

Título: Propuesta de un modelo de gestión integral de siniestros de responsabilidad sanitaria

Autor: Esculapio Cicerón

Resumen:

Se propone un modelo de gestión, que sumando características de la mediación, la negociación y el control asistencial, permite anticiparse -e incluso prevenir- conflictos judiciales, siendo además un elemento de mejora activa de la calidad del proceso sanitario.

Palabras clave:

Mediación, conflicto, calidad.

Abstract:

We submit a model of management that involves characteristics of mediation, negotiation and supervision of professional health services that permits anticipating and moreover avoiding judicial conflicts, while being an element of factual improvement in the quality of health services provided.

Key words:

Mediation, conflicts, quality

PROPUESTA DE UN MODELO DE GESTIÓN INTEGRAL DE SINIESTROS DE RESPONSABILIDAD SANITARIA

Resumen.

Se propone un modelo de gestión, que sumando características de la mediación, la negociación y el control asistencial, permite anticiparse -e incluso prevenir- conflictos judiciales, siendo además un elemento de mejora activa de la calidad del proceso sanitario.

Palabras clave:

Mediación, conflicto, calidad.

Abstract.

We submit a model of management that involves characteristics of mediation, negotiation and supervision of professional health services that permits anticipating and moreover avoiding judicial conflicts, while being an element of factual improvement in the quality of health services provided.

Key words:

Mediation, conflicts, quality

La expansión de un grupo hospitalario en crecimiento y el aumento exponencial del número y complejidad de los actos sanitarios realizados cada día, lleva aparejado un incremento del volumen total de reclamaciones, incluidas aquellas en cuyo origen subyacen supuestas negligencias médicas o infracciones de la *lex artis*, que constituyen casos conflictivos sujetos a la solicitud potencial de una indemnización.

El origen de este fenómeno puede tener diversas explicaciones, entre otras el contexto de crisis económica; una mayor información, a través de internet o de los medios de comunicación, sobre los avances técnicos en Medicina, que en ocasiones crea expectativas desmesuradas en los pacientes; la mayor conciencia por parte de estos de sus derechos y una mayor exigencia de respeto a su autonomía; la progresiva evolución de la sociedad hacia una cultura errónea de la reclamación, de forma que en el ámbito sanitario y en momentos de sufrimiento, ante cualquier resultado insatisfactorio no es difícil llevar al ánimo del paciente o de sus familiares la idea de que existe una causa de reclamación susceptible de un resarcimiento económico, con independencia de la imposibilidad científica de garantizar un resultado en Medicina, y de que se haya informado por parte del médico de los riesgos de la actuación sanitaria; el recurso a la justicia gratuita y la eliminación de las tasas judiciales, que abaratan el acceso al proceso judicial y limitan el desembolso económico del reclamante; etc.

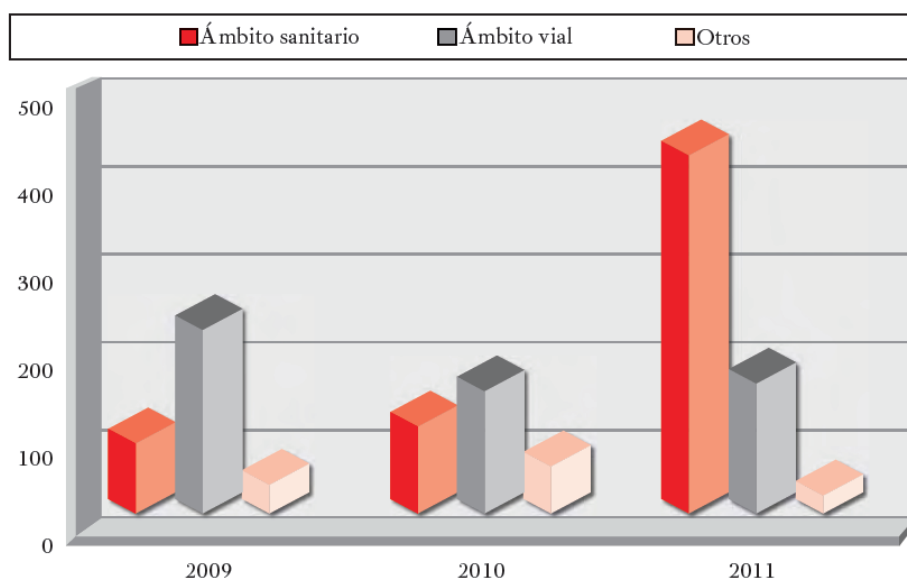
Ante la creciente y generalizada tendencia a la judicialización de las reclamaciones por responsabilidad profesional, nuestro grupo hospitalario, en colaboración con su compañía aseguradora, ha incorporado vías alternativas de resolución de conflictos que permiten un abordaje eficaz y rápido de los mismos, tratando tanto de evitar su agravamiento o enquistamiento, como de responder a la dudas del paciente y subsecuentemente, disminuir el número de reclamaciones judiciales y eventuales costes procesales, conteniendo el gasto asegurador y sobre todo, reforzando la vocación de servicio centrado en el paciente. Los beneficios y sinergias son inmediatos, (a) para el reclamante, porque disminuye su incertidumbre al recibir una respuesta rápida –y en su caso una disculpa- y porque reduce los tiempos de percepción de la indemnización en caso de que proceda y se llegue a un acuerdo; (b) para la empresa, porque humaniza la atención a sus pacientes, protege el interés de sus profesionales, reduce el riesgo y el coste económico asociado a los seguros de responsabilidad y evita la innecesaria difusión mediática de un determinado conflicto, entre otros; y (c) para el médico y el

profesional, porque gana seguridad jurídica en su ejercicio al disponer de una herramienta más a su servicio y como consecuencia se evita la tendencia a la medicina defensiva.

Actualmente en Sanidad la solución extrajudicial de las reclamaciones se centra en tres tipos de proceso: **Conciliación, Arbitraje y Mediación**. Sin embargo, hasta 2.011 no existía en el ordenamiento jurídico sanitario español ni en la legislación de protección de consumidores referencia alguna a la mediación como técnica de superación de conflictos; pero esta falta de previsión no implicaba en modo alguno la imposibilidad de establecer y desarrollar sistemas y procedimientos de mediación, pues al menos en el ámbito de la relación privada, el principio de autonomía de la voluntad de las partes, consagrada en el Código Civil, la permitía sin duda alguna. El reconocimiento expreso en nuestro ordenamiento jurídico llegaría posteriormente con la promulgación de la Ley 5/2012, de 6 de julio de mediación en asuntos civiles y mercantiles (BOE nº 162, de 7 de julio de 2.012).

En ese año 2011, el ahora extinto Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid publicaba que las demandas sanitarias de ciudadanos alcanzaban un total de 460 (triplicando las de años anteriores: 153 y 143 en 2.010 y 2.009 respectivamente), suponiendo más del 64% del total de reclamaciones, y superando ampliamente en número a las de ámbito vial que, hasta ese año, habían sido las más numerosas.

EVOLUCION DE MATERIAS OBJETO DE DICTAMEN



Extraído de la memoria 2011 del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid

Quedando establecido el punto de corte histórico en el período 2.011-2.012, se decidió asumir la gestión de reclamaciones como parte integral del sistema de funcionamiento, incorporando herramientas propias de la negociación extrajudicial de conflictos, adaptándolas a su estructura y necesidades. El cambio debía consistir en la definición y creación de un proceso propio. Esto fue particularmente importante y complejo, ya que ninguna de las herramientas estándar de Conciliación, Arbitraje y Mediación, se ajustaba del todo al modelo propuesto:

Las tres necesitan de un tercero neutral e imparcial (elegido por las partes o impuesto por un juez), elemento que en este caso no concurre ya que la gestión del proceso de

resolución amistosa del conflicto recae sobre una estructura multidisciplinar (médica y jurídica) ligada únicamente al hospital.

Como se ha indicado, la definición del modelo implica la creación de una estructura específica que asuma la función de catalizador del proceso para aquellas reclamaciones de riesgo que ocurran en todos los hospitales del grupo. **Se crea una Unidad específica y multidisciplinar, en la que están representados de forma indivisible la vertiente legal (Departamento Jurídico) y la vertiente asistencial (Dirección Médica), asesorados en caso necesario por peritos médicos independientes.** Una vez que se decide su intervención, e informada de la misma la compañía aseguradora, la Unidad tiene capacidad para asumir la gestión de siniestros hasta una cuantía determinada, superada la cual la dirección y gestión del expediente recae exclusivamente en la aseguradora, salvo que ésta decida autorizar la negociación y gestión al hospital.

A priori, están excluidas del procedimiento de intermediación a través de la Unidad Multidisciplinar las reclamaciones que al momento de conocerse ya estén en fase Judicial, o aquellas que no tengan relación con la responsabilidad profesional, si bien la Dirección General puede en cualquier momento determinar la conveniencia de que intervenga la Unidad en su representación.

En el caso de nuestro modelo, el acuerdo preliminar que se puede alcanzar no entraña obligación legal de ejecutarlo por parte del reclamante, quien puede declinarlo antes de la firma de los documentos específicos donde se recoge el acuerdo, se renuncia a acciones futuras, etc. Una vez firmado el acuerdo, adquiere un estatus asimilable al de negocio jurídico mediado. Al mismo tiempo, la compañía aseguradora no participa en las negociaciones de siniestros por debajo de una determinada cantidad, pero asume el compromiso de abonar las indemnizaciones por los acuerdos que alcance el hospital con el reclamante en esos supuestos.

La intervención de la Unidad Multidisciplinar implica una postura activa y ejecutiva por parte del hospital, dirigida a llegar a un acuerdo, velando para que éste siempre se ciña a la legalidad vigente. **Su intervención tiene por objeto intentar alcanzar un acuerdo satisfactorio para el reclamante y la empresa, con el fin de evitar la judicialización del problema.** El acuerdo transaccional alcanzado con el reclamante constituye título suficiente para ejecutarse tras su aprobación por Dirección General.

En el caso de siniestros de hasta la cuantía acordada con la compañía aseguradora y habiéndose alcanzado el acuerdo, el hospital solicitará de aquélla el correspondiente cheque y finiquito. Y en aquellos en los que la cuantía a indemnizar sea superior a la acordada con la compañía aseguradora, en los que no se haya podido alcanzar un acuerdo transaccional, o los que no sean indemnizables, se continuará la tramitación de forma coordinada entre el hospital y la compañía aseguradora.

En ninguna de las formulas clásicas de abordaje extrajudicial se contempla la función preventiva, entendiéndose como tal la extensión al plano jurídico del concepto de calidad asistencial, que supone **la identificación por parte de la empresa de posibles puntos conflictivos, que generan Reclamaciones de Riesgo,** que conviene abordar de manera anticipada, estableciendo una actitud proactiva de cara a tratar de incidir en la transparencia en la información para con el posible reclamante. Por Reclamación de Riesgo entendemos toda aquella en la que el reclamante manifiesta expresa intención de litigio, o en la que tras el análisis *prima facie* por parte del Director Médico responsable, o a sugerencia de la propia Unidad Multidisciplinar, se detectan puntos en

los que pudiera apoyarse una futura reclamación por negligencia médica o una mala actuación por parte del personal del centro sanitario.

Se introduce el **concepto de abordaje precoz (incluso antes de que se haya materializado una reclamación específica)**, ya que tras el análisis de las reclamaciones de riesgo, la Unidad Multidisciplinar puede actuar como orientador del proceso o sugiriendo vías de abordaje/corrección pertinentes, maximizando no solo la respuesta satisfactoria a las peticiones de los usuarios, sino también la posibilidad de defensa directa, evitando “sobresaltos” y situaciones de “indefensión” frente a reclamaciones inesperadas. Así, se trasciende la mera recepción pasiva de reclamaciones (judiciales y extrajudiciales), y se pasa a trabajar proactivamente tratando de detectar posibles reclamaciones de riesgo.

Tabla 1:

DATOS ASISTENCIALES		
Año	Total	Total/10.000
2007	3.755.521	375,5521
2008	4.029.342	402,9342
2009	4.771.400	477,14
2010	5.123.035	512,3035
2011	5.396.274	539,6274
2012	5.721.775	572,1775
2013	6.070.217	607,0217
2014	6.719.509	671,9509
2015	6.574.133	657,4133

Incluye altas hospitalarias, urgencias, cirugía y cirugía ambulante, nacimientos, estudios de laboratorio y radiológicos, endoscopias/colonoscopias y consultas externas.

Tabla 2:

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ASISTENCIAS/10000	375,55	402,93	477,14	512,30	539,63	572,18	607,02	671,95	657,41
SINIESTROS	23	35	42	28	22	23	33	33	26
TENDENCIA (SIN*10000/Nº ASIST)	0,061	0,086	0,088	0,054	0,040	0,041	0,054	0,049	0,039

Tabla 3:

ANUALIDAD DE PÓLIZA	TOTAL SINIESTROS	JUDICIALES	EXTRAJUDICIALES	RECLAMADO
2007-2008	23	9	14 (60.87%)	976.815,13 €
2008-2009	35	12	23 (65.71%)	506.325,76 €
2009-2010	42	8	34 (80.95%)	2.967.604,87 €
2010-2011	28	11	17 (60.71%)	565.434,49 €
2011-2012	22	7	15 (68.18%)	481.303,61 €
2012-2013	23	16	7 (29.17%)	1.226.324,36 €
2013-2014	33	13	20 (60.61%)	1.039.788,00 €
2014-2015	33	16	17 (51.52%)	1.210.956,13 €
2015-2016*	26	7	19 (73.08%)	503.679,02 €

Se aprecia claramente el notable incremento de la actividad en el período de análisis. Sin embargo, tal y como vemos, ese incremento de actividad no supone un aumento en el número de reclamaciones por práctica médica.

La contención en el número de siniestros judiciales no se corresponde con un menor carácter de exigencia o reivindicación de los usuarios, pero sí con el menor número de reclamaciones por práctica Médica (IPM), como se evidencia en el número de quejas y de IPM en el período de análisis correspondiente al sistema de gestión implementado.

Gráfico 1: Total siniestros (IPM)

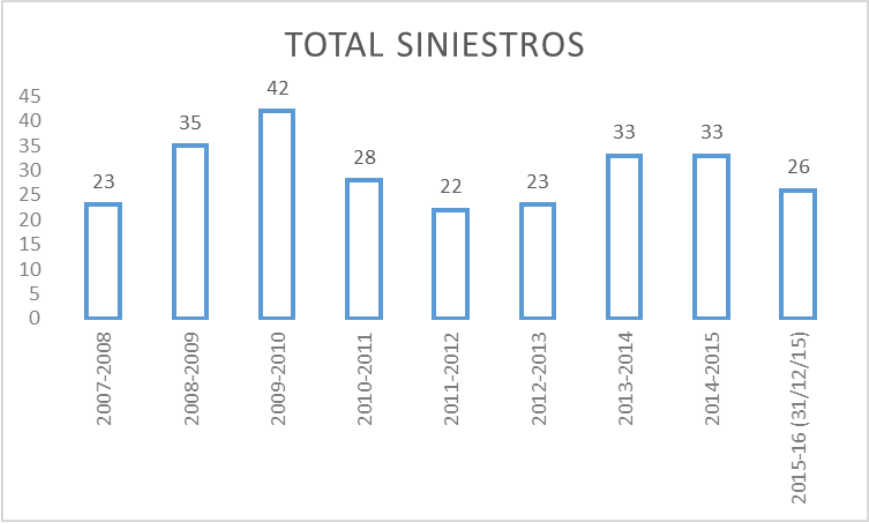


Gráfico 2: Evolución asistencias / siniestros (IPM)

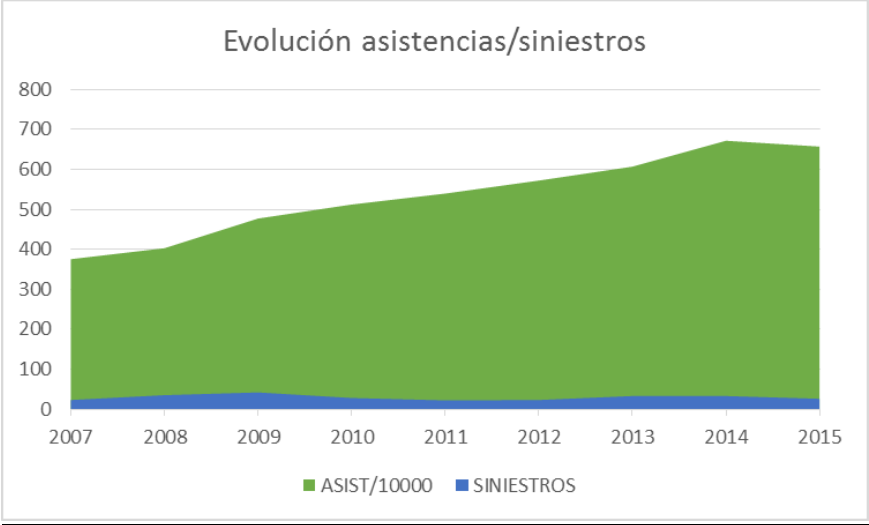


Gráfico 3: Tendencia asistencias / siniestros (IPM)

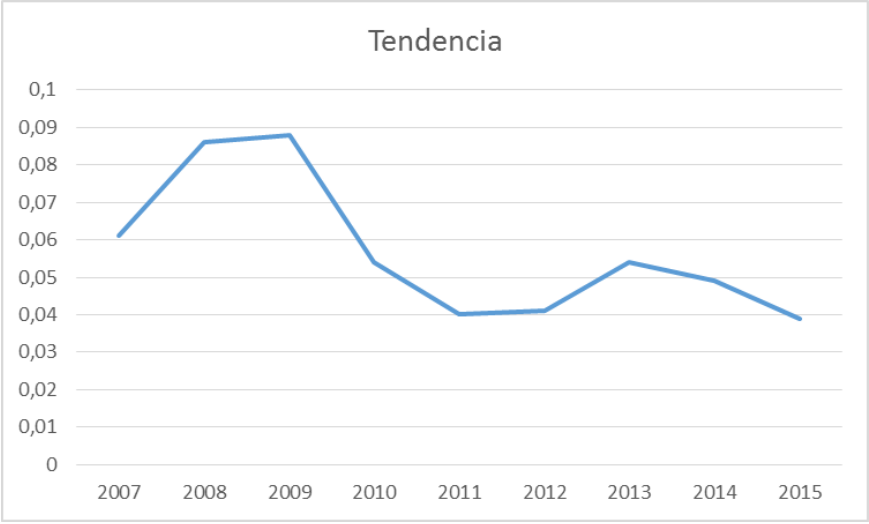


Gráfico 4: Reclamado

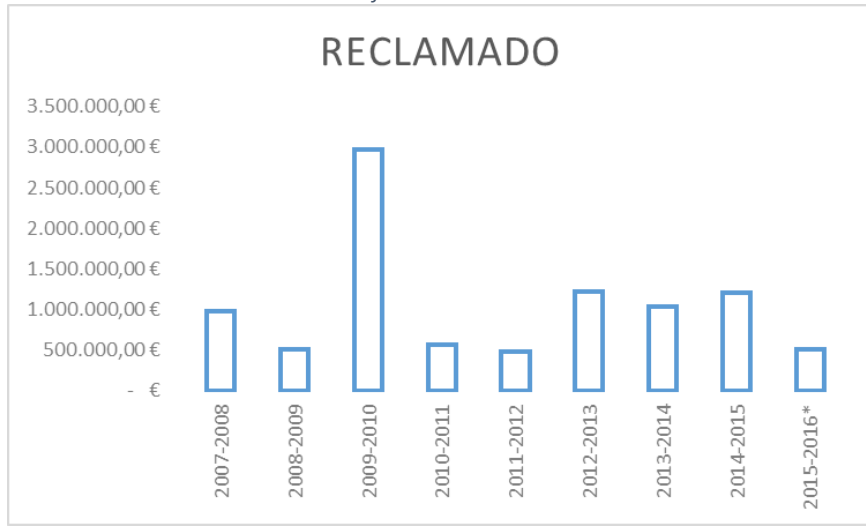


Gráfico 5: Relación quejas totales / IPM

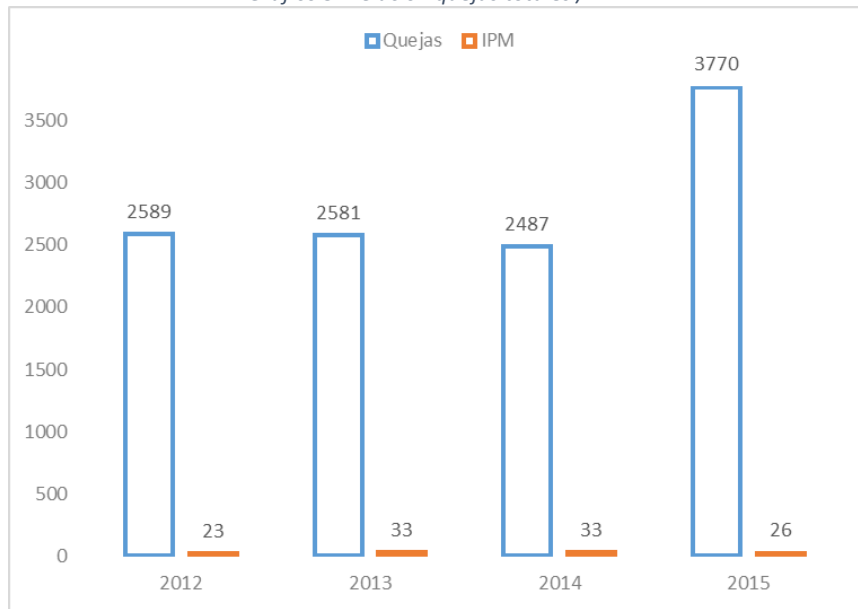
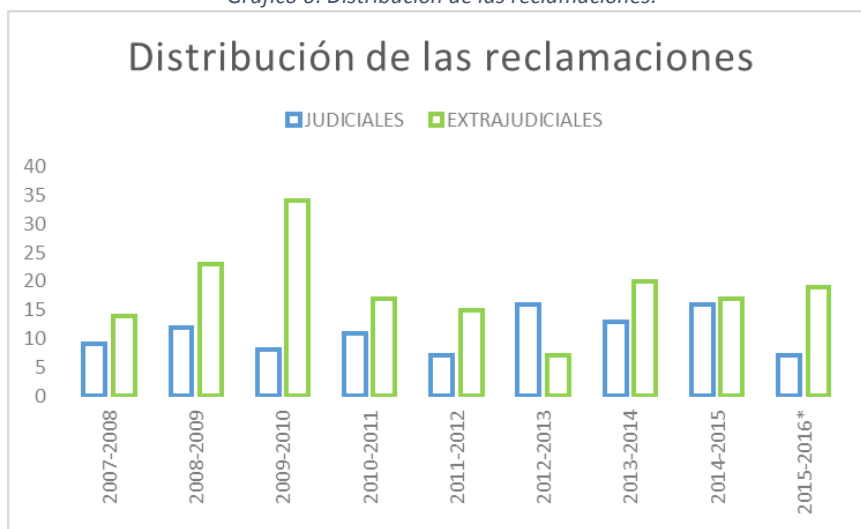


Gráfico 6: Distribución de las reclamaciones:



Resultados obtenidos:

CERRADOS CON ACUERDO		
	Reclamado	Pagado
2012-2013	11.843,56 €	10.503,16 €
2013-2014	4.272,00 €	3.848,00 €
2014-2015	91.850,00 €	31.717,16 €
2015-2016	155.590,41 €	29.006,26 €
	263.555,97 €	75.074,58 €

Ahorro

188.481,39 €

(incl. costas y proc jud ya iniciado)

Creemos que cualquier institución que aspire a la excelencia debe saber identificar y reconocer sus errores y disculparse por ellos, y en ello se basa nuestro modelo de gestión de reclamaciones en el ámbito de la responsabilidad sanitaria, con algunos puntos concretos y diferenciales:

- La función de la Dirección Médica, esencial al momento de detectar y notificar situaciones de riesgo y fomentar un entorno favorable a la intermediación como forma adaptada de conciliación.
- Un exhaustivo reflejo documental como garantía de trazabilidad y cumplimiento de las fases del proceso.
- El respaldo imprescindible de la compañía aseguradora a lo largo de todo el proceso, aceptando los acuerdos negociados por la Unidad en su ámbito de actuación.
- La implantación del modelo supone una evolución desde la actitud reactiva frente a la reclamación (modelo tradicional), hacia la proactividad, que identifica en el origen el germen (quejas/ reclamaciones de riesgo) de las futuras demandas, lo aborda de manera integral, revisa en profundidad lo ocurrido, y en caso de que la reclamación esté fundada, ofrece las excusas pertinentes, concreta los medios para que no vuelvan a repetirse y, por supuesto, identifica las pretensiones de resarcimiento económico y las modula hasta llegar a un punto de acuerdo aceptable para ambas partes.
- A pesar del incremento de la actividad asistencial, se logra contener el número de quejas y que no repercuta en el número de reclamaciones por responsabilidad sanitaria (que muestran una tendencia a la baja en los últimos 2 años).
- El modelo propuesto logró anticiparse en 2.012 en la contención de las reclamaciones que por puro ajuste estadístico tendrían que haberse producido por el incremento de actividad. Comparando con el promedio de siniestros judiciales/año del periodo previo (2.007-2.011), la previsión de siniestros ajustada a actividad en 2.015 debería estar en torno a los 40 casos frente a los 26 que se produjeron, cifra asimilable a la del año 2.007 (con la mitad de asistencias).
- El número de casos judiciales es poco representativo como dato aislado, porque no refleja el éxito alcanzado logrando que la siniestralidad no se incremente en

términos totales (ahorro por los casos evitados), manteniendo un predominio de las extrajudiciales y consiguiendo un ahorro directo en términos monetarios por el reflejo en los importes de las pólizas e indemnizaciones. El modelo aporta un beneficio añadido, la satisfacción del reclamante, que ve cómo una iniciativa que *a priori* puede generar desconfianza (al partir de una parte implicada), finalmente logra satisfacer no solo una pretensión económica, sino que llega más allá, dando una explicación sincera y plausible de lo ocurrido y haciéndole partícipe del proceso de mejora dirigido a evitar casos futuros (superando con creces la negociación como proceso, e incluso a la propia mediación en cuanto a su capacidad para generar mejoras en el sistema, pues no hay que olvidar que en líneas generales, la mediación es un proceso individual que se agota en las propias partes y el acuerdo obtenido).

En resumen,

Se propone la creación de una estructura intrahospitalaria específica y multidisciplinar que una la vertiente legal (Departamento Jurídico) y la asistencial (Dirección Médica).

Se introduce el concepto de abordaje precoz tras el análisis de las que denominamos “reclamaciones de riesgo”

La Unidad Multidisciplinar propuesta es la materialización de una nueva forma de manejar las reclamaciones, ya que asume una postura activa y ejecutiva para resolver situaciones que podrían llegar a ser conflictivas.

Este componente anticipatorio –e incluso preventivo- es totalmente diferente al enfoque reactivo que se impone en los modelos tradicionales, ya que incluso la propia mediación precisa de que haya un conflicto específico, y este modelo se adelanta a la existencia misma del conflicto.

Igualmente, el modelo propuesto aporta otro factor diferencial, como es la capacidad de introducir cambios o mejoras en el sistema, trascendiendo el mero acuerdo transaccional entre las partes, convirtiéndose en sí mismo en un elemento de mejora activa de la calidad.

Conclusiones

- El sistema de gestión propuesto se ha mostrado útil como herramienta capaz de contener la siniestralidad sin incrementar los gastos por siniestro.
- Incluso en empresas que, gracias a disponer de un sistema de calidad exhaustivo, tienen un índice de judicialización bajo, aporta gran valor añadido cualquier disminución en el índice de casos judiciales por mínima que sea.
- Por todo ello, parece lógico suponer que cualquier institución (con otro tipo de gestión y seguramente un índice de siniestralidad mayor), notará un descenso relevante en el número de sus siniestros si implanta un modelo de gestión integral como el propuesto.

Bibliografía:

Boletín Oficial del Estado: <https://www.boe.es/>

Memoria 2011 del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid: http://www.madrid.org/ccmadrid/attachments/016_memoria2011.pdf

M. Bruguera, J. Arimany, R. Bruguera, E. Barberia, F. Ferrer, J. Sala, A. Pujol Robinat, J. Medallo Muñiz, “Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica, de cómo actuar cuando se producen y cómo defenderse judicialmente”, artículo especial en Revista Clínica Española, Vol 212. Núm 4. Abril 2012: <http://www.revclinesp.es/es/guia-prevenir-las-reclamaciones-por/articulo/S0014256512000550/>

C. Martín Fumadó, “Análisis de la responsabilidad profesional médica derivada del ejercicio de la Psiquiatría y de la Medicina Legal”, Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona, junio 2012: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/123360/cm1de1.pdf?sequence=1>

Gaceta Médica, “Las reclamaciones médicas podrían haberse duplicado en ocho años”, artículo de Juan Pablo Ramírez, 22 mayo 2015: http://www.gacetamedica.com/hemeroteca/las-reclamaciones-medicas-podrian-haberse-duplicado-en-ocho-anos-KQLG_912888