuntos estandarizados desarrollados por ICHOM integran esta perspectiva de manera explícita, incorporando en sus métricas dimensiones clínicas, funcionales y de experiencia que reflejan lo que realmente importa a quienes reciben la atención.

En los servicios de aparato digestivo, el conjunto propuesto para la enfermedad inflamatoria intestinal constituye un ejemplo ilustrativo de este enfoque. Sus indicadores combinan aportaciones de profesionales expertos y de pacientes, cuya participación resulta esencial para orientar adecuadamente la medición de resultados y asegurar que las dimensiones evaluadas se corresponden con sus necesidades y prioridades.

A pesar de los avances de las últimas décadas, la incorporación sistemática de esta visión sigue siendo un reto. Persisten inercias que conducen a definir indicadores desde criterios exclusivamente profesionales, limitando la amplitud y pertinencia de las métricas utilizadas. Superar este problema requiere avanzar hacia modelos de medición en los que la participación del paciente sea un componente habitual de los procesos de definición y revisión de los resultados.

La medición de resultados en salud puede adoptar distintos enfoques según la perspectiva desde la que se realice. En el ámbito de la gestión, la referencia habitual es la efectividad; para quienes tienen responsabilidades directivas, la eficiencia constituye un criterio esencial; y desde la óptica de la calidad asistencial, el interés se centra en aquellos resultados que orientan la evaluación del valor generado por la atención.

Los sistemas de medición se articulan habitualmente en torno a indicadores que pueden referirse a la actividad, la efectividad, la eficiencia o la calidad de la atención. Para que estos indicadores resulten realmente útiles, deben cumplir una serie de requisitos fundamentales: ser comprensibles, relevantes para quienes participan en el proceso, precisos y fiables, económicamente razonables y, sobre todo, consensuados entre quienes los diseñan, los aplican y quienes son evaluados a través de ellos.

Un elemento clave es la necesidad de medir con el usuario. La combinación de indicadores cuantitativos con encuestas o evaluaciones cualitativas permite integrar de manera más completa la percepción del paciente y su experiencia durante el proceso asistencial. Esta orientación es esencial para disponer de un sistema de medición que refleje con fidelidad el valor generado y los aspectos que requieren mejora.

Del diseño a la práctica: expectativas, procesos y gaps

El proceso asistencial comienza con la expresión de expectativas por parte del usuario. Estas expectativas se construyen a partir de necesidades reales de salud y se ven influenciadas por experiencias previas, propias o de su entorno, así como por la información disponible, procedente de fuentes muy variadas. Estas fuentes incluyen tanto actividades formales de educación sanitaria como otros canales menos estructurados, cuyo peso en la percepción del paciente puede ser significativo.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Corresponde a los profesionales y a las organizaciones sanitarias traducir estas expectativas y necesidades en procesos bien diseñados y correctamente ejecutados. La adecuación del diseño y la calidad de su implementación son determinantes para garantizar que el servicio ofrecido responda de manera efectiva a lo que el paciente espera y necesita. Este tránsito desde la expectativa inicial hasta la prestación efectiva constituye un elemento central del valor en salud y un componente clave en la medición de la calidad asistencial.

El primer punto crítico en la relación proveedor–usuario aparece cuando el sistema asistencial no capta adecuadamente cuáles son las expectativas del paciente. La falta de conocimiento sobre lo que el usuario espera condiciona todo el proceso posterior, ya que limita la capacidad de diseñar y ofrecer un servicio que responda a sus prioridades reales. Este déficit afecta tanto a la percepción de calidad como al resultado final de la atención.

La conversión de necesidades objetivas en expectativas explícitas constituye un elemento esencial de calidad asistencial. Los pacientes, especialmente en el contexto de un sistema sanitario público, son usuarios cautivos: deben acudir al servicio que les corresponde, independientemente de sus preferencias. Precisamente por ello es fundamental que la atención que reciben se ajuste a lo que consideran valioso y adecuado. Reducir este primer gap requiere mecanismos efectivos de comunicación, escucha activa y educación sanitaria que permitan transformar necesidades en expectativas realistas y favorecer que el servicio se alinee con ellas.

El segundo punto crítico aparece cuando, aun conociendo correctamente las expectativas del paciente, el diseño del proceso asistencial no responde de forma adecuada a ellas. Este desajuste puede deberse a múltiples factores: limitaciones organizativas, ausencia de protocolos bien definidos, falta de integración entre profesionales o servicios, o una planificación insuficientemente orientada a los objetivos del usuario.

El diseño del proceso constituye un elemento central de la calidad asistencial. Un proceso mal concebido conduce inevitablemente a una prestación subóptima, incluso cuando la ejecución profesional es técnicamente correcta. Para evitar este segundo gap es necesario alinear el diseño con las expectativas previamente identificadas, incorporar criterios de eficiencia y efectividad y asegurar que las necesidades del paciente se traduzcan en especificaciones claras y operativas para todos los implicados.

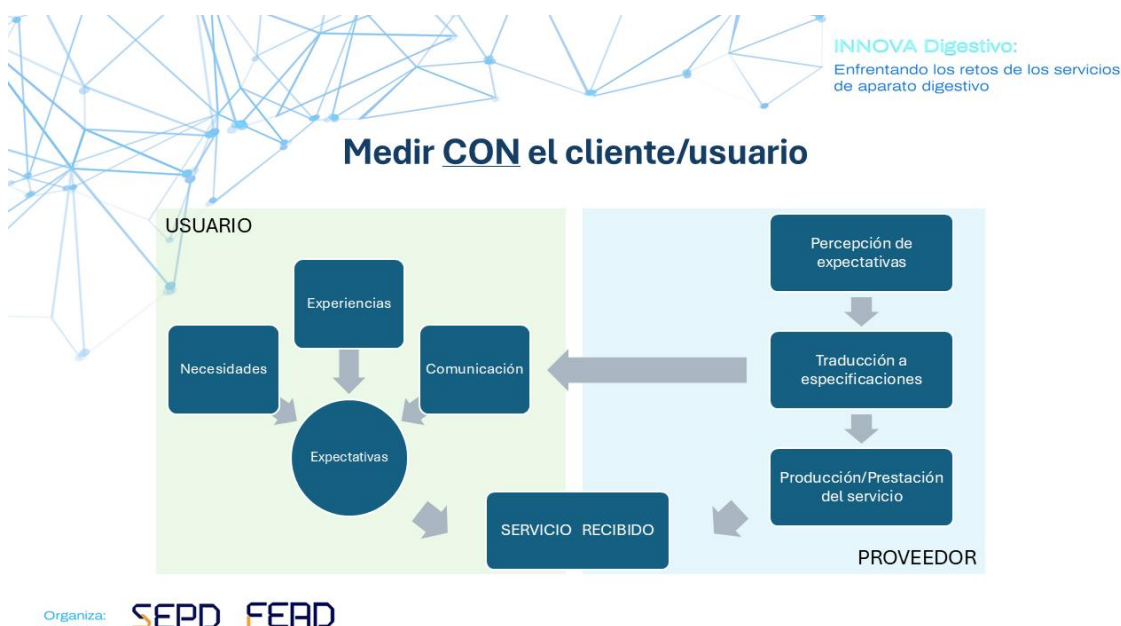
El tercer punto crítico aparece cuando el proceso asistencial, aun estando adecuadamente diseñado, no se ejecuta tal como estaba previsto. Se trata de un problema eminentemente operativo que afecta de forma directa tanto a la percepción del paciente como a los resultados obtenidos. Una ejecución deficiente puede deberse a variabilidad no controlada entre profesionales, falta de adherencia a los procedimientos establecidos, carencias organizativas o fallos en la coordinación entre los distintos elementos del proceso.

La calidad asistencial exige que el diseño del proceso se implemente con rigor y consistencia. La existencia de protocolos o estándares no garantiza por sí sola la calidad del servicio; es necesario aplicarlos de manera sistemática, monitorizar los resultados y disponer de mecanismos que permitan corregir las desviaciones. Reducir este tercer gap es fundamental para asegurar que el valor esperado por el paciente se materializa en su experiencia real de la atención.

El último punto crítico del proceso asistencial aparece cuando la necesidad real del paciente, las expectativas que genera a partir de ella y el resultado finalmente obtenido no están alineados (figura 2). Este desajuste puede originarse en cualquiera de las fases previas, pero sus efectos se concentran en el desenlace de la atención, condicionando tanto la experiencia del usuario como la valoración global de la calidad del servicio.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Figura 2. Relación entre necesidades, expectativas y prestación del servicio en la interacción usuario-proveedor.



Una atención sanitaria adecuada requiere que el resultado final sea coherente con la necesidad inicial y con las expectativas construidas durante el proceso. Cuando la necesidad se identifica correctamente, las expectativas se modulan mediante una comunicación clara y una educación sanitaria adecuada, y el proceso está bien diseñado y correctamente ejecutado, la probabilidad de obtener un resultado alineado es elevada. Cuando esta coherencia no se produce, aparecen insatisfacción, pérdida de confianza y, con frecuencia, un deterioro real de los resultados en salud.

Garantizar esta alineación exige un modelo asistencial centrado en el paciente, capaz de integrar sus necesidades, ajustar sus expectativas y orientar la intervención clínica de manera que el resultado obtenido responda de forma efectiva y comprensible a lo que el usuario valora.

Fuentes y actores en la medición de la calidad

Los servicios sanitarios disponen de múltiples fuentes de información que permiten medir de manera fiable los resultados asistenciales. Estas fuentes, bien establecidas y ampliamente utilizadas en distintos contextos, constituyen la base para evaluar la calidad de la atención y orientar los procesos de mejora continua. No es necesario desarrollar sistemas nuevos o excesivamente complejos: gran parte del conocimiento y de las herramientas necesarias ya existe y debe aprovecharse de forma sistemática.

La integración de estas fuentes —clínicas, administrativas, funcionales, experienciales y de resultados en salud— adquiere especial relevancia en un contexto de creciente digitalización, que permite analizar grandes volúmenes de datos con mayor profundidad y precisión. Las capacidades actuales para estructurar y explotar esta información ofrecen una oportunidad clara para enriquecer la evaluación de resultados y mejorar la capacidad de los servicios para orientar sus decisiones hacia el valor en salud.

La medición de resultados en salud no solo depende de los servicios asistenciales, sino que involucra a un conjunto amplio de actores con motivaciones, necesidades y responsabilidades distintas. La industria farmacéutica busca generar ventaja competitiva,

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

promover prácticas basadas en la evidencia y establecer acuerdos vinculados a resultados que permitan optimizar el uso de tecnologías y fármacos innovadores.

La autoridad sanitaria orienta su interés hacia el control del gasto, la eficiencia en la asignación de recursos y la mejora de la salud de la población. Este enfoque requiere sistemas de medición sólidos que permitan identificar variaciones injustificadas, evaluar intervenciones y establecer políticas basadas en datos fiables.

Los profesionales sanitarios, por su parte, encuentran en la medición una herramienta para generar producción científica, comparar resultados con otras intervenciones y promover la mejora continua de la práctica clínica. La monitorización sistemática favorece también la adopción de prescripciones y procedimientos protocolizados que aumentan la consistencia y reducen la variabilidad.

El paciente —cuya posición debe situarse en el centro del sistema— contribuye a través de su experiencia y de su valoración de la calidad percibida, elementos esenciales para la toma de decisiones clínicas y organizativas. Finalmente, las entidades supervisoras y evaluadoras fomentan la generación de sinergias, la transparencia en los resultados y el desarrollo de líneas conjuntas de trabajo que refuercen la rendición de cuentas y la orientación del sistema hacia el valor en salud.

Por qué y para qué medir

Las preguntas fundamentales que deben guiar cualquier sistema de medición en los servicios sanitarios son por qué y para qué medir. La medición no es un fin en sí mismo, sino un instrumento indispensable para conocer el impacto real de la atención, orientar la toma de decisiones y asegurar que los recursos disponibles generan valor para el paciente y para la sociedad.

Responder al “por qué” implica reconocer que la variabilidad injustificada, la incertidumbre clínica y la creciente complejidad del sistema sanitario exigen disponer de información estructurada, comparable y veraz. La medición permite identificar áreas de mejora, contrastar resultados, fundamentar cambios organizativos y promover una práctica profesional más consistente y transparente.

El “para qué” remite a la finalidad última de este esfuerzo: mejorar los resultados en salud, garantizar la calidad y reforzar la seguridad del paciente. La medición es la herramienta que posibilita avanzar hacia estos objetivos, al proporcionar datos que permiten evaluar el desempeño, anticipar riesgos y promover la mejora continua. Solo si se comprenden con claridad estas dos preguntas es posible construir sistemas de medición alineados con las necesidades del paciente, de los profesionales y de la organización sanitaria.

El reto demográfico y la centralidad del paciente

Las transformaciones demográficas previstas para las próximas décadas refuerzan la necesidad de medir y mejorar la calidad de la atención sanitaria. El progresivo envejecimiento de la población, junto con el aumento asociado de la carga de enfermedad, implica una mayor demanda de servicios y unas expectativas de salud crecientes. La clásica pirámide poblacional está evolucionando hacia una estructura prácticamente invertida, con una concentración creciente de personas en los grupos de mayor edad, lo que obliga a repensar la organización y los modelos asistenciales.

En este contexto, situar al paciente en el centro del sistema sanitario debe ser un compromiso explícito y verificable. No basta con formularlo: es necesario demostrarlo mediante prácticas asistenciales que respondan a sus necesidades y expectativas, y mediante sistemas de medición que permitan evaluar de forma objetiva si la atención

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

proporcionada genera calidad y seguridad reales para el usuario final. Mirar al paciente —y no únicamente a los sistemas o indicadores— es el principio que debe guiar este enfoque y el fundamento último de la orientación a valor.

En conjunto, estos elementos configuran el marco conceptual que orienta las ponencias de esta monografía y la posterior formulación de puntos clave en calidad asistencial y seguridad del paciente. Comprender cómo se generan los resultados, cómo se alinean las expectativas con los procesos y qué actores intervienen en la medición permite situar la atención sanitaria en un terreno de valoración objetiva y mejora continua. Este enfoque, centrado en el paciente y basado en resultados, constituye la base para avanzar hacia servicios de aparato digestivo más fiables, más efectivos y más orientados al valor.

Referencias

1. International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) [Internet]. ICHOM; 2025 [consultado 06 Dic 2025]. Disponible en: <https://www.ichom.org/>.

PONENCIAS

Calidad asistencial: puntos clave.

Rubén Díez Rodríguez. Jefe de Sección del Servicio de Aparato Digestivo del Complejo Asistencial Universitario de León.

RESUMEN

Esta ponencia desarrolla el marco conceptual que permite definir los puntos clave de la calidad asistencial en los servicios de aparato digestivo, entendida como una función estratégica orientada a generar valor para los pacientes y a mejorar de forma sostenida el desempeño clínico y organizativo. Su propósito es establecer los elementos estructurales y operativos que servirán de base para la formulación posterior de recomendaciones y propuestas, diferenciando claramente esta aproximación de la dedicada específicamente a la seguridad del paciente, que se analiza en una ponencia independiente.

Partiendo del modelo clásico de Donabedian —estructura, proceso y resultado—, se examina cómo este enfoque ha evolucionado hacia concepciones más amplias que integran dimensiones imprescindibles para entender hoy la calidad asistencial. Entre ellas, el valor en salud ocupa un lugar central: implica medir los resultados que importan al paciente, mediante indicadores clínicos, funcionales y de experiencia (PROMs y PREMs), y evaluar la trayectoria completa de atención, desde el diagnóstico hasta el seguimiento. La orientación a valor exige una medición relevante, estandarizada y centrada en el impacto real de la atención, constituyendo los primeros puntos clave de la calidad actual.

La equidad se presenta como una dimensión esencial: no existe calidad sin equidad. Para ello es necesario identificar desigualdades injustas en acceso, oportunidad diagnóstica, procedimientos y resultados, y corregirlas mediante acciones estructurales y clínicas. Esta perspectiva fundamenta puntos clave relacionados con la evaluación sistemática de variaciones, el análisis desagregado de indicadores y la inclusión de criterios explícitos de justicia distributiva.

La experiencia del paciente constituye otro pilar: la evidencia demuestra que las percepciones del paciente se asocian de manera consistente con mejores resultados clínicos, mayor seguridad, mejor adherencia y menor uso inapropiado de recursos. Incorporar esta dimensión implica integrar PREMs de forma sistemática, abordar los momentos críticos del proceso asistencial y alinear expectativas mediante comunicación y educación sanitaria. De aquí derivan puntos clave sobre incorporación sistemática de la voz del paciente, coproducción de valor y transparencia hacia el usuario.

A estas dimensiones se suman otras emergentes —sostenibilidad, responsabilidad profesional, gobernanza clínica y rendición de cuentas— que completan el marco actual de calidad. Estas dimensiones vinculan la calidad con el uso eficiente de recursos, la estandarización de prácticas, la monitorización continua, la cooperación entre profesionales y la responsabilidad compartida en la toma de decisiones. Constituyen puntos clave orientados a un modelo sostenible, eficiente y profesionalmente sólido.

En conjunto, la ponencia establece los fundamentos que permiten identificar los puntos clave de la calidad asistencial: orientación a valor, medición significativa, equidad evaluable, experiencia del paciente como dimensión operativa, sostenibilidad, compromiso profesional y transparencia como soporte del gobierno clínico. Estos elementos constituyen la base conceptual sobre la que se construirán, en el capítulo de posicionamiento institucional, las

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

recomendaciones y propuestas finales de la SEPD. La seguridad del paciente, por su importancia y especificidad, se aborda de forma diferenciada en la ponencia dedicada exclusivamente a ella.

PONENCIA

Introducción

El proyecto INNOVA Digestivo, promovido por la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), se articula como una iniciativa estratégica destinada a mejorar de forma participativa, profesional e innovadora la organización y el funcionamiento de los servicios de aparato digestivo españoles (1). Para ello, parte del conocimiento directo de los jefes de servicio y se apoya en una metodología rigurosa que permite identificar retos prioritarios, analizarlos temáticamente y formular recomendaciones y propuestas útiles para la mejora real de los servicios.

Tras una primera fase dedicada a la identificación y priorización de problemas y retos (2), el proyecto ha avanzado mediante jornadas temáticas centradas en áreas clave, de las que ya se han derivado tres monografías publicadas: una sobre adecuación y gestión eficiente de recursos humanos (3), otra sobre acceso, gestión de la demanda y cobertura de servicios (4), y una tercera dedicada a innovación y tecnología (5). En este contexto se enmarca la cuarta jornada del proyecto, orientada a la calidad asistencial y la seguridad del paciente, última de las áreas temáticas consideradas, cuya finalidad es consolidar esta dimensión como uno de los ejes de la transformación de los servicios digestivos.

La presente ponencia se inscribe en este esfuerzo, y aborda el concepto actual de calidad asistencial, sus componentes tradicionales y sus nuevas dimensiones, su relación con los problemas y retos identificados en el proyecto, y su integración en las propuestas ya formuladas. A partir de esta base conceptual, se plantean puntos clave, recomendaciones y propuestas que servirán de base para la deliberación y votación estimativa en la jornada, con el propósito de seguir avanzando hacia un modelo de calidad útil, operativo y legítimo, construido desde los propios servicios.

Problemas y retos de los servicios de aparato digestivo relacionados con la calidad asistencial

El análisis de los problemas y retos identificados en la primera fase del proyecto INNOVA Digestivo mostró la importancia de la calidad asistencial en la percepción de los responsables de los servicios (2). Aunque la calidad no fue abordada como un área aislada, sino de forma transversal, se le asignó una categoría específica en el agrupamiento temático posterior, dada la relevancia de varias propuestas directamente vinculadas.

Entre los problemas priorizados destacan dos que afectan al núcleo mismo de la calidad asistencial: por un lado, el exceso de gestión hospitalaria centrada en indicadores cuantitativos, con escasa valoración de los indicadores de calidad (promedio de relevancia 3,92 sobre 5); por otro, la falta de control efectivo sobre la calidad asistencial, también con un significativo promedio de relevancia (3,77). Ambos expresan una preocupación compartida por el desequilibrio entre gestión y resultados reales, así como por la ausencia de mecanismos robustos para evaluar, garantizar y mejorar la calidad en los servicios.

En cuanto a los retos, dos propuestas alcanzaron también altas puntuaciones y fueron asignadas al área de calidad: la necesidad de incorporar los resultados en salud en la

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

valoración de los servicios (4,31, la más alta de todo el estudio), y la mejora de la calidad asistencial y acreditación de unidades (3,92). Estas propuestas ponen de relieve la voluntad de avanzar hacia un modelo de calidad basado en valor, centrado en los resultados que importan a los pacientes y en la legitimación técnica de los servicios mediante estándares evaluables.

Más allá de estas propuestas explícitamente clasificadas bajo el área de calidad, otras muchas guardan una relación directa con esta dimensión. Entre ellas, destacan los retos vinculados al desempeño profesional, la coordinación entre niveles, la introducción de tecnologías útiles o la evaluación de nuevas técnicas. Esta dispersión temática confirma que la calidad no puede limitarse a una categoría específica, sino que permea el conjunto del entramado operativo y estratégico de los servicios digestivos.

En conjunto, la lectura de los problemas y retos identificados permite concluir que la calidad asistencial no es un objetivo accesorio, sino una preocupación central de los servicios. A pesar de su carácter transversal, existe una demanda clara de dotarla de mayor visibilidad, capacidad operativa y legitimidad institucional, integrando sus principios y herramientas en el funcionamiento habitual de los servicios.

Marco

La calidad asistencial es un componente esencial del funcionamiento de los servicios clínicos y una relevante dimensión de su valoración institucional y profesional. Nunca debe ser solo una opción añadida o la simple respuesta a una exigencia normativa: debe formar parte de la planificación, el desarrollo y la evaluación de la atención sanitaria, y considerarse un criterio relevante para interpretar el desempeño de los servicios y orientar su mejora.

Figura 1. Marco clásico de evaluación de la calidad asistencial según Donabedian, que distingue entre estructura, proceso y resultados, e incorpora las dimensiones de eficacia, efectividad y eficiencia.



CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Desde la formulación clásica de Avedis Donabedian —estructura, proceso, resultado— (figura 1), desarrollada inicialmente en los años sesenta (6) y sintetizada posteriormente de forma canónica en 1988 (7), hasta las perspectivas actuales centradas en el valor en salud (8), la equidad (9), la seguridad del paciente (10) o la experiencia percibida (11), la calidad se ha ido consolidando como una responsabilidad organizativa y clínica, exigente y medible.

En este proceso, han desempeñado un papel relevante modelos consolidados de evaluación, como el de la *Joint Commission* (12), centrado en estándares operativos y procesos críticos; el modelo europeo de excelencia EFQM (13), orientado a la autoevaluación institucional desde una perspectiva integral; y las normas ISO de certificación de calidad (14), aplicadas a la gestión de procesos en entornos sanitarios. En España, instituciones como la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) (15) o la Fundación Avedis Donabedian (16) han contribuido a desarrollar marcos conceptuales, metodologías y experiencias de evaluación más adaptadas a nuestro contexto.

En el ámbito de la medicina digestiva, el Ministerio de Sanidad promovió en su momento (2013) la definición de estándares estructurales y organizativos para las unidades asistenciales del sistema nacional de salud, incluyendo un documento específico para las unidades de aparato digestivo (17), que proporciona una base formal para la planificación y evaluación de estos servicios desde una perspectiva institucional.

La SEPD está comprometida con el impulso de la calidad asistencial, promoviendo diversos proyectos y acciones como una propuesta de cartera de servicios propia (18), la definición de estándares y tiempos de referencia medios para las prestaciones más relevantes (19), la elaboración de indicadores de calidad en endoscopia organizados por procedimientos (20-24), el impulso de proyectos cooperativos basados en registros (RECALAD, EFIC_AD) (25-28), la participación activa en procesos de certificación de servicios (29) y acreditación de unidades especializadas (30) y ha participado activamente en iniciativas intersocietarias, como el proyecto "NO HACER" (31), orientado a identificar y desaconsejar intervenciones clínicas innecesarias desde el punto de vista de la eficiencia. Este trabajo sostenido, liderado por el Comité de Gestión y Calidad de la SEPD, ha permitido construir no solo un marco de apoyo técnico, sino contribuir con una visión estratégica en la que la calidad es un instrumento operativo de transformación clínica y organizativa. Este esfuerzo ha sido merecedor recientemente del Premio Avedis Donabedian 2025 al Proyecto de Mejora de la Calidad en una Sociedad Científica, concedido ex aequo precisamente con la SECA, lo que da idea del nivel de reconocimiento que ello significa.

El proyecto INNOVA Digestivo tiene en cuenta este trabajo, pero no para revisarlo ni para validarlo, sino para proyectarlo. Su objetivo último es contribuir a la mejora de la atención sanitaria prestada por los servicios de aparato digestivo en España, formulando recomendaciones operativas, promoviendo estudios aplicados y generando propuestas de soluciones innovadoras. Esta jornada —dedicada a calidad asistencial y seguridad del paciente— representa un momento especialmente significativo, ya que cierra el ciclo de jornadas temáticas del proyecto y permite articular las distintas líneas desarrolladas hasta ahora en torno a una visión de conjunto. No se trata de revisar estándares, sino de plantear desde los propios servicios cuáles son las condiciones que permitirían convertir la calidad en una función real de gobierno clínico y en un elemento sustantivo de mejora organizativa y profesional.

Para ello, resulta imprescindible asumir la calidad como una competencia organizativa que debe ser gestionada de manera proactiva. No basta con disponer de protocolos, manuales

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

o auditorías externas: los servicios deben integrar la calidad en su dinámica de dirección y evaluación, con equipos propios, objetivos claros y capacidad de mejora continua. Esto exige unos mínimos organizativos, pero también liderazgo profesional. La calidad efectiva no puede depender exclusivamente de unidades corporativas ni delegarse en interlocutores sin capacidad operativa real.

Esta función de gobierno clínico debe estar sustentada en información relevante. La calidad no se evalúa por declaraciones, sino por datos. La experiencia de proyectos como EFIC_AD y RECALAD ha demostrado que los servicios de aparato digestivo pueden generar y utilizar datos útiles, incluso sin grandes soportes, siempre que exista voluntad, herramientas comunes y acompañamiento técnico. Buena parte de este impulso ha estado canalizado, en el ámbito de la SEPD, a través del trabajo sostenido de su Comité de Gestión y Calidad, que ha promovido no solo el diseño metodológico y técnico de esos proyectos, sino también su articulación con la realidad operativa de los servicios. Esta experiencia, que ha permitido incorporar la evaluación basada en datos a la práctica clínica y organizativa, debe extenderse y consolidarse como parte integrada en el funcionamiento ordinario de los servicios.

Los modelos internacionales de evaluación y certificación ofrecen herramientas útiles para consolidar este enfoque. El modelo de la *Joint Commission*, el europeo de excelencia EFQM o las certificaciones ISO han demostrado su valor para ordenar procesos, identificar puntos críticos y generar una cultura de mejora. Sin embargo, su eficacia real depende de que sean asumidos e integrados por los propios servicios, y de su adaptación a estándares clínicos específicos. En este sentido, la SEPD contribuye desarrollando modelos propios de evaluación y certificación adaptados a la especialidad: certificación de servicios, acreditación de unidades, definición de estándares organizativos y elaboración de indicadores clínicos. Esta línea debe consolidarse y convertirse en una referencia compartida y progresivamente reconocida, tanto por las instituciones como por los propios profesionales, y orientarse a su uso operativo real.

Como antes se introdujo, la calidad asistencial incorpora hoy de forma creciente nuevas dimensiones, además de la clásica de estructura, proceso y resultados, que reflejan una visión más amplia y exigente de la atención sanitaria. Entre ellas destacan, por su grado de consolidación, el valor en salud, la equidad, la seguridad del paciente y la experiencia percibida. Estas dimensiones se han integrado progresivamente en los marcos de evaluación institucional y representan hoy referencias sustantivas en las políticas de mejora. Junto a ellas, existen otras áreas emergentes, como la sostenibilidad organizativa y ambiental, el compromiso profesional o la transparencia en la rendición de cuentas, que también deben considerarse en una perspectiva innovadora. En esta ponencia se desarrollarán brevemente estos otros componentes, con la excepción de la seguridad del paciente, que será abordada de forma específica en una ponencia posterior de esta misma jornada.

Dimensiones ampliadas de la calidad asistencial

Valor en salud

El concepto de valor ha emergido en las dos últimas décadas como un principio rector para la transformación de los sistemas sanitarios. Frente a la tradicional orientación a la actividad o al cumplimiento de estándares de estructura y de proceso, se propone una orientación basada en los resultados en salud obtenidos para los pacientes en relación con los recursos utilizados para lograrlos. Michael Porter formuló en 2010 esta noción de manera precisa: “valor en salud es el resultado en salud alcanzado por unidad monetaria gastada” (8) (figura

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

2). Esta definición implica, portanto, una doble exigencia: medir resultados relevantes desde la perspectiva del paciente y hacerlo en relación con los costes totales del ciclo de atención.

La incorporación del valor como objetivo central de los sistemas sanitarios conlleva, por tanto, un cambio profundo en la forma de entender la calidad asistencial. No se trata únicamente de mejorar procesos o reducir costes, sino de crear valor para el paciente, entendido como el beneficiario último del sistema. Para ello, los resultados deben medirse longitudinalmente, en función de cada problema de salud, y considerar dimensiones como la supervivencia, la funcionalidad, la recuperación sostenida, los efectos adversos o la experiencia del paciente. El valor no puede definirse solo a partir de lo que hacen los profesionales o las instituciones, sino en función del impacto conjunto de sus intervenciones sobre la salud de las personas atendidas.

Figura 2. Modelo de valor en salud según Porter, que sitúa al paciente en el centro y define el valor como la relación entre los resultados obtenidos y los costes asociados por paciente.



Esta perspectiva ha sido ampliada y matizada en los últimos años, especialmente en el contexto europeo, por el Panel de Expertos en Inversiones Eficaces en Salud de la Comisión Europea. En su informe de 2019 (32), se propone una conceptualización más amplia del valor en salud, que incluye no solo la dimensión técnica y clínica, sino también otras tres dimensiones relevantes para un sistema público como el nuestro: el valor personal (adecuación de la atención a los objetivos del paciente), el valor asignativo (distribución equitativa de los recursos para maximizar el beneficio agregado) y el valor social (contribución del sistema sanitario al bienestar colectivo y la cohesión social). Esta ampliación es especialmente pertinente cuando se analiza el valor en el marco de políticas públicas, pues permite integrar la equidad, la sostenibilidad y la legitimidad democrática como componentes del propio concepto.

Así entendido, el valor en salud constituye un eje central para la mejora de la calidad asistencial. Supone superar la fragmentación organizativa, alinear incentivos profesionales e institucionales, y reorientar la medición de resultados hacia lo que verdaderamente importa a los pacientes. También exige capacidades analíticas y culturales que aún están en proceso de consolidación: desde la incorporación sistemática de resultados reportados por los

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

pacientes (PROMs) —cuya consideración específica se abordará más adelante en relación con la experiencia subjetiva de la atención— hasta la evaluación de costes por episodios completos de atención (33) o la capacidad de ajustar por riesgo en la comparación de resultados (32).

El caso de Escocia constituye un ejemplo especialmente relevante de aplicación práctica del enfoque de valor en el ámbito. Desde 2008, este país ha desarrollado una estrategia progresiva y sostenida centrada en los resultados que importan a los pacientes, la eliminación de prácticas de escaso valor, la equidad y la sostenibilidad. Iniciativas como el *Scottish Patient Safety Programme*, el uso sistemático de PROMs y PREMs, y la promoción de la *Realistic Medicine* han desembocado en la reciente publicación de su *Value-Based Health and Care Action Plan (2023)* (34), que articula compromisos, acciones y métricas con una clara orientación al impacto sistémico. Esta experiencia demuestra que una política de valor en salud puede consolidarse cuando se combina liderazgo institucional, protagonismo profesional, participación ciudadana, transparencia y continuidad estratégica.

Esta perspectiva puede enriquecerse aún más si se avanza desde el concepto de episodio clínico hacia el de trayectoria de valor, entendida como el conjunto de intervenciones sucesivas e interdependientes que determinan el resultado final en salud. Esta visión no solo permite una atribución más precisa de costes a lo largo del ciclo completo de atención, sino que facilita también la identificación y evaluación de las contribuciones específicas de todos los participantes en el proceso: no solo médicos y pacientes, sino también profesionales de enfermería, técnicos, personal administrativo, servicios de soporte y coordinación. Esta trazabilidad del valor aportado por cada actor a lo largo de la trayectoria asistencial abre la posibilidad de diseñar modelos de gobernanza compartida y de distribución proporcional de recompensas o responsabilidades, en función de la aportación real al resultado obtenido (figura 3). En esta línea trabajan actualmente iniciativas tecnológicas como Additum Blockchain (35), empresa española con sede en Madrid que aplica tecnologías de registro distribuido y analítica avanzada para permitir esa trazabilidad y gobernanza del valor.

Figura 3. Representación de la trayectoria completa de valor, que integra la orientación a resultados, la coordinación asistencial, la transparencia en tiempo real y el uso de tecnologías digitales para mejorar la toma de decisiones a lo largo de todo el proceso clínico.



CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

En España, la orientación hacia un modelo sanitario basado en valor ha comenzado a integrarse en el desarrollo institucional reciente. La Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud (2021) (36) identifica como objetivo prioritario el impulso de sistemas de información centrados en resultados, la incorporación de indicadores como los PROMs y la evaluación del valor generado a lo largo de trayectorias asistenciales completas. Este enfoque se alinea con las iniciativas tecnológicas aplicadas actualmente en nuestro país, como la desarrollada por Additum Blockchain, orientadas a permitir la trazabilidad y gobernanza compartida del valor en salud.

En el ámbito de los servicios de aparato digestivo, avanzar hacia una atención basada en valor implica no solo mejorar resultados clínicos o reducir variabilidad, sino también generar conocimiento sobre qué intervenciones aportan más beneficio para cada grupo de pacientes, y cómo organizar la atención para maximizar ese beneficio con los recursos disponibles. El valor, en este sentido, no es solo una fórmula teórica, sino un principio operativo para reorganizar la calidad desde una perspectiva integral, centrada en resultados y orientada a la sostenibilidad.

Equidad

La equidad es un componente esencial de la calidad asistencial, no solo desde el punto de vista técnico, sino sobre todo desde una perspectiva ética. Su fundamento se encuentra en el principio de justicia distributiva, que exige garantizar a todas las personas el acceso a un nivel de atención sanitaria adecuado, independientemente de sus circunstancias sociales, económicas, territoriales o culturales. Esta exigencia no puede entenderse únicamente como un principio rector o un referente normativo, sino que debe asumirse como una preocupación dinámica y permanente, vinculada a la mejora continua de los servicios sanitarios.

Margaret Whitehead definió de manera ampliamente aceptada las inequidades en salud como aquellas diferencias que son innecesarias, evitables e injustas (9). Esta formulación ha servido de base para el desarrollo posterior de políticas públicas e instrumentos de evaluación orientados a reducir las desigualdades en salud.

Desde una perspectiva operativa, Paula Braveman propuso considerar la equidad en salud como la ausencia de disparidades sistemáticas en uno o más aspectos de la salud, entre grupos sociales con diferentes niveles de ventaja o desventaja social (37). Esta aproximación implica que no es posible evaluar la equidad sin identificar previamente los ejes de desigualdad relevantes en cada contexto —como el nivel educativo, la renta, el territorio, el género o el origen étnico—, y sin medir el impacto diferencial de la atención sanitaria sobre los distintos grupos. Braveman planteó también que la medición de la equidad no puede disociarse de su dimensión normativa: es decir, no basta con describir desigualdades, sino que es preciso juzgar si son injustas y, por tanto, objeto de corrección. Desde este enfoque, integrar la equidad en los sistemas de calidad implica disponer de indicadores desagregados, establecer objetivos explícitos de reducción de brechas y generar sistemas de información que permitan monitorizar las intervenciones desde una perspectiva distributiva.

Este principio ha sido asumido como uno de los ejes estratégicos de la política sanitaria internacional. La Oficina Regional de la OMS para Europa, como describe el trabajo de Michael Marmot y sus colaboradores (38), ha establecido que las desigualdades evitables en salud no pueden considerarse neutras ni inevitables, sino que reflejan la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos en la sociedad. En su revisión sobre los

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

determinantes sociales y la brecha sanitaria en Europa, se subraya el papel activo que deben asumir los servicios sanitarios para reducir esa brecha, no solo mejorando el acceso formal, sino asegurando la adecuación cultural, la calidad efectiva y la orientación a los grupos más vulnerables. La equidad, en este sentido, no es un objetivo colateral, sino un criterio de legitimidad y un factor clave para la sostenibilidad de los sistemas públicos.

Estas orientaciones cuentan con respaldo tanto técnico como político por parte de organismos internacionales. Documentos como el *Handbook on Health Inequality Monitoring* de la OMS (39) y la *Revisión europea sobre determinantes sociales y la brecha sanitaria* (40), coordinada por la OMS Europa, han reforzado el compromiso de los sistemas sanitarios con la reducción de desigualdades, integrando la equidad como dimensión evaluable y criterio de legitimidad institucional.

También en España existe un marco institucional que reconoce la equidad como principio rector del sistema nacional de salud. En 2012 se publica la guía metodológica de integración de la equidad en programas y actividades sanitarias (2012) (41) y en 2015 la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud presentó una propuesta estratégica con 27 áreas de intervención y 166 recomendaciones, dirigida a integrar la equidad en todas las políticas sanitarias (42); en 2022 se ha publicado una lista de chequeo actualizada (43). Estos instrumentos permiten evaluar el impacto distributivo de las políticas sanitarias y orientar su diseño hacia una mayor justicia social.

Seguridad del paciente

Aunque la seguridad del paciente será abordada de forma específica en una ponencia posterior de esta jornada, conviene reafirmar su relevante posición dentro del modelo de calidad. No puede entenderse como una dimensión técnica especializada, sino como un eje transversal de todo el sistema asistencial, con metodologías propias, objetivos compartidos y exigencia organizativa. La cultura de seguridad, como ha subrayado la OMS en su plan global para la seguridad del paciente (10), no se impone ni se delega: se construye colectivamente y debe formar parte del funcionamiento ordinario de los servicios.

Experiencia del paciente

La calidad asistencial no puede entenderse hoy desde una perspectiva exclusivamente técnica ni sostenerse sobre un modelo asimétrico de relación clínica. El concepto de salud ha evolucionado, y con él la manera de valorar la atención sanitaria. Situar al paciente en el centro del sistema no es solo un imperativo ético o comunicativo: exige reconocer que su experiencia, sus expectativas y su percepción constituyen elementos críticos tanto para la evaluación de los servicios como para su diseño y su gobernanza.

Desde esta perspectiva, la experiencia del paciente debe considerarse una dimensión sustantiva de la calidad asistencial. No puede reducirse a encuestas de satisfacción o a mecanismos de queja-respuesta, sino que debe integrarse como una forma consolidada de conocimiento y participación. Bate y Robert propusieron hace casi dos décadas un modelo de diseño basado en la experiencia (*experience-based design*) que superaba la lógica de rediseñar los servicios “alrededor” del paciente, para plantear su co-diseño “con” el paciente (11). La experiencia se concibe aquí no como una opinión o un dato administrativo, sino como una narrativa compleja, expresada a través de puntos críticos de contacto y susceptible de ser integrada en los procesos de mejora.

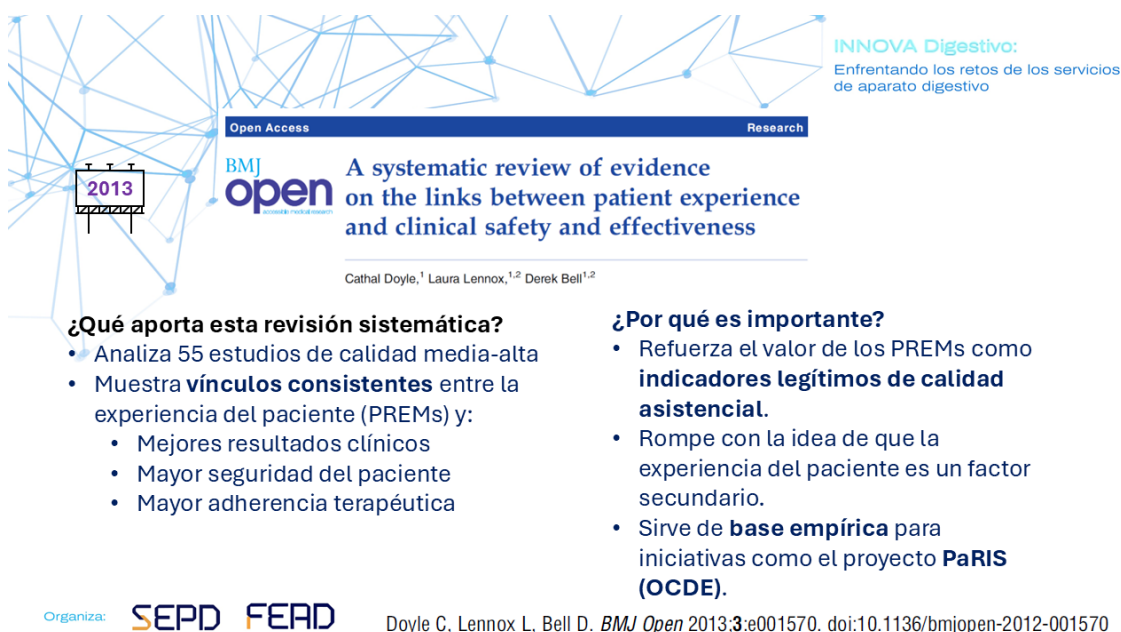
Este enfoque ha sido reforzado desde el ámbito internacional por propuestas que han convertido la experiencia del paciente en una dimensión operativa. La OCDE ha definido e

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

impulsado los instrumentos conocidos como PROMs (indicadores de resultado percibido por el paciente) y PREMs (indicadores de experiencia del proceso asistencial), que permiten recoger, analizar y utilizar de forma ordenada la información que los propios pacientes proporcionan sobre su salud, su funcionalidad o la calidad percibida de la atención (44). Incorporar estos indicadores a la gestión clínica, a la financiación basada en resultados o a la evaluación de los servicios representa un cambio de fondo en los sistemas sanitarios: modifica lo que se mide, lo que se prioriza y cómo se toman las decisiones.

La utilidad clínica y organizativa de esta aproximación ha sido respaldada por la evidencia. Una revisión sistemática publicada en *BMJ Open* en 2013 demostró que la experiencia del paciente guarda una asociación positiva y consistente con otros dos componentes fundamentales de la calidad: la seguridad y la efectividad (45). Las organizaciones que mejoran la experiencia tienden a mostrar mayores tasas de adherencia al tratamiento, mejores resultados en salud, menor uso inapropiado de recursos y menos eventos adversos (figura 4). Desde esta óptica, la experiencia del paciente no es un complemento ni una concesión, sino un indicador de funcionamiento del sistema y un factor de impacto clínico.

Figura 4. Síntesis de la revisión sistemática publicada en *BMJ Open* (Doyle et al., 2013), que demuestra la asociación entre la experiencia del paciente (PREMs), los resultados clínicos, la seguridad asistencial y la adherencia terapéutica.



En España, la Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud (2021) ha reconocido expresamente la importancia de avanzar hacia un modelo de atención basado en resultados que incorporen la perspectiva del paciente (36). Esta estrategia propone impulsar el uso de PROMs y PREMs, desarrollar sistemas de información interoperables centrados en el valor percibido y fortalecer la capacidad institucional para utilizar esta información en la planificación, evaluación y mejora de los servicios.

Otras dimensiones emergentes

Además de las dimensiones ya tratadas —valor en salud, equidad, seguridad del paciente y experiencia percibida—, comienzan a adquirir relevancia en los marcos contemporáneos de

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

evaluación y mejora de la calidad otras áreas que reflejan una visión más compleja, innovadora y comprometida con el entorno en el que operan los servicios sanitarios.

Entre estas dimensiones emergentes destacan, por un lado, la sostenibilidad organizativa y ambiental, que vincula la calidad asistencial con la eficiencia consolidada, la resiliencia de los sistemas y la responsabilidad ante los impactos ecológicos y sociales de la práctica sanitaria. La calidad no puede sostenerse en modelos organizativos inestables o ambientalmente irresponsables, y comienza a exigirse que los servicios incorporen criterios de sostenibilidad en su gestión y en sus decisiones clínicas.

Por otro lado, el compromiso profesional se reconoce cada vez más como un componente clave de la calidad. La motivación, la implicación ética y la capacidad de los profesionales para participar activamente en la mejora continua son elementos que inciden directamente en los resultados, tanto clínicos como organizativos. La calidad no es una norma impuesta, sino una construcción compartida, y depende en gran medida de la cultura institucional y del reconocimiento del valor del trabajo profesional.

Finalmente, la transparencia y la rendición de cuentas se han consolidado como principios esenciales en los sistemas públicos. Evaluar la calidad exige no solo medirla, sino también comunicarla de forma comprensible, accesible y útil para pacientes, profesionales y gestores. La calidad se fortalece cuando los resultados se comparten, los procesos se auditan y las decisiones se justifican. Estos principios no solo mejoran el funcionamiento interno de las organizaciones, sino que refuerzan su legitimidad y su capacidad de generar confianza en la ciudadanía.

INNOVA Digestivo y su compromiso con la calidad

Como se describe en la introducción, el proyecto INNOVA Digestivo ha generado hasta la fecha tres monografías que recogen el análisis, debate y llamadas a la acción —en forma de recomendaciones y propuestas de estudios o desarrollos— en las áreas temáticas, aplicadas a los servicios de aparato digestivo españoles, de: adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos (3); acceso, gestión de la demanda y cobertura de servicios (4); e innovación y tecnología (incluyendo inteligencia artificial [IA]) (5). Estas publicaciones, elaboradas con una amplia participación y utilizando métodos de consenso, constituyen una fuente documentada de reflexión estratégica, tanto para los propios servicios como para la SEPD y la especialidad en su conjunto.

En este recorrido, la calidad asistencial no ha sido un tema aislado, sino una constante transversal. Muchas de las dimensiones desarrolladas en esta ponencia —valor en salud, equidad, experiencia del paciente, sostenibilidad, compromiso profesional— se encuentran ya integradas en las líneas estratégicas definidas por el proyecto. Su presencia en las recomendaciones aprobadas pone de manifiesto que INNOVA Digestivo no solo diagnostica problemas y señala retos, sino que impulsa activamente mejoras concretas en la calidad de la atención.

Esta orientación se hace especialmente visible al analizar el contenido concreto de las recomendaciones y propuestas formuladas en las tres áreas temáticas desarrolladas hasta la fecha. En ellas se abre el camino a reconocer de forma explícita la necesidad de integrar la calidad asistencial como componente transversal de la transformación organizativa, tecnológica y profesional de los servicios digestivos.

El valor en salud, como principio orientador, está presente en las propuestas sobre formación en gestión sanitaria y mejora de procesos complejos, así como en la recomendación dirigida

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

a promover el uso estratégico de las tecnologías avanzadas. También se recoge en las propuestas de pilotaje en inteligencia artificial y en el impulso a la evaluación tecnológica cooperativa con criterios de impacto real sobre los resultados de salud.

La equidad ha sido objeto de análisis específico en el área de acceso y cobertura, pero también se ha incorporado en el enfoque de innovación, con propuestas destinadas a garantizar un acceso justo y homogéneo a las tecnologías sanitarias. Esta doble presencia refuerza su condición de criterio de calidad transversal, más allá del acceso formal.

La experiencia del paciente y sus expectativas aparecen de forma clara en las recomendaciones que abogan por avanzar en educación sanitaria, mejorar la alineación de la atención con las prioridades de la población y valorar la percepción ciudadana como fuente de mejora. Este componente, a menudo relegado, se vincula directamente con una visión más centrada en el paciente y con una evaluación sensible al contexto.

El compromiso profesional, como condición imprescindible para una calidad efectiva, se reconoce en diversas propuestas del área de recursos humanos. Desde la gestión del desempeño clínico hasta la capacitación en liderazgo o la integración de nuevos perfiles profesionales, se plantea una visión de la calidad que exige implicación, reconocimiento y desarrollo profesional como parte del modelo de funcionamiento ordinario de los servicios.

Adicionalmente, aspectos como la sostenibilidad organizativa, la innovación en gestión y la mejora continua se han traducido en propuestas de acción concreta, como la elaboración de mapas tecnológicos, la coordinación entre niveles asistenciales o la elaboración consensuada de protocolos. Todas ellas inciden en la arquitectura de calidad como capacidad operativa compartida, no como sistema normativo externo.

Finalmente, debe hacerse una mención especial sobre la importancia que la calidad asistencial tiene desde la perspectiva de la investigación cooperativa y el aprendizaje compartido—una de las recomendaciones centrales del proyecto INNOVA Digestivo—. En este contexto, es patente la necesidad de utilizar metodologías estandarizadas y unificadas entre los servicios. Un ejemplo de ello es la recogida de datos para incorporar la experiencia del paciente. Como se ha señalado previamente, la Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud (2021) (36) impulsa el desarrollo de información interoperable centrada en el valor. En el caso de los servicios de aparato digestivo, lo ideal sería consensuar la aplicación de modelos para la recogida de la información validados, fiables y de calidad contrastada.

En conjunto, estas propuestas no solo refuerzan el papel de la calidad asistencial como hilo conductor del proyecto INNOVA Digestivo, sino que ofrecen un marco operativo para su aplicación efectiva en el contexto real de los servicios.

En resumen: una calidad que transforma

El recorrido realizado en esta ponencia permite afirmar que la calidad asistencial ya no puede entenderse como un conjunto de estándares técnicos ni como una función periférica del sistema sanitario. Requiere una nueva forma de pensar y de gobernar los servicios, en la que el valor en salud, la equidad, la experiencia del paciente y la sostenibilidad se integren como referentes básicos.

En esta transición, ningún sistema de calidad será eficaz sin la participación de los profesionales. La implicación directa de los equipos clínicos en la definición de estándares, en la evaluación de procesos y en la identificación de áreas de mejora es una condición

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

central. Las sociedades científicas pueden aportar marco técnico, herramientas y acompañamiento, pero la titularidad real debe estar en los servicios.

Por último, toda arquitectura de calidad debe ser capaz de adaptarse, innovar y evolucionar. La calidad no es un sistema de garantías estáticas, sino una plataforma para transformar problemas reales en soluciones operativas. Integrar nuevas tecnologías, repensar modelos organizativos, explorar circuitos alternativos o incorporar la inteligencia artificial en el análisis de procesos no son líneas accesorias, sino expresiones legítimas de una cultura de mejora. Desde esta visión, el proyecto INNOVA Digestivo ofrece un marco idóneo para consolidar la calidad como una función reconocida, evaluable, compartida y profesionalmente legítima.

Puntos clave

- La calidad asistencial debe entenderse como una función orgánica de los servicios. No es un atributo accesorio ni una actividad paralela, sino una competencia organizativa que debe ser gestionada de forma explícita y evaluada con criterios tanto profesionales como institucionales.
- El modelo clásico de calidad debe ampliarse con nuevas dimensiones. Más allá de estructura, proceso y resultado, se han afianzado referencias como el valor en salud, la equidad, la experiencia del paciente y la sostenibilidad organizativa, entre otras.
- El enfoque basado en valor centra la calidad en los resultados que importan a los pacientes. Exige superar la fragmentación, alinear incentivos, incorporar PROMs y evaluar trayectorias completas de atención ajustadas por riesgo, con enfoque centrado en valor.
- La equidad es una exigencia ética y operativa del sistema sanitario. Implica garantizar un acceso justo y efectivo a las prestaciones, sin discriminación por razones sociales, económicas o territoriales.
- La experiencia del paciente constituye una fuente crítica de información y mejora. No debe reducirse a la satisfacción: debe integrarse mediante PREMs, codiseño de servicios y gobernanza compartida de la calidad.
- La seguridad del paciente es un principio transversal del modelo de calidad. Requiere cultura organizativa, metodologías específicas y responsabilidad colectiva, y será objeto de desarrollo específico en una ponencia complementaria en esta misma jornada.
- La sostenibilidad organizativa y ambiental es un nuevo horizonte para la calidad. Un sistema de calidad no puede sostenerse en estructuras ineficientes, frágiles o ambientalmente irresponsables.
- El compromiso profesional es un elemento clave de la calidad efectiva. La participación de los equipos clínicos en evaluación y mejora es indispensable para legitimar y sostener los procesos de calidad.
- La transparencia y la rendición de cuentas fortalecen la legitimidad de los servicios. Comunicar resultados, auditar procesos y justificar decisiones son prácticas esenciales en un modelo de calidad abierto y profesional.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

- La transformación digital puede ser palanca para una calidad centrada en valor. La Estrategia de Salud Digital del SNS establece marcos institucionales para integrar PROMs, trayectorias de valor y tecnologías aplicadas a la evaluación.
- Las sociedades científicas deben acompañar, pero no sustituir, el liderazgo de los servicios.
Su papel es ofrecer marcos técnicos, herramientas y criterios, reconociendo que la calidad real se construye desde la práctica clínica.
- El proyecto INNOVA Digestivo ya ha impulsado propuestas alineadas con estas dimensiones.
Las recomendaciones sobre innovación en gestión, equidad, experiencia del paciente y compromiso profesional reflejan un compromiso activo con la calidad asistencial como eje transversal de transformación.

Referencias

1. Albillos Martínez A, Alberca de las Parras F, Calleja Panero JL, Carballo Álvarez F, Grupo de investigadores de INNOVA Digestivo. Objetivos y metodología general del proyecto INNOVA Digestivo de la Sociedad Española de Patología Digestiva [pdf]. Madrid: Sociedad Española de Patología Digestiva; 2025. Disponible en: <https://admin.sepd.es/storage/innova/PUBLICACIONES/OBJETIVOS%20Y%20METODOLOG%C3%8DA.pdf>.
2. Alberca de las Parras F, Albillos Martínez A, Bas-Cutrina F, Calleja Panero JL, Carballo Álvarez F, Caunedo Álvarez Á, et al. Identificación y priorización de problemas y retos en los servicios de aparato digestivo españoles desde la perspectiva de sus responsables como base estratégica para su desarrollo [pdf]. Madrid: Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD); 2025. Disponible en: <https://admin.sepd.es/storage/innova/PUBLICACIONES/PROBLEMAS%20Y%20RETO%20S.pdf>.
3. Albillos Martínez A, Alberca de las Parras F, Calleja Panero JL, Carballo Álvarez F, Soto Bonel J, Martín Arranz MD, et al. Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos en los servicios de aparato digestivo en España [pdf]. Madrid: Sociedad Española de Patología Digestiva; 2025. Disponible en: <https://admin.sepd.es/storage/innova/PUBLICACIONES/RECURSOS%20HUMANOS.pdf>.
4. Albillos Martínez A, Alberca de las Parras F, Calleja Panero JL, Carballo Álvarez F, Ceballos Santos D, Quer Boniquet JC, et al. Acceso, gestión de la demanda y cobertura de servicios [pdf]. Madrid: Sociedad Española de Patología Digestiva; 2025. Disponible en: <https://admin.sepd.es/storage/innova/PUBLICACIONES/ACCESO%20Y%20DEMANDA.pdf>.
5. Albillos Martínez A, Alberca de las Parras F, Calleja Panero JL, Carballo Álvarez F, Rodríguez Sánchez J, Martín Arranz MD, et al. Innovación y tecnología en medicina digestiva [pdf]. Madrid: Sociedad Española de Patología Digestiva; 2025. Disponible en: <https://admin.sepd.es/storage/innova/PUBLICACIONES/MONOGRAFIA%20INNOVACION.pdf>.
6. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Quarterly. 2005;83(4):691–729. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.

7. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *Jama*. 1988;260(12):1743–8. doi: 10.1001/jama.260.12.1743. PubMed PMID: 3045356.
8. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med*. 2010;363(26):2477–81. Epub 20101208. doi: 10.1056/NEJMp1011024. PubMed PMID: 21142528.
9. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22(3):429–45. doi: 10.2190/986l-lhq6-2vte-ym. PubMed PMID: 1644507.
10. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Zero Patient Harm [pdf]. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>.
11. Bate P, Robert G. Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. *Quality and Safety in Health Care*. 2006;15(5):307–10. doi: 10.1136/qshc.2005.016527.
12. The Joint Commission. About Us [Internet]. Oakbrook Terrace (IL): The Joint Commission; 2025 [consultado 22 Jul 2025]. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/about-us/>.
13. The EFQM Model [pdf]. Brussels: European Foundation for Quality Management (EFQM); 2025. Disponible en: <https://efqm.org/the-efqm-model/>.
14. ISO 9001:2015 – Quality management systems – Requirements [Internet]. Geneva: ISO; 2015 [consultado 22 Jul 2025]. Disponible en: <https://www.iso.org/standard/62085.html>.
15. Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Calidad Asistencial 2025 [consultado 22 Jul 2025]. Disponible en: <https://calidadasistencial.es/>.
16. Fundación Avedis Donabedian [Internet]. Barcelona: Fundación Avedis Donabedian; 2025 [consultado 22 Jul 2025]. Disponible en: <https://www.fadq.org/>.
17. Bernal JL, Colomer J, J. EF, Palanca I, L. PJ. Unidades asistenciales del aparato digestivo. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad [pdf]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/Aparato_Digestivo_EyR.pdf.
18. Cartera de servicios SEPD [Internet]. Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD); 2025 [consultado 22 Jul 2025]. Disponible en: <https://www.sepd.es/proyectos/18>.
19. Tiempos de referencia medios para las prestaciones de un Servicio de Aparato Digestivo [Internet]. Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD); 2025 [consultado 22 Jul 2025]. Disponible en: <https://www.sepd.es/proyectos/37>.
20. López-Picazo J, Alberca De Las Parras F, Sánchez Del Río A, Pérez Romero S, León Molina J, Júdez FJ. Quality indicators in digestive endoscopy: introduction to structure, process, and outcome common indicators. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2017. doi: 10.17235/reed.2017.5035/2017.

21. Pérez Romero S, Alberca de Las Parras F, Sánchez Del Río A, López-Picazo J, Júdez Gutiérrez J, León Molina J. Quality indicators in gastroscopy. Gastroscopy procedure. Rev Esp Enferm Dig. 2019;111(9):699–709. doi: 10.17235/reed.2019.6023/2018. PubMed PMID: 31190549.
22. Sánchez Del Río A, Pérez Romero S, López-Picazo J, Alberca de Las Parras F, Júdez J, León Molina J. Quality indicators in colonoscopy. The colonoscopy procedure. Rev Esp Enferm Dig. 2018;110(5):316–26. doi: 10.17235/reed.2018.5408/2017. PubMed PMID: 29658767.
23. Alberca de las Parras F, López-Picazo J, Pérez Romero S, Sánchez del Río A, Júdez Gutiérrez J, León Molina J. Quality indicators for endoscopic retrograde cholangiopancreatography. The procedure of endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Rev Esp Enferm Dig. 2018;110(10):658–66. doi: 10.17235/reed.2018.5652/2018.
24. Esteban Delgado P, Alberca de Las Parras F, López-Picazo Ferrer JJ, León Molina J. Quality indicators in enteroscopy. Enteroscopy procedure. Rev Esp Enferm Dig. 2020;112(4):299–308. doi: 10.17235/reed.2020.6946/2020. PubMed PMID: 32193937.
25. Proyecto RECALAD: Sociedad Española de Patología Digestiva; 2025 [consultado 22 Jul 2025]. Disponible en: <https://sepd.es/proyectos/14>.
26. Fernández Rodríguez CM, Fernández Pérez C, Bernal JL, Vera I, Elola J, Júdez J, et al. RECALAD. Patient care at National Health System Digestive Care Units - A pilot study, 2015. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2017;110. doi: 10.17235/reed.2017.5316/2017.
27. Proyecto EFIC_AD: Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD); 2025 [consultado 22 Jul 2025]. Disponible en: https://sepd.es/proyectos/15?_gl=1*gfkj3p*_ga*MTkwNTY4NTMwOS4xNjk0Mzc4ODYw*_ga_9FCD78G8ZK*MTc0NTc4NDczNS42My4xLjE3NDU3ODU4OTkuMC4wLjA.
28. Poves E, Carballo F, Ceballos D, Alberca de las Parras F. Actividad de las unidades de aparato digestivo españolas antes y durante la pandemia COVID-19: evaluación mediante la herramienta EFIC_AD de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD). Rev Esp Enferm Dig. 2023;115(11):636–43. doi: 10.17235/reed.2023.9860/2023. PubMed PMID: 37906059.
29. Crespo J, Carballo F, Alberca F, Fernandez C, Vera MI, Ruiz MG, et al. Digestive units in the National Health System of the 21st century. Organizational and management standards for a patient-centered service. Revista Espanola de Enfermadades Digestivas (REED). 2020;112(2):144–50.
30. Domínguez Muñoz JE, Martínez Moneo E, Bolado Concejo F, Alberca De Las Parras F, Carballo Álvarez F, Elola Somoza FJ. Pancreas units within gastroenterology departments. Organizational and operational standards for a patient-centered service. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2024;116. doi: 10.17235/reed.2024.10147/2023. PubMed PMID: 38835233.
31. Proyecto "NO-HACER" [Internet]. Sociedad Española de Patología Digestiva; 2025 [consultado 22 Jul 2025]. Disponible en: <https://sepd.es/proyectos/16>.

32. Defining value in “Value-based healthcare” [pdf]. Brussels: European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety; 2019. Disponible en: https://health.ec.europa.eu/document/download/634e0a0c-4bff-4050-ad5f-b80381f36f33_en?filename=024_defining-value-vbhc_en.pdf.
33. Kaplan RS, Porter ME. How to solve the cost crisis in health care. Harv Bus Rev. 2011;89(9):46–52, 4, 6–61 passim. PubMed PMID: 21939127.
34. Value-Based Health and Care Action Plan [pdf]. Edinburgh: The Scottish Government; 2023. Disponible en: <https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/strategy-plan/2023/10/value-based-health-care-action-plan/documents/value-based-health-care-action-plan/value-based-health-care-action-plan/govscot%3Adocument/value-based-health-care-action-plan.pdf>.
35. Additum. Creando valor en salud [Internet]. Madrid: Additum Blockchain; 2025 [consultado 22 Jul 2025]. Disponible en: <https://additum.es/>.
36. Estrategia de salud digital del Sistema Nacional de Salud [pdf]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/doc/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf.
37. Braveman PA. Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. J Health Popul Nutr. 2003;21(3):181–92. PubMed PMID: 14717564.
38. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet. 2012;380(9846):1011–29. Epub 20120908. doi: 10.1016/s0140-6736(12)61228-8. PubMed PMID: 22964159.
39. Handbook on Health Inequality Monitoring [pdf]. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85345/9789241548632_eng.pdf?sequence=1.
40. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report [pdf]. Copenhagen: World Health Organization; 2014. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/108636/9789289000307-eng.pdf>.
41. Guía metodológica para la incorporación de la equidad en las estrategias, programas y actividades del Sistema Nacional de Salud [pdf]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdf.
42. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España [pdf]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2015. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf.
43. Lista de chequeo para incorporar la equidad en estrategias, programas y actividades del Sistema Nacional de Salud [pdf]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/docs/2022_listadechequeo_equidadVF.pdf.

44. Measuring What Matters: The Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) initiative [pdf]. Paris: OECD; 2019. Disponible en: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2019/11/measuring-what-matters_08f342c3/2148719d-en.pdf.

45. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3(1):e001570. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001570.

Seguridad del paciente: puntos clave.

Susana Tabernero de Veiga. Jefa de Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

RESUMEN

La seguridad del paciente constituye una dimensión esencial de la calidad asistencial y un compromiso ético derivado del principio de no maleficencia. Esta ponencia analiza los fundamentos conceptuales, culturales y organizativos que configuran la seguridad del paciente en los servicios sanitarios y, a partir de ellos, identifica los puntos clave que deben orientar las estrategias de mejora y las futuras recomendaciones del proyecto INNOVA Digestivo.

El análisis parte del reconocimiento de que la seguridad exige una visión sistémica. La publicación del informe *To Err Is Human* marcó un cambio de paradigma al evidenciar la magnitud del daño evitable y subrayar que la prevención de errores depende tanto de las prácticas clínicas como de los entornos organizativos, los procesos y la cultura institucional. Desde entonces, la seguridad se entiende no como la ausencia de errores, sino como la capacidad de anticipar riesgos, detectarlos de forma temprana y aprender continuamente de ellos. De esta reflexión se deriva un primer punto clave: la seguridad del paciente requiere sistemas fiables y culturas abiertas, no solo la suma de actuaciones individuales.

En segundo lugar, los marcos estratégicos internacionales —especialmente la OMS y la OCDE— han mostrado que la seguridad depende de estructuras de gobernanza, métodos de medición sólidos, capacidades analíticas y transparencia. La experiencia escocesa, con el *Scottish Patient Safety Programme* y las posteriores iniciativas de *Realistic Medicine*, evidencia que la seguridad se fortalece cuando se integra en políticas de largo plazo con liderazgo clínico, coherencia organizativa y apoyo institucional. De ello emergen dos puntos clave adicionales: la necesidad de gobernanza específica para la seguridad y la importancia de medir lo relevante para poder mejorar.

La evidencia empírica, ilustrada por la revisión de Doyle et al., demuestra la relación estrecha entre seguridad, experiencia del paciente y calidad clínica. Los entornos que favorecen la comunicación, la escucha activa y el respeto a la voz del paciente presentan menor incidencia de eventos adversos. Las iniciativas derivadas de casos reales como el de la *Josie King Foundation* refuerzan esta idea, al mostrar cómo la participación del paciente contribuye a identificar riesgos, comunicar preocupaciones y aprender de incidentes evitados. De aquí se derivan dos nuevos puntos clave: la participación del paciente como componente necesario de la seguridad y la importancia de una comunicación clínica eficaz y bidireccional.

Por último, la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS 2025–2035 introduce un marco nacional que alinea cultura, formación, tecnología, evaluación y comunicación en una hoja de ruta integral. Este enfoque subraya otros puntos clave: la formación continua, la integración de la seguridad en la práctica clínica cotidiana, el uso inteligente de la tecnología y la necesidad de evaluación sistemática y transparente.

En conjunto, la ponencia identifica los elementos esenciales que permitirán formular las recomendaciones del proyecto INNOVA Digestivo sobre seguridad del paciente, orientadas a consolidar sistemas más seguros, más fiables y centrados en el aprendizaje continuo.

PONENCIA

Introducción

Esta ponencia se enmarca en el desarrollo del proyecto INNOVA Digestivo, dentro del área temática de “Calidad y seguridad del paciente”. Forma parte de la cuarta jornada del proyecto y da continuidad a la ponencia ya presentada sobre calidad asistencial. En todos los aspectos generales relativos al concepto, dimensiones y modelos de calidad cabe remitirse a aquella primera intervención. Aquí el foco se dirige, de forma deliberada, a uno de sus componentes más críticos y menos desarrollados: la seguridad del paciente. No se trata de un giro temático ni de una ampliación menor, sino de una apuesta por poner en primer plano una cuestión esencial que, pese al consenso formal, ha permanecido en un segundo plano tanto en las estrategias institucionales como en las dinámicas de los propios servicios.

En efecto, la seguridad del paciente no fue identificada de forma explícita como uno de los problemas o retos prioritarios por los responsables de los servicios participantes en el proyecto. Este dato, lejos de restar relevancia al tema, obliga a situarlo en su contexto real: el de una dimensión crítica que, pese al reconocimiento formal acumulado en las últimas dos décadas, aún no se ha integrado plenamente en la cultura de gestión ni en los marcos operativos de muchas organizaciones sanitarias.

La seguridad del paciente no es una cualidad técnica añadida, ni una aspiración abstracta. Es una exigencia ética y funcional inseparable de cualquier modelo de atención centrado en la persona. Desde el clásico *primum non nocere* hasta las estrategias actuales basadas en la gestión del riesgo y el aprendizaje del error, anticipar y combatir el daño evitable constituye la primera responsabilidad de los profesionales y de las instituciones. A este fundamento clásico se suma un hito esencial en la evolución moderna de la seguridad del paciente: el informe *To Err Is Human (Institute of Medicine, 1999)* (1), que cuantificó por primera vez la magnitud del daño evitable en los hospitales estadounidenses y promovió un cambio estructural desde una cultura basada en la culpa hacia modelos de aprendizaje, transparencia y gestión del riesgo. Este informe marcó el inicio de la etapa contemporánea de la seguridad del paciente y continúa siendo una referencia internacional. No hay calidad sin seguridad, ni beneficio clínico sostenible si no se protege de forma activa la integridad de quien recibe la atención.

Esta dimensión ha sido reconocida —aunque de forma limitada— en algunas iniciativas impulsadas desde la propia Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD). La serie de indicadores de calidad en endoscopia digestiva incluye variables directamente relacionadas con la prevención y seguimiento de eventos adversos (2-6). Los estándares organizativos para los servicios digestivos y para unidades especializadas, como las de páncreas, incorporan componentes ligados a la seguridad en la práctica clínica (7, 8). El estudio RECALAD, por su parte, introdujo análisis ajustados de mortalidad y reingresos que permiten estimar indirectamente la calidad y seguridad de la atención (9). Sin embargo, hasta la fecha no se ha desarrollado una estrategia propia ni una política institucional explícita en esta línea. Pueden consultarse, como anexo a esta ponencia, una serie de cuatro informes internos de INNOVA Digestivo sobre este tema.

Dentro de nuestra especialidad, tenemos el antecedente, a nivel ministerial, del documento de estándares y recomendaciones para las unidades asistenciales de aparato digestivo publicado por el Ministerio de Sanidad en 2013 que abordó de forma expresa la seguridad del paciente como una dimensión clave del funcionamiento clínico y organizativo (10). En él se recogían elementos como la cultura de seguridad, la gestión de riesgos, la identificación inequívoca del paciente, la conciliación de la medicación o la participación activa del propio paciente en su seguridad. Aunque su impacto operativo ha sido desigual y no se ha actualizado desde entonces, este documento sigue representando un referente institucional válido y alineado con los planteamientos actuales.

En este contexto, esta ponencia no pretende ofrecer una revisión técnica ni un catálogo de incidentes sino contribuir a situar la seguridad del paciente en el centro del modelo de calidad asistencial. Reivindicar su lugar no como principio formal, sino como estrategia activa, compartida y verificable.

La seguridad del paciente, una estrategia imprescindible que busca su hueco

La práctica clínica consiste, en esencia, en tomar decisiones orientadas al beneficio del paciente individual. Decisiones que deben tener en cuenta no solo la evidencia científica y el juicio profesional, sino también las preferencias del paciente y su proyecto vital. Para ello, el proceso deliberativo entre médico y paciente debe aspirar a la simetría: compartir información, valorar opciones y elegir el mejor curso de acción posible dentro de un contexto de incertidumbre inevitable.

Este modelo deliberativo no se agota en la clínica individual. La atención sanitaria organizada —en su dimensión colectiva— también debería estructurarse sobre formas de deliberación participativa, aunque de naturaleza distinta. El principio de beneficencia se mantiene como eje de la acción sanitaria, pero a él se suman otros que delimitan y regulan ese proceso de toma de decisiones: la autonomía, que exige respetar las decisiones de los pacientes; la justicia, que obliga a usar adecuadamente los recursos disponibles; y, como una premisa, la no maleficencia.

La no maleficencia es el principio más antiguo de la tradición médica occidental, plasmado en el aforismo hipocrático *primum non nocere*. No hacer daño es la primera responsabilidad del médico y, por extensión, de cualquier sistema de atención sanitaria.

Esta obligación ética tiene consecuencias prácticas muy concretas. No se pueden ofrecer intervenciones no validadas —y si se proponen, debe ser en el contexto de investigación formal, no como atención clínica ordinaria—. Tampoco puede mantenerse una oferta subóptima por desactualización o rutina. La impericia, la imprudencia y la negligencia, con evidentes repercusiones de responsabilidad penal, agravan aún más el riesgo de daño. En definitiva, ofrecer una atención segura no implica solo evitar errores: exige que lo que se ofrece esté validado, sea eficaz y se mantenga actualizado. La seguridad del paciente, entendida así, es una exigencia ineludible del ejercicio clínico y de la organización sanitaria.

Esta preocupación por evitar el daño, que ha acompañado a la medicina desde sus orígenes, ha confluído en las últimas décadas con una creciente conciencia institucional sobre el impacto del daño evitable, tanto en términos clínicos como

económicos y sociales. Como resultado, la seguridad del paciente ha dejado de considerarse una cuestión técnica o puntual para pasar a ser considerada un pilar imprescindible en los sistemas sanitarios modernos. Ya no se discute su importancia: lo que se debate es cómo integrarla realmente en la práctica clínica, la gestión de la atención sanitaria y la cultura institucional.

El Plan Mundial de la OMS 2021–2030 no plantea mejoras incrementales, sino un giro estratégico (11): el daño evitable debe entenderse como una disfunción sistémica y su prevención como una responsabilidad colectiva. No basta con protocolos o notificaciones. Hacen falta liderazgo, transparencia, formación, participación de pacientes y una estructura que aprenda de sus errores.

Este planteamiento conecta directamente con el enfoque propuesto por la OCDE (12): más allá del coste humano, el daño evitable representa una carga económica inmensa, que mina la eficiencia del sistema y lastra cualquier intento serio de orientación al valor. Desde esta perspectiva, la seguridad del paciente no es solo una exigencia ética o técnica, sino una condición esencial para la sostenibilidad y legitimidad del sistema público de salud.

Una experiencia especialmente ilustrativa de esta visión estructural es la de Escocia, que en 2008 puso en marcha el *Scottish Patient Safety Programme (SPSP)* (13), uno de los primeros programas nacionales integrales de seguridad clínica. Este programa logró avances sostenidos en múltiples indicadores, pero su principal valor residió en generar una cultura institucional compartida, basada en el aprendizaje del error, el liderazgo clínico y la mejora continua. Este enfoque se ha consolidado y ampliado posteriormente a través de iniciativas como la *Realistic Medicine* (14) o el reciente *Value-Based Health and Care Action Plan (2023)* (15), que integran calidad, seguridad, sostenibilidad y participación ciudadana en un marco coherente. La experiencia escocesa demuestra que es posible transformar la seguridad del paciente en una política estratégica cuando existen visión a largo plazo, respaldo institucional y compromiso profesional. La evidencia empírica, como la sintetizada por Doyle et al. (2013), demuestra además que la seguridad no es un compartimento estanco (16): está profundamente entrelazada con la experiencia del paciente y con la efectividad de la atención. Servicios más seguros tienden a generar mejores resultados clínicos y mayor confianza, mientras que ignorar la percepción del paciente conduce, con frecuencia, a más errores, más conflictos y más daño.

Un referente especialmente influyente en la incorporación de pacientes y familias a las prácticas de seguridad es la trayectoria de la *Josie King Foundation*, creada tras la muerte de la niña Josie King en 2001 por una cadena de errores evitables en el *Johns Hopkins Hospital*. Su madre, Sorrel King, ha desempeñado un papel destacado en la promoción de una cultura de apertura y aprendizaje, colaborando con instituciones como *MedStar Health* a través de programas orientados a identificar riesgos, comunicar preocupaciones y aprender de los llamados “good catches”. Estas iniciativas han sido adoptadas en numerosos entornos asistenciales y muestran cómo la participación del paciente puede reforzar la detección precoz del riesgo, la fiabilidad de los procesos y la cultura de seguridad.

En nuestro país, la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2025–2035 constituye un referente institucional de especial interés (17).

Frente a iniciativas anteriores de menor alcance o impacto, esta estrategia ofrece por primera vez una hoja de ruta nacional extensa y articulada, con siete líneas estratégicas que abordan de forma integrada los planos cultural, organizativo, formativo, tecnológico y evaluativo de la seguridad del paciente.

Estas líneas incluyen: el impulso de una cultura de seguridad y aprendizaje organizativo; la formación sistemática de los profesionales; la implicación activa de pacientes y familiares; la integración de la seguridad en los procesos clínicos y en la coordinación asistencial; el uso de tecnologías seguras e innovadoras; la medición y evaluación de resultados en seguridad; y el refuerzo de la gobernanza institucional. Cada una de ellas se acompaña de objetivos operativos y medidas concretas.

Buena parte de los déficits y retos identificados en esta ponencia —la cultura aún frágil, la escasa integración de los sistemas de notificación, el déficit formativo, la participación marginal de los pacientes o la debilidad de la gobernanza— encuentran una correspondencia directa con este marco estratégico. Alinear las políticas internas de los servicios de aparato digestivo con estas orientaciones no significa adherirse formalmente a un documento ministerial, sino disponer de una base técnica y normativa que puede facilitar la transformación real. La clave no está en el marco, sino en su aplicación: liderazgo clínico, compromiso institucional y capacidad de adaptación al contexto.

Pese a estos avances y desarrollos, no puede ignorarse que, en la práctica clínica, la preocupación por la seguridad del paciente convive con un clima de creciente presión legal y temor a la demanda. Muchos profesionales perciben que, en caso de evento adverso, el peso de la responsabilidad recae de forma desproporcionada sobre ellos, incluso cuando existen factores organizativos de fondo. Esta percepción alimenta formas más o menos explícitas de medicina defensiva, que no solo distorsionan la toma de decisiones, sino que pueden generar intervenciones innecesarias, insatisfacción profesional y mayor consumo de recursos sin beneficio real para el paciente. Pero la medicina defensiva no es solo una respuesta individual: también se expresa a nivel institucional, cuando los proveedores adoptan estrategias orientadas a reducir el riesgo legal —o a preservar la reputación corporativa— antes que a fomentar una cultura real de aprendizaje y mejora. Promover una cultura de seguridad exige también revisar los marcos de responsabilidad, ofrecer protección institucional frente al riesgo legal cuando se actúa conforme a la buena práctica, y fomentar entornos donde el error sea analizado para aprender, no para castigar.

Qué se está haciendo y qué se puede hacer en seguridad del paciente

A pesar del consenso creciente y de estrategias como la del SNS 2025–2035, la implantación efectiva de la seguridad del paciente como política activa en los servicios de salud sigue siendo muy desigual. En algunos ámbitos se han producido avances reales, mientras que en otros persisten inercias, vacíos de liderazgo o formas de cumplimiento meramente formales. Identificar qué se está haciendo, qué no se está haciendo y qué sería necesario impulsar es un paso obligado para pasar del compromiso retórico a la mejora efectiva.

Uno de los elementos más frecuentemente señalados es la necesidad de consolidar una cultura de seguridad real en las organizaciones. Aunque muchas instituciones han promovido campañas y encuestas periódicas de evaluación de la cultura de

seguridad —en algunos casos utilizando adaptaciones del cuestionario desarrollado por la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) estadounidense—, el efecto práctico sobre las dinámicas clínicas cotidianas ha sido limitado. La cultura de seguridad no se construye con declaraciones ni con cuestionarios, sino generando condiciones reales para la expresión del error, el análisis conjunto y la mejora. Sociedades como la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) han promovido de forma sostenida este enfoque, con materiales formativos, difusión de herramientas de análisis y colaboración en proyectos orientados a la mejora. Algunas organizaciones han conseguido avances visibles en ciertos servicios o unidades. Pero generalizar este enfoque exige liderazgo desde los niveles intermedios, implicación de la dirección clínica, recursos, formación específica y respaldo institucional sostenido.

En paralelo, la existencia de sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos ha sido uno de los logros más tangibles de la estrategia de seguridad del paciente en muchos centros. Sin embargo, su impacto real sigue siendo limitado debido a la baja participación del personal, la falta de aprendizaje compartido y el miedo persistente a posibles represalias, muchas veces reforzado por la propia estructura institucional. Esto refleja una cultura organizacional aún débil frente a la gestión del error. Con frecuencia, la notificación se percibe más como una carga administrativa que como una herramienta útil para analizar y prevenir futuros problemas. Para que estos sistemas realmente cumplan su función, es necesario integrarlos en la práctica clínica, garantizar la confidencialidad, y sobre todo completar el proceso devolviendo de manera sistemática a los equipos información clara sobre qué se ha hecho con sus notificaciones y qué mejoras se han implementado. Solo así se genera confianza, aprendizaje y cambios reales en la organización.

En el plano profesional, la formación en seguridad del paciente es aún un área con importantes lagunas. Aunque existen materiales valiosos —como los propuestos por la OMS (18), la SECA o algunos servicios de salud autonómicos—, su integración en los itinerarios formativos es fragmentaria. La seguridad sigue siendo un contenido marginal en los planes de estudios de grado, no siempre está presente en la formación de especialistas y se aborda de forma puntual en la formación continuada. La Estrategia Nacional reconoce esta carencia como prioritaria, proponiendo la incorporación sistemática de la seguridad del paciente en todos los niveles formativos y en el desarrollo competencial de los profesionales. Pero mientras esta incorporación no se materialice, seguirá siendo una dimensión secundaria.

Otro punto crítico es la medición del daño y la evaluación de las intervenciones de mejora. La existencia de indicadores de eventos adversos o de prácticas seguras es muy desigual según centros, servicios o comunidades. Proyectos como los desarrollados por la SEPD han mostrado que es posible diseñar, implantar y utilizar indicadores válidos, pero estas experiencias siguen siendo excepcionales. Avanzar en este campo requiere no solo estandarización y validación técnica, sino también voluntad institucional para usar los datos como palanca de mejora y no como amenaza. La publicación de resultados, el aprendizaje compartido y la comparación entre centros son elementos clave para que los indicadores contribuyan a la seguridad, no solo al control.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

La participación activa de pacientes y familiares es otro de los grandes principios recogidos en los documentos estratégicos, pero rara vez se traduce en intervenciones estructuradas. Incluir la voz del paciente en el diseño de procesos, en el análisis de incidentes o en la evaluación de la calidad sigue siendo una práctica minoritaria. Existen modelos de pacientes expertos, experiencias de coformación y comités de pacientes en algunos hospitales, pero su expansión ha sido muy limitada. Incorporar esta dimensión no es una concesión simbólica, sino una forma de detectar riesgos, ajustar prácticas y construir una atención más segura y centrada.

Finalmente, la gobernanza institucional es probablemente la dimensión más determinante —y más frecuentemente ausente— en la implantación de políticas de seguridad. La falta de liderazgo visible, la fragmentación de responsabilidades, la escasa integración de la seguridad en los contratos programa o en los modelos de dirección clínica son obstáculos reales. La seguridad debe dejar de ser un asunto periférico o delegado. Requiere gobernanza clínica, liderazgo profesional, estructuras que analicen y actúen, y políticas activas que conecten el nivel institucional con la realidad de los equipos.

Estas constataciones permiten identificar, en síntesis, los componentes clave sobre los que deberían centrarse las estrategias reales de seguridad en los servicios asistenciales.

Puntos clave

- La seguridad del paciente es una responsabilidad clínica y organizativa.
- No puede entenderse como un añadido técnico ni como una actividad paralela, sino como un eje inseparable del ejercicio clínico responsable y del funcionamiento habitual de cualquier servicio asistencial.
- Evitar el daño no es solo evitar errores.
- Garantizar la seguridad del paciente implica ofrecer intervenciones validadas, eficaces y actualizadas, evitar prácticas fútiles o desfasadas, y mantener condiciones clínicas y organizativas que reduzcan riesgos evitables.
- La cultura de seguridad se construye desde la práctica real.
- No basta con declaraciones institucionales: es necesario proteger la notificación de incidentes, promover el análisis conjunto del error y establecer estructuras que generen aprendizaje, no castigo.
- La notificación de eventos adversos debe ser parte de la gestión clínica.
- Para que tenga valor práctico, la notificación debe ir acompañada de confidencialidad garantizada, retorno sistemático a los equipos y vinculación con mejoras reales.
- La formación en seguridad es insuficiente.
- No está integrada sistemáticamente ni en el grado, ni en la especialización, ni en la formación continuada. Avanzar en seguridad requiere formación adaptada al perfil profesional y presente a lo largo de toda la trayectoria.
- La medición del daño es una asignatura pendiente.
- Existen indicadores y experiencias parciales, pero no un marco común para estimar, comparar y aprender de los eventos adversos. Sin datos fiables, no hay mejora posible.
- La participación del paciente es clave también en seguridad.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Su experiencia permite identificar riesgos no visibles desde el enfoque técnico, y contribuye a construir procesos más seguros, comprensibles y centrados en el paciente.
- El miedo a la demanda alimenta la medicina defensiva.
- La inseguridad jurídica y la percepción de abandono institucional distorsionan la práctica clínica. Proteger la buena práctica y revisar los marcos de responsabilidad es imprescindible para generar confianza.
- La gobernanza de la seguridad es el gran eslabón débil.
- Sin estructuras, liderazgos y políticas activas desde los niveles institucionales, la seguridad seguirá dependiendo de iniciativas locales y del compromiso individual, con escasa capacidad de transformación real.

Referencias

1. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editores. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
2. López-Picazo J, Alberca De Las Parras F, Sánchez Del Río A, Pérez Romero S, León Molina J, Júdez FJ. Quality indicators in digestive endoscopy: introduction to structure, process, and outcome common indicators. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2017. doi: 10.17235/reed.2017.5035/2017.
3. Pérez Romero S, Alberca de Las Parras F, Sánchez Del Río A, López-Picazo J, Júdez Gutiérrez J, León Molina J. Quality indicators in gastroscopy. *Gastroscopy procedure. Rev Esp Enferm Dig.* 2019;111(9):699–709. doi: 10.17235/reed.2019.6023/2018. PubMed PMID: 31190549.
4. Sánchez Del Río A, Pérez Romero S, López-Picazo J, Alberca de Las Parras F, Júdez J, León Molina J. Quality indicators in colonoscopy. The colonoscopy procedure. *Rev Esp Enferm Dig.* 2018;110(5):316–26. doi: 10.17235/reed.2018.5408/2017. PubMed PMID: 29658767.
5. Alberca de las Parras F, López-Picazo J, Pérez Romero S, Sánchez del Río A, Júdez Gutiérrez J, León Molina J. Quality indicators for endoscopic retrograde cholangiopancreatography. The procedure of endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Rev Esp Enferm Dig.* 2018;110(10):658–66. doi: 10.17235/reed.2018.5652/2018.
6. Esteban Delgado P, Alberca de Las Parras F, López-Picazo Ferrer JJ, León Molina J. Quality indicators in enteroscopy. *Enteroscopy procedure. Rev Esp Enferm Dig.* 2020;112(4):299–308. doi: 10.17235/reed.2020.6946/2020. PubMed PMID: 32193937.
7. Crespo J, Carballo F, Alberca F, Fernandez C, Vera MI, Ruiz MG, et al. Digestive units in the National Health System of the 21st century. Organizational and management standards for a patient-centered service. *Revista Española de Enfermedades Digestivas (REED)*. 2020;112(2):144–50.
8. Domínguez Muñoz JE, Martínez Moneo E, Bolado Concejo F, Alberca De Las Parras F, Carballo Álvarez F, Elola Somoza FJ. Pancreas units within gastroenterology departments. Organizational and operational standards for a

patient-centered service. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2024;116. doi: 10.17235/reed.2024.10147/2023. PubMed PMID: 38835233.

9. Fernández Rodríguez CM, Fernández Pérez C, Bernal JL, Vera I, Elola J, Júdez J, et al. RECALAD. Patient care at National Health System Digestive Care Units - A pilot study, 2015. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2017;110. doi: 10.17235/reed.2017.5316/2017.

10. Bernal JL, Colomer J, J. EF, Palanca I, L. PJ. Unidades asistenciales del aparato digestivo. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad [pdf]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/Aparato_Digestivo_EyR.pdf.

11. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Zero Patient Harm [pdf]. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>

12. Slawomirski A, Auraen A, Klazinga N. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level, OECD Health Working Papers, No. 96. Paris: OECD Publishing; 2017. Disponible en: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2017/06/the-economics-of-patient-safety_258f9682/5a9858cd-en.pdf.

13. Scottish Patient Safety Programme (SPSP) [Internet]. Healthcare Improvement Scotland; 2025. Disponible en: <https://ihub.archive.nhsscotland.net/improvement-programmes/scottish-patient-safety-programme-spsp/>.

14. Chief Medical Officer's Annual Report 2014–15: Realistic Medicine [pdf]: The Scottish Government; 2016. Disponible en: <https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/progress-report/2016/01/chief-medical-officers-annual-report-2014-15/documents/chief-medical-officers-annual-report-2014-15/chief-medical-officers-annual-report-2014-15/govscot%3Adocument/00492520.pdf>.

15. Value-Based Health and Care Action Plan [pdf]. Edinburgh: The Scottish Government; 2023. Disponible en: <https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/strategy-plan/2023/10/value-based-health-care-action-plan/documents/value-based-health-care-action-plan/value-based-health-care-action-plan/govscot%3Adocument/value-based-health-care-action-plan.pdf>.

16. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3(1):e001570. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001570.

17. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2025-2035 [pdf]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025. Disponible en: https://seguriddelpaciente.sanidad.gob.es/docs/estrategia_seguridad_paciente_T25_35.pdf.

18. Patient safety curriculum guide. Multi-professional edition [pdf]: World Health Organization; 2011. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf?sequence=1

Debate tras de las ponencias.

RESUMEN

El debate final abordó cómo integrar de forma realista la calidad y la seguridad del paciente en la práctica clínica diaria. Se destacó la necesidad de analizar los errores desde una perspectiva constructiva, sin culpabilización, para fortalecer una cultura de aprendizaje y mejora continua. Persisten inercias que asocian la notificación de incidentes a una visión punitiva, lo que dificulta avanzar hacia modelos basados en la transparencia, la cooperación y la revisión sistemática de los procesos.

La equidad surgió como un eje ético y organizativo que requiere definir estándares mínimos comunes, reducir la variabilidad no justificada y comprender que una equidad absoluta es inalcanzable, pero sí lo es avanzar hacia niveles más homogéneos de calidad. En este sentido, se subrayó que la SEPD puede desempeñar un papel decisivo impulsando consensos, registros, auditorías externas y modelos de acreditación de unidades.

Los participantes insistieron en la importancia de medir valor en salud e incorporar indicadores centrados en el paciente, como los PROMs y PREMs. Se señalaron oportunidades prácticas: actualización de *checklists* de seguridad, mejora de la conciliación farmacológica, refuerzo de la formación específica, desarrollo de coordinadores de calidad, revisión de cargas de trabajo y promoción de grupos locales de seguridad. El debate también abordó la medicina defensiva y la necesidad de generar entornos que protejan al profesional y permitan decisiones clínicas fundamentadas y proporcionadas.

El intercambio concluyó reafirmando la necesidad de una cultura de calidad, seguridad y equidad en los servicios digestivos, y el papel de la SEPD como motor para impulsar procesos, estándares y herramientas que permitan avanzar hacia una atención más segura, más fiable y orientada al valor.

DEBATE

Daniel Ceballos

Vale. ¿Alguna reflexión más que queráis añadir, Rubén o Susana? No solo sobre las ponencias, también vuestras apreciaciones. Este último resultado ha sido muy interesante.

Susana Tabernero

Creo que, al final, la seguridad del conjunto es lo que comentabas antes: da pereza, porque hay que hablar con personas y parece que estás “llamando al orden” a quien se ha equivocado. Es importante cambiar esa inercia y que la gente comprenda que llamar a la persona adecuada es para analizar qué ha pasado y dónde ha fallado el sistema. En general, estos errores no ocurren porque la gente tenga ganas de hacer algo mal. Pero tendemos a escondernos y a ocultar las cosas. Hay que explicar y tranquilizar: nos equivocamos todos; errar es humano. No hay que ocultarlo, sino analizarlo para establecer mejoras continuas que eviten que se repita.

Daniel Ceballos

Pero que esto se incorpore a un modelo de gestión y/o retribución.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Susana Tabernero

La retribución la veo complicada.

José Luis Calleja

¿No creéis que parte de este debate, el de la declaración de errores, no debería trascender a la sociedad? Eso de “errar es humano” lo decimos nosotros, pero la sociedad no espera esto y la ley tampoco lo recoge así.

Daniel Ceballos

Nosotros lo vivimos de manera constructiva: detectemos el error para que no vuelva a ocurrir. Otros, el mismo error, lo ven desde otra cara del prisma: “ya tengo información para dársela a mi abogado y empapelarlo”.

Francisco Jorquera

Sí, este es el debate de siempre. De todas maneras, fijaos: de todo lo que hemos hecho en este tiempo, la cultura de seguridad del paciente y de la calidad es, para nosotros como sociedad y para los responsables de servicio, la línea más importante. Decía Rubén que trabajar en calidad es transformador; trabajar en calidad y seguridad del paciente es nuestra manera “revolucionaria”. Si queremos credibilidad, este es el camino.

El miedo que comentaba José Luis —miedo que tenemos todos en un país además cainita— hay que romperlo. Nuestra mentalidad debe ser más anglosajona. Si pensamos que esto nos va a perjudicar, no mejoramos. Esto es revolucionario y rompe una inercia de angustia en el ejercicio de la medicina, pero es el camino. Para la SEPD es lo más importante si queremos ser una sociedad con crédito y transmitir confianza: pelear por seguridad y calidad.

Raúl Andrade

Quería hacer un comentario sobre la equidad. La equidad es un concepto fabuloso, pero tiene muchas derivadas. Hay que clarificar: la equidad absoluta es imposible, incluso en sanidad pública. Una equidad absoluta incluiría que todos los pacientes tuvieran la misma tecnología y el médico más experimentado en su enfermedad concreta; eso es irreal. Si no se definen mínimos básicos de cuidado alcanzables, el debate se vuelve académico o filosófico. La equidad absoluta es imposible.

Daniel Ceballos

Hay un grupo de trabajo, surgido en una sesión anterior de INNOVA, que profundizará en esos aspectos. Hay que disminuir la variabilidad de la práctica clínica cuando no esté basada en evidencia o en prioridades clínicas.

Rubén Díez

Eso me parece importante. Aquí todos somos digestivos; desde esa igualdad se puede construir un mínimo de equidad. Es cierto que trabajamos en sistemas distintos (cada comunidad, cada hospital), pero es importante construir unos mínimos desde aquí.

Francisco Jorquera

La equidad es un camino, como lo es la libertad u otros valores. No debemos fijar un límite absoluto, sino entender que hay que caminar hacia ella.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Fernando Carballo

Al hilo de lo que ha dicho Paco: una de las cosas evidentes —y lo ha dicho Susana— es que la seguridad del paciente no apareció entre los retos iniciales. No lo tenemos interiorizado.

Francisco Jorquera

Porque nos angustian otras cosas

Fernando Carballo

Pero lo que ha dicho Paco es clave y lo lleva a primer plano. Por eso la ponencia de Susana es tan oportuna.

Daniel Ceballos

A veces —como dice Paco— lo urgente obstaculiza lo importante.

Fernando Carballo

Y en línea con lo comentado por Raúl: probablemente hay que pensar más en la inequidad, luchar contra ella, más que en una equidad abstracta.

Agustín Albillos

Dos comentarios. En la Comunidad de Madrid hay un sistema para seguridad que funciona aceptablemente en aspectos menores. En los mayores, el análisis no está interiorizado ni en la sociedad ni en las organizaciones. En endoscopia, en EE. UU., cualquier evento grave se analizaba pormenorizadamente por la propia organización, más allá de la medicina defensiva, para entender por qué ocurrió. No sé cómo incorporar eso en nuestras organizaciones o en la sociedad.

Segundo: en calidad y análisis de resultados, muchas unidades de endoscopia tienen sistemas. Se habló de la acreditación de páncreas. Veo más complicado medir resultados en salud y valor. ¿Creéis que se puede aplicar de verdad y qué variables usar?

Daniel Ceballos

Respondo rápido. La acreditación de unidades inflamatorias de GETECCU (proyecto CUE versión 2.0, vigente) obliga a tener un plan de incorporación de PROMs y, lo que es más importante, de PREMs: la percepción del usuario sobre el funcionamiento. Está definido; no es filosófico. Están definidos los ítems de PROM y PREM a medir.

José Luis Calleja

En Madrid, hace tiempo, en cirugía cardiovascular se publicaron estadísticas de mortalidad por unidades y, al final, la consejería no quiso publicarlo. Si publicas la mortalidad de Móstoles, 12 de Octubre o La Paz, tendrías que tomar medidas inmediatas y políticamente no es aceptable. Además, comparar mortalidad entre hospitales con casuísticas distintas puede no valer. Hay que ponderar y contextualizar estos datos.

Daniel Ceballos

Eso de visibilizar es muy de calvinistas holandeses. Los políticos, en cambio, bajan la persiana respecto a los datos.

María Dolores Martín

Muy rápido. En seguridad nos queda mucho. A pesar de las plataformas (Madrid u otras), la sensación es de “chivato”. Cuando alguien registra un parte, enseguida se sabe quién es; el

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

anonimato es relativo. Además, llevamos mal la autocrítica. La seguridad abarca a todas las personas del proceso: puede fallar el médico, la enfermera que tira un tubo, el celador que rompe una muestra... Hemos tenido problemas de seguridad no relacionados con el acto médico.

Nos han puesto un responsable de seguridad en el hospital, pero parece “lo de allí” para rellenar objetivos. Cada vez se registran más cosas en la plataforma, pero no lo vemos como crítica para mejorar: “este proceso está mal diseñado aquí; rediseñémoslo para que no vuelva a fallar.

Susana Tabernero

Hay que mejorar la cultura. Organizar sesiones y hacerlas en conjunto para que nadie se sienta señalado. Esto es trabajo del día a día; no cambia de la noche a la mañana. Aún hay mucho miedo. Ejemplos cotidianos: botes mal etiquetados, pegatinas... Es trabajo de pico y pala. El ejemplo que puse de EE. UU. era de principios de los 2000; aquí esto aún cuesta.

Aitor Orive

Quería aportar algunas reflexiones prácticas. Yo sé lo que se hace en mi hospital y servicio, pero ignoro lo de los demás. Un buen punto de partida es saber qué se hace en otros sitios. En el mío hay un sistema telemático de notificaciones menores y grupos locales de seguridad (enfermeras, auxiliares, médicos, celadores) que discuten incidentes, elaboran informes y conclusiones para dirección/jefatura.

Es importante que estos grupos existan de verdad, no “de broma”. Hay hospitales donde se constituyen porque “hay que” pero sin tiempo ni recursos. Son cosas que dependen de nosotros.

Daniel Ceballos

Y, para conocer cómo funcionan los demás, podríamos participar en una encuesta desde la sociedad: ¿hay sistema de comunicación? ¿Qué grado de seriedad y recursos se aportan a seguridad y calidad?

Fernando Alberca

Como jefes de servicio tenemos muchas facetas. Debería existir la figura del coordinador de calidad. ¿Existe legalmente? ¿Estaría obligado cada servicio a tenerlo? La sociedad podría formar a gente en calidad, con un enfoque práctico: funciones, registro de complicaciones, notificaciones... y fomentar esa figura, mejor si no recae en el jefe de servicio.

Ejemplo: el Hospital de la Princesa, con un programa de calidad espectacular, con gente implicada en el servicio.

Agustín Albillos

Sería útil conocer qué elementos de calidad hay en los servicios y qué certificaciones: cuántas unidades de endoscopia tienen ISO, por ejemplo.

Fernando Alberca

Si tuviéramos coordinadores de calidad, rellenarían eficazmente los indicadores. Muchos jefes no llegamos.

Fernando Carballo

Sobre medir valor: como en investigación, a veces buscamos “outcomes” subrogados que sabemos que saldrán bien. Rara vez vamos a por indicadores duros (mortalidad). Con datos

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

abiertos podríamos comparar resultados entre centros; de momento solo entre comunidades y con mucho enfado. El camino es medir lo que realmente tiene valor.

Otra idea: las trayectorias de valor. No solo el “outcome” final, también la contribución de cada participante al resultado. Hay iniciativas interesantes (p. ej., Additum Blockchain) para asignar valor y recompensas a cada contribución. Es una forma nueva de enfocar procesos.

María Isabel Vera

La seguridad debería ser autónoma, independiente y transversal, como el departamento de calidad (suele depender de dirección). La seguridad de cada servicio, aislada, quizá no llegue a buen puerto. Hubo iniciativas externas (p. ej., tomas de seguridad de endoscopios) que desaparecieron y deberían retomarse: auditorías independientes de ítems críticos de seguridad.

Fernando Alberca

En los estándares de servicios incluimos un *checklist* de seguridad en endoscopia, basado en listas quirúrgicas (obligatorias en el quirófano). ¿Quién tiene *checklist* en endoscopia? Muy pocos. Está publicado y validado, pero no lo aplicamos; propongo darle más difusión.

Daniel Ceballos

Debería formar parte de lo que vamos a presentar.

Aitor Orive

Para finalizar, ideas prácticas: conocer el nivel basal de seguridad de cada sitio; medir cargas de trabajo (planta, endoscopia, eco...), porque hay muchas diferencias que repercuten en calidad y seguridad; y relanzar el proyecto “No hacer” con otro enfoque (tipo guías NICE), incluyendo indicadores de cumplimiento.

Fernando Alberca

Se han enviado 12 nuevas propuestas al Ministerio.

Daniel Ceballos

Sí, esta vez se ha mandado una colección mayor que la anterior.

Aitor Orive

También sería útil promover grupos locales de seguridad (endoscopia, planta, consultas) y mejorar la conciliación farmacológica. Muchos pacientes ingresan con tratamientos crónicos (omeprazol, etc.) y nadie revisa para retirar lo que no procede. Eso genera interacciones y riesgos.

Daniel Ceballos

Salir de alta con una colección de fármacos nuevos, más los previos, añade riesgos.

Aitor Orive

por último, habría que hacer un esfuerzo en ver cuál es el currículum mínimo que debe tener una persona para hacer endoscopia, CPRE, ecoendoscopia, etc., y darle valor a eso.

Son puntos que se puede trabajar desde la sociedad.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Yago González

Un apunte: estamos hablando de seguridad y calidad centrándonos en personas (anónimos, responsables), cuando realmente se trata de procesos. Ahí la sociedad puede aportar más, definiendo procesos mínimos y guías comunes, a partir de lo que ya funciona en distintos sitios. Quitar el foco de las personas y ponerlo en los procesos.

Y recordar que la seguridad no es solo endoscopia: también consulta, ecografía, prescripción, hospitalización, prevención de caídas.

Daniel Ceballos

Algunas áreas son más paradigmáticas para que ocurran incidentes, pero afecta a todo.

Guillermo Cacho

También deberíamos abordar la medicina defensiva. Convive con nosotros desde siempre y va a más. La legislación y su interpretación favorecen al paciente; los servicios jurídicos protegen al hospital; en medio queda el profesional, a menudo desprotegido. La sociedad podría ayudar a que el profesional se sienta más respaldado.

Daniel Ceballos

¿Cómo medir el impacto de la medicina defensiva en un servicio? ¿Se puede medir de manera práctica en una encuesta?

Guillermo Cacho

Es etéreo, pero dándole una vuelta seguro que se puede preguntar de forma que dé una idea, incluso preguntándolo directamente.

Aitor Orive

Donde hay cribado de los volantes, se puede aproximar contando cuántas solicitudes se echan para atrás o se retrasan por miedo del médico peticionario. Los “y si...” generan despilfarro e inseguridad y exponen a riesgos por actuaciones sin indicación.

POSICIONAMIENTO SEPD

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Recomendaciones y propuestas en calidad y seguridad del paciente. Documento de consenso y posicionamiento de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD).

Ceballos Santos, Daniel Sebastián, Díez Rodríguez, Rubén, Tabernero de Veiga, Susana, Alcaín Martínez, Guillermo José, Arévalo Serna, Juan Antonio, Argüelles Arias, Federico, Bejarano García, Ana, Berenguer Guirado, Rubén, Gómez Rodríguez, Rafael. González Lama, Yago, Jiménez Pérez, Miguel. Martín Arranz, María Dolores, Morales González, Silvia, Paredes Arquiola, José María, Pérez Millán, Antonio, Rodríguez Ramos, Claudio, Suárez González, Adolfo, Van Domselaar, Manuel, Alberca de las Parras, Fernando, Albillos Martínez, Agustín, Calleja Panero, José Luis, Carballo Álvarez, Fernando, en nombre del Grupo de Investigadores de INNOVA Digestivo.

RESUMEN

El proyecto INNOVA Digestivo, impulsado por la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), ha desarrollado un proceso estructurado orientado a identificar áreas clave de mejora en los servicios de aparato digestivo y formular propuestas basadas en el consenso de sus responsables. En el marco de este proyecto, la calidad asistencial y la seguridad del paciente constituyen la cuarta y última área temática analizada en profundidad, después de los trabajos dedicados a los recursos humanos, el acceso y la demanda, y la innovación y la tecnología. Esta monografía recoge los resultados de dicho análisis, integrando los contenidos de las ponencias específicas, el debate entre los investigadores y la votación final de recomendaciones y propuestas.

Las ponencias presentadas en la jornada presencial ofrecieron una visión ordenada de los fundamentos de la calidad asistencial y la seguridad del paciente, destacando la importancia de la medición orientada a resultados, la comprensión de los procesos asistenciales, la identificación de factores críticos de calidad y la necesidad de incorporar la seguridad como un componente esencial de la práctica clínica. Estos contenidos dieron lugar a un conjunto de puntos clave que sintetizaron los elementos considerados prioritarios por los investigadores del proyecto para orientar la mejora en esta área.

A partir de estos puntos clave se formularon seis recomendaciones y dos propuestas de estudio o desarrollo, que fueron sometidas a votación estimativa durante la jornada y posteriormente a votación final por parte de todos los investigadores. Los resultados de estas votaciones muestran un patrón consistente: todas las recomendaciones obtuvieron niveles muy elevados de acuerdo y fueron calificadas como relevantes, sin presencia significativa de rechazo. La votación final confirmó la solidez del consenso alcanzado y la percepción compartida de que las recomendaciones reflejan adecuadamente las prioridades estratégicas identificadas en este ámbito.

Las recomendaciones aprobadas abarcan aspectos fundamentales para el desarrollo de los servicios: la incorporación de la calidad asistencial como criterio relevante en la planificación, la integración de la seguridad del paciente en la gestión y la evaluación, la ampliación de la acción en dimensiones avanzadas de la calidad, el uso de tecnologías emergentes para su mejora, el impulso de una estrategia específica de la SEPD en materia de seguridad y el refuerzo de la protección institucional frente al riesgo legal. Las propuestas

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

complementarias—dirigidas a promover estudios cualitativos sobre calidad y seguridad, y a analizar trayectorias asistenciales con estimación de resultados, costes y contribuciones—amplían el alcance del consenso, proporcionando líneas de trabajo adicionales.

En conjunto, los resultados de este capítulo constituyen un posicionamiento sólido de la SEPD en el ámbito de la calidad asistencial y la seguridad del paciente. Las recomendaciones y propuestas aprobadas ofrecen un marco de referencia para orientar la actividad futura de los servicios de aparato digestivo y se integran de manera coherente en la trayectoria general del proyecto INNOVA Digestivo, que culmina con esta área temática su primera fase de desarrollo.

INTRODUCCIÓN

El proyecto INNOVA Digestivo, impulsado y liderado por la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) tiene como finalidad proponer acciones innovadoras dirigidas a la mejora organizativa y de gestión de los servicios de aparato digestivo en España (1). El proyecto se ha desarrollado en fases sucesivas que combinan la identificación de problemas y retos, la priorización de áreas temáticas y finalmente la elaboración de recomendaciones y propuestas (2).

En una primera fase se identificaron y priorizaron los principales problemas que afrontan los servicios de aparato digestivo desde la perspectiva de sus responsables, estableciendo una base para el trabajo posterior (3). En una segunda fase se definieron las áreas temáticas que requerían un análisis más detallado (tabla 1). Estas áreas fueron posteriormente abordadas mediante la presentación de ponencias específicas, seguidas del correspondiente debate entre los investigadores del proyecto y de la elaboración consensuada de recomendaciones y propuestas de estudios o desarrollos.

Tabla 1. Áreas temáticas seleccionadas en el proyecto INNOVA Digestivo para su análisis detallado, debate entre los investigadores en jornadas presenciales y elaboración consensuada de recomendaciones y propuestas de estudios o desarrollos.

Área temática

Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos

Acceso, demanda y cobertura de servicios

Innovación y tecnología (incluyendo inteligencia artificial [IA])

Calidad y seguridad del paciente

Este capítulo presenta, en calidad de posicionamiento de la SEPD, los resultados correspondientes al área temática de “Calidad y seguridad del paciente”, cuarta y última de las analizadas, recogiendo el consenso obtenido por los investigadores en forma de recomendaciones y propuestas.

METODOLOGÍA

Entre los 17 problemas y 25 retos priorizados en el conjunto del proyecto (3), dos problemas y otros dos retos se consideraron pertenecientes a esta área temática (tabla 2).

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Tabla 2. Asignación de problemas y retos al área temática de “Calidad y seguridad del paciente”, ordenados por su promedio de relevancia en una escala de 1 a 5. El núm. de orden indica su posición en cuanto a ese problema, o reto, en el conjunto de los problemas y retos.

Orden	Problemas	Relevancia
3	Exceso de gestión de las direcciones de los hospitales por criterios cuantitativos, escaso valor a los indicadores de calidad	3,92
9	Falta de control de la calidad asistencial	3,77
Orden	Retos	Relevancia
1	Incorporar resultados en salud en la valoración de los servicios	4,31
6	Necesidad de actualización tecnológica y de la incorporación de la inteligencia artificial	3,92

Teniendo en cuenta esta asignación se prepararon dos ponencias que fueron presentadas y debatidas en la cuarta jornada presencial de INNOVA Digestivo celebrada el 16 de septiembre de 2025. La primera ponencia se dedicó a la calidad asistencial en general, mientras que la segunda de ocupó de manera específica de la seguridad del paciente, considerando que esta dimensión de la calidad merecía un tratamiento aparte por su especial importancia. En ambas ponencias se presentaron una serie de puntos clave, que sirvieron de base para la elaboración de una serie de recomendaciones y propuestas.

Estas ponencias, así como la transcripción del debate que se produjo a continuación, están recogidos en esta monografía en la sección precedente a la de este capítulo.

Durante la sesión presencial cada una de las recomendaciones y propuestas se sometieron a votación estimativa por parte de los 29 responsables presentes en la sala durante las exposiciones.

Las recomendaciones y propuestas de estudio y desarrollos fueron reevaluadas en función de estos resultados y presentadas con posterioridad en su redacción final, mediante un cuestionario REDCap (4), a la totalidad de los 59 investigadores del proyecto en 2025. En esta votación final se incluyó además un criterio de priorización (relevancia otorgada).

En la tabla 3 se presentan las preguntas formuladas junto con sus opciones de respuesta, conformando una escala de Likert con cinco niveles como expresión de los resultados.

Tabla 3. Preguntas y opciones de respuesta utilizadas en el consenso para establecer el grado de acuerdo con las recomendaciones y el de opinión con las propuestas de estudio o desarrollo, así como el grado de relevancia otorgada a cada una en el consenso formal establecido con todos los investigadores.

	Pregunta	Opciones de respuesta
Recomendaciones	¿Está usted de acuerdo con esta recomendación?	<ul style="list-style-type: none"> • Completamente en desacuerdo (= 1) • En desacuerdo (= 2) • Ni en desacuerdo ni de acuerdo (= 3)

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

		<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo (= 4) • Completamente de acuerdo (= 5)
Propuestas	Pregunta	
	¿Qué opina de esta propuesta?	<ul style="list-style-type: none"> • No merece la pena (= 1) • No es prioritario (= 2) • Bueno, puede hacerse (= 3) • Conviene hacerlo (= 4) • Adelante con ello desde ya (= 5)
Recomendaciones y propuestas	Pregunta	Opciones de respuesta
	¿Qué grado de relevancia otorga a esta recomendación/propuesta?	<ul style="list-style-type: none"> • Nada relevante (=1) • Poco relevante (= 2) • Relevancia intermedia (= 3) • Bastante relevante (= 4) • Muy relevante (= 5)

Para el cálculo de los porcentajes de acuerdo, de opinión favorable o de grado de relevancia, se acordaron tres categorías (Valores 1 y 2 = desacuerdo, desfavorable o no relevante; 3 = neutral; 4 y 5 = acuerdo, favorable, relevante). En el análisis estadístico se calcularon como medidas de tendencia central el promedio, la moda, la mediana, los valores máximos y mínimos y la frecuencia observada para cada uno de los valores de la escala y como medidas de dispersión la desviación estándar, la varianza y el rango intercuartílico (RIC). En la fase estimativa se consideraron como aceptables para el paso al consenso final aquellas recomendaciones o propuestas con promedios de acuerdo, u opinión favorable según el caso, superiores a 3,40. Los valores con promedios superiores a 4,20 indican el máximo grado de acuerdo, opinión favorable o relevancia.

RESULTADOS

La tabla 4 resume los puntos clave abordados en la ponencia dedicada a calidad asistencial, mientras que la tabla 5 hace lo mismo con los que se aportaron en la de seguridad del paciente.

Tabla 4. Puntos clave definidos en la ponencia dedicada a calidad asistencial.

Puntos clave – Calidad asistencial
<ul style="list-style-type: none"> • La calidad asistencial debe entenderse como una función orgánica de los servicios. No es un atributo accesorio ni una actividad paralela, sino una competencia organizativa

que debe ser gestionada de forma explícita y evaluada con criterios tanto profesionales como institucionales.

- El modelo clásico de calidad debe ampliarse con nuevas dimensiones. Más allá de estructura, proceso y resultado, se han afianzado referencias como el valor en salud, la equidad, la experiencia del paciente y la sostenibilidad organizativa, entre otras.
- El enfoque basado en valor centra la calidad en los resultados que importan a los pacientes.
Exige superar la fragmentación, alinear incentivos, incorporar PROMs y evaluar trayectorias completas de atención ajustadas por riesgo, con enfoque centrado en valor.
- La equidad es una exigencia ética y operativa del sistema sanitario. Implica garantizar un acceso justo y efectivo a las prestaciones, sin discriminación por razones sociales, económicas o territoriales.
- La experiencia del paciente constituye una fuente crítica de información y mejora. No debe reducirse a la satisfacción: debe integrarse mediante PREMs, codiseño de servicios y gobernanza compartida de la calidad.
- La seguridad del paciente es un principio transversal del modelo de calidad. Requiere cultura organizativa, metodologías específicas y responsabilidad colectiva, y será objeto de desarrollo específico en una ponencia complementaria en esta misma jornada.
- La sostenibilidad organizativa y ambiental es un nuevo horizonte para la calidad. Un sistema de calidad no puede sostenerse en estructuras ineficientes, frágiles o ambientalmente irresponsables.
- El compromiso profesional es un elemento clave de la calidad efectiva. La participación de los equipos clínicos en evaluación y mejora es indispensable para legitimar y sostener los procesos de calidad.
- La transparencia y la rendición de cuentas fortalecen la legitimidad de los servicios. Comunicar resultados, auditar procesos y justificar decisiones son prácticas esenciales en un modelo de calidad abierto y profesional.
- La transformación digital puede ser palanca para una calidad centrada en valor. La Estrategia de Salud Digital del SNS establece marcos institucionales para integrar PROMs, trayectorias de valor y tecnologías aplicadas a la evaluación.
- Las sociedades científicas deben acompañar, pero no sustituir, el liderazgo de los servicios.
Su papel es ofrecer marcos técnicos, herramientas y criterios, reconociendo que la calidad real se construye desde la práctica clínica.
- El proyecto INNOVA Digestivo ya ha impulsado propuestas alineadas con estas dimensiones.
Las recomendaciones sobre innovación en gestión, equidad, experiencia del paciente y compromiso profesional reflejan un compromiso activo con la calidad asistencial como eje transversal de transformación.

Tabla 5. Puntos clave definidos en la ponencia dedicada a seguridad del paciente.

Puntos clave – Seguridad del paciente
<ul style="list-style-type: none">• La seguridad del paciente es una responsabilidad clínica y organizativa.• No puede entenderse como un añadido técnico ni como una actividad paralela, sino como un eje inseparable del ejercicio clínico responsable y del funcionamiento habitual de cualquier servicio asistencial.• Evitar el daño no es solo evitar errores.• Garantizar la seguridad del paciente implica ofrecer intervenciones validadas, eficaces y actualizadas, evitar prácticas fútiles o desfasadas, y mantener condiciones clínicas y organizativas que reduzcan riesgos evitables.• La cultura de seguridad se construye desde la práctica real.• No basta con declaraciones institucionales: es necesario proteger la notificación de incidentes, promover el análisis conjunto del error y establecer estructuras que generen aprendizaje, no castigo.• La notificación de eventos adversos debe ser parte de la gestión clínica.• Para que tenga valor práctico, la notificación debe ir acompañada de confidencialidad garantizada, retorno sistemático a los equipos y vinculación con mejoras reales.• La formación en seguridad es insuficiente.• No está integrada sistemáticamente ni en el grado, ni en la especialización, ni en la formación continuada. Avanzar en seguridad requiere formación adaptada al perfil profesional y presente a lo largo de toda la trayectoria.• La medición del daño es una asignatura pendiente.• Existen indicadores y experiencias parciales, pero no un marco común para estimar, comparar y aprender de los eventos adversos. Sin datos fiables, no hay mejora posible.• La participación del paciente es clave también en seguridad.• Su experiencia permite identificar riesgos no visibles desde el enfoque técnico, y contribuye a construir procesos más seguros, comprensibles y centrados en el paciente.• El miedo a la demanda alimenta la medicina defensiva.• La inseguridad jurídica y la percepción de abandono institucional distorsionan la práctica clínica. Proteger la buena práctica y revisar los marcos de responsabilidad es imprescindible para generar confianza.• La gobernanza de la seguridad es el gran eslabón débil.• Sin estructuras, liderazgos y políticas activas desde los niveles institucionales, la seguridad seguirá dependiendo de iniciativas locales y del compromiso individual, con escasa capacidad de transformación real.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

En la tabla 6 se detallan los encabezados de las seis recomendaciones y las dos propuestas que se presentaron para votación estimativa tras de las presentaciones de las ponencias desarrolladas en esta área temática, junto con los resultados obtenidos respecto del grado de acuerdo (para las recomendaciones) u opinión favorable (para las propuestas) en la votación estimativa.

Tabla 6. Enunciados de las recomendaciones y propuestas de estudios y desarrollos presentados para votación estimativa de los grados de acuerdo y de opinión favorable por parte de los asistentes a la cuarta jornada presencial de INNOVA Digestivo, junto con los resultados obtenidos en las votaciones estimativas, ordenadas por el grado de acuerdo obtenido.

Recomendación	Acuerdo (%)	Acuerdo (promedio)
Calidad asistencial como eje transversal en la transformación de los servicios	100,00	4,59
Reforzar la protección institucional frente al riesgo legal para fomentar entornos seguros	92,86	4,50
Impulsar la acción en dimensiones clave de calidad más allá del modelo clásico	92,31	4,23
Integrar la seguridad del paciente en la gestión clínica y organizativa de los servicios	88,89	4,37
Impulsar desde la SEPD una estrategia propia sobre seguridad del paciente	82,14	4,18
Fomentar la innovación en calidad mediante el uso de tecnologías emergentes	75,00	4,11
Propuestas de estudios y desarrollos	A favor (%)	A favor (promedio)
Impulso de investigación cualitativa sobre calidad asistencial y seguridad del paciente	71,43	3,82
Impulso de estudios sobre trayectorias de valor y atribución proporcional de contribuciones	48,28	3,69

Todas las recomendaciones y las propuestas de estudio y desarrollo superaron el nivel de corte establecido y pasaron a la siguiente fase en la que los investigadores consideraron, además, que podrían ser presentadas a la votación final con las mismas formulaciones con las que fueron presentadas a la votación estimativa.

El cuestionario REDCap fue cumplimentado por todos los integrantes del grupo de investigadores de INNOVA Digestivo 2025 (n = 59); en consecuencia, los cálculos de la desviación estándar y la varianza fueron poblacionales, no muestrales. Los resultados finales obtenidos para cada una de las seis recomendaciones se presentan en la tabla 7, mientras que para los correspondientes a las dos propuestas se hace en la tabla 8. En ambas tablas se detalla la formulación definitiva de cada una de ellas, el grado de acuerdo (u opinión favorable si se trata de propuestas) en porcentaje y en promedio, así como el promedio del grado de relevancia, otorgados por los investigadores. Además, a pie de cada formulación

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

se indica el porcentaje de voto neutral y de desacuerdo para las recomendaciones u opinión desfavorable para las propuestas.

. Recomendaciones consensuadas en el área temática de “Calidad y seguridad del paciente” del proyecto INNOVA Digestivo de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), con expresión de los porcentajes y promedios del grado de acuerdo, así como el de relevancia, otorgados por los investigadores. A pie de cada formulación se indican los porcentajes de voto neutral y en desacuerdo.

Recomendación	Acuerdo		Relevancia
Calidad asistencial como eje transversal en la transformación de los servicios	%	Promedio	Promedio
Se recomienda incorporar la calidad asistencial como criterio relevante en todas las estrategias de desarrollo de los servicios de aparato digestivo, incluida su integración en lo ya planteado en las distintas recomendaciones y propuestas del proyecto INNOVA Digestivo, con el objetivo de que se consolide como principio transversal en todas sus líneas de acción.	100	4,69	4,42
Porcentaje de voto neutral	0		
Porcentaje de voto en desacuerdo	0		
Recomendación	Acuerdo		Relevancia
Impulsar la acción en dimensiones clave de calidad más allá del modelo clásico	%	Promedio	Promedio
Se recomienda reforzar desde los propios servicios y desde la SEPD, a través de su Comité de Calidad, las estrategias centradas en dimensiones avanzadas de calidad asistencial como el valor en salud, la equidad, la seguridad y la experiencia del paciente, la sostenibilidad organizativa y el compromiso profesional.	93,22	4,36	4,17
Porcentaje de voto neutral	6,78		
Porcentaje de voto en desacuerdo	0		
Recomendación	Acuerdo		Relevancia
Fomentar la innovación en calidad mediante el uso de tecnologías emergentes	%	Promedio	Promedio
Se recomienda impulsar la incorporación de tecnologías emergentes, en particular herramientas de inteligencia artificial, en los sistemas de calidad asistencial de los servicios digestivos, promoviendo su uso responsable bajo criterios de valor, equidad y ética. Esta estrategia debe incluir formación específica, pruebas piloto y	91,53	4,36	4,12

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

mecanismos sistemáticos de evaluación de impacto asistencial.			
Porcentaje de voto neutral	8,47		
Porcentaje de voto en desacuerdo	0		
Recomendación	Acuerdo		Relevancia
Integrar la seguridad del paciente en la gestión clínica y organizativa de los servicios	%	Promedio	Promedio
Se recomienda incorporar de forma explícita la seguridad del paciente en la planificación, gestión y evaluación de los servicios de aparato digestivo, dotándola de estructuras operativas, indicadores específicos y presencia clara en los sistemas de objetivos, calidad y formación.	98,31	4,69	4,56
Porcentaje de voto neutral	1,69		
Porcentaje de voto en desacuerdo	0		
Recomendación	Acuerdo		Relevancia
Impulsar desde la SEPD una estrategia propia sobre seguridad del paciente	%	Promedio	Promedio
Se recomienda que la SEPD, a través de su Comité de Calidad y en colaboración activa con otras organizaciones y expertos, impulse una estrategia propia sobre seguridad del paciente en el ámbito de la atención digestiva que incluya potenciar la formación y el desarrollo de proyectos específicos en este campo.	86,44	4,27	4,10
Porcentaje de voto neutral	13,56		
Porcentaje de voto en desacuerdo	0		
Recomendación	Acuerdo		Relevancia
Reforzar la protección institucional frente al riesgo legal para fomentar entornos seguros	%	Promedio	Promedio
Se recomienda que los servicios y las instituciones revisen sus marcos de responsabilidad y apoyo profesional, de modo que la gestión de la seguridad no se vea obstaculizada por el temor a la demanda o la sanción. Proteger la buena práctica clínica cuando se ajusta a estándares reconocidos, garantizar la confidencialidad en la notificación de incidentes y promover una cultura no punitiva son condiciones	93,22	4,41	4,19

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

necesarias para que la seguridad pueda convertirse en una práctica sistemática y respaldada.			
Porcentaje de voto neutral	6,78		
Porcentaje de voto en desacuerdo	0		

Tabla 8. Propuestas de estudios y desarrollos consensuadas en el área temática de “Calidad y seguridad del paciente” del proyecto INNOVA Digestivo de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), con expresión de los porcentajes y promedios del grado de opinión favorable, así como el de relevancia, otorgados por los investigadores. A pie de cada formulación se indican los porcentajes de voto neutral y desfavorable.

Propuesta	A favor		Relevancia
Impulso de investigación cualitativa sobre calidad asistencial y seguridad del paciente	%	Promedio	Promedio
Se propone promover estudios cualitativos que exploren la experiencia y percepción de profesionales y pacientes en relación con la calidad asistencial y la seguridad del paciente, con el fin de identificar barreras, facilitadores y áreas de mejora.	83,05	4,07	3,85
Porcentaje de voto neutral	16,95		
Porcentaje de voto desfavorable	3,39		
Propuesta	A favor		Relevancia
Impulso de estudios sobre trayectorias de valor y atribución proporcional de contribuciones.	%	Promedio	Promedio
Se propone impulsar, en el entorno de la SEPD y con la colaboración de los profesionales y sus servicios, así como de otros grupos o instituciones expertos en el tema, la investigación sobre trayectorias asistenciales completas, con análisis de resultados, costes y aportaciones de los distintos agentes implicados. Este trabajo debe servir de base para el diseño y pilotaje de nuevos modelos de gestión y compensación proporcionales al valor generado.	67,80	3,85	3,68
Porcentaje de voto neutral	25,42		
Porcentaje de voto desfavorable	6,78		

Las medidas de dispersión (desviación estándar y rango intercuartílico) mostraron, en todos los casos, una baja variabilidad en las respuestas, reflejando una elevada concentración del voto y un alto grado de consenso entre los investigadores.

DISCUSIÓN

Los resultados del proceso desarrollado en esta área temática muestran un consenso amplio, sostenido y bien estructurado sobre los elementos considerados prioritarios para avanzar en calidad y seguridad del paciente en los servicios de aparato digestivo. Las recomendaciones aprobadas no constituyen una simple lista de iniciativas deseables, sino una síntesis madura derivada de los puntos clave que emergieron de las ponencias y del debate, traducidos en un marco de acción que los investigadores consideran factible y estratégicamente relevante.

En primer lugar, la recomendación de incorporar la calidad asistencial como criterio relevante en todas las estrategias de desarrollo de los servicios expresa con claridad que la calidad no debe concebirse como una línea de trabajo aislada, sino como un principio transversal que debe condicionar la planificación, la evaluación y la organización de los servicios. Este enfoque es coherente con lo trabajado en la ponencia de calidad asistencial, especialmente en la distinción entre indicadores de entrada, proceso y resultado, y en la necesidad de medir aquello que es clínicamente significativo. Su aceptación unánime en la votación final subraya la convicción compartida de que la calidad constituye un pilar estructural del funcionamiento de los servicios, y no un complemento añadido.

La recomendación de integrar la seguridad del paciente en la planificación, gestión y evaluación de los servicios sitúa de forma explícita esta dimensión en el ámbito de la gobernanza clínica. El acuerdo prácticamente pleno alcanzado refleja la madurez de una idea repetida en la ponencia correspondiente: la seguridad no puede depender únicamente de actuaciones preventivas o reactivas, sino que debe incorporarse a los sistemas de trabajo, a la toma de decisiones y al diseño de los procesos. La votación final confirma que los investigadores perciben esta integración como una necesidad ya establecida, más que como una aspiración programática.

También obtuvo un amplio consenso la recomendación destinada a reforzar la acción en dimensiones avanzadas de la calidad asistencial, como el valor en salud, la equidad, la seguridad, la experiencia del paciente, la sostenibilidad y el compromiso profesional, que agrupa elementos trabajados en ambas ponencias y que requiere avanzar más allá del enfoque clásico de estructura, proceso y resultado. Su elevada puntuación en relevancia muestra que los investigadores reconocen la importancia de ampliar el alcance de la evaluación y de incorporar métricas que reflejen mejor los resultados y la experiencia del paciente.

Por su parte, las recomendaciones relacionadas con el uso de tecnologías emergentes aplicadas a la calidad asistencial, con la promoción de una estrategia propia de la SEPD en materia de seguridad del paciente y con la mejora de la protección institucional frente al riesgo legal obtuvieron también altos niveles de acuerdo y relevancia, aunque con una variabilidad ligeramente mayor. Este patrón es coherente con la votación estimativa y sugiere distintos ritmos de implantación percibidos por los investigadores, más que discrepancias sobre su pertinencia. En todo caso, superan ampliamente los umbrales de consenso y completan un marco de recomendaciones equilibrado, que combina acción inmediata y desarrollo progresivo.

Las propuestas de estudios y desarrollos complementan el conjunto desde una perspectiva metodológica. La propuesta de promover estudios cualitativos sobre calidad asistencial y seguridad del paciente recibió un apoyo alto y sostenido, lo que indica que los investigadores consideran necesario disponer de información más fina para comprender las causas, percepciones y barreras presentes en esta área. La segunda propuesta, dedicada al estudio de trayectorias asistenciales con estimación de resultados, costes y contribuciones, obtuvo un menor número de votaciones favorables, pero mantuvo una valoración de relevancia

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

suficientemente alta como para formar parte del consenso final. Ambas propuestas se sitúan adecuadamente como líneas de desarrollo que pueden reforzar y matizar la implantación futura de las recomendaciones.

La comparación global entre los puntos clave presentados en las ponencias y las recomendaciones aprobadas muestra una alineación muy clara. Ninguna recomendación se aparta del contenido trabajado; todas representan una traducción precisa de los elementos considerados prioritarios por los investigadores. Este paralelismo confirma la consistencia del proceso seguido y refuerza la legitimidad del consenso alcanzado, tanto en la votación estimativa como en la votación final.

Finalmente, el conjunto de las recomendaciones y propuestas formuladas se integra de forma coherente con el marco general del proyecto INNOVA Digestivo. Las áreas previas — recursos humanos, acceso y demanda, e innovación y tecnología— habían puesto de relieve la importancia de disponer de criterios compartidos para orientar la planificación, mejorar la consistencia de los procesos asistenciales y favorecer la toma de decisiones en los servicios. La calidad y la seguridad del paciente actúan aquí como un eje de cierre que articula estos elementos, ofreciendo un marco común que puede guiar las próximas etapas del proyecto y orientar la evolución futura de los servicios de aparato digestivo.

En este contexto, las recomendaciones constituyen un posicionamiento sólido de la SEPD en materia de calidad y seguridad del paciente, basado en la experiencia, el juicio y el consenso de los investigadores del proyecto, y se presentan como referencia para el desarrollo de líneas de acción en los servicios de aparato digestivo.

REFERENCIAS

1. INNOVA Digestivo [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Patología Digestiva; 2025 [consultado 07 Dic 2025]. Disponible en: <https://www.sepd.es/innova-digestivo>.
2. Albillos Martínez A, Alberca de las Parras F, Calleja Panero JL, Carballo Álvarez F, Grupo de investigadores de INNOVA Digestivo. Objetivos y metodología general del proyecto INNOVA Digestivo de la Sociedad Española de Patología Digestiva [pdf]. Madrid: Sociedad Española de Patología Digestiva; 2025. Disponible en: <https://admin.sepd.es/storage/innova/PUBLICACIONES/OBJETIVOS%20Y%20METODOLOG%C3%8DA.pdf>.
3. Alberca de las Parras F, Albillos Martínez A, Bas-Cutrina F, Calleja Panero JL, Carballo Álvarez F, Caunedo Álvarez Á, et al. Identificación y priorización de problemas y retos en los servicios de aparato digestivo españoles desde la perspectiva de sus responsables como base estratégica para su desarrollo. Material suplementario [pdf]. Madrid: Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD); 2025. Disponible en: <https://admin.sepd.es/storage/innova/PUBLICACIONES/PROBLEMAS%20Y%20RETO S%20MATERIAL%20SUPLEMENTARIO.pdf>.
4. Harris PA, Taylor R, Minor BL, Elliott V, Fernandez M, O'Neal L, et al. The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. J Biomed Inform. 2019;95:103208. doi: 10.1016/j.jbi.2019.103208.

APLICABILIDAD Y PROYECCION

Aplicabilidad y proyección

Agustín Albillos Martínez, Fernando Alberca de las Parras, José Luis Calleja Panero y Fernando Carballo Álvarez.

La presente monografía cierra el ciclo de trabajo del proyecto INNOVA Digestivo dedicado al análisis en profundidad de sus cuatro áreas temáticas. Tras las monografías centradas en los recursos humanos, en el acceso, la demanda y la cobertura de servicios, y en la innovación y la tecnología, esta área aborda de forma específica la calidad asistencial y la seguridad del paciente, aspectos identificados desde la fase inicial del proyecto como determinantes del funcionamiento de los servicios. Introduce elementos —como la medición de resultados, la fiabilidad de los procesos y la orientación a la mejora— que, al relacionarse de forma natural con cuestiones tratadas en las áreas previas, le confieren una aplicabilidad práctica especialmente útil para orientar el desarrollo futuro de los servicios de aparato digestivo.

Las ponencias que sustentan esta monografía han puesto de manifiesto la importancia de comprender con claridad qué se mide, cómo se mide y cómo se interpreta lo que se mide, así como la necesidad de integrar la seguridad del paciente en la planificación y ejecución de las actividades clínicas. Estas ideas se reflejan directamente en las recomendaciones adoptadas. La incorporación de la calidad asistencial y la seguridad del paciente como criterios relevantes en la planificación, gestión y evaluación de los servicios constituye un primer ámbito claro de aplicabilidad. Su implantación implica revisar procedimientos, clarificar responsabilidades, definir indicadores adecuados y utilizarlos de forma sistemática para orientar decisiones.

Del mismo modo, la recomendación de avanzar en dimensiones ampliadas de la calidad —incluyendo el valor en salud, la equidad, la seguridad, la experiencia del paciente, la sostenibilidad y el compromiso profesional— refuerza la necesidad de trabajar con marcos conceptuales integrados que permitan evaluar lo que realmente importa. Su aplicación exige desarrollar instrumentos operativos que faciliten la medición de estos aspectos y favorezcan su incorporación en la práctica cotidiana.

Las recomendaciones relacionadas con el uso de tecnologías emergentes y con el impulso de una estrategia propia de la SEPD sobre seguridad del paciente señalan ámbitos cuya aplicabilidad depende de decisiones corporativas. En estos casos, la proyección futura requiere iniciar procesos de trabajo específicos dentro de la SEPD, capaces de definir líneas de actuación, ofrecer apoyo técnico y facilitar la difusión de prácticas seguras. Lo mismo puede decirse de la recomendación orientada a fortalecer la protección institucional frente al riesgo legal, que demanda herramientas y referencias comunes que ayuden a disminuir la exposición a situaciones de conflicto y a reforzar la seguridad jurídica de la práctica clínica.

Las propuestas aprobadas completan este escenario proyectivo. El desarrollo de estudios cualitativos puede aportar información valiosa para comprender la percepción de la calidad y la seguridad en los servicios, mientras que el análisis de trayectorias asistenciales, con estimación de resultados y costes, permite avanzar en la comprensión del valor generado por la atención. Ambas líneas son coherentes con los contenidos expuestos en las ponencias y ofrecen oportunidades claras de trabajo futuro.

Como última de las cuatro áreas temáticas del proyecto, esta monografía permite cerrar un proceso iniciado con la identificación de problemas y retos y continuado con el análisis específico de cada ámbito. La calidad asistencial y la seguridad del paciente se relacionan de forma natural con elementos analizados en las áreas previas y proporcionan un marco útil

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

para orientar el desarrollo de los servicios de aparato digestivo. La SEPD, como entidad promotora del proyecto, impulsará los trabajos necesarios para favorecer la implantación progresiva de estas recomendaciones y propuestas, contribuyendo a fortalecer la calidad, la seguridad y la coherencia de la atención en los servicios de aparato digestivo.

