



## ORIGINAL BREVE

# Implantación de buenas prácticas en calidad y seguridad. Estudio descriptivo en una mutua laboral



R. Manzanera<sup>a,\*</sup>, M. Plana<sup>a</sup>, D. Moya<sup>a</sup>, J. Ortner<sup>a</sup> y J.J. Mira<sup>b</sup>

<sup>a</sup> MC Mutual, Barcelona, España

<sup>b</sup> Universidad Miguel Hernández, Elche, España

Recibido el 27 de agosto de 2015; aceptado el 19 de octubre de 2015

Disponible en Internet el 22 de diciembre de 2015

### PALABRAS CLAVE

Calidad asistencial;  
Cultura organización;  
Seguridad  
del paciente

### Resumen

**Objetivo:** Describir el nivel de implantación de elementos de buena atención sanitaria en una mutua.

**Método:** Estudio descriptivo, transversal. Se encuestó al conjunto de 87 referentes de calidad de MC Mutual y una submuestra aleatoria de 54 sanitarios con destino en centros con entre 4 y 7 profesionales sanitarios. Los 23 elementos del cuestionario fueron seleccionados por su condición de ser identificados como buenas prácticas. Adicionalmente, los sujetos valoraron una serie de atributos que describían el nivel de calidad de los centros (escala de 0 a 10).

**Resultados:** Respondieron 70 referentes y 27 profesionales (tasa respuesta del 80% y 50%, respectivamente). Entre ambos colectivos no hubo diferencias en la valoración de los atributos de calidad. Identificaron como áreas de mejora: uso de guías de práctica (7,6/10), competencia científico-técnica (7,5/10) y satisfacción de los pacientes (7,7/10). Consideraron con alta implantación: disponibilidad y accesibilidad a la historia clínica común, consentimiento informado, disponibilidad de solución hidroalcohólica y sistema de registro de alergias. Con baja implantación: formación e investigación, planes de mejoras en equipamientos y tecnología, adhesión a guías de práctica clínica y mapas de riesgos.

**Conclusión:** Mientras se logra un alto nivel de implantación en elementos de buena práctica relacionados con equipamientos y recursos, otros aspectos relacionados con actitudes hacia la calidad y seguridad requieren de mayor atención, como sucede en otras organizaciones sanitarias.

© 2015 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rmanzanera@mc-mutual.com](mailto:rmanzanera@mc-mutual.com) (R. Manzanera).

**KEYWORDS**

Quality assurance;  
Organisational  
culture;  
Patient safety

## Implementation of good quality and safety practices. Descriptive study in a occupational mutual health centre

**Abstract**

**Objective:** To describe the level of implementation of quality and safety good practice elements in a Mutual Society health centre.

**Method:** A Cross-sectional study was conducted to assess the level of implementation of good practices using a questionnaire. Some quality dimensions were also assessed (scale 0 to 10) by a set of 87 quality coordinators of health centres and a random sample of 54 healthcare professionals working in small centres.

**Results:** Seventy quality coordinators and 27 professionals replied (response rates 80% and 50%, respectively). There were no differences in the assessment of quality attributes between both groups. They identified as areas for improvement: use of practice guidelines (7.6/10), scientific and technical skills (7.5/10), and patient satisfaction (7.7/10). Availability and accessibility to clinical reports, informed consent, availability of hydro-alcoholic solution, and to record allergies, were considered of high importance to be implemented, with training and research, improvements in equipment and technology plans, adherence to clinical practice guidelines and the preparation of risk maps, being of less importance.

**Conclusion:** The good practices related to equipment and resources have a higher likelihood to be implemented, meanwhile those related to quality and safety attitudes have more barriers before being implemented. The mutual has a similar behaviour than other healthcare institutions.

© 2015 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

En Europa, según datos de Eurostat<sup>1</sup>, el 10% de la población trabajadora es atendida anualmente por causa de un accidente laboral o una enfermedad profesional en alguna mutua. En el conjunto de Europa la frecuencia de accidente en que el trabajador precisó más de 4 días de baja osciló entre el 519 por 100.000 trabajadores en Grecia y el 874 en Suecia. El sistema de protección es distinto en cada país, pero la finalidad del sistema de protección de las mutuas comparte los mismos objetivos<sup>2</sup>.

En 2012<sup>2</sup> se atendieron, por las mutuas españolas, un total de 1.150.000 pacientes, sobre una población trabajadora por cuenta ajena de unos 12 millones de personas. La tipología de estos accidentes fue diversa. Anualmente, un 10% de personas padece un accidente laboral. En 2013 el 3,5% correspondió a accidentes en el lugar de trabajo con baja, un 0,5% a accidentes *in itinere* con baja y un 6% a accidentes sin baja. Pese a este volumen de pacientes atendidos, la implantación de planes de calidad (incluyendo el ámbito de la seguridad del paciente) en las mutuas es relativamente reciente, y sus enfoques y resultados han tenido escasa difusión. Sin embargo, su actividad asistencial corresponde, normalmente, a especialidades donde es más frecuente que coincidan<sup>3-9</sup> variabilidad innecesaria y eventos adversos. Por esta razón, se están llevando a cabo iniciativas, cada vez más ambiciosas, para asegurar la calidad asistencial por parte de las mutuas.

En este trabajo se describen los resultados de un estudio diseñado para conocer el nivel de implantación de elementos consensuados como característicos de una buena atención sanitaria.

## Método

Estudio descriptivo, transversal, en el que se encuesta a referentes de calidad y personal asistencial de una mutua de accidentes. Este estudio se llevó a cabo en abril de 2015 entre profesionales sanitarios de MC Mutual. Esta mutua cuenta con un total de 830 profesionales sanitarios distribuidos en 103 dispositivos en todo el territorio español. En 87, se lleva a cabo asistencia médica directa y actividad evaluadora. Existen dos clínicas que cuentan en total con 67 camas. En 2014 se diseñó un Plan de calidad sanitaria (PCS) global que ha sido la base instrumental sobre la que ha pivotado este estudio. El PCS se centra en mejoras en la atención al usuario (seguridad, accesibilidad, trato, integración de niveles de atención y eficiencia) buscando la rápida reincorporación al ámbito laboral. Se estructura en 5 líneas y 18 objetivos estratégicos y suma un total de 191 actuaciones. Este PCS inició su andadura en el año 2015 con una evaluación de la situación de partida en la aplicación de la política de calidad y seguridad de la institución, que debe tener continuidad en 2016.

En esta evaluación inicial se encuestó a 2 submuestras de profesionales. La primera integrada por el conjunto de 87 referentes en materia de calidad y seguridad de MC Mutual. Estos referentes en calidad fueron designados por la entidad en cada uno de sus centros en los que existe actividad asistencial y evaluadora. La segunda, a una selección aleatoria de 54 profesionales con destino en los centros que contaban con entre 4 y 7 profesionales. Esta selección se basó en el hecho de que habitualmente la información tarda más en llegar a los centros más pequeños y periféricos. Por esta razón, este colectivo se consideró el más adecuado para

valorar si el PCS lograba su objetivo de despliegue en el conjunto de la organización.

El cuestionario de 23 preguntas (escala de respuesta de 5 pasos) se elaboró por el equipo investigador para identificar la situación de partida del PCS. Los elementos del cuestionario fueron seleccionados por su condición de haber sido señalados como característicos de una buena práctica profesional. Previamente al estudio de campo se comprobó la facilidad de comprensión de las preguntas y la validez aparente del cuestionario.

Para facilitar las respuestas se empleó una plataforma vía Web. A los sujetos participantes se les invitó a responder mediante un correo electrónico, informando del propósito del estudio y de sus condiciones de participación (confidencialidad y voluntariedad de las respuestas).

En el análisis de las respuestas se consideró como una implantación adecuada cuando la puntuación fue igual o superior a 4. Adicionalmente, se solicitó su valoración (escala de 0 a 10) del nivel de calidad de la prestación sanitaria en una serie de atributos: accesibilidad, equidad, continuidad asistencial, respeto al paciente, adecuación de la práctica clínica a guías de práctica, competencia científico-técnica, seguridad del paciente y satisfacción del paciente. Para comparar las puntuaciones entre la submuestra se empleó la U de Mann-Whitney, considerando que existían diferencias cuando  $p < 0,05$ .

## Resultados

Respondieron 70 referentes y 27 profesionales de centros periféricos (tasa respuesta del 80% y 50%, respectivamente). De los 27 integrantes de la submuestra de profesionales, 25 (96%) conocían el PCS. En la valoración de estos atributos de calidad no hubo diferencias en las valoraciones entre ambas submuestras, salvo en lo relativo a: existencia de mecanismos de alerta que alertan al médico en situaciones de tránsito entre niveles, disponibilidad de resultados de pruebas o de próximas consultas ( $p = 0,05$ ); la frecuencia con la que se celebran sesiones clínicas para actualizar la práctica clínica ( $p = 0,01$ ); y la puesta en práctica de planes de mejora en las infraestructuras ( $p = 0,03$ ). Los referentes del PCS fueron más ambiciosos, en términos generales, en el nivel de logro alcanzado.

Ambas submuestras coincidieron al señalar como áreas con mayor margen de mejora: adecuación de la práctica clínica a las guías de práctica (7,6 sobre 10 puntos, 20% consideraron alta la implantación), competencia científico-técnica (7,5 sobre 10 puntos, 26% alta implantación) y satisfacción de los pacientes (7,7 sobre 10 puntos, 26% alta implantación). En cuanto a elementos contemplados en el PCS ambas submuestras destacaron con un alto nivel de implantación los referidos a medios para una buena práctica (disponibilidad y accesibilidad a historia clínica común, consentimiento informado, disponibilidad de solución hidroalcohólica y sistema de registro de alergias). En cambio, los elementos con un más bajo nivel de implantación se relacionaron con facilidades para la formación e investigación, disponibilidad de planes de mejoras en infraestructuras en equipamientos y tecnología, adhesión a las guías de práctica clínica y disponer de un mapa de riesgos (tabla 1).

## Discusión

Los profesionales de los centros de menor tamaño y los referentes del PCS mostraron valoraciones similares del nivel de implantación de los elementos para una buena práctica; si bien los referentes se mostraron algo más críticos, en forma acorde con su compromiso por lograr nuevas mejoras asistenciales. Las principales diferencias entre ambos grupos se focalizaron en elementos que contribuyen a una atención más segura y a una práctica basada en la evidencia. Este resultado es relevante porque supone una actitud ambiciosa por parte de los referentes que refuerza las posibilidades de éxito en el despliegue del PCS en los próximos años.

Los cambios introducidos en paralelo al despliegue del PCS han sido valorados positivamente. Los elementos de buena práctica relacionados directamente con infraestructuras y recursos obtuvieron una buena nota. Sin embargo, aquellos otros relacionados con el desarrollo profesional (formación e investigación y capacidad para la innovación), la planificación de la renovación tecnológica, el adecuado empleo de guías de práctica clínica, o la gestión de riesgos asociados a la práctica asistencial quedaron en un lugar más rezagado. Los 2 primeros han sido priorizados, reasignando recursos para poderlos desarrollar. Los 2 últimos guardan relación con aspectos actitudinales ante la calidad y la seguridad de los pacientes, comunes con otras organizaciones sanitarias, y requieren una respuesta institucional diferente.

La apuesta por construir una cultura de calidad y de seguridad en las organizaciones sanitarias debe promover mejores resultados en calidad asistencial y seguridad clínica en las instituciones sanitarias<sup>10</sup>. Es así también en las mutuas colaboradoras con la seguridad social.

Este estudio no se diseñó para medir el impacto que las certificaciones de calidad tipo ISO están teniendo en el sector y que, probablemente, se relacionan con las mejoras en recursos que se identifican en este estudio. El impacto en términos actitudinales por lograr una práctica más segura requiere de otras medidas adicionales, como ha sido puesto de manifiesto en otros trabajos<sup>7,10</sup>. Estos datos no deben generalizarse al conjunto de mutuas de nuestro país. La selección de elementos y atributos de buena atención podría también incluir algunas otras características de la atención sanitaria que contribuyan a la calidad y a la seguridad. El cuestionario incluyó elementos relevantes del PCS reconocidos en la literatura. No obstante, otros aspectos relevantes pudieran haber quedado fuera de esta selección. Únicamente respondieron la mitad de los profesionales de los centros periféricos. Aunque esta tasa es superior a la de muchos estudios con profesionales realizados en nuestro país, invita a la prudencia a la hora de extrapolar las conclusiones. Los centros muestran una gran diversidad en tamaño y actividad, por lo que cabe destacar que los centros más pequeños no representan todo lo que sucede y que puede contrastar con las opiniones del personal de centros de mayor tamaño y actividad en los que la problemática pudiera ser diferente.

Este estudio representa un intento más por incorporar los enfoques en calidad a las mutuas, fomentando la participación de estas organizaciones en los foros profesionales donde se revisa el qué, el cómo y con qué resultados se trabaja en términos de calidad y seguridad del paciente.

**Tabla 1** Valoración del nivel de implantación de elementos del Plan de calidad asistencial

	Referentes (n = 70)			Profesionales (n = 27)			p
	Media	DT	N ≥ 4 (%)	Media	DT	N ≥ 4 (%)	
A los pacientes se les ofrece una completa información sobre el motivo por el que han recibido atención.	3,2	1,2	36 (51)	3,2	1,4	12 (46)	NS
Contamos con mecanismos de alerta automatizados que informan al médico de visitas, hospitalización, pruebas, etc.	2,3	1,4	17 (24)	3,0	1,4	9 (36)	0,05
Los resultados de pruebas de imagen e informes están disponibles antes de la cita con un paciente	3,7	1,1	50 (69)	3,4	1,2	16 (59)	NS
La historia clínica es accesible para todos	4,0	1,0	58 (82)	4,0	1,3	21 (78)	NS
Parte esencial de la formación continuada son las sesiones clínicas multidisciplinares	1,8	1,1	8 (12)	2,9	1,3	9 (33)	0,01
El tiempo de espera quirúrgica es razonable y ajustado a la clínica del paciente	3,7	1,0	46 (69)	3,7	1,3	17 (65)	NS
Los pacientes esperan en las salas para entrar a consulta un tiempo razonable	3,4	1,0	37 (52)	3,0	1,4	14 (52)	NS
Contamos con medidas para facilitar la accesibilidad de pacientes con dificultades sensoriales o físicas	2,7	1,4	23 (33)	3,1	1,4	12 (43)	NS
En la prescripción se tiene en cuenta la situación del paciente y el coste del fármaco	3,4	1,0	39 (57,4)	3,3	1,3	14 (58)	NS
Se dispone de información sobre indicadores de resultado sanitario y económico para mejorar la toma de decisiones clínicas	3,0	1,1	28 (42)	3,2	1,3	16 (59)	NS
En todos los casos se pide a los pacientes su consentimiento informado	4,2	0,9	57 (80)	4,2	1,2	24 (86)	NS
A todos los pacientes que solicitan un informe clínico en papel se les entrega lo antes posible	3,9	0,9	56 (79)	3,9	1,2	21 (81)	NS
En mi centro se llevan a cabo planes de mejora de infraestructuras y tecnología anualmente	2,3	1,2	14 (20)	3,0	1,5	12 (46)	0,035
Recurrimos de forma habitual a guías clínicas y fichas ocupacionales	2,9	1,0	21 (30)	3,2	1,2	14 (50)	NS
Tenemos una adecuada oferta de formación	2,7	1,2	20 (28)	2,9	1,2	12 (43)	NS
Participamos en estudios, investigaciones, comunicaciones a congresos o publicaciones	1,6	0,9	5 (8)	1,8	1,1	3 (11)	NS
Recibimos alumnos en formación	1,4	0,9	4 (6)	1,4	0,8	1 (4)	NS
Cuando se incorpora un profesional nuevo se aplica un plan de acogida	2,2	1,4	16 (24)	2,5	1,4	8 (31)	NS
Hemos elaborado un mapa de riesgos para la seguridad del paciente	1,8	1,1	7 (11)	2,4	1,5	7 (27)	NS
Tenemos instalados dispensadores de solución hidroalcohólica y/o jabón para la higiene de manos en todos los puntos de asistencia	4,1	0,9	59 (82)	4,2	1,1	23 (82)	NS
Tenemos un sistema para identificar, clasificar y almacenar de manera diferenciada la medicación considerada de alto riesgo	3,4	1,4	45 (65)	3,8	1,6	16 (67)	NS
La información de las alergias de los pacientes es sistemáticamente recogida en la historia clínica	4,4	0,7	64 (93)	4,2	1,2	21 (81)	NS
Hemos recibido formación en calidad y seguridad del paciente	3,4	1,0	37 (51)	3,9	1,2	17 (63)	NS
El procedimiento para la extracción de sangre tiene en cuenta las recomendaciones en materia de seguridad de los pacientes	3,0	1,6	25 (34)	3,7	1,6	12 (57)	NS

Escala 1 a 4

## Bibliografía

1. Eurostat Report [consultado 12 Jul 2015]. Disponible en: [http://www.hsa.ie/eng/Publications.and.Forms/Publications/Corporate/Stats\\_Report\\_2013\\_2012.pdf](http://www.hsa.ie/eng/Publications.and.Forms/Publications/Corporate/Stats_Report_2013_2012.pdf)
2. European Agency for Safety and Health at Work. International comparison of occupational accident insurance system [consultado 12 Jul 2015]. Disponible en: [http://oshwiki.eu/wiki/International\\_comparison\\_of\\_occupational\\_accident\\_insurance\\_system](http://oshwiki.eu/wiki/International_comparison_of_occupational_accident_insurance_system).
3. Aranaz J, Zarco A, Mira JJ, Arroyo A, Braña J, Calpena R, et al. Conjunto mínimo de indicadores de calidad asistencial para la cirugía sin ingreso. *Todo Hospital*. 1999;159:555-60.
4. Lorenzo S, Aranaz J, Ruiz P, Silvestre MC, Mira JJ. Indicadores para monitorizar la calidad en cirugía. *Cir Esp*. 1999;66:245-9.
5. Aranaz JM, Ruiz-López P, Aibar-Remón C, Requena J, Agra-Varela Y, Limón-Ramírez R, et al., Grupo de trabajo ENEAS. Sucesos adversos en cirugía general y de aparato digestivo en los hospitales españoles. *Cir Esp*. 2007;82:268-77.
6. García Vázquez D, Sanz-Martín J, Canillas del Reya F, Sanjurjo-Navarro J. Cirugía en sitio erróneo. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2009;53:332-9.
7. Grau J, Santiñá M, Combalía A, Prat A, Suso S, Trilla A. Fundamentos de seguridad clínica en cirugía ortopédica y traumatología. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2010;54:251-8.
8. Combalía A. Seguridad quirúrgica. *JANO*. 2011:64-9.
9. Lorenzo S, Martínez-Piedrola M, Domínguez F, Franco A, Fernández-Cebrián J, Mira JJ. Efecto del tiempo en lista de espera quirúrgica en la valoración de la cirugía por parte del paciente. *Cir Mayor Ambulatoria*. 2013;18:151-7.
10. Aranaz JM, Agra Y. The culture of patient safety: From past to future in four stages. *Med Clin (Barc)*. 2010;135 Suppl 1: 1-2.