

## **Capítulo 2**

# **ASPECTOS BASICOS DE GESTION DE CALIDAD EN EL AMBITO SANITARIO**

## **Indice**

### **1. INTRODUCCIÓN**

**Gestión de la calidad asistencial**

**Atributos de la calidad asistencial**

**Modelos para gestionar la calidad**

- a. Normalización y Certificación
- b. Acreditación y Autorización
- c. Modelos de excelencia

### **2. CONTRATO PROGRAMA**

### **3. LISTAS DE ESPERA**

### **4. SATISFACCIÓN**

### **5. SEGURIDAD CLINICA**

## 1. INTRODUCCIÓN

### Gestión de la calidad asistencial

La evolución de la asistencia sanitaria en España como en el resto de países de cultura occidental, ha sido consecuencia del desarrollo socioeconómico, que ha supuesto un rápido adelanto de la tecnología biomédica y del conocimiento científico con el consiguiente aumento no solo del nivel de vida, sino de la esperanza de vida y de la calidad de las prestaciones y derechos de los pacientes<sup>1</sup>. Esta situación ha despertado nuevas expectativas entre los ciudadanos; que una vez que acceden a la información sanitaria están determinando un cambio en la relación médico-paciente hacia el denominado paciente "competente". Un paciente que se implica, ejerciendo responsablemente su autonomía en las decisiones clínicas y que mantiene una relación de respeto hacia la experiencia y conocimientos clínicos de los profesionales sanitarios. Implica una actitud activa por parte de los pacientes, cuando su médico le explica alternativas, riesgos y probabilidades.

En este contexto, la Real Academia Española define **calidad** como 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"<sup>2</sup>. Esta definición nos permite identificar varias de sus características inherentes. La necesidad de entender el concepto de calidad como un término relativo, que implica la idea de mejora continua cuando se habla de calidad responde a esta idea<sup>3</sup>. No se trata de alcanzar un nivel de calidad sino de encontrar la fórmula para aumentarla. Al mismo tiempo no debemos olvidar que el concepto implica comparar, para ello precisamos medir, y para medir necesitamos identificar qué es importante valorar, basándonos en hechos y datos, a los que denominamos evidencias. Con criterios de qué se considera buena práctica, con datos que permitan evaluarla (indicadores), estableciendo el dintel a partir del que consideramos que es hacerlo bien (estándares de calidad). Todo ello sin olvidar que es el cliente quien realiza la comparación, puesto que la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes es uno de los objetivos básicos. Por tanto, hablar de calidad en la actualidad implica medir y, ciertamente, medir la calidad para mejorar.

Sin embargo la aplicación de un concepto tan intangible en el día a día es más compleja de lo que cabría esperar, ya que implica sucesivas tomas de decisiones y no está exenta de variabilidad<sup>4</sup>. Su objetivo es proveer a los pacientes de los servicios que mejor preserven o restauren su estado de salud, en el nivel asistencial más adecuado y de la forma más eficiente posible. En este contexto se entiende por práctica clínica "el proceso de actuación médica en relación con la atención de la salud

del paciente”<sup>5</sup>. Para su puesta en práctica son indispensables tanto información clínica, como percepciones, razonamientos, y juicios clínicos, que derivaran en procedimientos e intervenciones<sup>6</sup>.

Sin embargo, los pacientes requieren una información distinta de la población general. Proveer a los pacientes de información basada en la evidencia obliga a proporcionar datos de contexto y a trasladar los resultados de la investigación a estrategias terapéuticas para cada paciente concreto. Por ello parece conveniente establecer normas de decisión, desarrolladas por los propios profesionales basándose en el conjunto de su experiencia y en los conocimientos actuales. De esta forma se construirá un marco de referencia que permita evaluar situaciones similares y actuar de forma análoga ante casos semejantes. La gestión por procesos parece la herramienta ideal para ello, utilizando guías y vías de práctica clínica, protocolos y/o planes de cuidados. De forma que se consiga reducir la variabilidad innecesaria y eliminar ineficiencias asociadas a la repetición de actividades (pruebas diagnósticas, tratamientos, etc.), al consumo inapropiado de recursos, etc. Al mismo tiempo que facilita a los profesionales asumir responsabilidades en el ámbito de actuación de su proceso y la coordinación entre los diferentes procesos de cualquier organización.

### **Atributos de la calidad asistencial**

Al establecer la analogía de las dimensiones de la calidad asistencial con la de otros servicios no sanitarios, algunos autores estiman que, a excepción de la accesibilidad que tal vez sea un atributo específico de los servicios sanitarios, el resto de las dimensiones se pueden aplicar a la calidad de cualquier servicio. Sin embargo, la disponibilidad y la accesibilidad son dos de las características de los servicios condicionantes de su gestión, y entre los principios básicos reguladores de la gestión de los servicios públicos destacan la igualdad de tratamiento para quienes se relacionan con ellos y la continuidad temporal y espacial de la prestación<sup>7</sup>.

De las variables propuestas como atributos de calidad de los servicios sanitarios, la satisfacción del cliente, aunque sirve para medir la bondad de la asistencia, no constituye una característica de calidad, es el objetivo de la misma. La satisfacción y competencia de los profesionales, así como la competencia de la organización, son condiciones necesarias para ofrecer servicios de calidad y no atributos de ésta, aun cuando se utilicen como medida de la calidad asistencial.

A fin de ofertar servicios de alta calidad, la asistencia sanitaria debe reunir las siguientes características: ser eficaz, eficiente, segura, adecuada a la demanda, disponible, accesible y tener una continuidad temporal y espacial. La relación de

atributos de la calidad asistencial identificados mas frecuentemente aparece en la tabla 1.

**Tabla 1. Calidad asistencial: atributos**

<b>Atributo</b>	<b>Definición</b>
<b>Accesibilidad</b>	Facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, los cuidados médicos, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales
<b>Aceptabilidad</b>	Incluye dos dimensiones: Satisfacción del paciente. Grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la asistencia sanitaria.
<b>Adecuación</b>	Relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población. Su medida comprende tanto la cantidad de recursos como su distribución geográfica.
<b>Calidad científico técnica</b>	Grado de aplicación de los conocimientos y tecnología médicos disponibles.
<b>Competencia profesional</b>	Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere tanto a la función operacional como a la relacional y tanto al profesional sanitario como a la organización.
<b>Continuidad</b>	Tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. Los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados de un enfermo progrese sin interrupciones.
<b>Cooperación del paciente</b>	Grado en que el enfermo cumple el plan de atención. Depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional
<b>Disponibilidad</b>	Grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo. Como regla general, los cuidados médicos deben ser disponibles cuando se necesiten durante el ciclo de vida de la persona y cuando surja cualquier enfermedad.
<b>Efectividad</b>	Capacidad de un procedimiento o tratamiento concreto de mejorar el grado de salud. Es también la relación entre el impacto real de un servicio y su impacto potencial en situación ideal. Relaciona, igualmente, la capacidad de actuar del médico y su equipo, de manera que los pacientes consigan el resultado más deseable. Comprende, al mismo tiempo, minimizar los riesgos y un sistema de documentación del estado de salud y de la atención prestada.
<b>Eficiencia</b>	Relación entre el impacto real de un servicio y su coste de producción. También se conceptúa como la prestación del máximo de servicios de calidad por unidad de recursos disponibles o la prestación del máximo de unidades comparables de cuidados sanitarios por unidad de recursos utilizados.
<b>Satisfacción profesional del</b>	Grado de satisfacción del profesional sanitario con las condiciones y desarrollo del trabajo. Su inclusión entre los atributos de la calidad se deriva de la influencia que tiene la satisfacción laboral en la calidad del trabajo.
<b>Seguridad</b>	Balance positivo de la relación beneficios/riesgos. También puede conceptuarse como el resultado de la acción sinérgica de la competencia y trato del personal sanitario. Respecto a los equipos y edificios, la seguridad se refiere a la garantía y protección de los mismos.

## **Modelos para gestionar la calidad**

Para gestionar la calidad de la asistencia sanitaria encontramos dos tipos de modelos: los de mejora continua, que incluyen los modelos de certificación y excelencia, y los basados en modelos de acreditación. Aunque la realidad pone de manifiesto su complementariedad y que la conveniencia e idoneidad de la utilización de unos u otros depende del tipo de organización, el momento, y los recursos disponibles tanto económicos como de tiempo.

En cualquiera de los casos, se basan en la filosofía del “todo lo que hacemos se puede mejorar”. Para ello evalúan la forma en que la organización gestiona sus procesos, tanto a través del sistema de calidad empleado como mediante los resultados obtenidos.

A efectos descriptivos los hemos dividido en dos grupos.

### **a) Normalización y certificación**

Una **norma** es un documento, de aplicación voluntaria, que contiene un conjunto de especificaciones técnicas basadas en los resultados de la experiencia y del desarrollo tecnológico. Las normas son fruto del consenso entre todas las partes involucradas en una actividad, son aprobadas por un Organismo de Normalización reconocido (en España AENOR), que ha establecido Comités Técnicos de Normalización (AEN/CTN), que estudian y plantean las necesidades de cada sector, elaborando y aprobando proyectos de normas. Dichas normas se publican posteriormente como normas UNE.

#### ***Certificación***

La certificación supone que alguien asegura que un tercero cumple una serie de normas de calidad. Es una confirmación de que un proceso o actividad se sigue de forma rigurosa. En el caso de la certificación, la norma más extendida en nuestro país en el ámbito industrial y de servicios, es la ISO 9000. Su propósito es asegurar al cliente que va a recibir lo que él/ella especificó. En función de su carácter se clasifican en obligatorias y voluntarias y dependiendo de quien las desarrolla: por primera, segunda o tercera parte.

Existen entidades de certificación que establecen la conformidad con carácter voluntario de una empresa, producto, proceso, servicio o persona. En el ámbito internacional existen dos organismos de normalización; la Organización Internacional de Normalización (*International Standards Office, ISO*) es la que cubre la mayoría de sectores de actividad (excepto electrotecnia).

El **sistema de calidad**, en este contexto, es el método que adopta cada organización (servicio o centro), por el cual se asegura la conformidad de los productos o servicios con lo que está reglamentado por la Norma ISO 9000. Debe estar definido el ámbito de la certificación y el propósito: definiendo y comunicando de forma precisa los

servicios, actividades y/o productos comprendidos en los certificados de aprobación (análisis clínicos, admisión, microbiología, etc.).

Una vez obtenido, el organismo certificador realiza una auditoría anual para revisar el cumplimiento del plan de acciones correctivas, auditar los elementos no auditados previamente, comprobando los cambios realizados en los procedimientos. Cada tres años se realiza una auditoría de renovación. Se trata de un proceso voluntario que se está introduciendo de forma paulatina en el sector sanitario<sup>8</sup>.

En nuestro ámbito se han certificado principalmente los servicios centrales de organizaciones tanto en atención especializada como primaria. Existe un registro (RECAS) de la Sociedad Española de Calidad Asistencial sobre las organizaciones certificadas y acreditadas y la mayor parte de los registros corresponden a esta modalidad.

### ***b) Acreditación y autorización***

Acreditación es el reconocimiento por una tercera parte autorizada de la competencia técnica de una entidad (organismo de certificación, entidad de inspección, laboratorio de ensayo o calibración o verificador medioambiental) para la realización de una actividad determinada perfectamente definida. En última instancia, podría ser considerado, un procedimiento de verificación externo dirigido a evaluar el grado de cumplimiento de una serie de requisitos de calidad, previamente establecidos, por un órgano independiente, el cual, a la vista de los resultados obtenidos, emitirá finalmente el dictamen correspondiente.

La acreditación como método de análisis se utiliza una vez establecido el grado de calidad que deben tener las prestaciones de un centro o unidad, para comprobar si cumple las características adecuadas para alcanzar los niveles especificados en cuanto a estructura física, equipos, organización, métodos y procedimientos, personal, etc. El modelo define la estructura óptima, de acuerdo con el nivel requerido de calidad del servicio. Sin embargo, como la calidad del servicio además depende de la ejecución de los procesos y del control y mejora de los mismos, serán las medidas de proceso y resultado las que permitan identificar puntos fuertes y áreas de mejora de cada organización, para aplicar estrategias de mejora continua, una vez que se cumplen los requisitos estructurales.

Los sistemas de acreditación sanitaria están sujetos a diferentes variables y situaciones, generalmente preconcebidas por la cultura, el nivel político y socioeconómico, así como el entorno en que se halla el país o región donde se aplique el sistema de acreditación.

Dependiendo del lugar, la acreditación se utiliza con diferentes objetivos:

- a) Como verificación de una conformidad de acuerdo a unos estándares de seguridad y calidad (EEUU)
- b) Como iniciación para emprender una búsqueda de mejora de la calidad (Australia, Reino Unido, Nueva Zelanda)
- c) Como autorización para producir unos cuidados que puedan ser contratados por un organismo financiador (programa federal Medicare en EEUU, Cataluña,...)
- d) Como regulación de la oferta de atención sanitaria (Francia, Cataluña, Andalucía...)

En cuanto a las normas, la tendencia clara es a centrarse en criterios y estándares de procesos (de gestión y asistenciales) y de resultados, al tiempo que se enfatiza en la atención al paciente, adecuando los requisitos del sistema a la realidad sanitaria en cada caso.

La mayor experiencia en España con sistemas de acreditación la tenemos con el programa de formación MIR<sup>9</sup>. Los modelos de acreditación de las Comunidades Autónomas en vigor corresponden al pionero, en Cataluña desde hace 25 años, recientemente revisado y a Andalucía, aunque en algunas Comunidades se están desarrollando otros modelos en la actualidad. Así mismo existen otras específicas, para cirugía mayor ambulatoria<sup>10</sup>, unidades de ictus o urgencias que empiezan a ser utilizadas. Pese a la proliferación de sistemas de acreditación los enfoques no son idénticos. No lo son, ni en su objetivo, ni en el procedimiento, ni en las consecuencias de los distintos sistemas de acreditación que se han ido implantando.

#### **Autorización:**

Sin embargo en el sector sanitario se desarrolla otro tipo de acreditación de tipo administrativo, que supone un reconocimiento de que una determinada institución, persona jurídica o actividad reúne una serie de requisitos, por ejemplo para la apertura de un hospital<sup>11</sup>. Se trata de un proceso administrativo de carácter obligatorio ante una autoridad gubernamental competente, regulado (en el ámbito local, regional o estatal) en una norma específica (Ley, Decreto, Orden o Reglamento). En nuestro medio Ayuntamientos, Consejerías de Salud y algunos Ministerios autorizan la apertura de las distintas áreas de un centro sanitario, estableciendo el procedimiento administrativo de apertura, modificación o cierre de centros o servicios sanitarios<sup>12</sup>, y los requisitos relativos a la estructura de los centros.

No obstante, no debemos olvidar que el examen de la estructura hospitalaria constituye un método indirecto de medida de la calidad de la asistencia sanitaria, que está basado en el supuesto de que la calidad de los medios puestos a disposición de la prestación del servicio condiciona la calidad del mismo. Por tanto, la conformidad con las normas estructurales no garantiza la excelencia del proceso y del resultado<sup>13</sup>, sino los requisitos previos para prestar una atención adecuada<sup>14</sup>.

### **c) Modelos de Excelencia**

Se entiende como gestión de calidad total una “estrategia de gestión de toda la empresa, a través de la cual se satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes, de los empleados, de los accionistas y de la sociedad en general, por medio de la utilización eficiente y coordinada de todos los recursos de que dispone: personas, materiales, tecnologías, sistemas productivos, etc...”<sup>15</sup>. Se concibe como un instrumento de cambio en cuanto incorpora la implicación de las personas y la delegación de responsabilidad para la mejora en los procesos.

La gestión de los procesos orientados al cliente constituye uno de los pilares sobre los que pivota una organización excelente, con la máxima eficacia y eficiencia<sup>16</sup>.

El desarrollo de la calidad total a escala internacional ha dado lugar a la aparición e varios modelos de Excelencia en la Gestión, que sirven como instrumento de autoevaluación para las organizaciones y los organismos encargados de la gestión de estos modelos utilizan como elementos de difusión de los mismos la entrega anual de unos “Premios a la excelencia de la gestión”<sup>17</sup>.

De todos ellos, en nuestro entorno, el modelo más utilizado es el Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (*European Foundation for Quality Management* –EFQM).

El **Modelo EFQM de Excelencia** es un marco de trabajo no prescriptivo que reconoce que la excelencia de una organización se puede lograr de manera sostenida mediante distintos enfoques. Formado por 9 criterios, a través de los que enuncia que “los Resultados excelentes con respecto al Rendimiento de la organización, a los Clientes, la Personas y la Sociedad se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la Política y Estrategia, las Personas de la organización, las Alianzas y Recursos y los Procesos. Por simple aplicación de la filosofía de la mejora continua al propio modelo, este se encuentra en continua revisión.

El modelo EFQM se basa en la autoevaluación y, para aquellas empresas que desean optar al premio europeo a la calidad, en una evaluación externa, existiendo ya una organización sanitaria con este reconocimientos.

## **2. CONTRATO PROGRAMA**

Los contratos programa<sup>18</sup>, o contratos de gestión, nacen como una herramienta para articular la separación entre la función compradora y provisoras en la prestación de servicios sanitarios públicos con el fin de incentivar la eficiencia y estimular en cierta forma la competencia entre los centros<sup>19</sup>. El extinto INSALUD introdujo dicha fórmula en la sanidad pública, primero en hospitales y posteriormente en atención primaria,

como instrumento vinculado a la planificación y regulación con objeto de medir la eficacia en la prestación de servicios y el control de los recursos utilizados mediante el R.D. 858/1992.

Los antecedentes se encuentran en las experiencias del National Health Service inglés o en los conciertos establecidos con la sanidad privada. El marco regulador es consecuencia de la reforma sanitaria, especialmente de atención primaria, iniciada en 1984. Posteriormente es impulsada y adoptada de forma general a partir de la transferencia en 2002 a los 17 Servicios Regionales de Salud. Sin embargo, el proceso de descentralización de las competencias sanitarias ha dado lugar a una gran diversidad, y en la actualidad las dificultades de acceso a información homogénea no facilitan el disponer de una perspectiva agregada<sup>20</sup>.

Su objetivo inicial era formalizar las relaciones entre el financiador/comprador público y sus hospitales también públicos. Partiendo de una cartera de servicios aprobada para la organización, estableciendo objetivos de actividad prevista para atender la demanda de la población asignada, incorporando progresivamente objetivos de calidad y el aseguramiento de una financiación suficiente para dicha actividad. De esta manera se busca un modelo de presupuestación global prospectiva en el que están separados financiador-comprador y proveedor. Se entiende como un intento de regulación de la oferta sanitaria.

De forma paralela, los Servicios Regionales establecen otro tipo de contratos, denominados conciertos, para las prestaciones en centros ajenos (de titularidad no pública), que buscan complementar la oferta tanto en cantidad como en cartera de servicios disponible en los centros propios. En ellos se aplica de forma finalista y con todas sus consecuencias tanto legales como financieras, la realización de los servicios contratados.

Además los centros sanitarios establecen contratos con empresas de servicio para complementar su oferta mediante contratos que permiten descentralizar algunos servicios (outsourcing), generalmente con empresas especializadas no sanitarias. Esta contratación predomina en servicios no relacionados con la misión del centro, como alimentación, lavandería o seguridad, aunque la tendencia está aumentando y algunos centros están externalizando servicios centrales (esencialmente pruebas diagnósticas). En la actualidad más del 50% de los hospitales generales contratan externamente al menos uno de estos servicios<sup>21</sup>.

Sin embargo la aplicación final de los contratos programa no es real en sus consecuencias financieras (como en el caso de los conciertos establecidos con centros de titularidad no pública). Predomina, por supuesto, la exigencia de cumplimiento de los pagos con profesionales y proveedores, y la viabilidad financiera

de los centros públicos<sup>22</sup>. Sólo se suele aplicar (con ligeras diferencias según contratos) en un pequeño porcentaje del presupuesto cuando supone una penalización para el centro por no haber conseguido los objetivos propuestos, y se complementa con subvenciones o modificaciones de los precios al alza cuando la financiación no llega a asegurar la suficiencia presupuestaria. Si a esto unimos el hecho de que la capacidad real de negociación del contrato para los gestores sanitarios es nula o anecdótica, el efecto es muy limitado en el estímulo a la eficiencia del sistema. Por contra, sí han supuesto un estímulo a la mejora de los sistemas de información de actividad de los centros y un cierto efecto de realización de un servicio final en algunos profesionales sanitarios. Aún así se consideran un “ensayo no clínico” a gran escala, de mejora de eficiencia, de seguimiento de disciplina financiera o de estímulo a la autonomía de gestión, ya que comporta cierta asunción de riesgos por los hospitales públicos<sup>34</sup>.

Los incentivos incorporados a los contratos programa, mediante los que el Servicio Regional pretende estimular al centro por medio de reglas, premios y penalizaciones que impulsen la consecución de objetivos del sistema de salud, presentan importantes limitaciones al estar centrados en la actividad realizada, utilizar los indicadores de calidad casi de forma anecdótica para la financiación y disponer de escasas medidas que permitan establecer comparaciones entre centros para valorar la eficiencia de unos y otros.

Esto obliga a delimitar “guías de procedimientos” o “carteras de servicios”<sup>23</sup>, que si bien han creado la cultura de medir, contar, comparar y analizar las causas de los resultados obtenidos, presentan difícil aplicación para mejorar la financiación y la asignación de recursos. Puesto que no recogen toda la actividad asistencial desarrollada (las carteras se centran en actividades preventivas y ciertas patologías crónicas) al tiempo que se viene constatando que los mayores costes en Atención Primaria están relacionados con la prescripción de fármacos para patologías no reflejadas en las carteras de servicios<sup>24</sup>.

Mediante estos contratos se pretende encontrar un modelo mejor de financiación, estimular la disciplina financiera, mejorar la eficiencia e impulsar los sistemas de información. Sin embargo, además de las limitaciones expuestas anteriormente, ponen de manifiesto la falta de integración de atención primaria con especializada, al no establecerse objetivos complementarios entre niveles. El predominio de contratación de actividad en lugar de objetivos de salud o resultados finales, supone un estímulo perverso a la realización de servicios sanitarios independientemente de su adecuación, evidencia científica en su aplicación o eficacia final de la intervención. Esta situación se agrava ante la dificultad de medir el producto hospitalario, asimilando

en muchos casos eficiencia a calidad o efectividad del cuidado médico. La revisión sobre la situación en España realizada por Puig y Dalmau pone de manifiesto la dificultad de medir y de comparar el producto sanitario entre diferentes centros<sup>25</sup>, y obviamente de distintos servicios de salud. Pese a las dificultades metodológicas que encontraron parece que la introducción del contrato programa mejora la eficiencia técnica y la dispersión, aun cuando el coste de funcionamiento del hospital sea más alto (24,5%) de lo que sería necesario si todos los hospitales operaran en la frontera de eficiencia relativa de costes.

La utilidad práctica de los contratos programa ha ido perdiendo credibilidad paulatinamente, al estar basados en un débil sistema de incentivos, habitualmente negativos, y no haber conseguido aumentar la autonomía de gestión de los hospitales públicos. Su aplicación sigue incorporando factores negativos que favorecen la inercia en la presupuestación histórica y los programas de actividad en relación a los recursos disponibles. En este sentido, otras medidas como el establecimiento de organizaciones públicas sometidas a derecho privado han estimulado en mayor medida la autonomía real de gestión en las organizaciones sanitarias.

### **3. LISTAS DE ESPERA**

Se define lista de espera<sup>26</sup> como una cola de pacientes pendientes de recibir un determinado servicio sanitario que, excepto en las esperas para visita en atención primaria, ha sido prescrito previamente por un médico (aspecto que implica un componente de necesidad establecida por un experto). Por un lado existen las esperas para visita inicial por el médico para las que el paciente no ha sido evaluado, y por otro las prescritas por el facultativo: esperas para el correspondiente servicio diagnóstico (pruebas complementarias) o terapéutico (radioterapia, cirugía, etc.) o consulta con el especialista. La presión mediática sobre los servicios de salud y la falta, hasta fechas recientes, de una visión global del proceso para el paciente, hacen que los cálculos de la lista se efectúen sobre cada intervención quirúrgica o prueba diagnóstica en lugar de sobre la espera total del paciente para efectuar un abordaje de su patología.

En Sistemas Sanitarios como el español, con financiación pública y universalidad en las prestaciones, con presupuesto global cerrado y vinculación salarial con sus profesionales<sup>27</sup> se generan las denominadas listas de espera “explícitas”. A priori una lista de espera favorece el uso planificado de los recursos con el consiguiente incremento de la eficiencia, puede servir como filtro para moderar o contener el uso desmesurado de la demanda, o incluso como instrumento de presión o influencia de determinados profesionales. Sin embargo, desde el punto de vista técnico y ético, las listas de espera no deberían incluir a ningún enfermo cuya espera comprometa el

pronóstico de su proceso patológico, ni aquellos procesos cuya espera sea considerada éticamente inaceptable.

Las repercusiones de la espera para los pacientes<sup>2829</sup> dependen de sus propias características, de la patología y la severidad de la misma, y del tiempo de espera. Aunque las repercusiones clínicamente demostradas suelen ser pequeñas, salvo en algunos procesos clínicos de mayor importancia (bypass coronario, etc.). Parece evidente que no sólo se debe tener en cuenta el tiempo que el paciente lleva en la lista a de espera<sup>30</sup>, sino valorar otros aspectos, sociosanitarios o la repercusión personal en el paciente. Y, de acuerdo con los estudios realizados en nuestro medio<sup>31</sup> parece que el dolor y la limitación de la capacidad funcional percibidas son dos de los factores más valorados.

La priorización de las listas se establece en función de una evaluación no normalizada sobre el riesgo en la demora de la intervención clínica. En ello influyen la gravedad de la patología, el grado de sufrimiento (dolor, disnea, depresión, ansiedad, etc.), limitación de actividades de la vida diaria y el riesgo de secuelas o de una muerte prematura.

A cada lista parcial le corresponde un determinado tiempo de espera condicionado por la oferta de servicios y el proceso patológico específico. Además la lista está claramente influenciada por la variabilidad en la indicación, que manifiesta diferencias no explicadas por la morbilidad y otras variables epidemiológicas de la población. La variabilidad es menor cuando existe acuerdo entre los clínicos sobre el valor de un procedimiento, y suele aumentar en presencia de incertidumbre, limitación de la capacitación profesional o por diferentes estilos de práctica clínica. Aunque en teoría la prescripción médica debería tener como base fundamental la evidencia científica sobre los resultados de cada intervención, los mecanismos de toma de decisiones en la práctica clínica son complejos y multifactoriales.

La alta variabilidad entre profesionales, se suele atribuir a incertidumbre en observaciones, percepciones, razonamientos, intervenciones, conocimientos, recursos, estilos de práctica y sistemas de incentivos<sup>32</sup>.

En el análisis según tipos de intervenciones, estilos de práctica y la relación entre oferta y utilización de Wennberg<sup>33</sup> se reconocen diversos factores condicionantes. Por el lado de la demanda: morbilidad, estructura demográfica, características de la población, que condicionaría la solicitud de atención médica ante la sospecha de padecer un determinado problema de salud. Mientras que por el lado de la oferta sus condicionantes son factores estructurales, de organización y volumen de la oferta: tipo de sistema sanitario, recursos por habitante, sistema de pago e incentivos, tamaño y tipo de centro, etc. Los estudios realizados en España han puesto de manifiesto que

en nuestro entorno sucede lo mismo que en otros países, fundamentalmente EEUU y Canadá. Esto es, identificando variaciones geográficas en la utilización de servicios que no están determinadas por diferencia en las características demográficas y de morbilidad de las poblaciones; más aún se ha demostrado que la incertidumbre sobre la efectividad de las tecnologías médicas y los recursos disponibles influyen notablemente en las tasas poblacionales de uso de los diversos servicios<sup>34</sup>.

En el reciente estudio publicado sobre variabilidad en patología traumatológica<sup>35</sup>, de las 9 Comunidades Autónomas (CCAA) estudiadas aproximadamente 1 de cada 20 personas sufrirá un ingreso por fractura de fémur a lo largo de su vida. Esta cifra variará muy poco en función de donde resida cada persona. Aunque para el resto de procedimientos revisados las cifras son similares en frecuentación (aproximadamente 1 de cada 20 personas será sometido a lo largo de su vida a una artroplastia o alguna intervención de espalda, hombro o túnel carpiano), la zona de residencia puede hacer variar esta probabilidad de 1 de cada 8-10 personas, o de 1 casi cada 50 personas. Esto significa que la accesibilidad de una persona a un procedimiento adecuado es distinta según el lugar donde vive. Sin embargo es necesario continuar los estudios de variaciones en la práctica médica para establecer los patrones de buena práctica.

Se ha comprobado un exceso de mortalidad entre los pacientes que estaban esperando para ser intervenidos de cirugía cardíaca, prótesis de cadera o trasplante de órganos<sup>36,37,38,39,40,41,42</sup>. En España no se ha encontrado ningún estudio publicado que cuantifique la mortalidad general de los pacientes incluidos en LEQ, ni que haya tratado de relacionar esos fallecimientos con las enfermedades de base que estaban motivando la necesidad de esas intervenciones.

Pero independientemente de la variabilidad en la indicación del procedimiento, la lista de espera quirúrgica representa un problema de accesibilidad que afecta a prácticamente todos los Servicios Sanitarios Públicos. El problema suele convertirse a menudo en elemento de presión mediática, mediante el que fácilmente se influye en la sensibilidad de la población. Esta situación puede producir reacciones negativas en los responsables de la política sanitaria, como la no comunicación de los datos reales, maquillaje de los resultados, aumento de recursos esporádico, o positivas como las recientes normativas sobre “decretos de garantía de plazo” para salvaguardar unos derechos mínimos de respuesta del sistema<sup>43 44 45 46 47 48</sup>.

Como consecuencia, y para disminuir el impacto de la espera, las organizaciones desarrollan diferentes estrategias para intentar reducir las personas en espera. Los objetivos de las mencionadas estrategias son por lo general: la definición estandarizada de listas de espera<sup>49,50</sup>, el aumento de la oferta de los servicios sanitarios, el establecimiento de criterios de adecuación para pruebas o

intervenciones<sup>51,52</sup>, la priorización de los pacientes en lista de espera<sup>53,54,55</sup>, el establecimiento de tiempos óptimos<sup>56</sup> y garantías de tiempos máximos de espera<sup>57,58,59,60,61,62,63,64,65,66</sup>.

Los datos sobre las listas se publican en algunas Comunidades Autónomas como Andalucía<sup>67</sup>, Baleares<sup>68</sup> Canarias<sup>69</sup>, o Galicia<sup>70</sup>. De acuerdo con el Informe del Defensor del Pueblo 2005<sup>71</sup>, un total de 385.050 pacientes se mantenían en lista de espera quirúrgica en diciembre de 2005 en España -con un tiempo medio de 83 días de demora- lo que supone una reducción del 5% respecto al mes de junio del mismo año, aunque "se mantiene estable en términos absolutos desde hace tres años", según informó la ministra de Sanidad y Consumo, tras la reunión del pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)<sup>72</sup>, teniendo en cuenta información de 16 comunidades autónomas. Supone una reducción de la tasa de pacientes en lista de espera de 11 por cada 1.000 habitantes en diciembre de 2003 a 10 en diciembre de 2005. Respecto a la situación por especialidades, el citado informe resalta que Traumatología, Oftalmología y Cirugía General y del Aparato Digestivo acumulan el mayor volumen de pacientes en lista de espera quirúrgica (suman el 66% de los pacientes en espera).

En el estudio realizado por el Servicio Navarro de Salud sobre la percepción de los pacientes sobre la espera en determinados procedimientos quirúrgicos programados (1.131 pacientes) y en consultas de algunas especialidades<sup>73</sup> (3.926 pacientes), el 80% de los pacientes considera que debería esperar menos de un mes para ser atendido en la consulta del especialista, y el 74% que el tiempo máximo para intervención quirúrgica debería ser inferior a un mes.

En general, la espera genera sentimientos de impotencia e incertidumbre, que se ve añadida a la propia de toda intervención quirúrgica<sup>74,75</sup>. En el mencionado estudio en el Servicio Navarro, los pacientes en espera para consulta refirieron empeoramiento durante el periodo de espera para consulta (34,2%), limitación para actividades cotidianas (29,9%) e inquietud (67,3%). Mientras que de los incluidos en LEQ 32,2% manifestó haber percibido algún tipo de empeoramiento, 41,8% refirió limitación de actividades cotidianas y 82,9% inquietud o ansiedad durante la espera.

Pero además de la accesibilidad, las LEQ pueden comprometer también la equidad y la efectividad del sistema<sup>76</sup>. La equidad, al propiciar que los pacientes con más recursos o más influyentes o cercanos al sistema sanitario utilicen vías alternativas para agilizar su intervención. La efectividad, al aumentar el riesgo de que los enfermos sufran un agravamiento de su patología de base y dificultar la fluidez de la respuesta a los pacientes más graves. En el peor de los casos, la espera puede condicionar la muerte del paciente<sup>77,78,79,80,81</sup>. El estudio realizado estudiando los 31.396 pacientes

en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza<sup>48</sup> a los pacientes que salieron por intervención o fallecimiento de la LEQ entre 1999 y 2002; 0,43% había fallecido en la LEQ, los fallecidos eran de más edad que los intervenidos. El 65% de los fallecidos tenía una indicación quirúrgica de carácter preferente, sin que se encontraran diferencias en la espera media.

A pesar de que la lista de espera es uno de los aspectos que genera mayor insatisfacción en nuestro sistema sanitario<sup>82</sup>, existen pocos estudios que avalen garantías de espera desde el punto de vista de la evidencia científica o desde la perspectiva de lo que se considera “socialmente aceptable”<sup>83,84</sup>.

El mercado sanitario presenta características específicas: 1) el demandante se filtra a través de uno o varios médicos, agente que traduce la demanda genérica de atención a un problema de salud en prescripciones de consumo de servicios, ahora técnicamente necesarios, 2) que esta relación de agencia se desarrolla en condiciones de incertidumbre<sup>26</sup> y está sujeta a una extraordinaria variabilidad, y 3) que, aunque parte de los servicios prescritos puedan tener las características de un bien de lujo, otros servicios son necesarios para sobrevivir o evitar secuelas graves y su elasticidad es mínima. Las listas de espera tienen una obvia dimensión política, y su comprensión requiere analizar no sólo la demanda de atención, sino el papel de las listas de espera en la asignación de recursos, los intereses de los grupos corporativos (tanto de los profesionales, como del sector privado -ocasionalmente dos caras de la misma moneda- y los pacientes), y la interacción entre pacientes, proveedores y gobiernos. Por lo tanto su abordaje debe tener un enfoque multidimensional que tenga en cuenta estos factores, la revisión de los criterios de inclusión, la medición del proceso asistencial en su conjunto, su transparencia y difusión, la utilización de escalas de priorización específicas que tengan en cuenta la evidencia científica y las expectativas y características personales de los pacientes, al tiempo que se transmita un mensaje a población claro, racional y valiente, y una adecuación equitativa de la oferta y utilización de los servicios sanitarios.

#### **4. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE**

La utilización intensiva de medidas de percepción de la satisfacción del cliente con los diferentes servicios recibidos y sus dimensiones mediante encuestas validadas y representativas constituye una guía imprescindible para la gestión y mejora de la oferta de servicios<sup>85</sup>. Las primeras referencias destacando la relevancia de la satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria son de finales de los años 50<sup>86</sup>, aunque fuera Donabedian<sup>87</sup>, unos años más tarde, quien más insistiría en la necesidad y utilidad de este tipo de medidas, abogando por su

sistematización. En los siguientes años se produjo un notable desarrollo en el número de instrumentos, escalas y estudios centrados en la satisfacción del paciente provocando, a finales de los 80, que se llamara la atención sobre qué y cómo se medía la “satisfacción del paciente”<sup>88 89</sup>.

En España, a finales de los 80, se publicaron sendos estudios del INSALUD<sup>90</sup> y del Servicio Andaluz de Salud<sup>91</sup> en los que, desde una perspectiva global, se analizaba la opinión de pacientes de los centros sanitarios gestionados por cada institución. Los resultados, al igual que en otros estudios españoles<sup>92</sup> de la época, sugerían que los españoles se encontraban satisfechos, valorando positivamente sobre todo la competencia de los profesionales y dejando en el lado contrario la información médica, la accesibilidad y las condiciones de hostelería.

Actualmente, la satisfacción del paciente es una medida que no extraña a nadie aunque hay que reconocer que aunque debería ser obvio que los resultados de estas evaluaciones debieran servir para mejorar la atención a los pacientes, no siempre es así en la práctica. Por un lado, porque se comparte la idea de que estas escalas ofrecen una información subjetiva y a veces poco aprovechable; porque se tiende a restarles valor y a confiar más en la intuición que en los datos a la hora de decidir qué hacer; porque se les achaca problemas metodológicos en las evaluaciones que hace que se las considere poco útiles; y sencillamente, por la resistencia al cambio de los procedimientos de trabajo en cualquier organización.

### **Qué estamos midiendo**

Aunque inicialmente se identificó la satisfacción del paciente con la cantidad y calidad de la información que recibía del médico, rápidamente comprobó que se trataba de un concepto multidimensional. De este modo, cuando se habla de satisfacción nos referimos, normalmente, al conjunto de elementos de la atención en los que los pacientes más se fijan y más valoran. Entre estos se encuentran: el resultado de la intervención médica, la accesibilidad al Sistema, el centro y los profesionales, la rapidez y capacidad de respuesta cuando se precisa atención, preferencias y expectativas, la competencia percibida de los profesionales, la cortesía en el trato, la información que se le facilita, la coordinación y continuidad de las atenciones sanitarias, y el grado de confort de las instalaciones.

En los años 70, Hulka<sup>93</sup> creyó que la competencia profesional del médico, su cualidad personal y los inconvenientes de los cuidados que prescribía eran las dimensiones que decidían la satisfacción del paciente. Por su parte, Ware<sup>94</sup> pensó que la satisfacción dependía de: accesibilidad/conveniencia de los cuidados; disponibilidad de los recursos; continuidad de los cuidados; eficacia/resultado de los cuidados; financiación

y humanización; prestación de información al paciente; posibilidad de acceso a la información; competencia profesional; y ambiente favorecedor de los cuidados. Otro autor de gran influencia de la misma época, Wolf<sup>95</sup> consideraba tres dimensiones de la satisfacción del paciente: cognitiva (cantidad, tipo y calidad de la información que da el médico); afectiva (interés y comprensión que demuestra); y comportamental (sobre las habilidades y competencias clínicas del médico). Unos años más tarde, en el ámbito específico de la atención primaria, Feletti, Firman y Sanson-Fisher<sup>96</sup> de forma empírica señalaron como dimensiones más influyentes en la satisfacción: comunicación (claras explicaciones, intimidad en la conversación, que se escuche con interés); actitudes profesionales (no adoptar un rol dominante); competencia técnica (los conocimientos propios de su especialidad); clima de confianza (paciente capaz de discutir con el médico problemas personales); y percepción del paciente de su individualidad (respeto mutuo).

La investigación de tipo cualitativo ha sido el enfoque con el que normalmente nos hemos aproximado a los pacientes para identificar qué esperan del sistema y de sus profesionales y para conocer qué aspectos son los más importantes para ellos<sup>97 98</sup>. Linder-Pelz<sup>99 100</sup> fue, en el ámbito sanitario, quien tras poner a prueba diferentes modelos sugirió que la satisfacción era, probablemente, el resultado de la diferencia entre lo que el paciente espera y lo que cree haber recibido.

En el concepto de satisfacción del paciente intervienen, en primer lugar, la importancia relativa que el paciente asigna a cada elemento de la atención y, segundo, tanto el resultado de la atención sanitaria tal y como la percibe, como las expectativas que tenía de cómo le iban a prestar esa atención<sup>101</sup>. De este modo, si para el paciente es muy importante la información, cuando ésta no responda a su expectativa se mostrará insatisfecho pese a que todo lo demás haya funcionado perfectamente. Normalmente, se define una “zona de tolerancia”, o rango en el que la atención es aceptable para el paciente, y se intenta identificar el valor relativo que cada dimensión de la atención sanitaria tiene para el paciente. Así por ejemplo, hemos comprobado que la información previa a una intervención quirúrgica multiplica por tres la probabilidad de que un paciente se declare satisfecho o que, en Atención Primaria, ser atendido siempre por el mismo médico multiplica esa probabilidad por dos<sup>102</sup>.

En los estudios realizados en España<sup>103</sup> se concluye que la satisfacción se asocia a: accesibilidad, competencia profesional, aspectos de confort y apariencia física de las instalaciones, disponibilidad de equipamientos, la empatía de los profesionales, la información (cantidad y calidad) que reciben de los profesionales, las posibilidades de elección, la capacidad de respuesta de los profesionales y la continuidad de los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales. Específicamente, una atención

sanitaria “ideal” para los pacientes incluye, sobre todo: información suficiente y comprensible, amabilidad y cortesía en el trato, que los profesionales sanitarios y no sanitarios le demuestren al paciente interés por su problema, que se ofrezca un trato personalizado y que den muestras de una alta competencia profesional.

En la práctica distinguimos entre<sup>104</sup>: (1) elementos de la atención sanitaria que resultan indiferentes para los pacientes y que, por consiguiente, aportan bien poco a su satisfacción; (2) elementos de la atención que los pacientes valoran y que les gusta recibir, son aquellos que si no están presentes hacen que el paciente claramente se considere inadecuadamente tratado; (3) elementos inesperados para el paciente cuya presencia incrementa notoriamente la satisfacción, es lo que llamamos el “detalle de lo inesperado”. Finalmente, existen elementos de la atención claramente negativos para la satisfacción (por ejemplo, recibir un tratamiento inadecuado) y otros que son completamente indiferentes.

Cuando se ha diferenciado entre pacientes satisfechos e insatisfechos con la atención sanitaria<sup>105</sup> recibida se ha comprobado que la insatisfacción de los pacientes aparece relacionada con: carencias de información, tecnología considerada obsoleta, demoras en la atención o con un escaso confort. Por el contrario, la satisfacción se relacionó con: la capacidad para comprender las necesidades del paciente, la amabilidad en el trato, el interés que cree que tienen los profesionales (especialmente enfermería) por él, cumplir con lo que se le dice al paciente (citas, revisiones, pruebas, etc.) y tener con él tiempos de espera reducidos.

También se ha relacionado con el resultado asistencial, con una más pronta recuperación tras intervención quirúrgica y con la participación del paciente en la toma de decisiones clínicas<sup>106 107 108 109</sup>.

### **Cómo medimos**

No cabe duda de que las encuestas de satisfacción de pacientes se han hecho populares y, hoy día, es raro encontrar algún centro que no lleva a cabo con una cierta periodicidad este tipo de consultas. La mayoría de estas encuestas incluyen escalas tipo Likert, habitualmente con entre 5 y 7 posibilidades de respuesta, que oscilan en un continuo de "muy favorable a muy desfavorable". En estas encuestas se suele evaluar la satisfacción mediante: trato/amabilidad, información, calidad del resultado, competencia técnica, accesibilidad y una medida global de satisfacción con el conjunto de las atenciones<sup>88 89</sup>. Entre los instrumentos más utilizados cabe citar: Patient Judgements of Hospital Quality<sup>110</sup>, Encuesta de Experiencias del Paciente<sup>111</sup>, Consumer Assessment of Health Plans<sup>112</sup>, Picker Patient Experience Questionnaire<sup>113</sup>; y, en España, la escala SERVQHOS<sup>114</sup>. El tipo de preguntas que incluyen han

evolucionado, y de recurrir únicamente a escalas de evaluación de marcado carácter subjetivo se ha pasado a preguntas que buscan una mayor objetividad y que solicitan al paciente que informe de si ha recibido determinadas buenas prácticas asistenciales<sup>115 116</sup>.

Las encuestas de satisfacción se pueden complementar de muy diferentes formas<sup>117</sup>: buzón de sugerencias, o mediante el análisis de las reclamaciones; grupos focales, grupos nominales, u otras técnicas cualitativas; recurriendo a clientes "cebo" para identificar puntos conflictivos de la prestación; auditorías; o analizando las preferencias de los pacientes a la hora de elegir médico o centro sanitario.

En los últimos años han proliferado los instrumentos para medir la satisfacción de los pacientes, impulsados especialmente por la utilización de modelos de mejora continua como el EFQM o la incorporación de estándares a este respecto en contratos programa o modelos de acreditación. En las organizaciones sanitarias existe cierta consolidación en la utilización de encuestas de satisfacción de cliente en el área de hospitalización, algo menor en atención primaria, urgencias y consultas y una utilización puntual y esporádica en el resto de prestaciones diagnósticas y terapéuticas ofertadas al cliente. El abanico de metodologías, cuestionarios y dimensiones exploradas es diferente en las distintas CCAA, así como su fiabilidad y sensibilidad, lo que dificulta en gran medida la utilización del benchmarking entre organizaciones para comparar resultados e identificar mejores prácticas<sup>118</sup>. No obstante, cantidad no implica calidad. En muchos casos, no se efectúan análisis de consistencia, fiabilidad o validez de las medidas<sup>119</sup> lo que parece inadecuado. Incluso se aprecian sesgos de medición para mejorar el resultado final (escalas de tres respuestas positivas, eliminación de las respuestas nulas en el porcentaje final..). No hemos de olvidar que en muchas organizaciones los resultados no conllevan medidas tengan repercusiones prácticas en la mejora del servicio y la forma en la que se organizan y prestan los cuidados y atenciones médicas a los pacientes<sup>120</sup>. Por lo que sabemos<sup>121</sup> entre un 70 y un 80% de los pacientes están satisfechos con las atenciones recibidas en el sistema público de salud. Los dos aspectos que se destacan como positivos en la mayoría de los estudios son: competencia profesional y trato. Los pacientes de mayor edad se manifiestan más satisfechos que los jóvenes, el nivel socioeconómico se relaciona también con la satisfacción, y parece que las mujeres se declaran algo más satisfechas que los varones.

Cuando se ha recurrido a técnicas de investigación cualitativa los resultados del análisis de las causas de insatisfacción de los pacientes arrojan resultados muy similares. En estos estudios las listas de espera, la lentitud en la realización de pruebas diagnósticas, la masificación de las consultas, la escasa coordinación entre

niveles, una deficiente infraestructura sanitaria en el ámbito rural, la ineficacia para resolver las reclamaciones de los pacientes, las carencias de especialistas en algunos centros y la insuficiente información generan insatisfacción en atención primaria<sup>122</sup>. Condiciones de confort inadecuadas, una reducida capacidad de respuesta, escasa accesibilidad y problemas de índole organizativa son citadas como causas de insatisfacción en hospitales<sup>123</sup>.

El INSALUD en su momento, Osakidetza, el Servicio Andaluz de Salud y la Agencia Valenciana de Salud, a los que se les sumaron otros servicios de salud como los de Aragón o Cataluña y, recientemente la práctica totalidad del resto de servicios de salud autonómicos, vienen realizando encuestas de satisfacción de pacientes de forma sistemática y estructurada, aunque es el Barómetro Sanitario, que desde 1997 publica anualmente el Ministerio de Sanidad, el único termómetro a nivel nacional. Los datos de este barómetro destacan que los españoles, de forma mayoritaria, que los puntos fuertes de nuestro Sistema Sanitario son<sup>124</sup>: cercanía (accesibilidad física), trato y confianza en el médico en el caso de la Atención Primaria pública, y atenciones, trato y cuidados del personal de enfermería y médico, medios técnicos y número de especialidades a las que se accede en los hospitales. Como áreas de mejora más urgentes se señalan: la dificultad con los trámites para acceder al especialista, en el caso de Atención Primaria, y demoras y confort en Especializada.

La interpretación de los resultados debe ser cuidadosa en función de la metodología utilizada haciendo siempre una reflexión crítica de la representatividad y validez de resultados. Se abren así mismo diversas vías de investigación necesarias para profundizar esta área desde el punto de vista de la validez, la ampliación de la captación de la percepción a otros servicios y dimensiones, el desarrollo de encuestas específicas según perfiles de patologías (expectativas muy distintas en atención primaria, partos o pacientes terminales), ampliación de la captación en parientes, acompañantes y cuidadores, y en la búsqueda de un conjunto mínimo de resultados que permitan establecer un benchmarking creativo entre las organizaciones. Es importante así mismo evitar el peligro de la autocomplacencia de los responsables e instituciones con los resultados positivos, ya que los resultados no deben entenderse como un fin en sí mismos sino constituirse en una guía para la mejora.

El mayor rigor en la metodología, el interés por una cada vez más sofisticada explotación de los datos y la creciente preocupación por contar con los pacientes, no solo ha hecho que este tipo de medidas sea cada vez más frecuente sino que además está propiciando un cambio en la actitud de los profesionales hacia estas evaluaciones. No obstante, es cierto que la información aún no se aprovecha a plena potencialidad. Este es probablemente uno de sus mayores retos. Difundir y analizar los

resultados obtenidos con los profesionales, especificar objetivos de calidad a partir de los resultados de las encuestas o de otras fuentes de información de pacientes, realizar un seguimiento del nivel de cumplimiento de estos objetivos o mejoras asistenciales, relacionarlo con contratos programa o sistemas de incentivos, y definir el resultado final de la intervención sanitaria contando con la percepción que los pacientes tienen de cómo es la atención sanitaria pueden suponer un paso decisivo para propiciar una mayor calidad asistencial.

## **5. SEGURIDAD CLÍNICA**

Dos publicaciones: “Errar es humano: construyendo un sistema de salud seguro” y “Confieso que me equivoqué” cada una a un lado del Atlántico, han catapultado la preocupación de gobiernos, organizaciones sanitarias, sociedades científicas, profesionales y la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) por la seguridad clínica del paciente.

En el primer caso, se trata de un informe en el que se destacaba que los expertos estimaban en casi 98.000 las víctimas estadounidenses que morían cada año por errores médicos en los hospitales norteamericanos. El titular llamaba la atención sobre el hecho de que “los errores médicos causaban más muertes al año que los accidentes de tráfico”. Causando el consiguiente impacto social y la consiguiente respuesta gubernamental en pro de una mayor seguridad clínica para los pacientes. En la segunda publicación, 14 reconocidos médicos del Nacional Health Service (NHS), en el Reino Unido reconocían públicamente errores cometidos que habían cometido en algún momento de su carrera profesional, con la intención de llamar la atención sobre el problema.

El plan de acción del NHS desde entonces busca reducir los errores gracias, primero, a no penalizar o perseguir a los profesionales (de hecho la confesión de un error puede hacerse de forma anónima). Informar de los errores para aprender a evitarlos es el camino elegido, dado que el error humano es posible y que, por consiguiente, es fundamental poner los medios para evitar que ocurra o procurar que sus consecuencias no sean graves. Los programas de formación de los profesionales que inciden en el reconocimiento de las situaciones de riesgo más proclives para que se cometan errores es un paso necesario para reducirlos y para “aprender” de ellos.

Los avances en los tratamientos y en los medios de diagnóstico (con un componente invasivo cada vez mayor), los cambios socioeconómicos acaecidos en nuestras sociedades en los últimos años, con un incremento de las exigencias ciudadanas y de los pacientes; un mayor acceso a todo tipo de informaciones merced a las nuevas tecnologías de la información; las noticias sobre avances médicos espectaculares; y

los cambios en la visión de la Medicina y en el prestigio social del médico, propician un contexto de mayor exigencia hacia el Sistema Sanitario y sus profesionales.

En esta nueva situación son varias las voces que llaman la atención que la desconfianza hacia el médico, el incremento en el número de demandas y de comportamientos violentos hacia los profesionales sanitarios, son algunas de sus consecuencias más indeseables de este mayor desarrollo<sup>125 126</sup>. Los errores médicos, considerados imprudencias<sup>127</sup>, tienen un efecto mediático inmediato. Sus consecuencias en los pacientes devastadoras, y en los profesionales demoledoras.

La frecuencia de estos errores se ha estimado mediante sondeos realizados a población general mayor de 18 años y puede sorprendernos. Las cifras que se barajan sugieren que, a lo largo de su vida, más de una tercera parte de las personas que son encuestadas dicen haber sufrido ellos, o sus familiares directos, algún tipo de error médico<sup>128</sup>.

Los errores a los que hacemos alusión son de dos tipos<sup>129</sup>: errores de comisión, por ejemplo, una técnica quirúrgica inadecuada, equivocar la vía de administración de un fármaco, errar en el fármaco administrado, etc. Y errores de omisión, por ejemplo, no seguir un protocolo determinado, desatender el resultado de una prueba diagnóstica o no escribir en la historia información específica sobre alergias.

Según el Eurobarómetro<sup>130</sup> 3 de cada 4 europeos consideran que los errores médicos constituyen un problema importante en su país. Pese a estas cifras la confianza<sup>131</sup> en los médicos hospitalarios (tasa del 64%) y en los de atención primaria (62%) se mantiene por encima de otras muchas profesiones, por ejemplo profesor universitario (45%) o periodista (23%). Cuando se pregunta si creen que las autoridades sanitarias (directivos de los centros y profesionales) ante un problema de calidad o que afectara a la seguridad de los pacientes actuarían responsablemente para resolverlo, un 80% considera que efectivamente así lo harían, porcentaje mucho mayor al de los españoles que creen que harían lo mismo los equipos rectorales y los profesionales universitarios o los bancos, por citar solo dos ejemplos. Esta circunstancia implica y confirma unas expectativas lógicamente altas por parte del ciudadano hacia la dimensión de la seguridad de las actuaciones clínicas.

Consustancial con la preocupación por la calidad asistencial encontramos el interés por evitar cualquier tipo de suceso adverso (incluidos los errores médicos) para el paciente. De hecho, el análisis de la frecuencia, causas y formas de prevenir (y reducir) los denominados sucesos adversos constituyen una de las responsabilidades tradicionales de todos los sistemas de calidad asistencial desde sus orígenes. Identificar cómo debe procederse ante distintos procesos de enfermedad, tanto en

cuanto al diagnóstico como en cuanto a la terapia y, lo que es decisivo, asegurar una práctica correcta de lo que se sabe debe hacerse.

Durante la puesta en práctica de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores no es infrecuente que ocurran sucesos adversos, entendidos como la ocurrencia tanto de los denominados efectos como de incidentes adversos.

Se entiende por suceso adverso cualquier acontecimiento asociado al proceso asistencial con consecuencias –potenciales o reales- negativas para el paciente<sup>132</sup>. Se incluyen lesiones o complicaciones que padecen los pacientes fruto de la actividad sanitaria y que tienen como consecuencia la prolongación de la estancia en el hospital o que se le practiquen al paciente nuevos procedimientos diagnósticos o que reciba tratamientos adicionales y que, en casos extremos, está relacionado con exitus o incapacidad al alta.

Por incidente adverso entendemos los sucesos capaces de provocar daño al paciente o que pueden favorecer la aparición de un efecto adverso.

Para asegurar el éxito de cualquier política en esta área es necesario introducir una cultura de seguridad en toda la organización, un cambio cultural basado en la mejora continua y análisis y estrategias basados en sistemas más que en individuos. El modelo propuesto por Reason<sup>133</sup> afirma que el ser humano es falible y los errores que comete son esperables. Sin embargo, los errores humanos deben ser vistos como consecuencias, y no como causas, pues tienen su origen en factores existentes en el sistema. En todos los sistemas de alta tecnología los procesos de producción suponen un riesgo para las personas y los bienes, por lo que se necesitan muchas capas defensivas interpuestas entre los riesgos y sus víctimas potenciales. Idealmente, cada capa defensiva debería estar intacta pero, en realidad, es como una lámina de queso suizo con multitud de agujeros. Algunos agujeros se deben a errores activos, cometidos por los profesionales situados en contacto directo con el paciente y que tienen un efecto inmediato sobre éste, mientras que otros agujeros se deben a factores latentes, responsabilidad de personas situadas en puestos más altos de la organización y que pueden existir en el sistema desde mucho tiempo antes del incidente. Un incidente se produce habitualmente cuando una combinación de ambos tipos de errores permite la alineación de la trayectoria del accidente y rompe las defensas del sistema.

La cultura de seguridad necesita sustentarse en un sistema de información específico, un clima de confianza en la organización y un espíritu de aprendizaje que permita incorporar las acciones de mejora necesarias en cada momento

El estudio de los efectos adversos derivados de tratamientos, pruebas diagnósticas y, en general, de las decisiones médicas ha puesto de manifiesto la magnitud del

problema. Aunque los datos varían entre unos estudios y otros (entre otras razones por que se recurre a diferentes métodos y definiciones) la frecuencia de estos efectos adversos oscila entre el 3'2% -Utah- y el 16'5% -Australia-. En el Reino Unido se ha calculado que un 11'7% del total de ingresos hospitalario padecen un efecto adverso, la estimación sube al 12'9% en Nueva Zelanda y baja al 7'5% en Canadá.

En España, el estudio ENEAS<sup>134</sup> realizado en 24 hospitales y con un alto rigor en la metodología empleada ya que se analizaron físicamente un total de 5.908 historias clínicas, arroja una cifra igualmente preocupante: un 9'3% de los pacientes ingresados en los hospitales de nuestro país sufrieron algún tipo de efecto adverso. Este estudio subraya que, prácticamente, casi la mitad podían haberse evitado (hablamos del 42,6%). Más importante, que un 16% de los pacientes que han sufrido un efecto adverso han tenido consecuencias graves que, en casi un 2%, suponen que el paciente tiene un alto riesgo de morir o incluso fallece.

Aranaz et al destacan en el citado estudio, realizado con financiación del Ministerio de Sanidad, que los errores en la prescripción o en la administración de la medicación eran responsables del 37,4% de todos los efectos adversos identificados. Las otras dos causas más frecuentes fueron las infecciones hospitalarias (en el 25,3% de los casos) y problemas técnicos derivados de la aplicación de procedimientos médicos (en otro 25%).

Por lo que sabemos, los efectos adversos son más frecuentes en especialidades quirúrgicas que en médicas, y más habituales entre los pacientes mayores de 65 años<sup>135 136</sup>. La infección nosocomial junto con las reacciones adversas a los medicamentos son los EAs más frecuentes en los hospitales<sup>137</sup>, subrayándose que una cuarta parte de ellos tienen consecuencias graves para el paciente<sup>138</sup>.

El estudio ENEAS coincide con la tendencia general y confirma que la probabilidad de padecer un efecto adverso se incrementa entre las personas de más de 65 años; es decir, están relacionados con riesgos intrínsecos (vulnerabilidad del paciente y comorbilidad); pero también con los riesgos extrínsecos o instrumentalización a la que se le somete al paciente. Pero, además, ha puesto de manifiesto que, en España, los pacientes ingresados en hospitales pequeños (entre 100 y 199 camas) tienen 1,5 veces más riesgo de sufrir un efecto adverso que los que ingresan en hospitales de más de 500 camas.

Parece que una cuarta parte de los problemas que se definen como efectos adversos tienen que ver con el tipo de enfermedad que padece el paciente y las otras tres cuartas partes son causa de cómo se aplican los tratamientos, se realizan las pruebas diagnósticas o se organiza la atención sanitaria que recibe el paciente.

Pero la revisión de historias clínicas no es la única fuente de información para darnos cuenta de la magnitud del problema. Desde otra perspectiva, la Fundación Kaiser y la Agency for Healthcare Research and Quality<sup>139</sup> han recurrido a encuestar a pacientes dados de alta en hospitales americanos, preguntando por la posible ocurrencia de efectos adversos en los últimos 12 meses. Un 6% de los entrevistados declararon haber sido víctima de algún tipo de efecto adverso.

Con una metodología similar, pero refiriendo la pregunta a los últimos 5 años, Adams y Boscarino<sup>140</sup>, entrevistando a pacientes dados de alta en hospitales del estado de Nueva York, elevan esta cifra hasta el 11,4%. En Australia, Evans y cols<sup>141</sup>, mediante entrevistas a personas de más de 40 años, cifran la ocurrencia de efectos adversos en pacientes hospitalizados en los cinco años previos al estudio en un 7%.

En España, al preguntar a más de 12.300 pacientes dados de alta en hospitales públicos sobre si habían experimentado algún efecto indeseable o inesperado a consecuencia del tratamiento un 4'8% de los pacientes ingresados en planta de Medicina, un 3'7% de los quirúrgicos (2'5% en el caso de Cirugía Mayor Ambulatoria) y un 2'8% de los pediátricos contestaron afirmativamente. Cabe destacar que en este estudio<sup>142</sup> se preguntaba, además, a los pacientes si habían tenido dificultades para hablar con su médico y había sido informado de las posibles complicaciones y de las precauciones que debía adoptar al seguir el tratamiento. En ambos casos, la frecuencia de efectos adversos fue significativamente mayor cuando la accesibilidad al médico o la información que recibía el paciente no era del todo satisfactorias.

Los efectos adversos conllevan consecuencias económicas importantes (en el estudio ENEAS los pacientes que padecían un efecto adverso necesitan una media de 4 días más de hospitalización y el 22% precisaba reingresar tras el alta) pero, sin duda alguna, todos tienen una historia humana detrás que los hace especialmente significativos. Primero, en el paciente y en su familia; y segundo, en los profesionales afectados.

El daño experimentado por el paciente se ha traducido, en gran parte por los cambios sociales acaecidos en las últimas décadas, en criminalización de los errores médicos. En estas circunstancias la respuesta que cabe esperar no es muy distinta a la defensa a ultranza (medicina defensiva, corporativismo, etc.).

La alianza por la seguridad de los pacientes impulsada por la OMS es una respuesta inteligente, atrevida y ambiciosa que busca, precisamente, aunar los esfuerzos de todos los agentes en una dirección: generar un entorno más seguro, con más beneficios para los pacientes, partiendo de una realidad que no cabe esconder: el error está ahí, puede ocurrirle a cualquiera y lo que mejor podemos hacer es ser

conscientes de, primero, fuentes más frecuentes de error y, segundo, que a cualquiera de nosotros también nos puede pasar.

“Ante todo no dañar” es un programa auspiciado por la OMS<sup>143</sup> que incluye cuatro estrategias básicas:

- Sensibilizar a los profesionales de la verdadera magnitud del problema,
- Identificar y gestionar los riesgos más frecuentes,
- Incidir en el cambio de cultura buscando no culpabilizar al profesional y
- Buscar nuevas fórmulas para involucrar al paciente (animando a que solicite más información, conozca mejor su diagnóstico, tratamiento, las precauciones a adoptar y las posibles consecuencias y facilitarle que participe en las decisiones clínicas).

El Ministerio de Sanidad ha celebrado en Madrid dos reuniones internacionales para promover políticas para la Seguridad que, en definitiva, mejoren la calidad de la atención en el conjunto de instituciones sanitarias. En esta línea, el Ministerio de Sanidad en este mismo año ha puesto en marcha una extensión del primer estudio ENEAS y cabe esperar que, en un periodo breve de tiempo, dispongamos de información sobre los GRDs que acumulan más EAs; o que podamos identificar GRDs clave para monitorizar la seguridad clínica del paciente. En definitiva, tomar conciencia, primero, para saber cómo y dónde actuar, después.

## Bibliografía

---

<sup>1</sup> Gaminde Inda I. La interacción en el sistema sanitario: médicos y pacientes. Informe SESPAS 2002. SESPAS Sevilla, 2002

<sup>2</sup> <http://buscon.rae.es/drael/SrvltGUIBusUsual> [consultado el 2 de septiembre de 2006]

<sup>3</sup> Lorenzo Martínez S. Sistemas de gestión de la calidad. En Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Landa García JI. Eds. Gestión Clínica en Cirugía. Aran, Madrid 2005. ISBN 84-95913-61-5

<sup>4</sup> Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de Calidad Total y Medicina Basada en la Evidencia. Med Clin (Barc). 2000; 114:460-3.

<sup>5</sup> Gómez de la Cámara. Medicina Basada en la Evidencia. Aspectos controvertidos. FMC.1998; 5:185-96.

<sup>6</sup> Guyatt GH. Evidence based medicine. ACP J Club. 1991; 112 (suppl 2): 1-16.

<sup>7</sup> Reason JT. Understanding adverse events: human factors. En: Vincent CA, editor. Clinical risk management: enhancing patient safety. London: BMJ. 2001. p. 9-30

<sup>8</sup> Registro de Entidades Certificadas y Acreditadas de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Disponible en <http://www.secalidad.org/> [consultado el 7 de octubre de 2006]

<sup>9</sup> Zancajo JL. Análisis del cambio acontecido en el proceso de acreditación global de los hospitales para la formación docente especializada. Rev Calidad Asistencial. 1999; 14: 359-64.

<sup>10</sup> Giner Nogueras M. Acreditación de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria. En Porrero JL ed. Cirugía Mayor Ambulatoria. Manual Práctico 2ª ed. Masson, Barcelona 2002.

- <sup>11</sup> Lorenzo S, Pombo N, Cardin J, Trapero MA, González del Tánago S, Valor S. ¿Estructura? Trámites necesarios para abrir un hospital en la Comunidad de Madrid. *Rev Calidad Asistencial*. 1999; 14:187-9.
- <sup>12</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Acreditación de Centros Sanitarios. Jornada de debate, 28 de abril de 1998. Ed. Centro de Publicaciones, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1998.
- <sup>13</sup> Palmer HR. Ambulatory health care evaluation: principles and practice. American Hospital Publishing, 1983.
- <sup>14</sup> Sheps MC. Approaches to the quality of hospital care. *Hospital Administration*. 1970; 15:21-42.
- <sup>15</sup> European Foundation for Quality Management. Autoevaluación: Directrices para el Sector Público. Club Gestión de Calidad, Madrid 1997.
- <sup>16</sup> Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med*. 1989; 320:53-6.
- <sup>17</sup> Euskalit. Calidad Total. Ed Euskalit, Bilbao, 2000.
- <sup>18</sup> Martínez Aguayo C, Martín Acera S. El contrato programa: ¿qué es? ¿cuál es su importancia? *Rev San Hig Púb*. 1994;68:331-4.
- <sup>19</sup> Subdirección General de Atención Primaria. Atención Primaria en el INSALUD: 17 años de experiencia. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Madrid, 2002.
- <sup>20</sup> Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Informe SESPAS 2000. Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada 2000.
- <sup>21</sup> González López-Valcárcel B. Políticas contractuales en atención especializada. En: Repullo JR, Iñesta A ed. *Sistemas y servicios sanitarios. Manuales de dirección médica y gestión clínica*. Ed. Díaz de Santos. Madrid, 2006.
- <sup>22</sup> Meneu R, Bernal E, Pradas F, Peiró S, Ridao M. Formas de dirección por objetivos y contratos-programa. *Revista de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria*. 6. Disponible en: <http://www.svmfyc.org/Revista/06/formasdedir14.asp> [consultado el 30 de septiembre de 2006]
- <sup>23</sup> Aguilera M. Oferta de servicios en atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;31:319-27.
- <sup>24</sup> Guerra J. Cartera de Servicios y Costes en Atención Primaria. *Medifam*. 1999;6:372-9.
- <sup>25</sup> Puig J, Dalmau E. ¿Qué sabemos acerca de la eficiencia de las organizaciones sanitarias en España? Una revisión de la literatura económica. Ponencia Hornadas de Economía de la Salud 2000. Accesible en <http://aes.es/Jornadas.puig.pdf> [consultado el 30 de septiembre de 2006].
- <sup>26</sup> Peiró S. Algunos elementos para el análisis de las listas de espera. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2000; 2:126-31.
- <sup>27</sup> Grupo de expertos sobre listas de espera. Informe técnico sobre listas de espera. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2001.
- <sup>28</sup> Fortin PR; Penrod JR, Carke AE, St-Pierre Y, Joseph L, et al. Timing of total joint replacement affects clinical outcomes among patients with osteoarthritis of the hip or knee. *Arthritis Rheum*. 2002; 46: 3327-30.
- <sup>29</sup> Sampalis J, Liberman M, Reid T, Dupuis G. Impact of waiting time on the quality of life of patients awaiting coronary artery bypass grafting. *CMAJ*. 2001; 165:429-33.
- <sup>30</sup> McGurran J, Noseworthy T, Sterering Committee of the Western Canada Waiting List Project. Improving the management of waiting lists for elective healthcare services: public perspectives on proposed solutions. *Hospital Quarterly*. 2002; 5:28-32.
- <sup>31</sup> Escobar A, Gonzalez N, Quintana JM, Las Hayas C. Priorización de pacientes en lista de espera para prótesis de rodilla y cadera: la opinión de los pacientes. *Gac Sanit*. 2005; 19:379-85.
- <sup>32</sup> Marión J, Peiró S, Marquez S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas, implicaciones. *Med Clin (Barc)*. 1998; 110:382-90.
- <sup>33</sup> Wennberg JE, dir. *The Dartmouth atlas of health care 1998*. Dartmouth: The Center for the Evaluative Clinical Sciences, Dartmouth Medical School, 1998.
- <sup>34</sup> Bernal E. El atlas VPM. VPM. 2005; 1:3-4. Disponible en: <http://www.redirys.net/pub/units/redirys/pdf/atlasvpm1.pdf> [Consultado el 28 de septiembre de 2006]
- <sup>35</sup> Grupo VPM-IRYS . Variaciones en cirugía ortopédica y traumatología en el Sistema Nacional de Salud. VPM. 2005; 1:17-36.
- <sup>36</sup> Hill GB. Death on the waiting list for cardiac surgery. *CMAJ*. 2004; 170:354-5.

- <sup>37</sup> Rexius H, Brandrup-Wognsen G, Oden A, Jeppsson A. Mortality on the waiting list for coronary artery bypass grafting: incidence and risk factors. *Ann Thorac Surg.* 2004; 77:769-74.
- <sup>38</sup> Cesena FH, Favarato D, Cesar LA, de Oliveira SA, da Luz PL. Cardiac complications during waiting for elective coronary artery bypass graft surgery: incidence, temporal distribution and predictive factors. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2004; 25:196-2002.
- <sup>39</sup> Smits JM, Deng MC, Hummel M, De Meester J, Schoendube F, Scheld HH, et al. A prognostic model for predicting waiting-list mortality for a total national cohort of adult heart-transplant candidates. *Transplantation.* 2003; 76:1185-9.
- <sup>40</sup> Casaletto JA, Gatt R. Post-operative mortality related to waiting time for hip fracture surgery. *Injury.* 2004; 35:114-20.
- <sup>41</sup> Meier-Kriesche HU, Port FK, Ojo AO, Rudich SM, Hanson JA, Cibrik DM, et al. Effect of waiting time on renal transplant outcome. *Kidney Int.* 2000; 58:1311-7.
- <sup>42</sup> Plomp J, Redekop WK, Dekker FW, van Geldorp TR, Haalebos MM, Jambroes G, et al. Death on the waiting list for cardiac surgery in the Netherlands in 1994 and 1995. *Heart.* 1999; 81:593-7.
- <sup>43</sup> **Real decreto 605/2003, de 23 de mayo**, por el cual se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. BOE 134, de 5 junio de 2003.
- <sup>44</sup> Decreto 83/2003, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre garantía de plazo en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Aragón. BOA núm. 60 de 19 de mayo de 2003.
- <sup>45</sup> Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. BOJA núm. 114, de 2 de octubre de 2001.
- <sup>46</sup> Decreto 62/2004, de 15 de abril, del Consejo de Gobierno, por el que se crea la Unidad Central de Gestión, los Comités Técnicos, la Comisión Central de Seguimiento y Evaluación y el Registro Unificado de Pacientes del Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica. BOCM núm 92, de 19 abril 2004.
- <sup>47</sup> Decreto 354/2002, de 24 de diciembre, por el que se establecen los plazos máximos de acceso a determinados procedimientos quirúrgicos a cargo del Servicio Catalán de la Salud. DOGC núm. 3795, de 8 de enero de 2003.
- <sup>48</sup> Barrasa-Villara JI, Broto-Civera A, Ortega-Maján MT, Ramirez-Gasca MT, Astier-Peña P, Castán-Ruiz S. Mortalidad en lista de espera quirúrgica: un indicador centinela. *Rev Calidad Asistencial.* 2005; 20:199-203.
- <sup>49</sup> Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado 2006.
- <sup>50</sup> Claudia A. Sanmartin and the Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. Toward Standard Definitions for Waiting Times. *Healthcare Manage Forum.* 2002: 49-52.
- <sup>51</sup> Kainberger F, Czemberek H, Fruhwald F, Pokiesser P, Imbhof H. Guidelines and algorithms: strategies for standardization of referral criteria in diagnostic radiology. *Eur Radiol.* 2002; 12:673-9.
- <sup>52</sup> Tigres S, Sutherland D, Manaster BJ. Do radiologists use the American College of Radiology Musculoskeletal Appropriateness Criteria? *AJR.* 2000; 175:545-7.
- <sup>53</sup> Comisión Conjunta de Sociedad Española de Cardiología y Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular. Criterios de ordenación temporal de las intervenciones quirúrgicas en patología cardiovascular. Documento oficial de la Sociedad Española de Cardiología y de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular. *Rev Esp Cardiol.* 2000; 53:1373-9.
- <sup>54</sup> Noseworthy TW, McGurran JJ, Hadorn DC and the Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. Waiting for scheduled services in Canada: development of priority-setting scoring systems. *J Eval Clin Pract.* 2003; 9:23-31.
- <sup>55</sup> Espallargues M, Comas M, Sampietro-Colom L, Castells X. Prova pilot del sistema de prioritizació de pacients en llista d'espera per a cirurgia de cataracta, artroplàstia de maluc i artroplàstia de genoll. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Gener de 2005.
- <sup>56</sup> Canadian Medical Association. Wait Time Alliance for Timely Access to Health Care. It's about time!: achieving benchmarks and best practices in wait time management: final report by the Wait Time Alliance for Timely Access to Health Care. Agosto 2005.

<sup>57</sup> Orden Foral 138/1998, de 29 de septiembre, del Consejero de salud, sobre garantía de la asistencia quirúrgica programada en un adecuado periodo de tiempo en base a la equidad y la eficiencia social. Boletín Oficial de Navarra 1998.

<sup>58</sup> Decreto 104/2005, de 6, de mayo, de garantía de tiempos máximos de espera en la atención sanitaria. Diario Oficial de Galicia 2005.

<sup>59</sup> Decreto 8/2005, de 25 enero de 2005, modificación del Decreto 9/2003, de tiempos máximos de respuesta, prestaciones garantizada, tarifas y abono por gastos de desplazamiento en atención sanitaria especializada de Castilla-La Mancha. Diario Oficial de Castilla-La Mancha 2005.

<sup>60</sup> Orden SLT/203/2004, de 11 de junio, por la cual se actualiza la relación de intervenciones quirúrgicas que tiene garantía en tiempos máximos de acceso. Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña 2004.

<sup>61</sup> Ley 1/2005, de 24 de junio, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del Sistema Sanitario Público de Extremadura. Diario oficial de Extremadura. 2005.

<sup>62</sup> Orden de 17 de noviembre de 2005, por la que se modifica el anexo I de la Orden de 15 de mayo de 2003, que establece los plazos máximos de respuesta a determinados procedimientos quirúrgicos a cargo del Servicio Canario de Salud. Boletín oficial de Canarias 2005.

<sup>63</sup> Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Boletín oficial de la Junta de Andalucía 2001.

<sup>64</sup> Decreto 96/2004, de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Boletín oficial de la Junta de Andalucía 2004.

<sup>65</sup> Decreto 25/2006, de 31 de marzo, por el que se desarrolla la normativa básica estatal en materia de información sobre listas de espera y se establecen las medidas necesarias para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público de la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia 2006.

<sup>66</sup> Decreto 83/2003, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre garantía de plazo en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Aragón. Boletín Oficial de Aragón 2003

<sup>67</sup> Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos.asp?pagina=gr\\_derechosygarantias4](http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos.asp?pagina=gr_derechosygarantias4)

[Consultado el 30 de septiembre de 2006]

<sup>68</sup> [http://ib-salut.caib.es/lLista\\_espera.pdf](http://ib-salut.caib.es/lLista_espera.pdf)

<sup>69</sup> Disponible en: [http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/6/6\\_5/listas/ppal.jsp](http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/6/6_5/listas/ppal.jsp)

[Consultado el 30 de septiembre de 2006]

<sup>70</sup> Disponible en: <http://www.sergas.es/cas/centros/Listas-de-espera/ListaEspera.asp?Color=>

[Consultado el 30 de septiembre de 2006]

<sup>71</sup> Defensor del pueblo. Informe 2005. Pags.: 789-91. Disponible en: <http://www.defensordelpueblo.es/documentacion/informesanuales/informe2005.zip>

<sup>72</sup> <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=45100>

<sup>73</sup> Rodrigo I, Gabilondo L. Tiempos de espera aceptables y repercusiones de la espera desde la perspectiva de los pacientes. Rev Calidad Asistencial. 2006 (en prensa).

<sup>74</sup> Llewellyn-Thomas H, Thiel E, Paterson M, Naylor D. In the queue for coronary artery bypass grafting: patients' perceptions of risk and "maximal acceptable waiting time". J Health Serv Res Policy. 1999; 4:65-72.

<sup>75</sup> Bengtson A, Herlitz J, Karlsson T, Hjalmarson A. The epidemiology of coronary waiting list. A description of all of the patients. J Intern Med. 1994; 235:263-9.

<sup>76</sup> Sing N, Gupta M, Fell D, Gangbar E. Impact and inequity of impatient waiting times for advanced cardiovascular services in community hospitals across the greater Toronto area. Can J Cardiol. 1999; 15:777-82.

<sup>77</sup> Rosanio S, Tocchi M, Cutler D, Uretsky BF, Stouffer GA, de Filippi CR, et al. Queuing for coronary angiography during severe supply-demand mismatch in US public hospital: analysis of a waiting list registry. JAMA. 1999; 282:145-52.

<sup>78</sup> Jackson NW, Doogue MP, Elliott JM. Priority points and cardiac events while waiting for coronary bypass surgery. Heart. 1999; 81:367-373

<sup>79</sup> Hadorn DC. What can comparisons of mortality rates tell us about waiting list? CMAJ. 2000; 162:794-795

- 
- <sup>80</sup> Esteban M. El Supremo deja firme una condena por fallecimiento en lista de espera. *Diario Médico* 30 octubre 2002; Sec Normativa.
- <sup>81</sup> Díaz C. Un fallo condena por la muerte de una paciente en lista de espera. *Diario Médico* 30 junio 2003; Sec Normativa.
- <sup>82</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Barómetro sanitario 2005. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/barometro/home.htm>. [consultado el 30 de septiembre de 2006]
- <sup>83</sup> Escobar A, González N, Quintana JM, Las Hayas C. Priorización de pacientes en lista de espera para prótesis de rodilla y cadera: la opinión de los pacientes. *Gac Sanit.* 2005; 19:379-85.
- <sup>84</sup> Conner-Spady B, Estey A, Arnett G, Ness K, Mc Curran J, Bear R, Noseworthy T, The Steering Comité of the Western Canada Waiting List Project. *J Health Serv Res Policy.* 2005; 10:84-90.
- 85 Moracho O. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. *Editorial Ariel* 2005.301-333
- 86 Koos E. *The Health of Regionville*. New York: Columbia University Press, 1954.
- 87 Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Millbank Memorial Fund Quarterly.* 1966; 44:166-206.
- 88 Hall J, Dornan M. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med.* 1988;27:935-9.
- 89 Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med.* 1988; 27:637-44.
- 90 INSALUD. Estudio sobre la satisfacción de los enfermos en los hospitales del Instituto Nacional de la Salud (encuesta de post-hospitalización). *Insalud*. Madrid 1985.
- 91 Rodríguez C. Los andaluces protagonistas de su salud: opiniones sobre la atención médica. *Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía*. Sevilla 1985.
- 92 Aranaz J, Herrero F, Mira JJ. El hospital Virgen de los Lirios del Insalud de Alcoy dibujado por sus usuarios (encuesta de post-hospitalización). *Monografía sanitaria*. Dirección Provincial del Insalud de Alicante, Alicante:1987.
- 93 Hulka B, Zyzanski S, Cassel J, Thompson S. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Med Care.* 1970; 8: 429-35.
- 94 Ware J, Snyder M. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Med Care.* 1975; 13: 669-82.
- 95 Wolf M, Putnam, James, Stiles. The Medical Interview Satisfaction Scale: Development of a scale measure patient perceptions of physician behaviour. *J Behav Med.* 1978; 1:391-401.
- 96 Feletti G, Firman D, Sanson-Fisher R. Patient satisfaction with primary-care consultations. *J Behav Med.* 1986; 9: 389-99.
- 97 Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? *Health Care Manage Rev.* 1994;19:49-55.
- 98 Jun M, Peterson RT, Zsidisin GA. The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. *Health Care Manage Rev.* 1998;23:81-96.
- 99 Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. *Soc Scie Med.* 1982; 16: 583-9.
- 100 Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Scie Med.* 1982; 16: 577-82.
- 101 Oliver RL. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *J Marketing Research.* 1980;42:460-9.
- 102 <http://www.gva.es/jsp/portalgv.jsp?br=1&re=1&co=es&chflash=true> Consultado 1 de octubre 2006.
- 103 Mira JJ, Galdón M, Ignacio García E, Velasco MV, García S, Vitaller J, et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Rev Calidad Asistencial.* 1999;14:165-78.
- 104 Kano N. A Perspective on Quality Activities in American Firms. *Calif Manage Rev.* 1993, 35:12-31.
- 105 Mira JJ, Lorenzo S, Pérez-Jover V, Rodríguez-Marín J. No estar satisfecho no equivale a estar insatisfecho. *Rev Clin Esp.* 2006; 206:209.
- 106 Kane RL, Maciejewski M, Finch M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Med Care.* 1997;35:714-30.
- 107 Guldvog B. Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris? *Int J Quality Health Care.* 1999;11:233-40.

- 
- 108 Sharp WJ, Nowak L, Zamani T, Kresowik TF, Hoballah JJ, Ballinger BA, Corson JD. Long-term Follow-up and Patient Satisfaction after Surgery for Thoracic Outlet Síndrome. *Ann Vasc Surg.* 2001; 15:32-3.
- 109 Mira JJ, Rodríguez-Marín J. Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. *Med Clin (Barc).* 2001;116:104-10.
- 110 Meterko M, Nelson E, Rubin H, Batalden P, Berwick D, Hays R. Ware Patients' judgements of hospital quality: report of a pilot study. *Med Care.* 1990; 29 no 9: S1-S56.
- 111 Zastowny TR, Stratmann WC, Adams EH, Fox ML. Patient satisfaction and experience with health services and quality of care. *Qual Manag Health Care.* 1995;3:50-61.
- 112 Hays RD, Shaul JA, Williams VSL, Lubalin JS, Harris-Kojetin LD, Sweeny SF, et al. Psychometric properties of the CAHPS 1.0 survey measures. *Med Care.* 1999;37(suppl):MS22-31.
- 113 Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *Int J Qual Health Care.* 2002; 14:353-8.
- 114 Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva* 1998;IV:12-18.
- 115 Cleary PD, Edgman-Levitan S, Walker JD, Gerteis M, Delbanco TL. Using patient reports to improve medical care: a preliminary report from 10 hospitals. *Qual Manag Health Care.* 1993;2:31-8.
- 116 Mira JJ. La satisfacción del paciente: teorías, medidas y resultados. *Todo Hospital.* 2006; 224:90-7.
- 117 Tasa K, Baker R, Murray M. Using patient feedback for quality improvement. *Qual Manag Health Care.* 1996;4:55-67.
- 118 Moracho O. Modelo e instrumentos de calidad en las instituciones sanitarias. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. *Editorial Ariel* 2005.301-333
- 119 Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care.* 1999; 11:319-28.
- 120 Barrasa JI, Aibar C. ¿Se utiliza la satisfacción de los pacientes para mejorar el sistema nacional de salud español? Una revisión sistemática. *Rev Calidad Asistencial.* 2003; 18: 414-24.
- 121 Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc).* 2000; 114 (Supl 3):26-33.
- 122 Maderuelo JA, Carriedo E, Serrano M, Almaraz A, Berjón AC. Factores de insatisfacción con el sistema sanitario. Un estudio Delphi. *Aten Primaria.* 1996;31:348-52.
- 123 Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, Llorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial.* 2002; 17:273-83.
- 124 Del Llano J, Hidalgo A, Pérez S. ¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud? *Ergon* 2006. Madrid.
- 125 Vitaller J. El nuevo escenario de la gestión de la asistencia sanitaria y su aplicación en la seguridad de los pacientes. relaciones profesional y paciente. En: Aranaz JM, Vitaller J (Eds). *De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria.* EVES, Valencia 2004.
- 126 Mira JJ. ¿Deben compartir los riesgos de la toma de decisiones los pacientes? En: Aranaz JM, Vitaller J. (Eds) *De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria.* Estudios para la Salud. EVES. Generalitat Valenciana, Valencia 2004.
- <sup>127</sup> Holbrook J. The criminalisation of fatal medical mistakes. *BMJ.* 2003;327:1118-9.
- <sup>128</sup> Vanderheyden LC, Northcott HC, Adair CE, Brien-Morrison C, Meadows LM, Norton P et al. Reports of preventable medical errors from the Alberta Patient Safety Survey 2004. *Healthc Q.* 2005; 8 Spec No:107-14.
- <sup>129</sup> Leape LL, Brennan T, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard medical Practice Study II, *N Engl J Med.* 1991; 324: 377-84.
- <sup>130</sup> Commission européenne. Les erreurs médicales. Eurobaromètre Special 241. Janvier 2006. [consultado 23 abril 2006]. Disponible en: [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_information/documents/eb\\_64\\_fr.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/documents/eb_64_fr.pdf)

- 
- <sup>131</sup> Blendon R, DesRoches C, Fleischfresser Ch, Benson J, Weldon K, Jovell A, Navarro M, Fernández L. Confianza en el Sistema Nacional de Salud -resultados del estudio español-. Disponible en: [http://www.fbjoseplaporte.org/docs/trust\\_spanish\\_hcs.pdf](http://www.fbjoseplaporte.org/docs/trust_spanish_hcs.pdf) [consultado 23 octubre 2006].
- <sup>132</sup> Aranaz JM. Sucesos adversos relacionados con el uso del medicamento: ¿qué podemos aprender? *Med Clín (Barc)*. 2006;126: 97-8.
- <sup>133</sup> Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320:768-770.
- <sup>134</sup> Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Depósito Legal: M-19200-2006.
- <sup>135</sup> Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Alvarez EE, Gea MT. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Gac Sanit*. 2006;20(Supl 1):41-7.
- <sup>136</sup> Weingart SN, Wilson R, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ*. 2000; 320;774-7.
- <sup>137</sup> Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991; 324:370-6.
- <sup>138</sup> Mostaza JL, Muínelo I, Teijo C, Pérez S. Prevalencia y gravedad de efectos adversos durante la hospitalización. *Med Clin (Barc)*. 2005;124: 75-9.
- <sup>139</sup> Kaiser Family Foundation. National survey on Americans as health care consumers: an update on the role of quality information. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation/Agency for Healthcare Research and Quality, 2000. [consultado 2 abril 2006]. Disponible en <http://www.kff.org/kaiserpolls/3093-index.cfm>.
- <sup>140</sup> Adams R, Boscarino JA. A community survey of medical errors in New York. *Int J Quality Health Care*. 2004;16:353-62.
- <sup>141</sup> Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Ester AJ. Consumer perceptions of safety in hospitals. *BMC Public Health*. 2006; 6:41. [consultado 23 abril 2006]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/41/prepub>.
- <sup>142</sup> Informe técnico. Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana. Marzo 2006.
- <sup>143</sup> "First do no harm...". World Alliance for Patient Safety. Forward Programme. October 2004. OMS.