
Gestión de riesgos y seguridad de los pacientes en Atención Primaria. Identificación de riesgos

Nuria Sanz Álvarez^a, Julio Bermejo Crespo^b
y Francisco José Martínez López^c

^aMédico. EAP Bercial. Área 10 IMSALUD. Getafe. Madrid. ^bMédico. EAP. Área 6. IMSALUD. Las Rozas. Madrid. ^cJefe de Área de Gestión de Responsabilidad Sanitaria. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Médico Inspector de la Administración de la Seguridad Social. Todos los autores son miembros de la Asociación Española de Gestión de Riesgos Sanitarios. AEGRIS

Resumen

Introducción. Las reclamaciones por efectos adversos en Atención Primaria ya son frecuentes. Un objetivo fundamental de la gestión de riesgos sanitarios es conseguir la máxima seguridad de los pacientes; por ello, el conocimiento de los efectos adversos reclamados es de sumo interés.

Objetivo. Identificar los problemas y situaciones de riesgo que dieron lugar a las reclamaciones patrimoniales durante 1995-2001 al Insalud, en el ámbito de la Atención Primaria.

Material y método. Es un estudio observacional, descriptivo, transversal. Un grupo de expertos clínicos analizó los 460 expedientes reclamados. El análisis estadístico fue realizado con SPSS versión 11 y S-PLUS versión 6.0.

Resultados. La edad media de los perjudicados era de 42,80 años, predominando el sexo masculino (53 %) y el medio rural (52 %) sobre el urbano; el fallecimiento del paciente constaba en el 40,60 % de los expedientes; el hecho causal ocurrió en la consulta (54,60 %) y en el horario de urgencias (39,20 %). La calidad de los registros clínicos se consideró inaceptable en el 58 % de los casos. Los errores de diagnóstico (62,8 %) y los errores en la técnica empleada (42,4 %: inyectables, extravasaciones) constituyen los motivos más frecuentes de reclamación. Los médicos son los profesionales más implicados (74,70 %). Los inspectores médicos consideraron como praxis no adecuada (total o parcialmente) en el 16 % de las reclamaciones; los peritos de la compañía aseguradora en el 24,50 %; el grupo de expertos en el 37 %.

Discusión. La escasa calidad técnica de la documentación clínica, el elevado porcentaje de fallecimientos recogidos en las reclamaciones y el alto número de ellas sin daño clínico son datos destacables.

Palabras clave: Gestión de riesgos. Atención Primaria. Reclamaciones sanitarias. Seguridad.

Summary

Introduction. Claims due to adverse effects in primary health care are frequent yet. One basic objective of risk health management is to obtain the mayor safety for patients, so the knowledge of the adverse effects demanded is of enormous importance.

Objective. To Identify problems and/or risk situations originated patrimonial claims over 1995-2001 period against Insalud, in the Primary Care level.

Material and method. An observational, descriptive, transversal, study. A clinical experts team analysed the 460 administrative dossiers. The statistic analysis was made with the SPSS version 11 and S-Plus version 6.0 programs.

Results. The mean age of affected was 42.80 years, prevailing the male sex (53%) and the rural sites (52%) over urban one; death of patient was present in the 40.60%; the causal fact of claim occurred in the surgery hours (54.60%) and in the emergency hours (39.20%). The quality of clinic dossiers was considered unacceptable in 58% of analysed cases. Diagnostic errors (62.80%) and errors in the applied technology (42.40%) were the most frequent causes and motives of claim. Doctors are the professionals most involved (74.70%). Medical Inspectors found practice not adequate (total o partial) in 16% of dossiers; experts of insurance company in 24.50% of it. The expert team found not adequate praxis in 37%.

Discussion. The very low technical quality of clinical dossiers, the high percentage of deceased patients and the high number of claims without clinical harm are noticeable facts.

Key words: Risk management. Primary Care. Health Claims. Safety.

Introducción

En España, hasta hace poco tiempo, las reclamaciones económicas por vía administrativa o judicial por efectos adversos en la asistencia sanitaria contra los médicos de consultorio o ambulatorio y, en general, contra los médicos de Atención Primaria (AP), eran poco frecuentes. Pero en los últimos años, igual que en otros países, ha ido aumentando la frecuencia de este tipo de reclamaciones.

El modelo de gestión implantado por el extinguido Insalud para la gestión de las pólizas de seguro de responsabilidad contratadas ininterrumpidamente desde 1995¹ y los procedimientos detallados en el Real Decreto 429/1993 de 26 de marzo², nos ha permitido disponer

de una información hasta entonces no sistematizada y realizar diferentes estudios descriptivos, sobre todo en atención hospitalaria³, de la siniestralidad que se reclamó hasta el año 2001, fecha en que se transfirió la totalidad de la gestión del Insalud.

La Gestión de Riesgos o la Gerencia de Riesgos son las traducciones habituales del *Risk Management*, que empezó a desarrollarse en EE.UU. a partir de los años cincuenta. Aunque se puede definir de muchas formas, siempre es considerado en tanto que proceso⁴.

El proceso de gestión de riesgos puede aplicarse a cualquier situación en que pueda producirse una consecuencia o un resultado no deseado o no esperado, y es una parte integrante de toda buena ges-

tión. En el ámbito sanitario, es un proceso que pretende establecer pautas de actuación para la toma de decisiones, de manera que eliminen o minimicen las pérdidas a que da lugar la transformación en siniestros de los riesgos que conlleva la prestación de asistencia sanitaria⁵.

Desde la publicación de *To Err is Human*⁶ la gestión de riesgos se ha dirigido especialmente a la búsqueda de la seguridad de los pacientes, en una dirección que hemos definido como “del seguro a la seguridad”⁷.

El objetivo general de este trabajo es analizar los riesgos relacionados con la práctica sanitaria en AP, durante el período de gestión de la póliza (1995-2001) para todo el territorio del ámbito Insalud. Como objetivos particulares, se pretende identificar los problemas y/o situaciones de alto riesgo, específicas para la AP, que en la bibliografía aparecen como similares en diferentes países^{8,9}, así como promover la introducción de medidas preventivas de los motivos clínicos y organizativos que subyacen y originan la aparición de las reclamaciones en Atención Primaria¹⁰.

En el anexo I se recoge el protocolo general del estudio, que tiene diversos objetivos particulares, y cuyos resultados serán objeto de comunicaciones posteriores^{11,12}.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal sobre la totalidad de las reclamaciones económicas efectuadas al Insalud, en el ámbito de la AP, en el período comprendido entre el mes de enero de 1995 y septiembre del 2001. Se han excluido las reclamaciones presentadas en los servicios de Urgencias Extrahospitalarios (061: servicio normal y servicio especial de Urgencias) por las razones recogidas en el protocolo arriba mencionado, donde constan las inclusiones de los siniestros originados en las guardias de los Equipos de Atención Primaria (EAP) y en los denominados Puntos de Atención Continuada (PAC).

Recogida de datos

Para el análisis de las reclamaciones presentadas en el período incluido en el estudio se formó un grupo de trabajo con amplia experiencia en AP, tanto en labores asistenciales como en las tareas de gestión e inspección médica. El *modus operandi* de este equipo, así como los procedimientos estadísticos empleados se recogen en el protocolo anexo.

Las variables consideradas independientes para el estudio de los expedientes se han agrupado para un mejor manejo en los siguientes grupos: variables

relacionadas con los pacientes, con la demanda asistencial, con el motivo de la reclamación, con los profesionales sanitarios, con el informe del médico inspector y de las compañías de seguros y con la valoración del grupo investigador.

El total de expedientes revisados fue de 460, de los que 17 fueron excluidos del estudio: uno de ellos por incluir sólo los costes judiciales, un segundo por no existir daños personales en un incendio y el resto por encontrarse muy incompletos y no tener disponibles más de tres de las variables consideradas imprescindibles para el estudio (motivo de la reclamación, diagnóstico clínico, resultado del siniestro, tipo de profesional y lugar del siniestro).

Resultados

Se consideraron válidos para el estudio 443 expedientes. En 234 los perjudicados

Tipo de daño	Frecuencia	Porcentaje
Secuelas orgánicas/funcionales	202	45,60
Secuelas estéticas	6	1,40
Muerte	180	40,60
No daño	45	10,20
Otros	7	1,60
NC	3	0,70
Total	443	100,00

Tabla 1. Consecuencias de los siniestros

son varones (53 %) y en 208 mujeres (37 %). En un solo expediente no pudo asignarse sexo por tratarse de una reclamación institucional. La edad media de los pacientes afectados fue de 42,8 años, con una moda de 55 años y una mediana de 45. La fecha de nacimiento o edad de los reclamantes no se localizó en 56 casos (12,64 %).

Las consecuencias del siniestro se recogen en la tabla 1.

Agrupamos las secuelas imputables al acto asistencial derivado de la asistencia, no incluyendo este apartado las posibles complicaciones provocadas en una segunda atención (por ejemplo, secuelas posquirúrgicas, postratamiento hospitalario, etc.). Todas las reclamaciones con secuelas estéticas se han presentado en el ámbito urbano. Es destacable que en la documentación de los siniestros con resultado de muerte no conste la fecha del fallecimiento en un 5 %, ni la hora del mismo en un 35 % de los óbitos. En el estudio destaca el número de fallecimientos en las reclamaciones presentadas, que supera al de otras bibliografías⁹, probablemente por el origen exclusivo de nuestra fuente de datos.

En relación con la *demanda asistencial*, en el medio rural se produjeron 217 reclamaciones (52 %) y en el medio urbano 196 (44 %), no pudiendo atribuirse geográficamente 30 expedientes. Se definió

como medio rural a zonas básicas con menos de 50.000 habitantes. La distribución de los casos según el lugar donde se produjo la asistencia aparece en la tabla 2.

En 36 casos (5,86 %) se reclama la actuación sanitaria realizada en dos localizaciones diferentes, siendo el domicilio una de ellas en 12 casos. Otras localizaciones se refieren a vía pública, transporte, lugar público no sanitario. El tipo de consulta que ha generado mayor número de reclamaciones ha sido la desarrollada en el denominado “horario de consulta” (242 sucesos, es decir el 54,6 %), 74 tuvieron lugar en horario de urgencias (39,2 %) y en 27 casos (6,2 %) no se pudo conocer el tipo de consulta ni horario.

En cuanto al tipo de documentación clínica utilizada en la atención sanitaria reclamada, es de destacar la pobreza y la baja calidad de los documentos clínicos aportados. Los datos se agrupan en la tabla 3, resaltando que en un 58 % de los casos la calidad científico-técnica de los registros aportados a los expedientes es inaceptable, o la información es nula. Nunca un libro de urgencias, registro burocrático del centro, puede ser un sustituto de la historia clínica.

Además, únicamente en 131 casos (29,6 %) fue consultada la historia clínica del paciente, ya sea por la urgencia de la situación clínica o por no estar disponi-

Lugar del siniestro	Frecuencia	Porcentaje
Centro de Salud	357	80,60
Domicilio	64	14,40
Otros	13	2,90
NC	9	2,00
Total	443	100,00

Tabla 2. Distribución de los casos según el lugar del siniestro

Tipo de documentación clínica	Frecuencia	Porcentaje
No consta	201	45,40
Historia clínica AP	102	23,00
Informe clínico de urgencias	84	19,00
Libro de urgencias	25	5,60
Parte interconsulta	17	3,80
Otros	14	3,20
Total	443	100,00

Tabla 3. Análisis según tipo de documentación clínica

ble en el momento (centro de cabecera de urgencias en las zonas rurales). Los profesionales implicados han aportado por escrito, pero *a posteriori*, en 317 casos (71,35 %), su versión de los hechos ocurridos.

En relación con la *causa de la reclamación*, los motivos expuestos por los pacientes o sus familiares se han agrupado en 5 categorías recogidas en la tabla 4.

Motivo de las reclamaciones	Frecuencia	Porcentaje
Relacionados con el diagnóstico	278	62,80
Relacionados con el tratamiento	99	22,30
Accidentes en centros sanitarios	24	5,40
Defectos organizativos	18	4,10
Otros	17	3,80
NC	7	1,60
Total	443	100,00

Tabla 4. Motivos de las reclamaciones

Tipo de error	Frecuencia	Porcentaje
Errores diagnósticos	219	78,80
Denegación de asistencia	25	9,00
Demora en pruebas diagnósticas	15	5,40
Retrasos en valoración médico-quirúrgica	11	4,00
Demora en AE (lista de espera)	5	1,80
Otros	2	0,70
NC	7	2,50
Total	278	100,00

Tabla 5. Distribución de las variables por motivos relacionados con el diagnóstico. Motivos de las reclamaciones

En la tabla 5 se desagrega la variable denominada motivos relacionados con el diagnóstico. El error diagnóstico incluye

Tipo de error en tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Error en la técnica	42	42,40
Retraso en tratamiento	15	15,20
Información insuficiente	14	14,10
Reacciones alérgicas	9	9,10
Interacciones	6	6,10
Error en la dosis	5	5,10
Error medicación	4	4,00
No consentimiento informado	3	3,00
NC	1	1,00
Total	99	100,00

Tabla 6. Distribución de las variables por motivos relacionados con el tratamiento

los casos en los que existe constancia clínica y documentada de un diagnóstico *a posteriori* diferente al diagnóstico inicial. La demora en las pruebas diagnósticas se definió como el retraso injustificable de aquellas pruebas necesarias para el diagnóstico correcto realizado por el profesional.

Los problemas relacionados con el tratamiento incluyen 99 casos recogidos en la tabla 6. El apartado error en la técnica se refiere a extravasaciones, errores en la mezcla o en la vía de administración, medicamentos caducados, fallos en los equipos de reanimación, etc. Llama la atención que el 69 % de estos 42 casos esté relacionado con la técnica

ca de inyección intramuscular (abscesos, ciatalgias).

De los 24 accidentes en centros sanitarios, 10 se han incluido como defectos arquitectónicos y 13 por defectos de funcionamiento. Hay 18 casos por defectos organizativos, de los que 16 se debieron a problemas con el transporte sanitario y 2 a defectos en la cita.

En relación con *los profesionales sanitarios*, la mayoría de los profesionales implicados son médicos de AP. Destaca la baja incidencia de reclamaciones referidas a médicos MIR de primaria, en comparación con las reclamaciones presentadas en urgencias hospitalarias y atención especializada. Los datos se desagregan en la tabla 7.

En 101 expedientes (22,8 %) se han visto involucrados dos o más profesionales, de los cuales la mitad son facultativos de AP. En 49 expedientes (11 %), la reclamación afectaba conjuntamente a profesionales de Primaria y Especializada.

Con respecto a la categoría profesional, variable que debería haber sido cumplimentada obligatoriamente en la declaración del siniestro por parte de las Gerencias de AP implicadas, no constaba en 167 casos (37,7 %).

En 243 expedientes (59,6 %) era personal considerado de plantilla, y 30 (6,7 %) eran suplentes. Se considera personal de

Categoría profesional	Frecuencia	Porcentaje
Médicos AP	331	74,70
MIR	5	1,10
Pediatras AP	27	6,10
Médicos AE	3	0,70
Enfermeros AP	32	7,20
Administrativos	2	0,50
Función gerencial	39	8,80
NC	4	0,90
Total	443	100,00

Tabla 7. Tipos de profesionales implicados

plantilla a los profesionales fijos e interinos de los EAP, así como al personal de refuerzo de los PAC, por lo que llama la atención el número de reclamaciones de los suplentes, siendo tan restrictiva la definición de suplente utilizada.

En relación con *el informe de los expertos*, la tabla 8 resume las valoraciones de los expedientes analizados por los médicos inspectores, el grupo evaluador y los informes periciales de parte aportados por las compañías aseguradoras en 212 casos (47,85 % del total de expedientes). Es significativo que en los informes aportados por peritos se reconozcan las pruebas concluyentes a favor de los reclamantes, aconsejando el pago de la indemnización sin acudir a otras vías administrativas, en uno de cada cuatro casos.

Tipo de expertos	Estimación total o parcial	Desestimación	No concluyente	No consta	Total
Inspectores, médicos	71 16,00 %	217 49,00 %	27 6,00 %	128 28,80 %	443
Grupo evaluador	164 37,00 %	279 63,00 %	0	0	443
Peritos, aseguradoras	52 24,50 %	150 70,80 %	10 4,70 %	231	212*

*Los % de los peritos se refieren a los 212 expedientes en los que hay informe.

Tabla 8. Diferencias en la valoración de los expedientes

El apartado final del protocolo de recogida de datos incluía una valoración sobre la adecuación de las actuaciones clínicas analizadas en el expediente por el grupo de trabajo. La discrepancia entre la figura de un teórico evaluador externo, asignada a la función de Inspección Médica, y la opinión siempre subjetiva del grupo evaluador compuesto por clínicos, es muy llamativa en opinión de los autores. La mayor restrictividad de los informes de Inspección está sin duda motivada por el conocimiento de la importancia asignada por los jueces a una opinión de expertos¹³, aunque estos datos del estudio deben hacernos meditar sobre la función del informe.

Discusión

Que sepamos, este artículo es el primer estudio aproximativo a la realidad

de la Gestión de Riesgos en AP en España, si exceptuamos un estudio específico en Pediatría de AP¹⁴. Para ello ha sido necesaria la elaboración de una taxonomía propia. De los datos expuestos destaca el elevado número de reclamaciones por fallecimientos. La escasa calidad técnica de la documentación clínica ya comentada puede sumarse como un factor negativo más ante la emisión de un juicio por parte de las autoridades. El medio rural se presenta como un riesgo añadido en la presentación de las reclamaciones, que en parte puede ser justificado por las características de la atención, pero que necesita un análisis más específico.

Llamativamente alto es el número de reclamaciones sin evidencia de daño orgánico-funcional (10,20 %), pues la presentación y el seguimiento de una reclamación patrimonial suponen un elevado coste personal, económico y de tiempo.

Esto avala la impresión subjetiva del reclamante, pues no hay ninguna evidencia en los expedientes de que en la presentación de una reclamación influyen variables ajenas a la cualificación científico-técnica de los profesionales. Esto no debe sorprender tanto si tenemos en cuenta la especial vinculación y confianza que se establece con los pacientes y familiares en AP¹⁵. En ningún caso se tienen en cuenta las condiciones de trabajo de los profesionales. El posible error del profesional está en la base de la mayoría de las reclamaciones.

La función gerencial en su conjunto no ha asumido la Gestión de Riesgos

como un objetivo básico de supervivencia de la organización sanitaria, tal vez por la no responsabilidad contable, administrativa y financiera respecto al coste del seguro¹⁶.

El presente estudio ha demostrado la necesidad de mejora en los tres componentes básicos en los que se fundamenta la gestión por procesos: proveedores, procesos y clientes¹⁷. El directivo debe ser consciente de que la única forma de influir sobre la conducta y la actitud del resto del equipo es cambiando su propio comportamiento¹⁸. El gerente es la figura indicada para liderar la puesta en marcha de programas específicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instrucciones para la gestión del contrato de seguro de responsabilidad civil suscrito por el INSALUD. Julio 1995. Junio 1998. Circular 5/2000. Presidencia Ejecutiva del Insalud. Documentos de uso interno.
2. Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, BOE n.º 106, de 4 de mayo; corrección de erratas en BOE n.º 136, de 8 de junio.
3. Martínez López FJ, Ruiz Ortega JM. Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios. La siniestralidad clínico-sanitaria. Epidemiología y coste de la siniestralidad en el ámbito del Insalud. Madrid: Díaz de Santos; 2001. p. 141-61.
4. Carroll R. Risk Management Handbook for Health Care Organizations. Ed. American Hospital Publishing, Inc. 2.ª ed. 1997.
5. Martínez López FJ, Ruiz Ortega JM. Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 2001.
6. To Err is Human: Building a Safer Health System" (2). Institute of Medicine. National Academic Press; 1999.
7. Martínez López FJ. El gestor de riesgos sanitarios: perfil y funciones. Curso de Gestión de Riesgos Sanitarios. Escuela Extremeña de Salud Pública. Octubre 2004.
8. Makeham Meredith AB, Dovey SM, County M, Kidd MR. An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. MJA. 2002; 177(2): 68-72.
9. Dovey SM, Meyers DS, Phillips RL, Green LA, Fryer GE, Galliher JM, et al. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. Qual Saf Health Care. 2002; 11:233-8.
10. Davenport J. Documenting High-Risk Cases to Avoid Malpractice Liability. Family Practice Management. October 2000. Disponible en: www.aafp.org
11. Sanz Álvarez N, Bermejo Crespo J, Martínez López FJ. Gestión de Riesgos en Atención Primaria: Estudio de la Morbilidad (pendiente de publicación).
12. Sanz Álvarez N, Bermejo Crespo J, Martínez López FJ. Gestión de Riesgos en Atención Primaria: Casos Pediátricos (pendiente de publicación).
13. Martínez López FJ. La opinión y la jurisdicción en la gestión de riesgos sanitarios: algunos aspectos a considerar. Rev Adm Sanit. 2004;2(2):275-86.

- 14.** Martínez López FJ. Gestión de riesgos en Pediatría de Atención Primaria. 1999;1(3):371-781.
- 15.** Melguizo Jiménez M, González Canales JC, Álvarez-Cienfuegos Suárez JM. Responsabilidad Médico-Jurídica en Atención Primaria. Barcelona: Excerpta Médica; 1998.
- 16.** Martínez López FJ. La transferencia de riesgos en el Sistema Nacional de Salud: el aseguramiento de la responsabilidad patrimonial. Problemas y opciones. Rev Adm Sanit. 2005;3(1): 193-204.
- 17.** Gené Badía J, Jodar Solá G. La Gestión de Calidad: Conceptos Básicos. Modelo Europeo de Excelencia Empresarial en un Centro de Salud. FMC. 2000;7 Supl 7:3-16.
- 18.** Daniel Díez J, Basora Gallisá T. La calidad de los procesos. FMC. 2000; 7 Supl 7:69-87.



I) Estudio

– El objetivo del estudio es, dentro del marco conceptual de la gestión de riesgos sanitarios, analizar los expedientes e identificar los problemas y/o situaciones de alto riesgo, específicos para la Atención Primaria y evaluar la capacidad predictiva de las variables clínicas, demográficas, geográficas, temporales y organizativas analizadas en los casos

1. Objetivo general

Analizar los riesgos sanitarios relacionados con la práctica médica en Atención Primaria y elaborar propuestas de actuación preventiva y para la elaboración de los informes científico-técnicos precisos en la tramitación de los expedientes de responsabilidad sanitaria

2. Objetivos específicos

- 2.1. Analizar las reclamaciones por responsabilidad sanitaria profesional o institucional presentadas al INSALUD y relacionadas con la asistencia proporcionada en el nivel de Atención Primaria entre el 01-01-1995 y el 31-05-2001
- 2.2. Estudiar las características clínicas, económicas, organizativas y demográficas que provocan las reclamaciones por responsabilidad sanitaria contra el INSALUD
- 2.3. Identificar los problemas y/o situaciones de alto riesgo, específicas para la Atención Primaria, derivados del estudio
- 2.4. Promover la introducción de medidas preventivas de los motivos clínicos y organizativos que subyacen y originan la aparición de las reclamaciones de Atención Primaria
- 2.5. Elaborar procedimientos y pautas de actuación útiles para una posterior utilización por los profesionales de Atención Primaria implicados en una reclamación
- 2.6. Proponer estrategias de mejora e implicación en las actuaciones y seguimiento de reclamaciones, por parte de las Gerencias de Atención Primaria
- 2.7. Facilitar apoyo metodológico y pautas de actuación útiles en la elaboración de los informes preceptivos del médico inspector

II) Diseño del estudio y población

- Se trata de un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal sobre la totalidad de las reclamaciones económicas efectuadas al INSALUD, en el ámbito de la Atención Primaria en el período comprendido entre el mes de enero de 1995 y septiembre de 2001
- Se excluyen de este estudio las reclamaciones presentadas en los servicios de Urgencias Extrahospitalarios (061: normal y especial de Urgencias), por causas administrativas y por considerarse que las características clínicas de dichos servicios presentan variaciones que pudieran distorsionar los objetivos del estudio propuesto. Si están comprendidos los siniestros originados en las guardias de los EAP o en los llamados PAC
- Por las mismas razones de organización asistencial se han incluido en el estudio las reclamaciones presentadas por pacientes incluidos en la edad pediátrica debido a que en las zonas rurales incluidas en el estudio y la atención en las consultas fuera del horario de atención habitual, no se han identificado cauces específicos y diferenciados de una atención sanitaria exclusiva por razones de edad

III) Recogida de datos

- Para el análisis de las reclamaciones presentadas en el período incluido en el estudio, se ha formado un grupo de trabajo multidisciplinar, con amplia experiencia en Atención Primaria tanto en labores asistenciales, como de gestión y en funciones de inspección médica
- Se realizaron reuniones conjuntas para la homogeneización y consenso de los procedimientos y juicios clínicos, elaborándose un documento técnico con las normas de actuación y metodología de trabajo. De esta forma se garantizaban pautas de actuación semejantes sobre la idoneidad de las prácticas clínicas revisadas
- El estudio estadístico se ha realizado por un docente universitario de Estadística e Investigación Operativa; el análisis de los resultados se realizó mediante los Programas SPSS versión 11 y S-PLUS versión 6.0

IV) Variables del estudio

- Las variables consideradas independientes para el estudio de los expedientes administrativos de reclamación patrimonial (variable dependiente del estudio) se han agrupado para un mejor manejo en variables relacionadas con:

- a) La demanda asistencial
- b) Los profesionales sanitarios
- c) Los pacientes
- d) El motivo de la reclamación
- e) El informe del médico inspector
- f) La valoración del grupo de expertos
- g) La situación administrativa de la reclamación
- 4.1 Variables relacionadas con la demanda asistencial
 - 4.1.1 Fecha de la reclamación
 - 4.1.2 Fecha del siniestro
 - 4.1.3 Hora del siniestro
 - 4.1.4 Tipo de población: rural/urbana
 - 4.1.5 Lugar del siniestro: centro de salud/domicilio/otros/no consta
 - 4.1.6 Tipo de consulta: horario de consulta/atención continuada/no consta
 - 4.1.7 Utilización de historia clínica: sí/no/no consultada/no consta
 - 4.1.8 Documentación clínica (informe clínico del siniestro): sí/no
 - 4.1.9 Tipo de documentación clínica (del siniestro): libro de urgencias/informe de urgencias/parte interconsulta/hoja de seguimiento de AP/otros
- 4.2 Variables relacionadas con los profesionales
 - 4.2.1 Número de profesionales de AP reclamados
 - 4.2.2 Reclamación conjunta AP-AE: sí/no
 - 4.2.3 Tipo de profesional reclamado: médico AP/MIR/enfermería/pediatra de AP/otros
 - 4.2.4 Categoría profesional: plantilla/suplente/otros/no consta
- 4.3 Variables relacionadas con los pacientes
 - 4.3.1 Fecha de nacimiento
 - 4.3.2 Sexo del afectado
 - 4.3.3 Resultado del siniestro: secuelas funcionales y orgánicas/daños estéticos/muerte/no daño/otros
 - 4.3.4 Fecha del fallecimiento
 - 4.3.5 Hora del fallecimiento
- 4.4 Variables relacionadas con el motivo de la reclamación
 - 4.4.1 Clasificación por el motivo de la reclamación: relacionada con el diagnóstico/relacionada con el tratamiento/accidentes en los centros/defectos organizativos/otros
 - 4.4.2 Relacionadas con el diagnóstico: error diagnóstico/demora en pruebas/denegación de asistencia/retraso en la valoración médico-quirúrgica/listas de espera en AE/otros
 - 4.4.3 Relacionadas con el tratamiento: dosis errónea/reacciones alérgicas/medicamento ilegible/interacciones farmacológicas/técnica errónea/no consentimiento informado/información insuficiente/retraso en la implantación de medidas terapéuticas/otros
 - 4.4.4 Por accidentes en centros sanitarios: defectos arquitectónicos/defectos de funcionamiento/otras causas
 - 4.4.5 Por defecto de organización de los servicios: errores de citación/flujos inadecuados de pruebas clínicas/otros
 - 4.4.6 Clasificación por diagnósticos según la codificación CIE-9 – Modificación Clínica
 - 4.4.7 Informe del profesional implicado: sí/no
 - 4.4.8 Informe del perito de la aseguradora: sí/no
- 4.5 Variables relacionadas con la elaboración del informe del médico inspector (MI)
 - 4.5.1 Propuesta de resolución del MI: estimación/estimación parcial/no concluyente/no consta
 - 4.5.2 Fecha de elaboración del informe
 - 4.5.3 Número de referencias bibliográficas
- 4.6 Variables relacionadas con la valoración de expertos
 - 4.6.1 Similar a 4.4.1
 - 4.6.2 Similar a 4.4.2
 - 4.6.3 Similar a 4.4.3
 - 4.6.4 Similar a 4.4.4
 - 4.6.5 Similar a 4.4.5
 - 4.6.6 Mala praxis: sí/no

Anexo I