

TÍTULO: Una nueva propuesta para la Gestión del Riesgo Sanitario. La entidad aseguradora como pieza clave.

SEUDÓNIMO: JAMES REASON.

ABSTRACT (ESP): *La mejora continuada de la calidad y seguridad asistencial exige de la implicación de las entidades aseguradoras en la gestión del riesgo sanitario, a través de las comisiones de seguimiento del seguro.*

ABSTRACT (ENG): *The improvement of quality and patient safety requires healthcare insurance companies to get involved in risk management through the insurance monitoring committee.*

VOCES: *seguridad del paciente, comisión de seguimiento, compañía aseguradora, seguro, riesgo sanitario.*

TERMS: *Patient Safety, Insurance monitoring committee, Insurance company, Insurance, healthcare risk.*

1. La gestión del riesgo sanitario y las entidades aseguradoras.

En España, de forma sistemática, las entidades aseguradoras han sido excluidas de la gestión del riesgo sanitario. Tradicionalmente se ha considerado que el único interés de una Aseguradora en la gestión del riesgo sanitario es la determinación de las primas y el cálculo de los límites y sublímites de cobertura de las pólizas de seguro contratadas.

No obstante, al prescindir de las entidades aseguradoras se está privando a la gestión del riesgo sanitario de una información que, con su sesgo característico, resulta de especial valor para determinar los contornos de la calidad percibida por los usuarios del sistema sanitario.

En Seguridad del Paciente cada indicador tiene un valor específico que, sumado al valor del resto de indicadores, permite detectar las debilidades del sistema y actuar en consecuencia.

En este sentido, la doctrina científica ha estudiado de forma extensa cuáles son las limitaciones inherentes a un sistema de gestión de riesgos basado en las quejas y reclamaciones interpuestas por los usuarios de los servicios sanitarios. A pesar de estas limitaciones, de las que somos bien conscientes, y sin perjuicio de la complementariedad con los sistemas de gestión de riesgo sanitario basados en la notificación de eventos adversos, entendemos que la información que se obtiene de las quejas y reclamaciones de los usuarios no debe ser ignorada. No sólo se trata de una información valiosa para medir la “calidad percibida” (insistimos, a pesar del sesgo inherente a este indicador), sino también una exigencia derivada de las demandas e inquietudes de los pacientes y usuarios a los que ha de orientarse tanto la Seguridad del Paciente como la asistencia sanitaria en sí misma.

Es por todo ello que se propone una **reformulación del papel que han desempeñado tradicionalmente las entidades aseguradoras en el sector sanitario**. No se trata sólo de aprovechar los recursos que pueden ofrecer las entidades aseguradoras, sino también de aprovechar el mapa de riesgos que, cada día, esboza la gestión de la siniestralidad inherente a la asistencia sanitaria.

Llegados a este punto hemos de advertir que la reformulación del papel de las entidades aseguradoras tiene como objetivo, en este momento inicial, paliar los efectos de los eventos adversos más graves bien por su frecuencia, bien por sus consecuencias; quedarían fuera de esta reformulación del papel de las entidades aseguradoras los eventos adversos menos graves de los que, normalmente, no llega a tener conocimiento la Compañía.

El planteamiento comercial de las entidades aseguradoras, tras las recientes modificaciones operadas en el sector por la normativa comunitaria de

supervisión y solvencia, y después de la entrada en vigor del nuevo “Baremo de autos”, ha de orientarse hacia una mayor implicación en el binomio Aseguradora-Asegurado. En el ámbito sanitario, la única forma de que los márgenes de riesgo objeto de seguro sean asumibles por las Compañías aseguradoras es una mayor implicación en las acciones dedicadas a la reducción/control de los riesgos asegurados.

No en vano a través de distintas Fundaciones, o mediante acciones específicas, las Compañías aseguradoras han auspiciado, en el ámbito sanitario y con relativo éxito, foros en los que debatir medidas concretas de control del riesgo o acciones paliativas del mismo.

En este sentido, la reformulación del papel de la entidad aseguradora se sustenta en la firme creencia de que la Aseguradora ha de tener un rol más activo en el apoyo y promoción de políticas de mejora de la calidad de la asistencia sanitaria y de control del riesgo.

La Aseguradora no está llamada a desempeñar el papel protagonista en los programas relacionados con la Seguridad del Paciente. Sin embargo, de lo que no cabe duda, es de su lugar indiscutible, por la valía de su potencial, en el apoyo y soporte a las distintas líneas de mejora de la calidad y la seguridad.

En el sector sanitario, la tarea de una Aseguradora del siglo XXI implica una labor de acompañamiento a los mecanismos a cargo de la promoción y mejora de la seguridad de la asistencia sanitaria, de la calidad en términos absolutos y de la calidad percibida por los usuarios.

2. La comisión de seguimiento como engranaje de la Seguridad del Paciente. Una doble perspectiva: el Servicio de Salud y el centro hospitalario.

La reformulación del papel de las Compañías aseguradoras en el sector sanitario, exige analizar con detenimiento los distintos puntos de unión entre la asistencia sanitaria y el mundo asegurador.

Más allá de la relación comercial obvia entre seguro y mundo asistencial, existen mecanismos de cooperación entre el sector sanitario y la entidad aseguradora.

En este sentido, los servicios de salud disponen de las denominadas “comisiones de seguimiento” en las que se reúnen representantes de las entidades aseguradoras y representantes de los servicios de salud para analizar la cobertura de los distintos siniestros por la póliza de seguro contratada.

Por otro lado, los centros hospitalarios disponen (bajo distintos nombres) de comisiones de seguridad: órganos orientados a la mejora de las condiciones de seguridad y calidad de la asistencia sanitaria en el propio centro.

Siempre dentro del papel de la Aseguradora como “auxiliar” o “soporte” de las políticas y programas de mejora de la seguridad y la calidad asistencial, la propuesta que se pretende articular pasa por una **reorientación tanto de las denominadas comisiones de seguimiento a nivel del Servicio de Salud, así como también del papel que desempeñan los comités o comisiones de seguridad de cada centro hospitalario.**

Dependiendo del nivel en el que pretendamos enfocar la problemática que entraña la mejora continuada de la seguridad y de la calidad asistencial, habrán de producirse modificaciones bien (i) a nivel intracentro, bien (ii) a nivel de todo el Servicio de Salud. Así:

A. Un enfoque intracentro: el papel de las comisiones de seguridad.

Las comisiones de seguridad de los distintos centros hospitalarios se encuentran, en muchas ocasiones, desprovistas del apoyo necesario ante un trabajo ingente, como es el estudio y determinación de las causas que han permitido la materialización de un evento adverso.

Las comisiones de seguridad de los distintos centros hospitalarios tienen una composición distinta, dependiendo de la orientación y misión de la que se haya dotado a dichas comisiones.

La Aseguradora, en principio, tiene una relación remota con los distintos centros hospitalarios. No obstante, no podemos olvidar que las aseguradoras tienen capacidad para esbozar un retrato de la siniestralidad asociada a un Servicio concreto, de un Centro Hospitalario concreto.

Siendo conscientes de las limitaciones de los medios disponibles, la reformulación del papel de las entidades aseguradoras pasa por la **realización de programas específicos de choque para la mejora de la seguridad asistencial, en aquellos Servicios en los que se detecte una siniestralidad mayor** que los índices comparativos.

En otras palabras, la actividad habitual de las entidades aseguradoras permite detectar con nitidez problemas de seguridad recurrentes en la asistencia sanitaria dentro de un Servicio concreto y, en consecuencia, adoptar medidas de corrección.

Por ello, se propone que la entidad aseguradora pueda tener acceso a las comisiones de seguridad de cada centro, previa autorización de la

Dirección Gerencia del Servicio de Salud correspondiente, en calidad de “asesora” o “consejera”.

De esta forma, en el marco de un **programa específico de mejora de la calidad y de la seguridad** (de duración limitada y alcance limitado), pasarían a apoyar (puntualmente) a la comisión de seguridad de cada centro hospitalario dos miembros de la entidad Aseguradora: (i) experto designado por la entidad y (ii) un representante de dicha entidad.

La incorporación de la Aseguradora a las comisiones de seguridad, dentro de un programa concreto y limitado, tiene como objetivo dotar a la comisión de seguridad de información adicional sobre el contexto en el que se ha de producir la implantación de medidas concretas de seguridad.

La acción de mejora de la seguridad requiere, en todo caso, de un periodo de supervisión, durante el que la actividad de consultoría y asesoría de la entidad aseguradora se mantendría activa. La actividad de consultoría y asesoramiento de la entidad aseguradora deja de tener sentido si la acción de mejora recibe la evaluación favorable de la comisión de seguridad del centro.

B. Un enfoque global: el papel de la comisión de seguimiento de los Servicios de Salud.

En caso de adoptarse una perspectiva más global, se propone **reformular y ampliar el papel de la comisión de seguimiento** y dotarla de una nueva perspectiva de funcionamiento que aúne los recursos y capacidad analítica de (i) entidades aseguradoras, (ii) servicios de salud y (iii) área sanitaria.

Se trata de que la comisión de seguimiento no sea únicamente un órgano destinado a la determinación de la cobertura de un siniestro o a la determinación del cariz de la Resolución que ha de dictarse en relación a una queja/reclamación del paciente y/o usuario, sino que se convierta en un auténtico puntal de la gestión del riesgo sanitario a nivel de todo un Servicio de Salud.

De reformularse el papel de la comisión de seguimiento, podría producirse un impulso de las medidas de mejora de la calidad y la seguridad en sentido vertical (desde las Direcciones Gerencia hacia las Áreas Sanitarias, centros hospitalarios y servicios implicados en el evento adverso).

Habrían de constituir la comisión de seguimiento:

1. Presidente de la comisión de seguimiento.
2. Representante del Servicio de Salud.
3. Representante de la Compañía Aseguradora.
4. Representante Asesoría Jurídica Servicio de Salud.
5. Representante Asesoría Jurídica de la Compañía Aseguradora.
6. Experto designado por el Servicio de Salud.
7. Experto designado por la entidad aseguradora.
8. Experto independiente.
9. Delegado(s) de área sanitaria*.

(*) Nótese que el número de Delegados de área sanitaria dependerá del número de áreas sanitarias.

En este punto, hemos de subrayar que serán los Delegados de las Áreas Sanitarias los encargados de implementar de manera directa las medidas y propuestas de mejora acordadas en el seno de la comisión de seguimiento.

Se propone una nueva estructura de la comisión de seguimiento. Ésta se subdividiría en **dos subcomisiones: a) jurídico-técnica y b) científico-técnica.**

La subcomisión científico-técnica tiene como misión fundamental realizar un estudio de causalidad del evento adverso desde un punto de vista científico. Lo que, en Seguridad del Paciente se conoce como Análisis de Causa Raíz (ACR) o Análisis Modal de Fallos (AMFE). Determinada la relación causal que ha resultado en el evento adverso detectado a partir de la queja/reclamación del paciente, la subcomisión científico-técnica ha de emitir un dictamen, siendo preceptivo que el mismo contenga una **propuesta de mejora de seguridad**. En caso de no ser posible, desde un punto de vista científico-técnico, elaborar una nueva propuesta de seguridad a la luz del estudio de causalidad del que ha resultado el evento adverso, el dictamen habrá de explicar los motivos que impiden a la subcomisión la elaboración de una propuesta de mejora de seguridad.

La subcomisión científico-técnica está formada por:

1. Experto designado por el Servicio de Salud.
2. Experto designado por la entidad aseguradora.
3. Experto independiente.
4. Delegado del centro hospitalario donde se ha producido el evento adverso.

El dictamen emitido por la subcomisión científico-técnica habrá de ser analizado por la subcomisión jurídico-técnica integrada por:

1. Presidente de la comisión de seguimiento.
2. Representante del Servicio de Salud.
3. Representante de la Compañía Aseguradora.
4. Representante Asesoría Jurídica Servicio de Salud.
5. Representante Asesoría Jurídica de la Compañía Aseguradora.
6. Representante del área sanitaria en la que se ha producido el evento adverso*.

(*) Nótese que, en la subcomisión científico-técnica tan sólo participa el Delegado del área sanitaria en la que se ha producido el evento adverso, no todos los Delegados de área que sí forman parte de la comisión de seguimiento.

La subcomisión jurídico-técnica, una vez revisado el dictamen emitido por la subcomisión científico-técnica, procederá a emitir una **recomendación/propuesta**. En dicha recomendación/propuesta habrá de integrarse o rechazarse la propuesta efectuada por la subcomisión científico-técnica.

La comisión de seguimiento en pleno se reunirá, entonces, para aprobar o rechazar la recomendación/propuesta de la subcomisión jurídico-técnica. En caso de empate, el voto del Presidente es un voto de calidad.

De esta forma, la comisión de seguimiento no sólo habrá cumplido con la función que tradicionalmente le ha sido encomendada en relación a la cobertura del siniestro y a la adopción de una postura respecto de la queja/reclamación del paciente y/o usuario, sino que, además, habrá adoptado una **recomendación/propuesta de mejora de seguridad que remitirá, por medio del Delegado del área sanitaria en cuestión, a (i) la Dirección Gerencia del Centro Hospitalario en el que se ha producido el evento adverso, así como (ii) al propio servicio implicado.**

La recomendación/propuesta de mejora de seguridad, una vez remitida a sus destinatarios objetivos, habrá de ser monitorizada. La propia comisión de seguimiento solicitará información, a través de los Delegados de área sanitaria, sobre la implantación, control y eficacia de las medidas de seguridad propuestas.

3. Implantación.

La propuesta de reformulación del papel de las entidades aseguradoras en el sector sanitario es una propuesta ambiciosa que se proyecta en dos sentidos:

(i) acción concreta y programas de acción específicos (punto 2A) y (ii) gestión sistémica del riesgo sanitario dentro de un Servicio de Salud (punto 2B).

Conscientes de las limitaciones del propio sistema y de las dificultades de articular un mecanismo de control de la seguridad a través de los datos de siniestralidad que se obtienen diariamente por las entidades aseguradoras, se propone circunscribir este proyecto de mejora a las **Especialidades que presentan una mayor siniestralidad en términos de gravedad e incidencia**.

Se propone realizar un proyecto piloto sobre las Especialidades de:

- Ginecología y Obstetricia.
- Traumatología y Cirugía Ortopédica.

Además, en aras de una aplicación gradual de la propuesta de mejora del modelo de gestión de riesgo sanitario, **se recomienda adoptar, en primer lugar, un enfoque global-sistémico** (sobre el conjunto del Sistema de Salud).

La implantación de esta propuesta alcanza las **siguientes fases**:

1. Reestructuración de la comisión de seguimiento (ver punto 2.B).
2. Identificación de las debilidades y problemas de seguridad en función a la recurrencia de los eventos adversos y su gravedad¹.
3. Agrupar eventos adversos de similar naturaleza y características.
4. Constitución de la subcomisión científico-técnica.
5. Análisis y Dictamen de la subcomisión científico-técnica. Propuesta de mejora (en su caso).
6. Constitución de la subcomisión jurídico-técnica.
7. Recomendación/Propuesta de la subcomisión jurídico-técnica.
8. Estudio de la Recomendación/Propuesta por la comisión de seguimiento.
9. Remisión Recomendación/Propuesta de la comisión de seguimiento a (i) Dirección Gerencia del centro hospitalario implicado y (ii) al Servicio implicado.
10. Monitorización periódica de la Recomendación/Propuesta.

La propuesta que se articula a través del presente trabajo constituye tan sólo un esbozo que, en el momento de su implantación, ha de adaptarse a las particularidades de cada Servicio de Salud tanto desde un punto de vista asistencial (condiciones geográficas, de población, dotación de medios...), como desde un punto de vista administrativo (estructura del Servicio de Salud, dependencia orgánica...).

¹ Especialidades de (i) Ginecología y Obstetricia y (ii) Traumatología y Cirugía Ortopédica.

En cualquier caso, este trabajo propone una reformulación del papel de la entidad aseguradora en el sector sanitario sobre la idea de que ninguno de los indicadores de calidad y seguridad debe ser ignorado.

Los datos de siniestralidad que diariamente maneja la Aseguradora permiten dibujar un mapa de riesgo sanitario que, a pesar del sesgo inherente a la fuente (reclamaciones/quejas), orienta acciones concretas de mejora de la calidad percibida y la seguridad global de la asistencia sanitaria.

Las entidades aseguradoras no pueden permanecer indiferentes a la gestión del riesgo sanitario tras el endurecimiento de las condiciones del mercado del seguro a partir de la entrada en vigor de la normativa de solvencia financiera y del nuevo Baremo de referencia jurisprudencial para el cálculo de las indemnizaciones; sólo a través de la implicación de la entidad aseguradora en el engranaje de la gestión del riesgo sanitario el aseguramiento del sector sanitario será sostenible, preservando el equilibrio entre los intereses en juego.