

# **ESTUDIO DE LAS QUEJAS Y RECLAMACIONES EN ASEPEYO EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN 2010.**

## **Autores:**

Dra. Ángela Poza Fresnillo. ASEPEYO C.A. Mercamadrid

Dr. Francisco Javier Bernal Matallanos. ASEPEYO C.A. Valdemoro.

## **Correspondencia:**

Dra. Ángela Poza Fresnillo

C.A. ASEPEYO Mercamadrid

Polígono Mercamadrid

Av. Villa de Vallecas, parcela J-4.

Teléfono: 915 078 200. 28053. Madrid

Correo electrónico: [apozafresnillo@asepeyo.es](mailto:apozafresnillo@asepeyo.es)

**MASTER UNIVERSITARIO EN MEDICINA EVALUADORA ó Edición 2010-2011 -**

**• Todos podemos caer en el error, pero sólo los necios perseveran en él. Marco Tulio Cicerón.**

**• La vergüenza de confesar el primer error, hace cometer muchos otros. Jean de La Fontaine.**

**• Errar es humano, pero más lo es culpar de ello a otros. Baltasar Gracián.**

## RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo promover la cultura sobre Seguridad del Paciente a través del estudio de las quejas y reclamaciones interpuestas por los usuarios en el 2010 en los centros asistenciales de la mutua Asepeyo de la Comunidad de Madrid. La gestión de las reclamaciones es una pieza clave en las organizaciones sanitarias, válida para conocer las necesidades del paciente y cómo vive su contacto con el sistema sanitario. Es un instrumento que permite estudiar, identificar y prevenir sucesos adversos e implementar acciones para garantizar la calidad de asistencia y la mejora de la seguridad del paciente.

Se procede a identificar aspectos de la calidad asistencial que los pacientes consideran fundamentales y son: la satisfacción, la adecuación y la competencia profesional o calidad científico-técnica.

Se ha estudiado el funcionamiento del Servicio de atención al usuario: sus procesos operativos (recepción, análisis, flujos de información, seguimiento y respuestas), taxonomía de las quejas y reclamaciones. Se trata de un servicio competente que funciona por protocolos de forma eficaz. Existe un sesgo en el número de reclamaciones puesto que muchas no llegan a formularse ya que son resueltas sin que consten por escrito ni el contenido ni el tipo de solución proporcionada. Se ha procedido al estudio del itinerario administrativo que siguen las reclamaciones: el 47,54% son determinación de contingencia; el 26,22 % solicitud de incapacidad; 21,32% desacuerdo con el alta médica y un 4,92% abarca otros. De todas las reclamaciones que siguen vía administrativa, en el 62% la resolución final coincide con lo propuesto por la mutua. Existen cuatro expedientes que han iniciado directamente la vía judicial: tres por daños y perjuicios por negligencia en la atención, otra por error diagnóstico.

Las conclusiones son:

1. La comunicación médico-paciente es un elemento clave para la mejora de la calidad asistencial y la disminución del número de reclamaciones. El paciente es el núcleo de la profesión sanitaria.
2. Las estrategias para negociar la capacitación laboral y la determinación de contingencia son un elemento clave para mejorar la satisfacción de los usuarios en una mutua de accidentes de trabajo.

3. Es fundamental realizar un estudio pormenorizado del suceso adverso, analizar sus causas atendiendo a todos los factores implicados: personas y sistema.

4. La existencia de protocolos para el tratamiento de reclamaciones y sugerencias es fundamental para mejorar la seguridad del paciente. Todos los profesionales de la organización deben de conocer los Informes de SAU( Servicio Atención al Usuario), así como las acciones de mejora.

5. El objetivo final de las reclamaciones es mejorar la calidad de la asistencia, por lo que la dirección debe de estar implicada en todo el proceso de estudio y de posterior diseño e implementación de acciones de mejora.

## INDICE

1. Introducción	07
2. Objetivos	09
3. Metodología	10
4. Diseño del estudio	10
5. Revisión bibliográfica	11
1. Desafío de nuestro sistema sanitario: la Seguridad del Paciente	11
1. El riesgo asistencial	11
2. Aprendizaje sobre Seguridad del paciente	14
2. La seguridad del paciente: una dimensión esencial de la Calidad asistencial	15
1. La Calidad de la atención a la Salud: Concepto. Dimensiones. Gestión de la calidad. Instrumentos internos de mejora de la calidad	15
2. La seguridad del paciente	17
3. Estudio de los sucesos adversos	18
1. Fuentes de estudio de sucesos adversos	18
2. Tipos de estudio	19
3. El efecto adverso como oportunidad	21
4. Sistemas de notificación y registro	22
4. El error	23
5. Prevención de los Sucesos Adversos:	25
a. Prevención primaria	25
b. Prevención secundaria	26
c. Prevención terciaria	26
6. Seguridad y gestión clínica	27
7. Estrategias de Seguridad del Paciente	27

<b>6. Resultados</b>	29
<b>7. Discusión</b>	49
<b>1. La comunicación médico-paciente como elemento en la calidad asistencial</b>	49
<b>2. El paciente como centro de la asistencia sanitaria</b>	51
<b>3. Estrategias para negociar la capacitación laboral y la determinación de contingencia</b>	52
<b>4. La investigación del suceso adverso</b>	54
<b>5. Áreas de mejora detectadas en reclamaciones e identificación de buenas prácticas</b>	55
a) En el proceso operativo-recepción	57
b) En el proceso operativo-tramitación	58
c) En el proceso operativo-respuesta	59
d) En proceso de evaluación-seguimiento	60
e) En demandas	61
f) En seguridad del paciente	62
g) Experiencias en otros sectores no sanitarios	63
<b>8. Conclusiones</b>	65
<b>9. Bibliografía</b>	67

## 1. INTRODUCCIÓN

Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria mediante acciones que promuevan y garanticen la seguridad de los pacientes, es una prioridad para el Sistema Nacional de Salud.

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha venido desarrollando desde 2004 una serie de iniciativas que se han consolidado como la estrategia en Seguridad del paciente del SNS, que constituye uno de los objetivos del Plan de Calidad del SNS.

La Seguridad del paciente ha sido definida, en sentido estricto, como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención a la salud recibida. Más que un fin, es consecuencia de la interacción y el equilibrio permanente de múltiples actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales. Mejorar la seguridad depende de un aprendizaje continuo sobre cómo interaccionan los diferentes componentes del sistema. Se trata de una dimensión fundamental de la calidad de la atención. «La seguridad del paciente no es un destino, es un viaje» como afirmó Leape.

En los últimos años se ha producido un aumento generalizado tanto de las reclamaciones de los usuarios hacia organizaciones sanitarias, como de las sugerencias de mejora. Este hecho está directamente relacionado con un nivel de formación y de exigencia cada vez más alto por parte de los ciudadanos que quieren respuestas concretas en forma de resultados y mejoras.

Los ciudadanos son «clientes» de los servicios sanitarios y esperan lo mismo que reciben de otros servicios. El proceso que siguen las reclamaciones y sugerencias ha dejado de ser una acción que hay que hacer por norma para pasar a ser una pieza clave en las organizaciones sanitarias. La información que se obtiene nos muestra diversos aspectos sobre la organización y es una herramienta que permite identificar puntos de mejora.

El presente estudio tiene como objetivo fundamental el estudio de las reclamaciones en ASEPEYO durante el 2010 en la Comunidad de Madrid, para evidenciar buenas prácticas en el manejo de las mismas y posibilidades de mejora, así como detectar posibles líneas de acción para mejorar la seguridad de los pacientes.



## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivos generales**

1. Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura sobre seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes atendidos en ASEPEYO.
2. Analizar la seguridad del paciente atendido en ASEPEYO dentro de la Comunidad de Madrid, como componente clave de la calidad asistencial para los pacientes y sus familias.

### **Objetivos específicos:**

1. Identificar aspectos de la calidad asistencial que los pacientes consideran fundamentales.
2. Clasificación del tipo de reclamaciones.
3. Analizar los procesos operativos (recepción, análisis, flujos de información, seguimiento y respuestas), herramientas informáticas, indicadores de seguimiento, taxonomía de las quejas y sugerencias. Conocer el funcionamiento del SAU.
4. Identificar las reclamaciones que siguen curso administrativo (Determinación de Contingencia, Impugnación al Alta)
5. Identificar los procesos judiciales en relación con la seguridad del paciente.
6. Identificar buenas prácticas en el tratamiento de las reclamaciones en ASEPEYO.
7. Descubrir oportunidades de mejora en la atención a los pacientes a partir de las reclamaciones.

### **3. METODOLOGIA**

1. Estudio de las reclamaciones de los usuarios de Asepeyo de la Comunidad de Madrid en 2010 recogidas por el Servicio de Atención al Usuario, en total fueron 234.
2. Estudio de los procesos asistenciales de los usuarios que presentaron la reclamación a través de la historia clínica-Chamán.
3. Estudio del Informe de las Solicitudes de Atención del Área sanitaria de Madrid del 2010 del SAU.
4. Estudio de muestra representativa de respuestas a las reclamaciones a los usuarios del SAU.
5. Comunicación con Oficina Técnica de Reclamaciones y SAU.
6. Comunicación con Dirección de Prestaciones: identificación y seguimiento de las reclamaciones que siguen curso administrativo o legal.
7. Entrevista con Asesoría Jurídica: Información de pacientes que han interpuesto demanda judicial contra profesionales sanitarios en la Comunidad de Madrid.
8. Comunicación con Dirección de Asistencia Sanitaria
9. Estudio sobre el Servicio de Atención al Usuario en Asepeyo sobre los procesos operativos (recepción, análisis, flujos de información, seguimiento y respuestas), herramientas informáticas, indicadores de seguimiento, taxonomía de las quejas.

### **4. DISEÑO**

Estudio retrospectivo

**Ámbito de estudio:** Centros asistenciales de Asepeyo de la Comunidad de Madrid durante el 2010.

## **5. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

Nuestra revisión bibliográfica es un paseo por [www.seguridaddelpaciente.es](http://www.seguridaddelpaciente.es); y en concreto por el tutorial <http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MS-C-CD1/>. Allí podemos encontrar las mejores revisiones actualizadas sobre este tema. Pondremos en cursiva las citas literales de este tutorial.

### **5.1. DESAFÍO DE NUESTRO SISTEMA SANITARIO: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La seguridad del paciente es un elemento clave en todos los órdenes de nuestro sistema sanitario. A continuación, veremos los conceptos fundamentales en esta materia. Es importante su aclaración para unificar nuestro lenguaje y por tanto nuestros criterios.

#### **5.1.1. El riesgo asistencial**

El personal sanitario tiene como vocación el cuidado de la persona enferma. Su trabajo consiste en aplicar la mejor evidencia científica con la mayor seguridad evitando errores.

*El concepto de riesgo asistencial es impreciso e incluye cualquier situación no deseable o factor que puede contribuir a aumentar la probabilidad de que se produzca, que está en relación con la atención sanitaria recibida y que puede tener consecuencias negativas para los pacientes. El Riesgo asistencial incluye los siguientes conceptos:*

**- Sucesos adversos:**

*Eventos o acontecimientos relacionados con la atención recibida por un paciente, que tienen, o pueden tener consecuencias negativas para el mismo.*

*Se trata de un concepto amplio que incluye un conjunto variado de situaciones tales como infecciones hospitalarias, complicaciones anestésicas, errores, despistes, reclamacionesí*

Los sucesos adversos engloban el concepto de incidente y efecto adverso.

El incidente es un hecho imprevisto sin consecuencias negativas para el paciente pero que en otras circunstancias sí las podría haber producido. Se denomina incidente crítico cuando las consecuencias pudieron ser graves, aunque se evitaron.

*Efecto Adverso es toda lesión, daño, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte relacionada con el proceso asistencial. Pueden ser evitables o inevitables.*

Es preciso diferenciar las **complicaciones del curso clínico** de las **desviaciones**. Las primeras son alteraciones del curso natural de la enfermedad, derivadas de la misma y no provocadas por la actuación médica o de los demás profesionales sanitarios. Mientras que las desviaciones son trastornos objetivos, ocurridos en la evolución de la enfermedad, caracterizados por su relación con la atención recibida y la ausencia de intencionalidad.

Un suceso adverso puede ser o no, consecuencia de un error o fallos del proceso asistencial.

**- Error:**

*Acto de equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un suceso adverso*

**- Casi-error:**

*Categoría mal definida, próxima a la de incidente, que incluye sucesos como casos en los que el daño para el paciente ha sido evitado por poco.*

**- Accidente:**

*Suceso aleatorio imprevisto, inesperado que produce daños o lesiones al paciente, o pérdidas materiales o de cualquier otro tipo.*

**- Sucesos adversos relacionados con el uso de medicamentos:**

*Cualquier lesión o efecto nocivo relacionado con el uso de medicamentos. Se incluyen tanto las difícilmente evitables reacciones adversas a medicamentos, relacionadas con el uso habitual y apropiado de los mismos en la prevención y tratamiento de enfermedades; como los daños secundarios debidos a utilización inadecuada, por omisión o comisión de un medicamento.*

**- Negligencia:**

*Error difícilmente justificable, ocasionado por desidia, abandono, apatía, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado.*

**- Malapraxis:**

*Deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño al paciente. Se entiende como tal, cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de cualificación similar, en idénticas circunstancias.*

**- Litigio:**

*Disputa tramitada ante un juzgado que puede estar motivada por un desacuerdo con la atención recibida o con los efectos no deseados de la misma (efectos adversos o complicaciones). Con relativa frecuencia, no se debe a la existencia de los hechos anteriores.*

Nuestro sistema sanitario debe velar y trabajar porque la seguridad del paciente sea una realidad en el quehacer profesional de todos los implicados en la atención y cuidado de la salud de las personas.

### 5.1.2 El aprendizaje en Seguridad del Paciente.

La relación médico-paciente está influida por factores de variadas características. No sólo intervienen las personas protagonistas de la relación, sino todos los profesionales que gestionan los medios humanos y no humanos involucrados. Es necesaria la formación continuada en Seguridad del Paciente de todas las personas cuyo trabajo tiene relación con el ser humano enfermo o con su cuidado.

*Más recientemente, un taller de expertos promovido por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud para definir la Estrategia en Seguridad del Paciente proponía diversas recomendaciones con relación al desarrollo de la cultura y la formación, destacamos las siguientes:*

- *Fomentar una cultura de la seguridad del paciente centrada en el aprendizaje a partir de incidentes y sucesos adversos en contraposición a la cultura de la culpa y el reproche.*
- *Incorporar la seguridad del paciente y la gestión de riesgos en los programas de formación de grado y postgrado.*
- *Incentivar la formación continuada sobre seguridad del paciente en el personal sanitario.*
- *Sensibilizar a directivos y profesionales sanitarios sobre la necesidad de fomentar una cultura de la seguridad.*
- *Informar a profesionales y pacientes sobre áreas y factores de riesgos.*

## **5.2. LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: UNA DIMENSIÓN ESENCIAL DE LA CALIDAD ASISTENCIAL**

### **5.2.1 La calidad en la atención de Salud**

La Calidad, según la Real Academia Española es la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie. El consumidor valora el precio y la calidad por encima de las demás cualidades de un producto.

*En definitiva la calidad es el grado de aproximación entre lo que un cliente espera, en función de sus expectativas y necesidades y la atención que recibe, en función del conocimiento, tecnología y recursos disponibles.*

#### **a) Concepto y dimensiones de la calidad asistencial**

La calidad asistencial tiene las siguientes dimensiones: competencia profesional, efectividad, eficiencia, accesibilidad, satisfacción y adecuación.

A partir de la aparición de los informes del *Institute of Medicine* de los Estados Unidos de Norteamérica, *To Err is human* y *Crossing the Quality Chasm*, cabe distinguir dos dimensiones adicionales de indudable trascendencia: la atención centrada en el paciente o centralidad del paciente y la seguridad del paciente.

## **b) Gestión de la calidad: enfoques.**

En nuestro entorno existen tres enfoques, cuyo fin es garantizar un adecuado nivel de calidad de un centro y estructurar sus actividades : la acreditación basada en el cumplimiento de unos estándares de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*; la certificación fundamentada en la homologación y la normalización o cumplimiento de unas normas de la *International Organization for Standardization (ISO)* y, por último, la autoevaluación y el reconocimiento de la excelencia en el funcionamiento a partir del Modelo Europeo de Gestión de Calidad -*European Foundation for Quality Management (EFQM)*-, un sistema de autoevaluación desarrollado a nivel europeo.

## **c) Instrumentos internos de mejora de la calidad**

Además de las actuaciones institucionales que proporcionan los modelos anteriores, existen instrumentos cuyo fin es analizar sistemáticamente los procesos de la atención a la salud e instaurar planes de mejora.

Uno de los de mayor utilidad es el llamado Ciclo de Deming o de Shewhart de Mejora de la Calidad, también conocido como PDCA, por sus iniciales en inglés (*Plan, Do, Check, Act*).

Las fases del mismo son las siguientes:

***Planificar:*** Analizar los datos disponibles y formulación de objetivos de mejora, actividades encaminadas a su logro y sistema de información preciso para su evaluación.

***Hacer:*** implementar o poner en práctica las actividades planificadas, preferentemente a pequeña escala.

***Comprobar:*** Realizar un análisis preliminar de los resultados de la acción de mejora.

***Actuar:*** En función de los resultados de la fase de comprobación, las acciones planificadas deberían hacerse permanentes y documentarlas. En caso contrario, debería de volverse a iniciar el ciclo, analizando las causas y realizando los ajustes necesarios.



*Para la identificación de problemas de calidad, oportunidades de mejora y análisis de sus factores condicionantes existen múltiples herramientas: grupo nominal, método Delphi, diagramas de flujo, gráficos de tendencia, diagramas de causa-efecto como el de Ishikawa o en espina de pescado.*

### **5.2.2 Seguridad del Paciente.**

Según la OMS la salud es el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad. Sin embargo, más que salud y enfermedad como hechos diferentes, existe un continuo salud-enfermedad en constante equilibrio, sobre el que influyen múltiples factores sanitarios y no sanitarios, que inclinan la balanza hacia uno u otro lado. Además, la salud, más que un fin en si mismo es un recurso para la vida.

*La seguridad del paciente, ha sido definida en sentido estricto, como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención a la salud recibida.*

Los progresos en todo lo que tiene que ver con la seguridad del paciente se cimientan en la formación continuada de los recursos humanos del sistema sanitario. Es una tarea atrayente pero no exenta de dificultad porque la formación pasa por la capacitación en habilidades profesionales y personales que sean reflejo de que la seguridad es una cualidad fundamental de la calidad asistencial.

## **5.3. ESTUDIO DE LOS SUCESOS ADVERSOS.**

### **5.3.1 Fuentes de estudio de sucesos adversos**

Habitualmente se han utilizado las sesiones clínicas y las autopsias como fuentes de datos de efectos adversos. A continuación exponemos otras fuentes:

**Las reclamaciones o demandas judiciales:** proporcionan datos importantes sobre el punto de vista del paciente respecto al proceso asistencial en el que están inmersos. Sirven para descubrir fallos latentes y actuar antes de que sucedan. Sin embargo, su estudio no está protocolizado y los litigios no siempre aportan datos reales al manejarse de forma muy diversa. Además hay muchos casos de falsos positivos.

**Los sistemas de notificación de errores:** se han comenzado a realizar experiencias en este sentido, pero aún queda mucho por hacer.

**Revisión de historias clínica:** se trata de un trabajo costoso que requiere tiempo y formación. Es una fuente importante para detectar y prevenir los sucesos adversos. No siempre es fiable y no es fácil realizar una valoración experta y objetiva.

**La observación directa de la entrevista médico-paciente** puede ser muy útil, pero se necesita una cualificación específica para ser adecuado observador y evaluador de la calidad de la entrevista. Tiene un elevado coste y nos podemos encontrar con *el efecto Hawthorne, relacionado con los cambios en la conducta asistencial habitual debidos al hecho de sentirse observado o controlado.*

**El seguimiento clínico** es, así mismo potencialmente exacto y preciso, pero es costoso y poco útil para detectar fallos latentes o del sistema.

*Una limitación común a casi todas las fuentes de datos utilizables para el estudio de los sucesos adversos, y concretamente los efectos, es el llamado hindsight bias o sesgo de distorsión retrospectiva, consistente en que con posterioridad a la aparición de un suceso, las causas del mismo aparecen, como fácilmente evitables e increíblemente imprevistas.*

### 5.3.2 Tipos de estudio

La mayoría de los estudios sobre sucesos adversos se han realizado en un medio hospitalario porque facilita la infraestructura necesaria. También comentaremos estudios realizados en atención primaria. Se pretende no sólo analizar y cuantificar la magnitud y trascendencia de los sucesos adversos sino, evaluar para ver en qué medida se pueden prevenir e implementar acciones concretas de mejora.

*La frecuencia y distribución del riesgo asistencial puede estimarse por estudios transversales, prospectivos y retrospectivos. En los primeros, la información se refiere a un momento de tiempo dado; en los prospectivos, la información se recoge durante la estancia hospitalaria del paciente; y en los retrospectivos, una vez han sido dados de alta. La fuente de datos es, en todos ellos la revisión de la historia clínica de los pacientes incluidos.*

*Los tres tipos de estudio tienen ventajas e inconvenientes. La elección depende fundamentalmente del objetivo del estudio y los recursos disponibles. El llamado Estudio Harvard, un estudio de incidencia de sucesos adversos y negligencias realizado por Brennan y cols. , sobre una cohorte de 30.000 pacientes hospitalizados en 51 hospitales de agudos del estado de Nueva York a lo largo de 1984, sigue siendo por su cuidada metodología, el estudio de referencia para el conocimiento del problema.*

**Estudio nacional sobre los efectos adversos relacionados con la hospitalización en España (ENEAS)** En 2005 se realizó el estudio nacional sobre efectos adversos relacionados con la hospitalización en España (ENEAS), un estudio retrospectivo de cohortes en el que se ha revisado una muestra representativa de 5624 pacientes, dados de alta en 24 hospitales de todo el país. Utilizando una metodología de revisión de historias en dos fases- una de cribado y otra de confirmación con cuestionarios previamente validados, se detectaron 1063 pacientes con efectos adversos durante a hospitalización. El 31,4 % de los efectos adversos tuvieron como

consecuencia un incremento de la estancia, y en un 24,4% el EA condicionó el ingreso. EL 42,8% de los efectos adversos se consideró evitable, en función de unos criterios prefijados.

En 2008 se publica el **Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (APEAS)**. Como conclusiones destacamos que la prevención de los efectos adversos (EA) en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EA son evitables, y lo son más (hasta un 80%) cuanto mayor es su gravedad. Esta información abre la vía para incrementar la seguridad clínica a pesar de los buenos resultados obtenidos en este estudio.

En 2008 el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de de Agencia de Calidad del SNS realizó un estudio a nivel nacional para conocer las experiencias en el tratamiento de las reclamaciones y sugerencias en todas las comunidades autónomas e identificar las buenas prácticas que se realizan en este sentido en el sector sanitario y en otros sectores. Entre sus conclusiones contamos con material de gran trascendencia que analizaremos con detalle en nuestro estudio **(Análisis y benchmarking del tratamiento de las reclamaciones y sugerencias en el SNS, 2008)**

### 5.3.3 El efecto adverso como oportunidad de aprendizaje y mejora.

El efecto adverso es más que un dato epidemiológico aunque también debe ser estudiado como tal. Nos proporciona una información privilegiada para aprender, estudiar y mejorar nuestro entorno sanitario.

*En España, la Ley de Cohesión del Sistema Nacional de Salud, estableció recomendaciones expresas sobre los requisitos de infraestructura para la mejora de la calidad, detallando en su artículo 59 los elementos sobre los que debería apoyarse:*

*Normas de calidad para realizar una actividad sanitaria de forma segura.*

*Indicadores para evaluar la calidad de centros y servicios de forma fiable.*

*Guías de práctica clínica y guías de práctica asistencial para el diagnóstico, tratamiento, prevención y cuidado de los problemas de salud.*

*Registro de aquellas prácticas que supongan innovación y mejores resultados que las realizadas actualmente.*

*Registro de sucesos adversos de y de aquellas prácticas que pudieran suponer un problema potencial de seguridad para el paciente.*

Toda la infraestructura referida se está desplegando en los países desarrollados. Los sistemas de notificación de efectos adversos tienen como hándicap el miedo a acciones punitivas y sus consecuencias. No es fácil utilizarlo como herramienta estrella en la mejora de la calidad de asistencia.

#### 5.3.4 Sistemas de notificación y registro

En el mundo de la aviación, centrales nucleares, industrias petroquímicas es habitual el uso de sistemas de notificación de efectos adversos por parte de los clientes externos e internos.

*Los objetivos del establecimiento de un sistema de notificación de errores y sucesos adversos son: aprender de la experiencia ajena, valorar la evolución de los progresos en prevención, detectar riesgos emergentes relacionados con la aparición de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas, responder ante la sociedad y los profesionales en relación al grado de seguridad del paciente y, en definitiva, contribuir a mejorar la seguridad del paciente.*

*Como ejemplos de sistemas de notificación pueden citarse, entre otros:*

*El Sentinel Events Reporting Program de la JCAHO : De carácter voluntario, no gubernamental, confidencial y centrado en efectos adversos graves considerados como sucesos centinela.*

*El National Reporting System danés: De carácter obligatorio, confidencial, de dependencia gubernamental y centrado en efectos adversos graves, relacionados con la medicación, con procedimientos quirúrgicos o invasivos y otros.*

*El National Nosocomial Infection Survey (NNIS) : De los Center for Disease Control de los EEUU, de carácter voluntario, confidencial y centrado en las infecciones hospitalarias.*

- **Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP).** Sistema de notificación voluntaria para mejorar la seguridad del paciente a través del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes. De momento operativo a nivel hospitalario. En octubre del 2011 se inicia un proyecto piloto para su implantación en Atención Primaria.

Los sistemas de registro, su implementación y evaluación, son una labor compleja. La colaboración profesional se facilita cuando el proceso se simplifica, es anónimo y constituye una herramienta útil que ayuda a mejorar.

## **5.4. EL ERROR**

*En la práctica asistencial, un error es un acto de equivocación por comisión u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un suceso adverso.*

El entorno laboral, las aptitudes y actitudes de los profesionales y su motivación se relacionan con la comisión de errores.

En todas las etapas del proceso asistencial pueden cometerse errores. Durante la entrevista clínica tienen lugar errores de comunicación entre el personal sanitario, el paciente y sus familiares. También suceden errores de comunicación entre los profesionales implicados. Puede haber errores que tienen que ver con la prevención, la elección de pruebas diagnósticas y el tratamiento.

Una de las variables que pueden afectar a la comisión de errores es la ansiedad. Según Rosa Gómez, el setenta por ciento de los médicos presenta ansiedad media y el dieciocho por ciento ansiedad alta. La depresión afecta al cinco por ciento de los médicos. En la relación médico-paciente la falta de satisfacción en la relación y el dolor del enfermo son fuentes de stress. A nivel organizativo lo son la falta de formación, de apoyo institucional o profesional y de tiempo. En relación con la enfermedad precisamente lo que causa más ansiedad es el miedo al error diagnóstico o terapéutico. La satisfacción en el trabajo del personal sanitario correlaciona directamente con la percepción de organización eficaz y satisfactoria del Centro, el trabajo en equipo y las buenas relaciones interprofesionales. Se evidencia que el trabajo en equipo es un factor que reduce y mitiga la ansiedad en los médicos.

Los servicios más susceptibles de comisión de errores son los quirúrgicos, los de cuidados intensivos y urgencias.

Especial mención merecen los errores relacionados con el uso de medicamentos entre los que se incluyen las reacciones adversas a fármacos.

Los errores pueden analizarse de dos formas cuando se estudian sus posibles causas. Centrándose en las personas como origen del error, se ve a los humanos como culpables de los

efectos adversos y el castigo en todas sus variedades, como la solución para minimizar los errores. Sin embargo cuando se utiliza la estrategia de centrarse en el sistema, se ve al ser humano como alguien capaz de equivocarse; sin embargo los errores que comete son previsibles por lo que debe existir un medio asistencial capaz de prevenir, parar y minimizar los potenciales errores.

*El modelo de Reason sobre el error humano, se complementa con dos conceptos relevantes: la cadena de fallos y el modelo del queso suizo: el sistema pone barreras y mecanismos de protección y seguridad con la finalidad de que no ocurran daños para los pacientes. Dichas barreras están representadas por filetes de queso; pero en ocasiones, estas barreras presentan fallos, representados por los agujeros del queso. La casualidad o el alineamiento de varios agujeros de seguridad puede dar lugar a la aparición de una cadena de fallos que, aisladamente pudieran no haber tenido relevancia, pero que en conjunto han formado una cadena que ha causado un resultado desastroso.*



## **5.5. PREVENCIÓN DE SUCESOS ADVERSOS**

El efecto adverso es la punta del iceberg de los problemas de seguridad del paciente. Por eso es fundamental desarrollar intervenciones para la prevención de los mismos en los siguientes niveles:

### **a) Prevención primaria**

La prevención primaria integra aquellas acciones destinadas a evitar la aparición de sucesos adversos, disminuyendo su incidencia.

Destacamos:

- *Fomento de la cultura de la seguridad en la organización.*
- *Formación y entrenamiento de los profesionales en técnicas y procedimientos complejos.*
- *Evitar procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios y sin evidencia de su valor para el paciente.*
- *Erradicación de procedimientos diagnósticos y tratamientos para los que existen alternativas más seguras.*
- *Aplicación de la mejor evidencia disponible en las áreas de prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidados y organización de la actividad asistencial: prácticas clínicas seguras, normativas y guías clínicas basadas en la evidencia.*
- *Establecimiento de alertas clínicas encaminadas a evitar sucesos adversos.*
- *Uso de tecnología de seguridad en aparataje médico-quirúrgico, dispositivos clínicos, sistemas de prescripción y dispensación de medicamentos, í*
- *Diseño de procesos evitando la aparición de previsibles fallos y errores en su desarrollo (análisis modal de fallos y efectos).*
- *Incorporación de sistemas de identificación inequívoca de pacientes.*
- *Mejora de la higiene de las manos del personal asistencial.*

## **b) Prevención secundaria**

Incluye aquellas actividades destinadas a evidenciar los sucesos adversos de forma precoz tratando de minimizar sus consecuencias como:

- *Mantenimiento de sistemas de vigilancia y notificación de incidentes y algunos efectos adversos, tales como infecciones nosocomiales, caídas de pacientes, úlceras por presión, reacciones adversas a medicamentos. Además de facilitar la detección precoz de incidentes y efectos adversos, estos también contribuyen a la prevención primaria de otros sucesos adversos, ya que permiten conocer los factores que contribuyen a su aparición y establecer acciones preventivas dirigidas a evitarlos.*
- *Mejora de los sistemas de comunicación entre estamentos profesionales y servicios, a fin de detectar lo más precozmente posible, situaciones de riesgo y sucesos adversos.*
- *Actuación proactiva con el paciente, comunicándole precozmente la aparición del efecto adverso, las actuaciones a seguir para minimizar sus consecuencias y evitar que vuelva a producirse.*

## **c) Prevención terciaria**

Nos encontramos ante un efecto adverso evidente porque los demás niveles de prevención han fracasado. Se trata de paliar sus consecuencias y evitar que vuelva a reaparecer. Las actividades más apropiadas son:

- *El análisis detallado, profundo y pormenorizado de las causas que han contribuido a la aparición del efecto adverso, por medio de la técnica del análisis de causas raíz u otras similares.*
- *El dialogo, -cuidadosamente planificado-, con el paciente y la atención clínica y personal esmerada al paciente que ha sufrido el efecto adverso.*
- *La actuación de comités de conciliación y negociación de las indemnizaciones a que hubiera lugar.*

## **5.6. SEGURIDAD CLÍNICA Y GESTIÓN**

La gestión de los recursos materiales y humanos, así como de las instituciones sanitarias pueden abordarse de dos formas: *centrándolas en las personas o dirigiéndolas hacia el sistema en que desarrollan su actividad.*

Las estrategias que se centran en las personas incluyen la formación profesional y humana y tratan de desarrollar actitudes y aptitudes en seguridad del paciente. De forma complementaria las labores de gestión centradas en el sistema actúan en el entorno a través de dispositivos que eviten y minimicen los sucesos adversos.

## **5.7. ESTRATEGIAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

No es tarea fácil garantizar una atención continuada sanitaria segura. Para mitigar y eliminar riesgos hay que atender todos los elementos que forman parte del sistema sanitario. Los más importantes: el paciente, el personal sanitario y el medio asistencial. La relación entre los profesionales entre sí y con el paciente, puede mejorar con formación técnica específica y formación de actitudes y habilidades. La interrelación de las personas (pacientes y sanitarios) con el medio sanitario precisa de elementos tecnológicos seguros, fáciles de manejar y con dispositivos que eviten los efectos adversos.

El error forma parte de la condición humana, pero hay que aprovecharlo como oportunidad para aprender, mejorar e implementar medidas que garanticen una atención más segura. Es más constructivo ver las posibilidades de mejora que castigar una determinada comisión y omisión que derive en un efecto adverso.

Las estrategias para la mejora de la seguridad del paciente son:

- *La ingeniería de los factores humanos se ocupa de la interacción de las personas con los múltiples equipos y sistemas que manejan.*
- *La meta del estudio prospectivo de los riesgos es identificar los fallos antes de que sobrevengan sus posibles consecuencias. Su finalidad es, al igual que la de la ingeniería de los factores humanos, evitar la incidencia de incidentes y efectos adversos.*
- *El propósito del análisis retrospectivo de los sucesos adversos es examinar los factores que han contribuido a su aparición, a fin de corregirlos y evitar que vuelvan a producirse.*
- *La atención centrada en el paciente requiere organizar la atención a la salud pensando más en los pacientes que en los que la facilitan. Esto implica involucrar a los pacientes y a sus familiares en todos los aspectos de la atención y, en particular, en los concernientes a su seguridad.*
- *La cultura de la seguridad es el resultado de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta de los individuos y el grupo que desempeñan su actividad en un determinado hospital, centro de salud, servicio clínico, etc.*

La medicina basada en la evidencia ha llevado a enunciar prácticas clínicas seguras aplicables en un ámbito hospitalario.

## 6. RESULTADOS

La Constitución Española de 1978 dispone que los Poderes Públicos garantizarán la defensa de los consumidores protegiendo mediante procedimientos eficaces, la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de los mismos y que promoverán la información y educación de los consumidores, fomentará, sus organizaciones y oirán a éstos en las cuestiones que puedan afectarles, en los términos que la Ley establezca.

Los Centros asistenciales de las Mutuas vienen obligados a llevar libro de reclamaciones, de acuerdo con el artículo 12.6 del RD 1993/1995, de 7 de Diciembre.

La Mutua Asepeyo, en 2002 creó el Servicio de Atención al Usuario( entendiéndose como usuario a pacientes, trabajadores, colaboradores, mutualista o cualquier otro colectivo que se dirija a la Mutua), con el fin de registrar todas las Solicitudes de Atención (SA), esto es: demandas de información, incidencias, sugerenciasí etc., y del motivo de nuestro estudio, las quejas y reclamaciones. Además, analiza la información recogida e informa a la Dirección general y las distribuye a las direcciones pertinentes, y por último, utiliza la información como conocimiento para efectuar propuestas dinámicas de mejora que beneficien la relación de Asepeyo con sus usuarios.

Entre las funciones y responsabilidades del SAU se encuentran:

1. Facilitar información y trámites, recoger sugerencias y gestionar incidencias, quejas y reclamaciones.
2. Recopilar información sobre atención al usuario.

## CANALES DE COMUNICACIÓN DE LAS SA EN EL SAU

Las Solicitudes de Atención (a partir de ahora, SA) que se reciben en el Servicio de Atención al Usuario de ASEPEYO (SAU), se originan a través de los siguientes canales:

- Intranet-Aplicación SAU  
Desde los Centros Asistenciales se registran, tanto SA que emite nuestro usuario externo, como nuestro usuario interno.
- Línea 902 (SAU)  
Se recogen SA emitidas por nuestro usuario externo. Dichas solicitudes pueden llegar a través de teléfono, correo electrónico, correo postal, fax, chat, etc.
- Web

		2010								
		SAU						Web		
		Intranet	Aplica. SAU	En persona	Chat	C. electrónico	Documentación	Persona	Llamada	OVR
Reclamación	678					4	2	4		97
Queja	96					23	8	9	3	
	774					27	10	13	3	97
	<b>82,95%</b>					2,83%	1,07%	1,79%	0,64%	10,33%
										0,96%

Tabla 1. Distribución SA según modo de entrada en SAU

Un 82,95% de las SA se han recibido a través del canal Intranet-Aplicación SAU. Se trata mayoritariamente de hojas de reclamación o quejas presentadas directamente en el centro asistencial e informadas por el propio centro de aplicación SAU.

**IDENTIFICACION Y ANALISIS DE LAS RECLAMACIONES Y QUEJAS QUE SIGUIERON CURSO ADMINISTRATIVO RECIBIDAS EN EL SAU EN EL TERRITORIO NACIONAL DURANTE EL AÑO 2010**

Según fuentes del Servicio de Atención al Usuario, durante el periodo de estudio del presente informe, se registraron un total de **933 reclamaciones+quejas**, lo que supone un decremento en reclamaciones respecto al año anterior. En tabla 1, se ve la evolución en los últimos años.

TIPO SA	2006	2007	2008	2009	2010	Dif. 2010 vs promedio 2006-09
Reclamación	651	820	803	828	785	<b>1,23%</b>
Queja	14	146	153	137	148	1,89%

Tabla 2. Desglose reclamaciones y quejas desde 2006

Se distingue entre reclamación y queja basándonos en el siguiente criterio:

- **Reclamación:** Seleccionamos este formulario para registrar las reclamaciones que se realicen en cualquier dependencia de Asepeyo y que se hayan cumplimentado por nuestro usuario externo a través de un formulario de Reclamación oficial (bien sean del formato del Libro de Reclamaciones de Asepeyo o en formato oficial de la Comunidad Autónoma); o bien aquellas tramitadas vía Oficina Virtual de Reclamaciones de la DGOSS (OVR).

- Queja: Seleccionamos este formulario para registrar las quejas que recibamos por parte de nuestro usuario externo. El tipo de queja puede ser telefónica, presencial o por escrito. En este último concepto se contemplan todos aquellos canales de comunicación escrita (carta, correo electrónico, etc.) que no comporten un tratamiento oficial, es decir, que no se hayan emitido a través de las Hojas de Reclamaciones Oficiales.

Es importante destacar que hay un sesgo en la recogida de quejas y reclamaciones puesto que cuando un paciente manifiesta su deseo de poner una reclamación de forma telefónica, el personal encargado de su recogida está formado para proceder en primer lugar a solventar la incidencia si está en su mano o remitirlo al director de centro o JAS (Jefe de Administración y Servicios). Por lo que muchas reclamaciones no son recogidas por escrito ya que se resuelven en estas entrevistas. Creemos que si bien es una vía adecuada para la resolución del conflicto, desde el punto de vista del estudio por parte de la organización no constan todas las que en realidad se generan. Consideramos necesario recoger a través de la aplicación SAU todas las quejas, reclamaciones, sugerencias emitidas por los clientes internos (personal de Asepeyo) y clientes externos (Pacientes, empresas colaboradoras, INSS, Seguridad Social) por cualquier medio. Los pacientes nos hacen en muchas ocasiones sugerencias o quejas de forma verbal que no registramos, salvo en ocasiones, en la historia clínica.

Los **tres principales motivos de quejas y reclamaciones**, en orden de frecuencia, son los desacuerdos con el diagnóstico o el tratamiento recibido en un proceso de Incapacidad Temporal, la atención y el trato recibidos por parte del personal médico y las disconformidades con la determinación de contingencia.



La mayor parte de las quejas y reclamaciones de la categoría más recurrente, responden a conflictos generados cuando el diagnóstico del facultativo difiere de las expectativas del trabajador, sobre todo en lo relativo a la conveniencia de emitir o no, baja o alta médica.

Cabe mencionar que, en muchos casos, las quejas y reclamaciones relacionadas con la atención y el trato del personal de la Mutua están vinculadas, en mayor o menor medida, con casos en los que previamente se ha producido la emisión de un alta laboral o la denegación de la baja.

En la siguiente tabla, se plasma los diferentes motivos de quejas y reclamaciones y la evolución de ellos en cuanto a cambios cuantitativos desde el año 2006.

Motivo	2006	2007	2008	2009	2010	Dif. 2010 vs promedio 2006-09
IT/Diagnóstico/ Tratamiento	392	485	542	507	502	4,26%
Atención/Trato	192	254	234	225	218	-3,65%
Determinación de contingencia	19	25	23	111	57	28,09%
Proceso asistencial	97	101	76	40	52	-33,76%
Información médica	48	40	43	43	50	14,94%
Transporte sanitario	2	4	3	8	18	323, 53%
Seguimiento CC	30	25	13	17	17	-20,00%
Servicios sanitarios externos	11	18	14	10	14	5,66%
Recursos centro	4	3	1	2	1	60,00%
Otros	1	11	7	2	1	-80,95%
	796	966	956	965	933	1,33%

Tabla 3. Motivos de Queja y Reclamación

Siguiendo en el eje de abscisas el orden de los motivos de quejas y reclamaciones de la tabla anterior, se obtiene el siguiente gráfico.

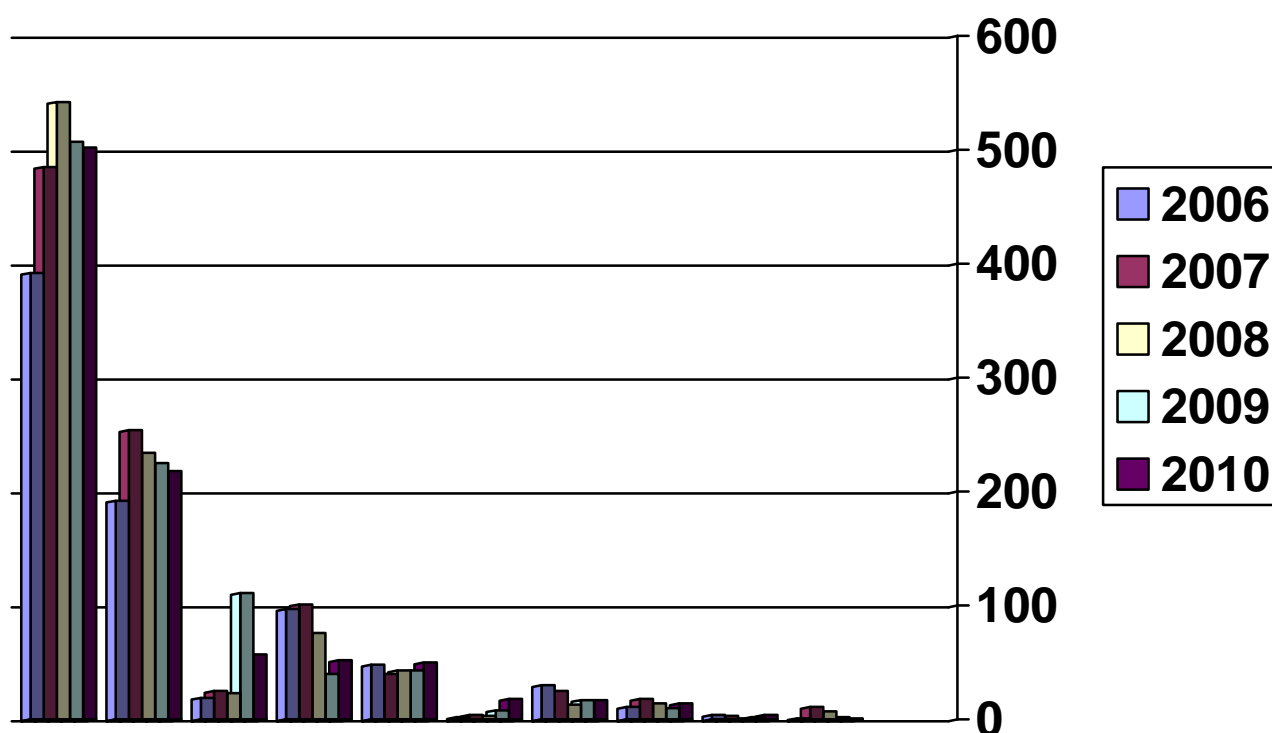


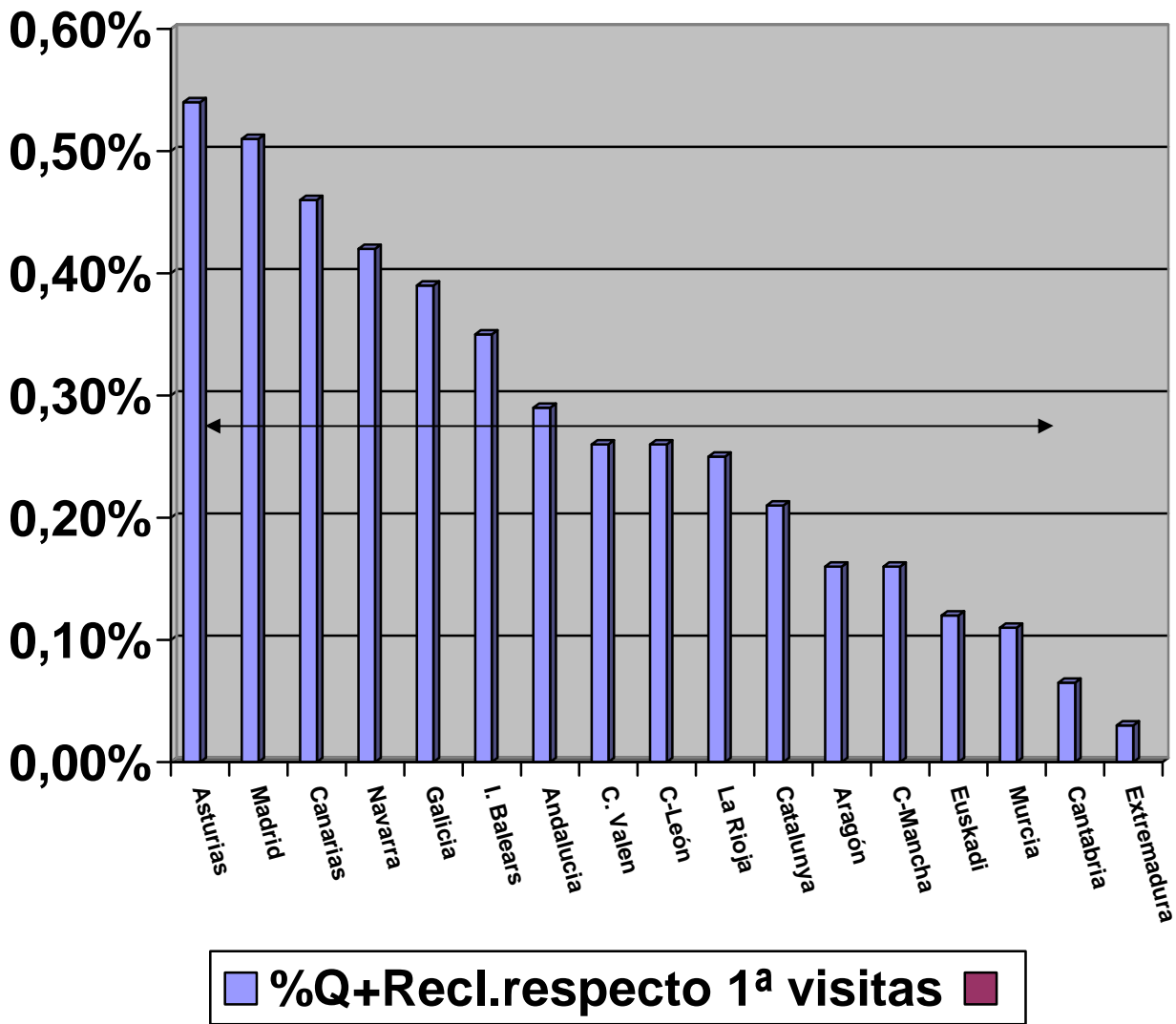
Gráfico 1.

Como se aprecia en el mismo, durante los últimos cinco años valorados, el motivo IT/diagnóstico y tratamiento ha sido el predominante .Y en segundo lugar, el trato y la atención recibida.

El ranking tipo ñreclamación y queja, por comunidad autónoma y en función de las ñprimeras visitas Accidente de Trabajo (AT) y de Contingencias Comunes (CC) que se han atendido durante el periodo analizado, es el siguiente:

	Q+Rec 06	Q+Rec 07	Q+Rec 08	Q+Rec 09	Q+Rec 10	%autonomia total Q+Rec 10	1ª visita Enero- Dic 10	%Q+Rec sobre total 1ª visitas
Asturias	9	13	4	18	32	3,43%	5.874	0,54%
Madrid	296	275	306	288	262	28,08%	51.681	0,51%
Canarias	86	95	106	79	72	7,72%	15.728	0,46%
Navarra	25	29	33	28	30	3,22%	7.185	0,42%
Galicia	30	54	58	53	39	4,18%	9.909	0,39%
I.Balears	5	12	3	5	18	1,93%	5.081	0,35%
Andalucía	104	105	109	111	115	12,33%	39.980	0,29%
C.Valenciana	74	107	83	79	68	7,29%	25.994	0,26%
C.León	29	34	48	41	43	4,61%	16.706	0,26%
La Rioja	4	6	5	14	8	0,86%	3.223	0,25%
Catalunya	62	119	101	153	183	19,61%	85.306	0,21%
Aragón	21	19	21	21	15	1,31%	9.298	0,16%
C.L. Mancha	16	54	28	32	20	2,14%	12.837	0,16%
Euskadi	18	23	39	17	18	1,93%	14.577	0,12%
Murcia	7	15	6	15	7	0,75%	6.494	0,11%
Cantabria	3	2	4	6	2	0,21%	3.078	0,006%
Extremadura	7	4	1	3	1	0,11%	3.794	0,03%
D. Funcional			1	2		0,00%		
	796	966	956	965	933		318.745	

Tabla 4. Ranking Queja +reclamación (Q+Recl.) por C. Autónoma y en función 1ª visitas



\* La línea-flecha en negra marca la media nacional

Gráfico 2.

Estas cifras no incluyen las reclamaciones o quejas relativas a la asistencia en los hospitales, recibidas y atendidas en el propio Hospital.

**ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES Y QUEJAS QUE SIGUIERON CURSO ADMINISTRATIVO RECIBIDAS POR EL SAU EN LA COMUNIDAD DE MADRID DURANTE EL AÑO 2010**

En la comunidad madrileña durante el periodo analizado, se han registrado un total de **262 quejas y reclamaciones**, que suponen un 28,08% del total recibidas a nivel nacional.

	2006	2007	2008	2009	2010	Diferencia 2010 vs promedio 2006-09
Reclamación	242	236	258	260	234	-6%
Queja	54	39	48	28	28	-34%
	296	275	306	288	262	

Tabla 5. Distribución de quejas y reclamaciones en Comunidad de Madrid desde el año 2006

En la siguiente tabla, se desglosan los motivos que han originado las quejas y reclamaciones en la comunidad autónoma de Madrid durante el año 2010

Tipo SA	Motivo SA	2006	2007	2008	2009	2010	Dif. 2010 vs. Promedio 06-09
Reclamación	IT/Diagnóstico/Tratamiento	122	127	158	153	133	
	Atención/trato	65	59	56	67	51	
	Determinación contingencia	6	7	4	22	17	
	Información Médica	11	6	10	7	15	
	Proceso asistencial	29	26	22	5	12	
	Seguimiento C.C.	6	4	2	2	3	
	Transporte Sanitario		1	1	2	1	
	Servicios sanitarios externos	2	3	5	1	1	
	Recursos centro	1	2		1		
<b>Total Reclam.</b>		<b>242</b>	<b>236</b>	<b>258</b>	<b>260</b>	<b>234</b>	<b>-6,02%</b>
Queja	IT/Diagnóstico/Tratamiento	20	18	25	11	13	
	Atención/trato	17	8	12	7	13	
	Seguimiento C.C.	2	1	1	4	1	
	Proceso asistencial	8	6	6	3	1	
	Servicios sanitarios externos	2	5	1	2		
	Información médica	3	1	3	1		
	Determinación contingencia	1					
	Transporte sanitario	1					
<b>Total Queja</b>		<b>54</b>	<b>39</b>	<b>48</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>-33,73%</b>

Tabla 6. Desglose motivos quejas y reclamaciones en la comunidad de Madrid en el año 2010

Se puede desglosar más el motivo IT/ Diagnóstico/Tratamiento ya que engloba distintos subtipos. En el periodo que nos ocupa, la distribución porcentual al detalle, ha sido la siguiente:

<b>IT/Diagnóstico/Tratamiento</b>	
Alta/baja laboral	77,46%
Diagnóstico	5,78%
Discrepancia tratamiento	11,18%
Rehabilitación	2,50%
Riesgo de embarazo/lactancia	2,89%
Seguimiento ITAT	0,19%

Tabla 7. Motivos de quejas y reclamaciones atendiendo solo a la causa IT/diagnóstico/tratamiento.

A continuación reflejamos en una tabla la relación de aquellos centros de la comunidad autónoma que hayan registrado quejas o reclamaciones durante el periodo analizado, estableciendo una relación entre la cantidad de primeras visitas y el número de reclamaciones/quejas.

Centro	Total quejas+reclamac.	Primeras visitas	%quejas+reclamaciones sobre total 1ª visitas
Arganda del Rey	20	2.248	0,89%
Ciudad Lineal	15	1.897	0,79%
Madrid	58	7.836	0,74%
Fuenlabrada	15	2.074	0,72%
Hospital Coslada	14	2.030	0,69%
Getafe	15	2.317	0,65%
Legazpi	30	4.850	0,62%
Pinto	12	2.201	0,55%
Coslada	4	743	0,54%
Las Rozas	9	1.696	0,53%
Valdemoro	14	2.706	0,52%
Alcobendas	13	2.525	0,51%
Tres Cantos	5	1.016	0,49%
Villaverde Alto	8	1.656	0,48%
Alcalá de Henares	12	2.772	0,43%
Torrejón de Ardoz	6	2.323	0,26%
Móstoles	7	3.046	0,23%
Mercamadrid	2	1.390	0,14%
Madrid-Eloy Gonzalo-	3	4930	0,06%

Tabla 8. Centros Asistenciales de Asepeyo en la Comunidad de Madrid valorando el número de quejas y reclamaciones respecto a las primeras visitas realizadas



## PROCESOS JUDICIALES EN RELACIÓN CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Considerando las 234 reclamaciones impuestas a decisiones tomadas por diferentes profesionales de la Mutua en la Comunidad de Madrid durante el periodo que nos ocupa en éste estudio, que llegaron al SAU por los diversos medios ya reflejados, 61 de ellas conllevaron el inicio de un *expediente definitivo* ( es todo aquel expediente abierto en Mutua que conllevará anexado algún documento de seguimiento jurídico y/o administrativo) al presentar reclamación y/o demanda ante las autoridades sanitarias y judiciales, es decir, en términos de porcentaje alcanzaron un 26,06 % del total.

Podemos desglosar los motivos por lo que fueron interpuestas, y el rango cuantitativo que ocupa cada uno de los mismos, como se expresa en la siguiente tabla:

Motivos	Nº reclamaciones	
Determinación de contingencias	29	47,54%
Solicitud de incapacidad (por inicio del trabajador)	16	26,22%
Desacuerdo alta médica	13	21,32%
Otras	3	4,92%
Total	61	

Tabla 9. Motivos inicio expedientes definitivos

\* Otras: Se contemplan como diferencia en baja de cotización, extinciones o rechazos de prestación, etc.

Mencionar, que en ésta tabla no se han contabilizado las *impugnaciones al alta* solicitadas ante el INSS por parte del trabajador, que por cierto ,se presentaron 13 en el año 2010 en el territorio Madrid, y en un 92% la sentencia del INSS coincide con el alta médica expedida por Asepeyo.

Hemos realizado un seguimiento pormenorizado de dichos expedientes, desde el inicio en que se presenta la primera reclamación ante el INSS hasta que se da por finalizado el expediente con la resolución final dictaminada por la administración de Justicia y/o por la no continuación de reclamación por parte del trabajador.

Los motivos que han generado un expediente, y estado de trámite actual se refleja en ésta tabla:

<b>Motivos</b>	<b>Situación legal</b>	<b>N°</b>	
Determinación contingencia	Favorable a Mutua	15	51,74%
	Desfavorable Mutua	6	20,69%
	Pendiente Resolución INSS	1	3,45%
	Pendiente Reclamación Previa	1	3,45%
	Pendiente resolución demanda	5	17,24%
	Pendiente Sentencia Recurso Suplicación	1	3,45%
Total		29	
Solicitud de incapacidad	Favorable a Mutua	12	75%
	Desfavorable Mutua	3	18,75%
	Pendiente Resolución INSS		
	Pendiente Reclamación Previa	1	6,25%
	Pendiente resolución demanda		
	Pendiente Sentencia Recurso Suplicación		
Total		16	
Desacuerdo alta médica	Favorable a Mutua	9	69,25%
	Desfavorable Mutua	3	23,08%
	Pendiente Resolución INSS		
	Pendiente Reclamación Previa		
	Pendiente resolución demanda	1	7,69%
Pendiente Sentencia Recurso Suplicación			
Total		13	

Tabla 10. Situación actual de expedientes definitivos a fecha de Septiembre del 2010

Como vemos más de un 62% de las reclamaciones que interponen los trabajadores a la Mutua ASEPEYO, y siguen una vía judicial, sus sentencias son favorables a los intereses de dicha Mutua.

Por el contrario, un 20,68% de dichas sentencias son contrarias a lo propuesto por la Mutua.

A través de la Dirección de Asesoría Jurídica se nos han facilitado los datos de los expedientes que han seguido directamente vía judicial de hechos acontecidos en el 2010 en la Comunidad de Madrid. Son cuatro: dos reclamaciones extrajudiciales por daños y perjuicios por negligencia en la atención que siguen su curso; una conciliación judicial sin avenencia y una de la oficina técnica de reclamaciones en la que el abogado solicita acuerdo amistoso de indemnización por error diagnóstico. En las cuatro las actuaciones están pendientes de que el trabajador continúe o no el proceso, en la actualidad, sin más actuaciones conocidas.

El 13 % de las reclamaciones son debidas a motivos en los que claramente la mutua no es competente y carece de responsabilidad. Sin embargo, el paciente no está de acuerdo con la ley o con el sistema y utiliza la vía de la reclamación para exponer sus quejas, como ejemplos:

- Cuando la empresa no emite el parte de accidente.
- Cuando por definición no es un accidente de trabajo (véase, autónomo que sufre un accidente òin itinereö).
- Cuando se trata de una contingencia común clara que se escapa de los conocimientos del paciente (síndrome Gripal, gastroenteritisí )
- Solicitud de Riesgo de embarazo cuando la paciente está de baja por contingencia común.

Teniendo en cuenta el concepto y las dimensiones de la calidad asistencial, valorando los factores científico-técnicos, el factor percibido por los pacientes y el factor institucional o corporativo, se han diferenciado clásicamente las siguientes dimensiones claves: competencia profesional o calidad científico-técnica, efectividad, eficiencia, accesibilidad, satisfacción y adecuación. A partir de los informes del Institute of Medicine de los Estados Unidos de Norteamérica *“To err is human”* y *“Crossing the Quality Chasm”* cabe distinguir dos dimensiones adicionales: la atención centrada en el paciente y la seguridad del paciente, todas

ellas definidas en apartados anteriores. Pues bien, hemos intentado aplicar estas dimensiones recogidas perfectamente en un tutorial en línea del Ministerio de sanidad y Consumo de España titulado *Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria*- a las reclamaciones que llegaron al SAU referentes al periodo que nos ocupa, que es el año 2010 y abarcando el territorio Madrid. Y tras un estudio pormenorizado de las mismas, intentando que primara la objetividad, solo contrastándolas con las respuestas facilitadas por el SAU, y con la limitación de no poder contrastar dicha información con una entrevista con el usuario demandante, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

*-Satisfacción:* Es decir, el grado en que la atención sanitaria responde a las expectativas del paciente y la comunidad. Equivale a la calidad percibida sobre todos los aspectos del proceso de atención: resultados de la atención, trato recibido, aporte de información etc. Este dato ha sido el más observado en las reclamaciones, con niveles cercanos a un 69%.

*-Adecuación:* Consiste en el grado en que la atención a la salud es pertinente en cuanto a las necesidades y preferencias del paciente, los riesgos y beneficios que conlleva, la evidencia existente, el nivel asistencial en que se presta y los recursos disponibles. En el 44% de las reclamaciones los pacientes valoran esta dimensión.

*-Competencia profesional o calidad científico-técnica:* Hace referencia a la capacidad de utilizar los recursos y conocimientos para mejorar la salud y aportar satisfacción a los receptores de la atención médica, detectándolo en un 33,76%.

*-Atención centrada en el paciente:* Significa organizar la atención a la salud pensando en los pacientes más que en los que la facilitan. Implica integrar a pacientes ya sus familiares en todos los aspectos de la atención. Observamos un 7,69%

*-Seguridad del paciente:* Implica practicar una atención a la salud libre de daños evitables. Observamos un 4,7%.

*-Efectividad:* Es la capacidad real de una intervención, un procedimiento diagnóstico, un tratamiento, etc...Para mejorar la salud del paciente o de la población. Obtuvimos un valor casi inapreciable con 1,7%.

*-Eficiencia:* Consiste en conseguir la máxima efectividad al menor coste posible. Un valor de 3,41%.

*-Accesibilidad:* Consiste en la facilidad con que puede recibirse la atención necesaria, en función de limitaciones económica, sociales, organizativas, geográficas, temporales o culturales. Porcentaje resultante de 1,7%.

Expondremos en un gráfico las diferentes dimensiones de la calidad asistencial y el porcentaje detectado de las mismas en las reclamaciones a estudio:

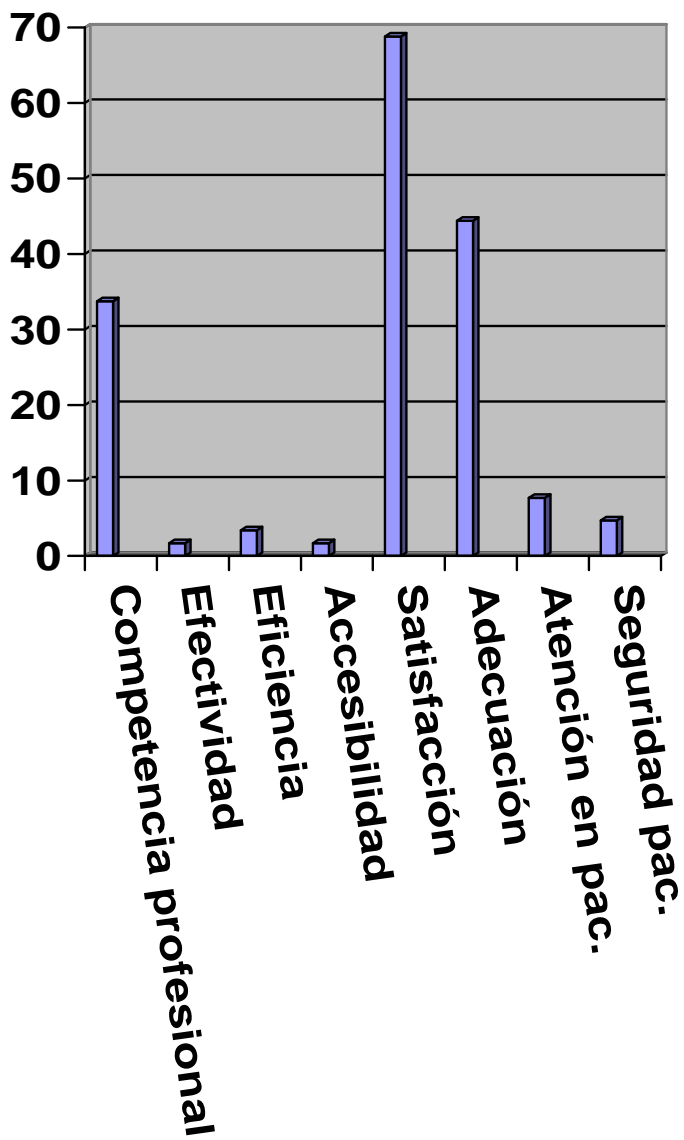


Gráfico 3.

En el SAU de Asepeyo, se analiza toda la información de las solicitudes, para corregir situaciones erróneas y desarrollar nuevos productos o servicios útiles para los usuarios.

Para valorar el inicio de una posible acción de mejora:

- Los subdirectores generales, direcciones funcionales y todas las delegaciones deberán designar un responsable SAU que se comunicará con [coordinacionsau@asepeyo.es](mailto:coordinacionsau@asepeyo.es)
- El responsable SAU de cada delegación cuidará de recopilar la información relativa a la Solicitud de Atención prestada y, con el visto bueno del director, la introducirá en la aplicación SAU de la intranet.
- Este registro en la aplicación conllevará también que se detallen cronológicamente todas las acciones realizadas para la resolución de la SAU.

#### ACCIONES DE MEJORA

Las acciones de mejora son de libre acceso para toda la organización, a través de la aplicación SAU de la intranet (ayúdenos a mejorar).

El SAU agrupará las sugerencias recibidas por temas y, en caso de reiteración, las valorará y analizará para determinar el nivel de competencia. En caso de exceder la competencia del SAU, se procederá a su remisión a la Subdirección General de Administración y Control para que procedan al análisis de la propuesta y, en su caso, el lanzamiento de la acción de mejora.

Las gestiones del SAU también pueden dar lugar a la iniciación de una acción de mejora. Si se trata de un incidente aislado, se informa al responsable directo para su resolución y cierre. Si el incidente es aislado pero afecta al conjunto de la mutua o a una parte significativa de la misma, o si se produce reiteración, el SAU procederá a generar una acción de mejora según hemos comentado.

En el 2010 el SAU detectó las siguientes reclamaciones susceptibles de acciones de mejora y lo trasladó a las direcciones pertinentes. Entre ellas, encontramos siete de gestión sanitaria y dos de prestaciones.

✚ En relación con la Gestión sanitaria:

1. Reclamación en la que se debió estudiar el episodio no como contingencia común sino como Enfermedad Profesional.
2. Se debió complementar con estudio del puesto de trabajo antes de emitir el alta médica.
3. Los informes de derivación al SPS deben ser completos para justificar la decisión adoptada y que el paciente la comprenda.
4. Se debe extender el alta médica después de una visita con la correcta exploración clínica y entregarse por el propio médico en consulta, y nunca con carácter retroactivo.
5. Incorrecta actuación del centro concertado que no realizó las exploraciones complementarias pertinentes.
6. Incorrecta actuación del personal médico al no pedir las pruebas complementarias pertinentes al paciente.
7. Se extravía una prueba diagnóstica.

✚ En la relación con Gestión de Prestaciones:

1. No es de recibo que por estar de vacaciones el personal administrativo, no se autoricen los pagos desde el centro asistencial.
2. El director del centro asistencial refiere no poder abonar el kilometraje a un paciente sin existencia de justificante, cuando con las instrucciones vigentes, sí procedía.



## 7. DISCUSIÓN

### **7.1. La Comunicación médico-paciente como elemento clave de la mejora de la calidad asistencial y de la disminución del número de reclamaciones**

La mayoría de las quejas y reclamaciones que recibimos no son debidas a una mala atención técnica, sino a un problema de comunicación. Muchas de las situaciones en que el paciente está disconforme por una mala praxis, en realidad lo que esconden es una deficiente relación médico-paciente.

El porcentaje en el que la falta de comunicación y/o de información es alto, 51 de la reclamaciones tienen que ver con la atención y/o trato y 133 con la Incapacidad Temporal, diagnóstico y tratamiento que suelen tener como base una deficiente comunicación. Es muy significativo evidenciar cómo centros asistenciales con el mismo número de primeras visitas tienen más reclamaciones que otros.

Detrás de un problema de comunicación encontramos en ocasiones El "Síndrome de Burnout" o "Síndrome del quemado", es un síndrome clínico descrito por Freudenberger. Se caracteriza porque el personal sanitario se vuelve menos sensible, comprensivo e incluso agresivo con los pacientes. El trato se puede tornar cínico, distante, justiciero, culpando al paciente de todos sus males. Este cuadro también se denomina Síndrome de Agotamiento Emocional, con sentimientos de incapacidad, desesperanza, alienación, despersonalización y baja realización personal descrito por Maslach. En España, Mingote Adán considera que afecta a más de un diez por ciento de los médicos.

La organización debe conocer qué variables en relación con el profesional pueden influir en una mala calidad de la relación médico-paciente. Cuando se investiga el efecto adverso y sale a la luz problemas de este tipo, se deben implementar las medidas oportunas para que mejore la salud y la satisfacción del personal sanitario.

En el modelo de entrevista clínica centrado en el paciente, el profesional promueve una relación de cooperación en la cual ambos protagonistas encuentran un terreno común para abordar la naturaleza de las preocupaciones del paciente, decisiones que tomar, ideas del paciente sobre lo que ocurre y debiera hacerse, y decisiones relativas a lo que hacer, tomándose en cuenta las expectativas y experiencia personal y cultural de la enfermedad, en tanto que es miembro de la comunidad, según Lewis y Tizón.

Hay que aprender a escuchar al paciente y a otros compañeros. Hay que tener paciencia para que se desarrolle la empatía. La empatía nos ayuda a mantener una distancia emocional del sufrimiento del paciente para permitirnos mejores y más justas decisiones. Es fundamental conocer las propias zonas de irritabilidad y no estar a merced de las emociones negativas. La hostilidad encubierta y el rencor nos ponen al descubierto de errores clínicos.

Habilidades de escucha activa de tipo externo serían, el mostrar interés, facilitaciones, frases de repetición y empatía. Y de tipo interno es visualizar lo que me dicen, prever lo que me van a decir, sorprenderme y reflexionar.

El profesional comunica con inteligencia cuando sabe utilizar diferentes registros de comunicación para señalar dónde hay certeza y dónde ésta se acaba, dónde llega la ciencia y dónde empieza la fe, o la buena fe. Se trata de comunicar calidad, no cantidad. Es lícito influir en la conducta del paciente para ser un elemento más de su libertad. Sólo por convencimiento o por hábito se consigue la adherencia a un plan terapéutico. La autoestima es la batería de la voluntad.

Por ello, Asepeyo a través de la Universidad Corporativa ha puesto en marcha curso formativos en entrevista clínica, además ha publicado el Manual de Atención al usuario, con objetivo de guiar a sus profesionales, ante aquellas situaciones difíciles, donde el profesional y el Centro sanitario se ponen a prueba. Se trata de dar pautas que ayuden a una mejor actuación profesional, dado que la calidad percibida no depende solo del usuario, sino de las personas que trabajan para satisfacer demandas del usuario. Propone los siguientes puntos para incorporar en nuestra relación con el paciente:

1. Saludar siempre al usuario.
2. Si se está ocupado, comentar que en un momento será atendido.

3. Sonreír siempre.
4. Escuchar al usuario con atención.
5. Cuidar la presencia física, los gestos y las expresiones.
6. Dejar los problemas en casa.
7. Mantener ordenado el espacio de trabajo.
8. Tratar al cliente con cortesía, consideración y diligencia.
9. Tomar el compromiso de solucionarle el problema
10. Resolver las quejas y reclamaciones con corrección.
11. Despedirse del usuario correctamente

## **7.2. El paciente como centro de la asistencia sanitaria. El paciente OPINA.**

Como decía el recientemente fallecido, Steve Jobs, el genio de Apple, para tener éxito necesitas comprender a tu cliente y tener una pasión significativa por tus productos.

El profesional de la salud tiene un compromiso con el sufrimiento del paciente. No es posible persuadir en un clima de relación antagónico. Pensar que un buen sanitario nunca va a necesitar negociar, ni imponer nada, es una visión romántica y peligrosa. El paciente tiene derecho a discrepar de nuestro criterio, y no por ello la relación de confianza debe deteriorarse. Antes de justificar e imponer su criterio permita al paciente explicarse, evalúe sus creencias y opiniones. Saber cuándo decir sí y cuándo decir no, nos hacen más asertivos y por tanto más dialogantes. No hay actitud de negociación si no estamos en actitud de ceder; no se trata de convencer cueste lo que cueste. Cuando hay que negociar, casi siempre hay que vencer un primer movimiento emocional de enojo o pereza. Cuando cedamos, al menos que sea para ganar una alianza terapéutica. Casi siempre los acuerdos surgidos de un diálogo honesto son mejores que las propuestas iniciales. Una relación terapéutica vale más que el precio de ceder a una

exploración complementaria. Es posible individualizar el tratamiento de un paciente: tratamos pacientes no patologías.

Los pacientes son buenos evaluadores de nuestro perfil técnico y humano, pero con dos sesgos: el desarrollo de la tecnología les hace percibir mayor nivel de competencia técnica, y a mayor tiempo, mayor satisfacción. Para esta evaluación los pacientes agrupan los datos en un grupo de cualidades de superficie (entorno físico, cómo vamos vestidos, modales, cordialidad, etc.) y cualidades profundas (manera de escuchar, empatía, calidad asertiva y moral en las decisiones que tomamos, el tipo de emociones que transmite su para lenguaje, etc.). Si el paciente percibe que estamos actuando de forma justa y en beneficio de sus intereses, ayuda a asentar la confianza.

### **7.3. Estrategias para negociar la capacitación laboral y la determinación de contingencia para disminuir el número de reclamaciones.**

Un amplio porcentaje de las reclamaciones tiene que ver con la emisión de la baja y/o alta laboral, así como la determinación de contingencia.

Los profesionales de la medicina que deben trabajar con la valoración de la capacidad laboral del paciente, precisan no sólo habilidades comunicativas y una formación específica que relacione al individuo enfermo y/o en fase de curación o curación con su capacidad laboral, sino además habilidades para la negociación de incapacidades temporales. Sugerimos los siguientes aforismos que pueden ayudar a la toma de decisiones:

- Formarnos nuestra propia idea de lo que le ocurre al paciente (independientemente de otros especialistas o informes que aporte el paciente) , y a partir de ahí, decidir si debemos o no dar la baja, alargarla, o valorar la determinación de contingencia.

-Los casos difíciles tienen que estar bien documentados antes de forzar el alta y/o derivar al servicio público de salud: como mínimo una exploración física registrada correctamente en el historial, y a veces exploraciones complementarias y la opinión de otro colega o especialista.

- El paciente que no abusa de la baja y la solicita de forma puntual debe tener un voto de confianza.
- Ante todo somos médicos, nuestras decisiones deben de ir encaminadas a beneficiar al paciente de forma integral a la vez que peritamos de acuerdo a la mejor evidencia científico-tecnológica si se trata de Accidente de trabajo, Enfermedad Profesional o Contingencia común.
- Cuando está claro que el paciente abusa de la baja, por respeto al resto de los ciudadanos que confían en cómo administramos esta prestación y porque es lo justo y lo mejor para el paciente, debemos negociar la emisión inmediata del alta.
- En ocasiones no coincide lo que al paciente más le beneficia con lo que quiere.
- Algunos pacientes deben ser derivados al especialista, no tanto porque supongan una duda diagnóstica, sino para compartir el riesgo de una evolución desfavorable.
- En caso de discrepancia con un especialista en los plazos de alta, quien firma la baja es responsable, ya sea a efectos de alargarla o reducirla.
- Cada episodio de enfermedad tiene que juzgarse de manera independiente a los anteriores. Podemos equivocarnos fácilmente en pacientes que abusan de la baja, pero que en un momento determinado tienen un padecimiento grave. Los rentistas también tienen patología grave y se mueren.
- No es conveniente pensar que un paciente viene para pedirnos la baja, pues no daremos crédito a los síntomas que nos cuente. Este debe ser el juicio final, nunca el inicial.

Nosotros trabajamos con seres humanos que sufren. Tal vez sobrevaloramos la cantidad de pacientes ñrentistasö que visitamos, incluso a estas personas hemos de ser capaces de comprender; es importante ponernos en el lugar del paciente para al menos, entender que hay otras formas de ver la vida y que no somos jueces. Sin embargo, también tenemos la responsabilidad de velar por una asistencia de calidad, sin fraudes. Lograr el equilibrio no es fácil, pero siempre, nuestro centro es el paciente y su acompañamiento.

Cuando negociamos un alta no es por beneficiar a una mutua, es porque creemos que es lo mejor para la persona, incorporarse a su quehacer diario. Cuando el médico tiene clara su intención, es más fácil que la sepa transmitir al paciente.

Ante todo, no dañaremos reza nuestro juramento hipocrático y Arthur Bloomfield dice que hay algunos pacientes a los que no podemos ayudar, pero no hay ninguno al que no podamos dañar.

#### **7.4. La investigación del suceso adverso:**

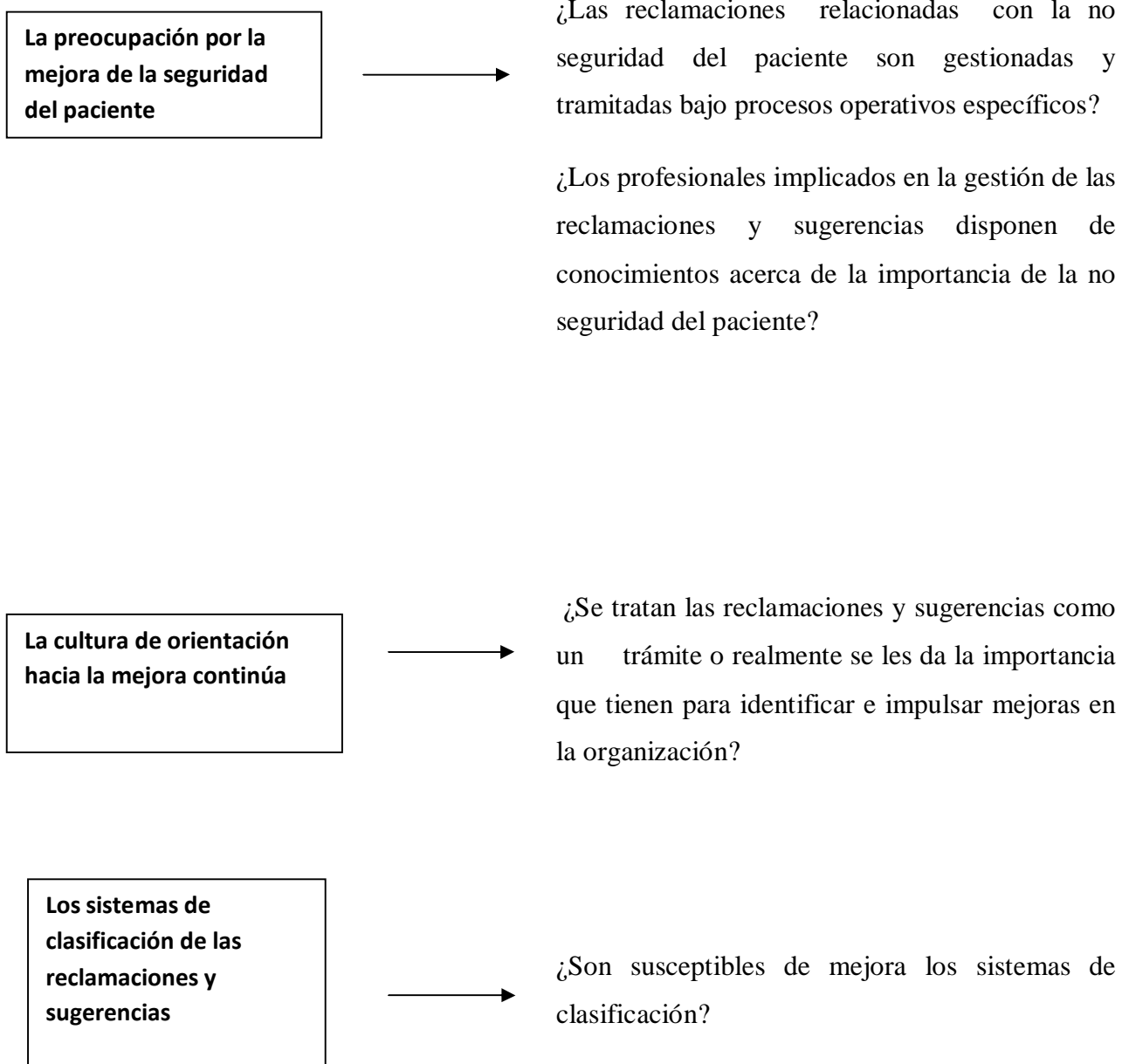
Equivocarse es humano. Ocultar los errores es una estupidez. No aprender de ellos, imperdonable. L. Donaldson. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

Es importante que cuando se recibe una reclamación se investigue el suceso adverso y se identifiquen las causas que han podido originar dicho suceso.

Entre estas causas es necesario conocer las condiciones en las que trabajan nuestros profesionales, con especial atención al clima laboral y relaciones interprofesionales. Además sería interesante conocer el grado de satisfacción laboral de los profesionales y sus conocimientos en materia de Seguridad del Paciente, mediante los cuestionarios específicos pertinentes. No se trata de buscar culpables, sino de identificar los factores que hemos de modificar para que no se vuelva a producir un suceso adverso. En ocasiones un profesional puede sufrir el síndrome de burn out, en el que intervienen factores personales (formas de ser, situaciones personales estresantes) y profesionales (carga asistencial, que el personal médico asuma el trabajo de enfermería porque el DUE está de baja y no había personal para sustituirlo). Todas estas variables son susceptibles de acciones de mejora.

## **7.5. Áreas de mejora detectadas en las reclamaciones e identificación de buenas prácticas.**

Usando como guía *el análisis y benchmarking del tratamiento de las reclamaciones y sugerencias en el Sistema Nacional de Salud* dentro del Plan de calidad para el Sistema Nacional de salud, se pueden formular recomendaciones de buenas prácticas a partir de identificar cinco áreas de mejora y extrayendo las siguientes reflexiones:



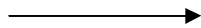
**Los indicadores  
utilizados para medir  
los resultados**



¿Se conocen lo que valoran los usuarios en el proceso operativo del tratamiento de las reclamaciones y sugerencias?

¿Los indicadores se ajustan a las distintas expectativas que tienen los usuarios para cada tipo de reclamación?

**El aprovechamiento  
de las sugerencias**



Desde las organizaciones, ¿se promueve la presentación de sugerencias por parte de los usuarios y profesionales?

¿El procedimiento de gestión de las sugerencias es el mismo que el procedimiento de gestión de las reclamaciones?

A continuación expondremos las mejores prácticas de los servicios regionales de salud en España, muchas de ellas están presentes en Asepeyo, pero creemos que se puede obtener más beneficios de algunas de ellas y trabajar por la implementación de aquellas de las que carecemos.

Las buenas prácticas identificadas se han agrupado dentro del proceso operativo que podría implantarse en la recogida, trámite, respuesta y seguimiento de las reclamaciones:



## **PROCESO OPERATIVO**

### **BUENAS PRÁCTICAS**

- Existencia de protocolos para el tratamiento de reclamaciones y sugerencias elaborados por los profesionales que integran el servicio encargado de la tramitación de reclamaciones y sugerencias. En Asepeyo existen manuales e instrucciones al respecto.

### **¿QUÉ MEJORAS PROPORCIONA?**

- La existencia de protocolos permite:
  - Homogeneizar el trabajo desarrollado por los profesionales del servicio.
  - Facilitar la formación de los nuevos profesionales que se incorporan al servicio encargado de la tramitación de reclamaciones y sugerencias.

#### **a) Proceso operativo-recepción**

### **BUENAS PRÁCTICAS**

- Identificación del profesional que recibe las reclamaciones o sugerencias en los registros (papel/sistema informático). Operativo en Asepeyo.

## ¿QUÉ MEJORAS PROPORCIONA?

- Los usuarios cuando presentan una reclamación o sugerencia de manera presencial pueden aportar información *subjetiva* que no queda registrada ni en la hoja normalizada ni en el registro informático.

La identificación del profesional que recepciona la reclamación o sugerencia permite que el servicio encargado del trámite realice aclaraciones acerca de los hechos que ocasionaron la reclamación o sugerencia.

### **b) Proceso operativo-tramitación**

## BUENAS PRÁCTICAS

- La solicitud de informes a los servicios o profesionales implicados es firmada por la Dirección de Asistencia Sanitaria (DAS)/ Dirección Territorial (DT) y/o Dirección de zona (DSZ). No se realiza en nuestra organización.

## ¿QUÉ MEJORAS PROPORCIONA?

- El proceso de tramitación de reclamaciones y sugerencias en muchas ocasiones se demora en el tiempo debido a la espera de los informes solicitados a los servicios o profesionales implicados en la reclamación.
- La firma por parte de la DAS/ DSZ/DT en la solicitud de los informes demuestra el compromiso de la Dirección con la calidad. Es una forma de dejar claro que los informes son muy importantes y que la Dirección está pendiente de su realización.

- El efecto inmediato es la disminución del tiempo de elaboración de los informes aclaratorios de los profesionales implicados en la reclamación, además del incremento de la calidad del contenido de dichos informes.

### c) Proceso operativo-respuesta

#### BUENAS PRÁCTICAS

- Envío al profesional implicado de una copia de la respuesta remitida al usuario.
- Estudio exhaustivo de los sucesos adversos identificados en las reclamaciones: Importancia de los factores etiológicos: estudio de carga de trabajo del profesional, encuestas de satisfacción en los profesionales sanitarios y no sanitarios. Susceptible de implementación en Asepeyo.

#### ¿QUÉ MEJORAS PROPORCIONA?

- El profesional implicado debe elaborar un informe aclarando los hechos que dieron lugar a la reclamación.
- Una vez emitido el informe generalmente el profesional implicado desconoce la respuesta que se le ha dado al usuario, ni las acciones de mejora propuestas relacionadas con la reclamación.
- Hacer partícipe al profesional de la respuesta remitida al usuario permite que el profesional conozca si la respuesta emitida ha sido a su favor o en contra y, en este caso, cuáles son las acciones a implementar.

- De ésta forma poco a poco el profesional se va concienciando de las implicaciones que tiene sus acciones en la calidad percibida por el usuario.

#### **d) Evaluación-seguimiento**

#### **BUENAS PRÁCTICAS**

- Indicadores relacionados con acciones de mejora a realizar. No operativo en Asepeyo.

#### **¿QUÉ MEJORAS PROPORCIONA?**

- Con el objetivo de conocer el número de reclamaciones presentadas por los usuarios en las que se detectan acciones de mejora, las reclamaciones son clasificadas en:
  - Reclamaciones en las que no se detectan áreas de mejora.
  - Reclamaciones en las que sí se detectan áreas de mejora.
    - Se da una solución a la reclamación pero no se resuelve el problema de fondo.
    - Se crea un plan de acción global que puede afectar a varios servicios de la organización, y que tiene como objetivo solucionar de forma definitiva el problema que origina la reclamación.
- La existencia de indicadores sirve como termómetro para medir la orientación de los esfuerzos de la organización: ñapagar fuegosö o mejorar continuamente la calidad.

#### **BUENAS PRÁCTICAS**

- Integración de datos del volumen de reclamaciones y sugerencias con los datos de actividad en cada Centro.

- Valoración por parte de Asepeyo del número de reclamaciones a cada profesional como elemento que cuantifica la calidad de la asistencia.

El objetivo es poder identificar situaciones anómalas tales como, centros con baja actividad y alto volumen de reclamaciones y sugerencias. Actualmente no se realiza.

### **e) Demandas**

#### **BUENAS PRÁCTICAS**

- Entrevista entre el usuario afectado que quiere poner una demanda y el profesional implicado. No se realiza

#### **¿QUÉ MEJORAS PROPORCIONA?**

- Algunas reclamaciones de especial trascendencia pueden acabar convirtiéndose de demandas cuando al usuario no se le da la atención necesaria, es decir, el usuario no recibe un trato personal directo y la información acerca de los hechos acontecidos no es facilitada en los términos adecuados.
- Concertar entrevistas personales con aquellos usuarios que quieren presentar una demanda tras recibir la respuesta a su reclamación, puede evitar en algunos casos que el usuario interponga una demanda.

## f) Seguridad del paciente

### BUENAS PRÁCTICAS

Registro de incidencias por parte de los profesionales cuando tiene lugar un hecho de especial trascendencia relacionado con la no seguridad del paciente. En Asepeyo creemos que sí se realiza la comunicación verbal pero no se registra.

### ¿QUÉ MEJORAS PROPORCIONA?

- En algunas ocasiones los profesionales pueden conocer que se ha producido un hecho de especial trascendencia relacionado con la no seguridad del paciente, y prever que el usuario va a presentar una reclamación por los hechos acontecidos.
- El conocimiento previo de posibles reclamaciones de especial trascendencia por el servicio encargado de la tramitación de reclamaciones y sugerencias a través de los profesionales permite que éste servicio:
  - Conozca la versión del profesional acerca de los hechos que tuvieron lugar antes de recibir la reclamación.
  - Recabe e investigue toda la información posible acerca de los hechos.
- De esta forma, al recibir la reclamación de especial trascendencia, el servicio encargado de su tramitación está informado y preparado para tratar el caso específico, lo que aumenta la calidad de su comunicación con el usuario y minimiza la posibilidad de que se interponga una demanda.

### **g) Experiencias en otros sectores no sanitarios**

Se ha realizado análisis de experiencias en otros sectores no sanitarios, aplicables al sector sanitario, que nos puede permitir identificar cuáles son las tendencias actuales en la gestión de reclamaciones y sugerencias

#### **BUENAS PRÁCTICAS -BBVA-**

- Envío de comunicaciones periódica a los profesionales de la organización con los motivos que están generando reclamaciones de manera frecuente y orientación específica de cómo actuar en caso de que se produzca alguna de estas reclamaciones.

#### **¿QUÉ MEJORAS PROPORCIONA?**

- De manera periódica se hace llegar a todos los profesionales notas informativas sobre los motivos de las reclamaciones más frecuentes. Esta iniciativa tiene dos objetivos principales:
  - Implicar a los profesionales en la búsqueda de soluciones definitivas para los problemas que generan estas reclamaciones.

Garantizar que todos los profesionales sigan las mismas pautas de actuación

## BUENAS PRÁCTICAS -GAS NATURAL-

- Comunicación a todos los profesionales de la organización de los resultados de las encuestas de satisfacción y del volumen de reclamaciones recibidas.

### ¿QUÉ MEJORAS PROPORCIONA?

- Cada profesional conoce los datos referentes a las reclamaciones recibidas por proceso de la organización.
- De esta forma, se concientia a los profesionales sobre la repercusión de su trabajo en la calidad de la organización percibida por el usuario, promoviendo y potenciando la implicación de los mismos en la búsqueda de la excelencia en la ejecución de cada actividad.



## **8. CONCLUSIONES**

1. La comunicación médico-paciente es un elemento clave para la mejora de la calidad asistencial y la disminución del número de reclamaciones.
2. El paciente es el centro de la asistencia sanitaria
3. Las estrategias para negociar la capacitación laboral y la determinación de contingencia son un elemento clave para mejorar la satisfacción de los usuarios en una mutua de accidentes de trabajo.
4. Es fundamental realizar un estudio pormenorizado del suceso adverso, analizando sus causas atendiendo a todos los factores implicados: personas y sistema.
5. La existencia de protocolos para el tratamiento de reclamaciones y sugerencias es fundamental para mejorar la seguridad del paciente.
6. La solicitud de informes a los profesionales implicados en la reclamación debe ser firmada por la Dirección.
7. El fin último del estudio de las reclamaciones es mejorar la calidad de la asistencia, para eso es preciso diseñar acciones de mejora sanitarias.
8. Los profesionales sanitarios y no sanitarios deben conocer los Informes del Servicio de Atención al Usuario así como las acciones de mejora.

### **PROPUESTAS DE MEJORA EN ASEPEYO:**

- Formación específica en Seguridad del Paciente para el personal sanitario y no sanitario.
- Valoración del número y contenido de reclamaciones y sugerencias como dato fundamental de actividad de los centros de Asepeyo.

- Considerar dentro de la valoración cualitativa del desempeño laboral del personal sanitario y no sanitario el número y tipo de reclamaciones en las que dicho personal está inmerso.
- Asepeyo cuenta con un servicio de atención al usuario con canales de recepción y respuesta efectivos. Es necesario la implicación de profesional sanitario no sólo con carácter consultivo sino como elemento integrador del servicio de atención al usuario.
- Impulsar y motivar las sugerencias por parte de nuestro cliente interno: personal sanitario y no sanitario. Gestionar de forma eficaz dichas sugerencias.
- Proponemos la implicación de la Dirección de Asistencia Sanitaria, Dirección Territorial y Dirección de Zona en todo el proceso, sobre todo en la implementación de las acciones de mejora sanitaria.
- Es fundamental para mejorar la Seguridad del Paciente dar a conocer los Informes del SAU a todos los profesionales de ASEPEYO. Las acciones de mejora sanitarias deben de ser conocidas, asumidas e implementadas por todos los trabajadores no sólo por los que han sido objeto de la reclamación.
- Proponemos introducir indicadores de calidad de las respuestas a las reclamaciones.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

Adams K, Corrigan, JM eds, Priority Areas for National Action; Transforming Health Care Quality, Washington DC: National Academies Press, 2003.

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de Seguridad del Paciente: Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005 (Acceso 23 de agosto de 2006) Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS>.

Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA). La seguridad del paciente en siete pasos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006 (Acceso 23 de agosto de 2006) Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS>. [Resumen esquematizado traducido al castellano de: NPSA. Seven steps to patient safety. (Acceso 23 de agosto de 2006). Disponible en versión completa en <http://www.npsa.nhs.uk/health/resources/7steps> ].

Agency for Healthcare Research and Quality. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*. Vol 1-4. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005. (Acceso 24 de agosto de 2006). Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/advances/>.

**[Análisis y benchmarking del tratamiento de reclamaciones y sugerencias en el Sistema Nacional de Salud](#)**. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Ruiz-López P. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006 (Acceso 23 de agosto de 2006). Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS>.

Aranaz J, Vitaller J eds. De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios en Salud, 2004. (Acceso 23 de agosto de 2006). Disponible en <http://www.dsp.umh.es/proyectos/idea/>.

Bañeres J, Cavero E, López L, Orrego C, Suñol R. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006 (Acceso 23 de agosto de 2006). Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS>.

Berntsen KJ. Patient's Guide to Preventing Medical Errors. Westport CT: Praeger, 2004.

Berwick DM. Escape Fire: Lessons for the Future of Health Care. New York, NY: The Commonwealth Fund, 2002. (Acceso 23 de agosto de 2006). Disponible en [http://www.cmwf.org/usr\\_doc/berwick\\_escapefire\\_563.pdf](http://www.cmwf.org/usr_doc/berwick_escapefire_563.pdf)

Borrell F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. SemFYC.

Byers JF, White SV. Patient Safety Principles and Practice. New York: Springer, 2004.

Cohen MR. Medication Errors. Washington DC: American Pharmaceutical Association, 1999.

Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

Diclosure Working Group. When things go wrong: respondig to adverse events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals. Massachusetts Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors, 2006 (Acceso 23 de agosto de 2006). Disponible en <http://www.macoalition.org>.

Fowler J, White S. Patient Safety: Principles and Practice. New York: Springler 2004.

Fundació Víctor Grífols i Lucas . La gestión de los errores médicos. Barcelona: Cuadernos de la Fundació nº 7, 2002. (Acceso 23 de agosto de 2006). Disponible en <http://www.fundaciogrifols.org/esp/publicaciones/cuadernos.asp>.

Gawande A. Complications: A Surgeon's Notes on an Imperfect Science, New York:

**Gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente: tutorial y herramientas de apoyo.**

Ministerio de Sanidad y Consumo.

**GOMEZ ESTEBAN, Rosa. El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2004**

Henry Holt & Co., 2002 (Trad. castellano: Gawande A. Complicaciones: confesiones de un cirujano acerca de una ciencia imperfecta. Barcelona: Diagonal, 2003).

Gibson R, Singh J P. Wall of Silence, Washington DC: Lifeline Press, 2003.

IOM. Crossing the Quality Chasm A New Health System for the 21st Century. Washington DC: National Academy Press, 2001.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS eds. To Err Is Human; Building a Safer Health System, Washington DC: National Academy Press, 1999.

Leape LL, Kabacoff A, Berwick DM, Roessner J. Reducing Adverse Drug Events. Boston MA: Institute for Healthcare Improvement; 1998.

Leonard MS et al. Achieving Safe and Reliable Healthcare Strategies and Solutions, Chicago: Health Administration Press, 2004.

Lorenzo S ed. Seguridad Clínica. Monografías Humanitas nº 8, Madrid, 2005. (Acceso 23 de agosto de 2006). Disponible en <http://www.fundacionmhm.org/edicion.html>

Mingote Adán, J.C. "Síndrome Burnout (S.B.), síndrome de desgaste profesional (S.D.P.)", *Libro de Ponencias, X Jornadas A.M.S.M.*, 1998.

Newhouse R, Poe S eds. Measuring Patient Safety, Sundsbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2005.

Norman DA. The Design of Everyday Things. New York : Basic Books; 2002.

Reason J. Managing the Risks of Organizational Accidents, Aldershot UK: Ashgate Pblg Ltd, 1997.

Rosenthal MM, Sutcliffe KM. Medical Error; What do We Know? What Do We Do?, San Francisco: Jossey-Bass, 2002.

Rosenthal MM, Mulcahy L, Lloyd-Bostock S, eds. Medical mishaps: pieces of the puzzle. Buckingham: Open University Press, 1999.

Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.  
Ministerio de Sanidad y Consumo,  
<http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MSC-CD1/>

Senders JW, Moray NP. Human Error; Cause, Prediction, and Reduction Analysis and Synthesis, Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Assoc, 1991.

Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM, eds. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment No. 43. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2001.(Acceso 24 de agosto de 2006)..Disponible en <http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/>

Spath PL. Error Reduction in Health Care: A Systems Approach to Improving Patient Safety. San Francisco CA: Jossey-Bass; 1999

Vincent C. Clinical Risk Management; Enhancing Patient Safety, 2d ed, London: BMJ Books, 2001.

Vincent C. Cand de Mol B. Safety in Medicine, Oxford, UK: Elsevier Science Ltd/Pergamon, 2000.

Vincent C. Patient Safety. London: Churchill-Livingstone, 2006.

Watcher RM et al. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices, Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2001.

Wachter RM, Shojania K. Internal Bleeding: The Truth Behind America's Terrifying Epidemic of Medical Mistakes. New York, NY: Rugged Land; 2004.

## AGRADECIMIENTOS

✚ Agradecemos toda la atención y colaboración por parte de la Dirección Sanitaria, Dirección de Prestaciones y Jurídica de Asepeyo.

✚ Agradecemos a la Oficina Técnica de Reclamaciones y Servicio de Atención al Usuario todo lo aprendido de su mano.

**õConcédeme coraje para cambiar las cosas que debo modificar, serenidad para aceptar lo que no puedo cambiar y sabiduría para diferenciar unas de otrasö. Reinhold Nieburh.**