



RESPONSABILIDAD PROFESIONAL ODONTOLÓGICA EN SERVICIO DE SALUD VALPARAISO SAN ANTONIO

PARTE I

Trabajo de Investigación
requisito para optar al
Título de Cirujano Dentista

Alumnos: Ian Raby Olavarría
María Belén Selamé Glenda

Docente Guía: Prof. Dr. Fernando Weiss Vega
Cátedra de Salud Pública

Valparaíso – Chile
2012

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a Dios y a nuestras familias por guiarnos en la vida y permitirnos cumplir nuestras metas y sueños.

A nuestro profesor Guía Dr. Fernando Weiss por su siempre excelente disposición a ayudarnos en lo que fuera necesario para llevar a cabo este proyecto y apoyar nuestra idea desde un principio.

Al Dr. Patricio Carrasco de la Universidad de los Andes por compartir su trabajo y brindarnos gran cantidad de material de apoyo.

A la Doctora Gianina Caneppa por apoyarnos e interesarse en nuestro trabajo.

De forma muy especial queremos agradecer al equipo de participación social del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio: Marcelo, Juan, Ilse, Nelly, quienes hicieron posible la confección de nuestra base de datos.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO.....	2
CONTEXTO HISTÓRICO	2
Historia de la tolerancia.....	2
Medicina Defensiva, Un Nuevo Concepto	3
Derechos de las personas.....	5
ASPECTOS JURÍDICOS.....	6
Aspectos Generales Judiciales	6
Suspensión condicional.....	8
Acuerdo Reparatorio	8
Procedimiento Abreviado	8
NORMATIVA EN SERVICIOS DE SALUD	8
Código sanitario	9
Derechos de los pacientes en Chile según Ley 20584	9
Deberes de los pacientes.....	11
RESPONSABILIDAD EN EJERCICIO PROFESIONAL	11
Regulación En Responsabilidad Profesional.....	12
Formas Jurídicas De La Culpa En Salud.....	12
Peritajes Médico Legales	13
RECOMENDACIONES LEGALES Y FORMAS DE PREVENCIÓN	15
Manejo de complicaciones y emergencias	16
MEDIACIÓN EN SALUD	17
GESTIÓN DE RIESGO SANITARIO.....	20
OFICINA DE INFORMACIÓN RECLAMOS Y SUGERENCIAS	20
Categorización de reclamos.....	22
DEPARTAMENTO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA.....	23
III. OBJETIVOS.....	24
GENERAL	24
ESPECÍFICOS	24
IV. MATERIALES Y MÉTODOS	25
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	25
VARIABLES.....	25
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	26
POBLACIÓN OBJETIVO.....	26
POBLACIÓN EN ESTUDIO	26
MUESTRA	26
UNIDAD DE ESTUDIO	27

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	27
RECOLECCIÓN DE DATOS.....	27
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	28
V. RESULTADOS	29
RESULTADOS GENERALES.....	29
Resultados por tipo de reclamo.....	32
Resultados por sexo y motivo del reclamo	37
Resultados por solución al reclamo.....	40
VI. DISCUSIÓN	41
VII. CONCLUSIONES	45
VIII.SUGERENCIAS	45
IX. RESUMEN	45
X. BIBLIOGRAFÍA	45
XI. ANEXOS.....	45

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe un aumento de reclamos y situaciones que pueden derivar en materia de responsabilidad legal profesional. Existen pocos estudios en odontología sobre este tema, pero se presume que puede deberse a cambios en la relación médico-paciente, a que los últimos se informan más en relación a tiempos pasados sobre las distintas patologías que los aquejan, los exámenes complementarios pertinentes, la diversidad de tratamientos, etc. También conocen mejor sus derechos y muchas veces las distintas leyes que los amparan, generándose enfrentamientos entre los consultantes y profesionales, pudiendo producirse incidentes que pueden ser solucionados mediante acuerdos, o bien, en situaciones más complejas o de disconformidad que pueden derivar en tribunales.

Es importante que el personal de salud tome conciencia de esta situación, se informe adecuadamente y trabaje guiándose a la *lexartis*, las distintas leyes que regulan la actividad profesional y protocolos y guías clínicas. Así, en muchos casos se encontrará protegido de acusaciones en su contra por haber actuado fundamentándose en éstos.

Debido a que muchos profesionales temen ser demandados, surge el concepto de medicina defensiva, donde el profesional será cauteloso de forma exagerada o bien evitará la atención de pacientes que pudieran generar complicaciones. De este modo, no se verá en la obligación de reparar daños o compensar de forma monetaria.

En el ámbito de salud pública, son muchas veces las propias instituciones las encargadas de responder a la problemática generada y las distintas solicitudes significando daño a la imagen de la institución, además de la obligación de indemnizar. Para mediar estos procesos es que se crea la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias.

II. MARCO TEÓRICO

CONTEXTO HISTÓRICO

Historia de la tolerancia

El aumento explosivo de denuncias en materia de responsabilidad legal profesional constituye, sin duda, un fenómeno propio de nuestros tiempos. En la actualidad los pacientes son personas más informadas tanto en materia de sus derechos como en los actos médicos que se les realizan y sobre las diversas patologías que los afectan, a diferencia de épocas pasadas en las que el paradigma de la atención médica se basaba en el modelo paternalista. Es conveniente explicar y hacer una referencia histórica a la transición que ha experimentado la forma en la que se abordan los procesos de salud-enfermedad en el ámbito profesional. El paternalismo, en su amplio sentido, entra en crisis hace varios cientos de años con el comienzo de las revoluciones liberales. Para valorar de manera histórica el suceso es posible comenzar con la publicación de las noventa y cinco tesis de Lutero en el siglo XVI. Mediando varios sucesos, este hecho gatilla las guerras religiosas modernas entre protestantes y católicos que se extienden por más de ciento cincuenta años con el objetivo de eliminar al contrario. La tolerancia hacia el “hereje” se observó como un vicio, ya que no se podía aceptar a quienes difundían doctrinas religiosas diferentes. Felizmente, ningún grupo religioso fue capaz de eliminar al contrario, lo que permitió el principio de tolerancia debido a la necesidad de la coexistencia pacífica, a partir del que se elabora la teoría de la libertad religiosa, hoy entendida como un derecho de todo Ser Humano. Desde este punto entendemos la libertad de conciencia, que inicia el rompimiento de la homogeneidad valórica imperante.

Desde el derecho a la libertad de conciencia se elabora la teoría de los derechos humanos básicos o del sujeto, que incluyen, entre otros, el derecho a la libertad y a la vida. La afirmación positiva de estos derechos tiene, implícita o explícita, la afirmación de la autonomía de los individuos. En los siglos XVII y XVIII, con la Revolución Francesa como máximo expositor, triunfa la revolución liberal que admite y celebra el pluralismo, como también la autonomía de las creencias religiosas, opiniones políticas y sociales. Por desgracia, la revolución no llega en ese momento al ámbito médico. El galeno es la persona encargada de tomar las decisiones que afectan el cuerpo y salud de cada paciente según su propio juicio, sin considerar la jerarquía valórica propia de cada individuo atendido. El difícil acceso a la información médica imposibilitaba que el paciente participara de cualquier decisión, por lo que se manejaba la idea de que el profesional no podía equivocarse, ya que era él quien poseía el conocimiento experto. Hasta mediados del siglo pasado

las discusiones sobre la gestión del cuerpo se mantienen, de modo paternalista, en los círculos expertos de médicos, teólogos y sacerdotes. El respeto por la autonomía de cada individuo tardó hasta hace algunas décadas, con el surgimiento de la bioética, en invadir la práctica médica.

A comienzos del siglo XX comienzan a introducirse los cambios que terminarán con el modelo vertical, monárquico y de obediencia entre el médico y el paciente. Sin embargo, nace un modelo que puede considerarse como oligárquico, ya que el galeno debe compartir su poder de decisión con otros profesionales de salud, manteniendo todavía la verticalidad hacia el paciente. La horizontalización de la relación médico-paciente no comienza sino hasta fines del siglo XX. No han sido precisamente los médicos ni otros profesionales de salud los impulsores de tan justo cambio. En las últimas décadas, por arrastre del cambio de otras instituciones como la vida en familia o la política, se ha llevado la revolución liberal al espacio del cuerpo. Así como sucedió con grupos vulnerados como los afroamericanos, mujeres, población vulnerable y minorías, nace la lucha por los derechos de los enfermos, que lleva a la aparición de códigos de derecho y mejores prácticas que permiten que toda persona adulta en sus facultades mentales plenas pueda hacer autogestión según su propia jerarquía valórica de forma autónoma. Es posible hablar entonces de la democratización de la relación médico-paciente, dejando atrás el paternalismo y la obediencia ciega (Acta bioeth. v.8 n.1, 2002).

Medicina Defensiva, Un Nuevo Concepto

El acceso a la información en las últimas décadas, sobre todo desde el surgimiento de internet, ha permitido que los pacientes consigan una amplia gama de información en distintos niveles de tecnicismo sobre las patologías que los afectan, lo que les permite participar de manera más informada en las decisiones médicas sobre su salud, gozando de poder de determinación. Desgraciadamente, es difícil para una persona sin conocimientos especializados en el tema valorar la calidad de la información médica ofrecida en revistas o portales electrónicos, por lo que es posible que pacientes accedan y aprendan información equivocada que los lleve a desconfiar de su médico tratante y en casos más extremos a acusarlo de negligencia. Aún cuando la información a la que se accede sea correcta, puede haber una valoración errada de ella por parte del paciente que lo lleve a creer en la certeza de los actos médicos, basados siempre en la probabilidad. Por esta razón muchos pacientes se vuelven aprensivos y hostiles frente al profesional médico. Este suceso ha llevado a la aparición de la sensación de inseguridad en el profesional, posiblemente traduciéndose en el desarrollo de la medicina defensiva.

La medicina defensiva está definida según la OTA (Congressional Office of Technology Assessment) como: “*la situación en que los médicos ordenan exámenes, procedimientos o visitas, o evitan pacientes o procedimientos de alto riesgo, principalmente para reducir su exposición a la responsabilidad por mala praxis médicas*”. Es necesario distinguir dos tipos de medicina defensiva, positiva y negativa. En la modalidad positiva, el profesional ordena una amplia gama de procedimientos y exámenes, hasta cierto punto injustificadas, para cubrir cualquier posibilidad que pueda llevar a una demanda. En la especie negativa el médico evita aquellos pacientes o procedimientos riesgosos que generen eventuales complicaciones. Cuando el profesional de la salud niega los cuidados debidos a un paciente complejo, de alto riesgo o en un contexto de urgencia, el detrimento en su nivel de bienestar es directo y patente. En el polo opuesto, el tratamiento excesivo puede generar un mayor potencial de error. Así, estudios han demostrado que aumentar el número de pasos en una terapia multiplica el porcentaje de yerros posibles. Al practicar demasiados análisis, los médicos pueden terminar lesionando sus pacientes en un intento de tratar problemas que parecieran existir debido a lo que arrojan exámenes falsamente positivos, los cuales son practicados *en* el cuerpo del sujeto (Martinez M., 2011)

Es claro que cuando se practica la medicina defensiva el médico no apunta solamente a la sanación del enfermo, sino que actúa para minimizar las posibilidades de reclamo, lo que aumenta de forma importante los costos de la atención.

Las soluciones que se han propuesto en Estados Unidos para superar los efectos de la medicina defensiva se pueden resumir en las siguientes (Martinez M., 2011):

- Limitar los efectos de la responsabilidad civil sobre las economías privadas de los médicos.
- Privilegiar la solución alternativa de conflictos.
- Traslación de la responsabilidad civil del médico a nivel institucional, empresarial u hospitalario.
- Creación de un sistema administrativo selectivo, destinado a resarcir los perjuicios causados a las víctimas de negligencia médica mediante criterios de responsabilidad objetiva.
- Establecer guías clínicas como bases para la fijación de estándares de cuidado.

El área de estudio dentro de la cual se encuentra la responsabilidad médica corresponde a una temática poco conocida en el ámbito de la salud, muchas veces los principales involucrados, es decir, los profesionales son los más desinformados.

Antes del año 1980 casi no se conocen las querellas o demandas en contra de profesionales de la salud, pero a partir de ese momento el aumento ha sido progresivo. Una explicación posible de esto es el hecho que a contar de esa fecha los colegios profesionales ya no tiene la tuición sobre el ejercicio profesional, lo que originó que las contiendas entre pacientes y odontólogos terminaran en los tribunales (Carrasco P., 2005).

El aumento sostenido en nuestro país de las demandas o querellas por presuntas negligencias médicas está significando para los diferentes involucrados una importante inversión de tiempo, recursos económicos y la aparición de una creciente desconfianza en la opinión pública hacia los prestadores de los servicios médicos.

No existe especialidad ni especialista que se encuentre libre del riesgo de sufrir una demanda o querella, por lo tanto, el pensar que la dedicación profesional a una especialidad médica u odontológica exclusiva asegura una cierta indemnidad es un pensamiento errado.

Derechos de las personas

Las personas dentro del marco de la salud pasan a llamarse enfermos o pacientes que poseen derechos y deberes. Estos tienen una gran importancia durante el desarrollo de las acciones en sanidad, ya sean de tipo curativas o preventivas.

Se encuentran dentro de la Constitución Política del Estado, los siguientes derechos de las personas:

- El derecho a la vida.
- El derecho a la integridad física y psíquica de las personas.
- La igualdad ante la ley.
- El respeto a la vida privada y pública, a la honra de las personas y su familia.
- El derecho a exigirle al estado de promover el libre e igualitario acceso a las acciones de salud.

Haciendo referencia al último punto, es importante mencionar que en Chile actualmente se ha tomado conciencia. Se ha decidido legislar para regular los derechos de las personas en salud, por lo que se crea la Ley 20584, que aunque a la fecha (Agosto 2012) no ha entrado en vigencia, lo hará próximamente. Esta nueva ley regula los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones

vinculadas a su atención de salud. Sus disposiciones se aplicarán a cualquier tipo de prestador de acciones de salud, sea público o privado. Asimismo, y en lo que corresponda, se aplicarán a los demás profesionales y trabajadores que, por cualquier causa, deban atender público o se vinculen con el otorgamiento de las atenciones de salud. Aun no están sus reglamentos completamente definidos. Se profundizará respecto a esta ley más adelante en el trabajo. (Biblioteca Congreso Nacional Chile, 2012).

ASPECTOS JURÍDICOS

Aspectos Generales Judiciales

Parece importante mencionar que el Poder Judicial se encuentra integrado por distintos organismos tales como la Corte Suprema, Ministerio Público, Defensoría Penal Pública, Juzgados de Garantías, Cortes de Apelaciones, entre varios otros, cuyos integrantes son abogados los cuales no poseen siempre suficiente información o experticia en temas médicos u odontológicos, por lo que muchas veces no son conscientes de que, dentro de los distintos tratamientos, pueden presentarse complicaciones propias de la condición del paciente. También pueden presentarse problemas del tratamiento en sí y que están fuera del alcance del profesional, siempre ciñéndose a la *lexartis*.

Para comprender de forma más global los temas planteados se hace necesario definir y diferenciar acotadamente conceptos judiciales, tales como querrela, demanda, dolo y culpa.

La querrela ha de presentarse dentro del ámbito penal (consecuencia jurídica cuando existe una violación de la ley), mientras que la demanda se presenta dentro del ámbito civil (obligación que recae sobre una persona de reparar el daño que ha causado a otro). Es decir, la querrela busca la pérdida de libertad mientras que la demanda busca indemnizaciones pecuniarias.

Tanto dolo como culpa corresponden a conductas censurables, teniendo notables diferencias entre sí. En el caso del dolo, la persona está consciente de sus actos, aceptando y/o deseando el resultado, es decir, existe intención de daño por lo que se constituye en delito. En la culpa la persona que actúa ignora las consecuencias debiendo conocerlas, lo que le imposibilita de prever los resultados de sus actos o bien si los prevé, cree poder superarlos. El dolo tiene ciertos requisitos, a saber:

- Conocimiento: que se haya actuado sabiendo que se comete una infracción a la ley sin justificación para tal conducta.
- Ánimo: que se desee el resultado previsible de los actos y éste no se evite.
- Libertad: que se haya actuado libremente sin verse obligado a infringir en dicho delito.

Existiendo delitos médicos, lamentablemente la negligencia existe no solamente en el ámbito de la culpa, sino también del dolo. Es la culpa o el dolo lo que determina se está frente a un delito o cuasidelito, según el Código Penal: "...las acciones u omisiones que son cometidas con dolo o malicia importarían un delito, constituyen un cuasidelito si sólo hay culpa en quien las comete". El Código Civil hace ciertas referencias a las acciones con culpa y dolo importantes de mencionar:

- "...el que ha cometido un delito o cuasidelito que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena que le impongan las leyes por el delito o cuasidelito.
- Art. 2320: "Toda persona es responsable no sólo de sus propias acciones, sino del hecho de aquellos que estuviesen a su cuidado". Este artículo hace alusión al personal de apoyo como auxiliares de enfermería, dentales entre otros.
- "Todo daño que pueda imputarse a malicia o negligencia de una persona, debe ser reparado por ésta".
- "El que por imprudencia temeraria ejecutare un hecho que si mediara malicia constituiría un crimen o simple delito, será penado...".

Es importante un peritaje, entiéndase este como una investigación exhaustiva que cuenta con un profesional especializado que suministra información u opinión fundada en los tribunales de justicia. Así el fiscal pueda determinar si corresponde a una negligencia o no.

En caso de presentar acusación, se procede con el cierre de la investigación y es posible que se presenten "salidas alternativas", según los requisitos establecidos por la ley, a saber: "que el delito o cuasidelito tenga una pena menor a tres años, que el imputado no haya sido condenado anteriormente y cuando se trata de lesiones menos graves". Dichas "salidas alternativas" corresponden a soluciones que acortan el proceso evitando que el caso sea llevado a juicio oral, presentando ventajas para todas las partes involucradas. La víctima obtiene una oportuna solución por el daño sufrido y el imputado no sufre la marginación social, laboral y pérdida de credibilidad en su profesión frente a la opinión pública. También el Estado ahorra recursos, logrando satisfacer la demanda de justicia.

Suspensión condicional

La suspensión condicional es aplicable cuando el delito es de escasa o mediana gravedad, el imputado no posee antecedentes anteriores y siempre que exista acuerdo del Fiscal con el imputado con autorización del Juez de Garantía. La suspensión condicional contempla un pago por indemnización o garantía de tal pago.

Acuerdo Reparatorio

El acuerdo reparatorio es aplicable cuando la víctima y el imputado, con autorización del Juez de Garantía, acuerdan una manera de reparación del daño causado, buscando terminar el conflicto. Tal acuerdo no se puede aplicar en caso que el imputado haya cometido en más de una ocasión el hecho por el que se le acusa. Es requisito para este acuerdo que se trate de lesiones menos graves.

Procedimiento Abreviado

Este procedimiento permite que el imputado renuncie al juicio oral, aceptando los hechos que se le imputan y sus antecedentes, en busca de una salida expedita en aquellos casos en que no exista controversia sobre los hechos planteados por el fiscal.

El juicio oral, de realizarse al no encontrar salida alternativa, permite entregar continuidad al proceso, siendo de rápido desarrollo y concreción. Es un proceso transparente, en el que el contacto del juez con la víctima, el imputado y las pruebas permite una mejor apreciación de todos los hechos y antecedentes del delito, facilitando la determinación de éste. El informe del perito y su defensa por parte de éste son de importancia fundamental. (Carrasco P., 2005)

NORMATIVA EN SERVICIOS DE SALUD

Es importante mencionar que El 21 de abril de 2005 fue publicado el Decreto N° 140 del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud. El texto define a los Servicios de Salud como continuadores del ex Servicio Nacional de Salud y del ex Servicio Médico Nacional de Empleados, define sus funciones, organización y autoridades. Dentro de este contexto se encuentran el siguiente artículo:

Art. 105 del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud que estipula: “Los profesionales deberán informar en lo posible y cuando proceda a los pacientes, a sus representantes legales o a los familiares de aquellos sobre: diagnóstico, pronóstico probable de la enfermedad, las medidas terapéuticas o médico-quirúrgicas que se aplicarían y los riesgos que éstas tienen, así como las consecuencias probables de la

no-ejecución de éstos, lo cual permitiría al paciente o familiar tomar una decisión informada, así como las acciones preventivas que sean necesarias.”

Estas normas son obligatorias y se aplican en el sistema público de salud, no así en las clínicas privadas o de las fuerzas armadas.

Código sanitario

El Código Sanitario rige todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República, salvo aquellas sometidas a otras leyes (Código Sanitario, 2010).

Este código en su Libro Quinto Art.112 expone:

“Sólo podrán desempeñar actividades propias de la medicina, odontología, química y farmacia u otras relacionadas con la conservación y restablecimiento de la salud, quienes poseen el título respectivo otorgado por la universidad de Chile u otra Universidad reconocida por el Estado y estén habilitados legalmente para el ejercicio de sus profesiones”

Del ejercicio específico de la Odontología, el Código Sanitario expone en el Art.115 lo siguiente:

“Los cirujano-dentistas sólo podrán prestar atenciones odonto-estomatológicas. Podrán, asimismo, adquirir o prescribir los medicamentos necesarios para dichos fines, de acuerdo al reglamento que dicte el Director General de salud”.

El campo de acción del odontólogo comprende toda la cavidad oral, desde los labios hasta la orofaringe, como también los maxilares, músculos, piel, vasos y nervios que dan conformación. Además se le exige al profesional que esté capacitado para solucionar dolencias de la cavidad oral y estructuras anexas, así como mejorar la funcionalidad y estética. También debe ser competente para diagnosticar, tratar o derivar expresiones orales de alguna patología médica y saber manejar sus consecuencias.

Es importante mencionar que el título profesional habilita para realizar todas las acciones odonto-estomatológicas pertinentes. No existe una ley de especialidades odontológicas, pero sí existe un comité nacional en el colegio de dentistas CONACEO que certifica las especializaciones, no es obligatoria y solo pueden acceder odontólogos colegiados.

Derechos de los pacientes en Chile según Ley 20584

Seguridad en la atención de salud

Las personas con discapacidad física o mental que el Ministerio de Salud determine, deberán ser atendidas en forma preferencial conforme a las normas dictadas por dicha Secretaría de Estado.

Derecho a un trato digno

Los pacientes o enfermos deben ser tratados con amabilidad, atención, usando un lenguaje adecuado y comprensible por parte del equipo de salud. Respetando el pudor de la persona atendida y la incomodidad que pudiera sentir al realizarse procedimientos sanitarios.

Está prohibido la toma de fotografías y filmaciones durante la atención sin la autorización del paciente y salvo indicación específica del médico tratante. Cabe destacar que en caso de que se tomen las fotografías y filmaciones, estas deben mantener el anonimato de la persona y no causarle ningún mal.

Derecho a recibir compañía y asistencia espiritual.

Toda persona tiene derecho a que se le facilite la compañía de parientes o amigos cercanos durante su hospitalización salvo indicación específica del médico tratante y de acuerdo a la reglamentación que tenga el establecimiento.

Derecho a la información

Toda persona tiene derecho a ser atendida por un equipo de salud en el que todos y cada uno de sus miembros tengan identificación personal, incluyendo la función que desempeñan.

Las personas atendidas deben ser informadas sobre su estado de salud, los tipos de tratamientos que existen y posibles a realizar con sus riesgos y beneficios, su evolución y pronóstico de manera comprensible y oportuna. Esto adaptándose a la edad, condición personal o emocional por el profesional tratante según el caso.

En caso de pacientes menores o con alteraciones de conciencia la información será entregada a los padres o representante legal. Este derecho presenta un profundo componente ético y de él nace el consentimiento informado.

Comparativamente además en la carta europea de los derechos de los pacientes se encuentran el derecho a medidas preventivas, derecho a la libre elección, al tiempo de los pacientes, al cumplimiento a los estándares de calidad a la seguridad, a la innovación, evitar dolor y sufrimiento innecesario, a un tratamiento personalizado, a reclamar, y a la compensación. (Carta Europea de los derechos de los pacientes, 2002)

Deberes de los pacientes

Las personas atendidas deben colaborar para disponer de un ambiente saludable, contribuir al cuidado de su salud y familia. También informarse sobre la manera en que operan los centros de salud, las prestaciones que otorgan, su horario, programas y la manera en que se solicitan las citas.

Los pacientes deberán entregar los antecedentes que se le solicitan para realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento, sin faltar a la verdad, informarse previamente de los procedimientos que se realizan, ya sean quirúrgicos o terapéuticos, como también de los procedimientos de consulta y reclamo del prestador de salud del que requiere atención.

Deberá cumplir con las prescripciones generales de naturaleza sanitaria que se le realizan a la comunidad. Es importante que al aceptar someterse a un procedimiento sanitario tiene que obedecer las indicaciones dadas por el equipo de salud, a fin de evitar complicaciones y riesgos innecesarios. En caso de que por alguna cause no haya podido cumplir con las indicaciones debe informar a la brevedad a su profesional tratante.

Cuidar las instalaciones del establecimiento, colaborando en su mantenimiento. Uso responsable de las prestaciones y servicios entregados por el sistema de salud

RESPONSABILIDAD EN EJERCICIO PROFESIONAL

La rama de la medicina legal que se preocupa del ejercicio profesional se denomina medicina legal profesional, de la misma manera dentro de la odontología legal dicha rama se denomina odontología legal profesional.

La odontología legal profesional se preocupa del estudio de las materias que encuadran el quehacer del odontólogo, es decir, de sus relaciones con la sociedad, los colegas, pacientes, autoridades judiciales y administrativas. Un aspecto importante dentro de sus fundamentos es la que corresponde a la responsabilidad legal profesional.

La responsabilidad del odontólogo o de cualquier profesional de la salud frente a la ley se relaciona directamente con las consecuencias jurídicas de los actos médicos, es decir, nuestro actuar se encuentra dentro de un marco regulatorio legal.

Por tanto existe un concepto denominado marco Deontológico. Este se define como el marco de referencia que todo profesional de la salud debe conocer y respetar. Este marco regulatorio incluye todo el conjunto de normas, leyes, reglamentos por las cuales se rige el ejercicio profesional.

El marco Deontológico y la lexartis, que corresponde al conjunto de prácticas médicas aceptadas generalmente como adecuadas para tratar a los enfermos en el momento. Dos grandes parámetros bajo los cuales se va a evaluar llegado el momento de enfrentarse a una situación de conflicto con algún paciente.

La responsabilidad médica se define como: “la obligación para los médicos de sufrir las consecuencias de ciertas faltas cometidas por ellos en el ejercicio de su arte, faltas que pueden conllevar una doble acción, civil o penal”

La responsabilidad profesional médica propiamente tal se puede encontrar en las diferentes etapas de la atención, ya sea en el diagnóstico, durante la elección del tratamiento o mediante la aplicación de este. (Carrasco P., 2005)

Regulación En Responsabilidad Profesional

Para que un profesional de salud sea declarado responsable de un delito deben existir ciertos requisitos, tales como una norma regulatoria, que en este caso está dada tanto por el código civil como por el código penal.

El Código Civil dice que: *“Por regla general, todo daño que pueda imputarse a malicia o negligencia a otra persona debe ser reparado por ésta”, mientras que el Código Penal, Art. 491 dicta: “El médico cirujano, farmacéutico, flebotómico (Odontólogo), matrona, que causare mal a las personas con negligencia culpable en el desempeño de su profesión, incurrirá respectivamente en las penas del artículo anterior”.*

Si el profesional comete negligencia o malicia con daño efectivo sobre la salud o integridad del paciente con consecuencias en el presente o futuro y una concreta relación de causalidad nos encontramos frente a un cuasi delito o acto culposo cuando no es intencional, en caso de ser premeditado sería un acto delictual o dolo.

Formas Jurídicas De La Culpa En Salud

Imprudencia

La imprudencia se define como el acto impulsivo que lleva implícito el concepto de irreflexión, ligereza y ausencia de precauciones básicas. Es una culpa activa. Existen variados ejemplos, a saber: sobredosis de fármacos, procedimientos peligrosos, resección quirúrgica excesiva, exodoncia compleja sin radiografía previa.

Negligencia

La negligencia se define como “el incumplimiento de un deber, falta de atención con el debido cuidado, ausencia de preocupaciones o indiferencia por el acto que se realiza. Resulta más de omisiones que de acciones”. Es una culpa de tipo pasiva. Ejemplos de negligencia son: falta de exámenes indicados, falla en asepsia, abandono del paciente, realizar invasivos con material no estéril.

Impericia

La impericia se entiende como “la falta de capacitación para la ejecución de una labor determinada. No se poseen los conocimientos, experiencia ni destreza necesaria para realizar determinados tratamientos; puede resultar tanto de acción como de omisión.” Hay posturas contrapuestas respecto a la pericia en el ejercicio de la profesión médica. Se sostiene que los profesionales no pueden considerarse imperitos debido a su formación universitaria en el área. Otra visión admite que la pericia está determinada por los años de ejercicio y la constante capacitación y actualización en los contenidos. Como ejemplos hay: falta de preparación o actualización profesional, error diagnóstico, mala prescripción farmacológica.

Inobservancia de deberes y reglamentos

La inobservancia se entiende como “el incumplimiento de las obligaciones que dicta la función o cargo que en ese momento y lugar desempeña el profesional”. Esta implicancia se relaciona principalmente con cargos de jefatura.

Peritajes Médico Legales

Durante el año 1987 el servicio médico legal recibió 4 peritajes por querellas de supuesta negligencia médica, en 1991 se recibieron 53 casos, el 2001, 273 casos nuevos, lo que generó un aumento del 500% en 10 años.

De un total de 800 peritajes realizados entre los años 1997-2002 se pueden analizar y determinar ciertos datos de estas querellas. El grupo etario ubicado entre los 25 y 44 años corresponde el que más presenta reclamos es el más extenso y el que más consulta. En relación al sexo, las mujeres presentan un porcentaje mayor de

querellas que los hombres, esto se explica porque la especialidad médica más afectada es la gineco-obstetricia, dato que coincide con las estadísticas del Colegio Médico. En relación con los especialistas y no especialistas, el 70 % de los casos por juicios por supuesta negligencia médica corresponden a los especialistas, 20% los no especialistas.

Un dato importante es el que los médicos acumulan alrededor del 80 % de estas querellas, los odontólogos el 10% y un 10% las demás profesiones de la salud (Servicio Médico Legal,2002)

El aumento explosivo de denuncias en materia de responsabilidad penal médica constituye, sin duda, un fenómeno propio de nuestros tiempos. En efecto, en nuestro país sólo en el año 2005 el Servicio Médico Legal recibió un total de 309 casos nuevos por negligencia médica, de los cuales 239 pertenecen a la salud pública, mientras que 70 a la salud privada. De los informes evacuados por los peritos médicos legales se ha concluido que en un 12,63% de los casos el diagnóstico o tratamiento se apartó de la normas de la especialidad (*lexartis*), un 1,71% de los mismos incurrió en responsabilidad institucional, mientras que en un 2,05% existió responsabilidad institucional y del equipo de salud. En contraste, se estimó que un 78,50% no infringió la *lexartis* medica, mientras que en un 5,12% no se pudo tener un informe pericial concluyente. Lo anterior se confirma con las cifras proporcionadas por el Instituto Médico Legal, las que registran un incremento en un 415% en el número de casos ingresados a pericia médica por demandas de mala praxis en el periodo comprendido entre los años 1991 y 2001, lo cual fue ratificado por estadísticas de FALMED del año 2001, revelándose, sin embargo, que en un 85% de los casos los resultados fueron favorables para los médicos.

En otros países, el fenómeno es de similares características. En el Reino Unido un estudio concluyó que si bien la tasa de condena durante las últimas dos décadas era del orden del 30%, el número de médicos acusados por homicidio culposo había sufrido un incremento dramático. Así, se señala que la Fiscalía de la Corona acusa a demasiados médicos, incluso conforme a sus propias pautas y metas de gestión.

Últimamente han aparecido equipos de abogados especialistas en el área de la responsabilidad médica que se dedican a defender a los pacientes que se sienten perjudicados en su salud por una posible negligencia médica (Carrasco P., 2005)

RECOMENDACIONES LEGALES Y FORMAS DE PREVENCIÓN

El estudio y análisis de la problemática de demandas y querellas contra profesionales de salud no debe reducirse a la enunciación de problemas, sino más bien concretarse en soluciones como protocolos estandarizados de procedimiento, reuniones entre profesionales de salud, legistas y académicos, consentimientos informados por especialidad y otras que minimicen el riesgo de error y permitan un mejor entendimiento de la responsabilidad del profesional en la atención.

En primer lugar es importante reconocer la diversidad de pacientes que existen y la amplia gama de patologías y presentaciones de las mismas que los afectan, por lo que es fundamental que el profesional realice una evaluación biopsicosocial del individuo afectado que permita determinar si éste está en condiciones de someterse a un tratamiento determinado. El enfoque biopsicosocial otorga la ventaja de ponderar las condiciones del paciente de forma integral e integrada en sus aspectos biológicos, psicológicos, emocionales, sociales y situacionales.

Para abordar de forma sistemática, dentro de lo posible, la diversidad de pacientes a los que se ven enfrentados los profesionales, la Sociedad Americana de Anestesiólogos en Abril del 2010 plantea la siguiente clasificación (Ricke C., 2010):

Paciente tipo 1: Individuo sano y normal

Paciente tipo 2: paciente con enfermedad sistémica leve

Paciente tipo 3: paciente con enfermedad sistémica severa

Paciente tipo 4: paciente con enfermedad sistémica severa que es una constante amenaza para la vida

Paciente tipo 5: paciente moribundo que no se espera que sobreviva sin la operación.

Paciente tipo 6: paciente con muerte cerebral cuyos órganos están siendo removidos para fines de trasplantes donativos.

Actuar de acuerdo a la clasificación anterior disminuye la posibilidad de incurrir en el error de comenzar un tratamiento sin estar preparado para hacer frente a complicaciones y riesgos resultantes. Es fundamental que, acorde a la excelencia que se espera de los profesionales, éstos identifiquen de manera certera las situaciones que no están preparados para atender y deriven de manera oportuna.

Manejo de complicaciones y emergencias

Es fundamental que el personal de salud ensaye procedimientos de reanimación y otras maniobras de emergencia, tales como permeabilización de la vía aérea, detención de hemorragias y otras. En este sentido, el Dr. Mc Carthy en el año 1973 propone una serie de pasos a seguir para enfrentar una emergencia en la consulta. La siguiente lista ha sido modificada en base a experiencia clínica (Carrasco P., 2005):

No sucumbir al pánico.

No por el hecho de presentarse una emergencia se justifica no contar con material estéril.

El profesional que recibe un paciente de emergencia de otro colega, debe saber lo que debe o no debe hacer, porque de lo contrario se puede hacer responsable, lo ideal es contar con una derivación por escrito y firmada por el colega, y realizar una ficha muy completa.

No ingresar progenitores a la consulta, porque si por cualquier motivo se produce una situación de emergencia, va a ser muy difícil solucionar el problema, y además pedir que estos abandonen la sala de atención.

Se debe considerar la sala de atención un sitio de acceso restringido.

Si la persona tratante carece de la pericia o del equipo necesario para enfrentar una emergencia o complicación, tiene la obligación de prescindir del tratamiento y enviar inmediatamente al paciente a quien corresponda.

Prudencia al informar a los familiares o acompañantes del paciente de la complicación acontecida. Se recomienda informarlo en una oficina aparte de la sala de espera. Explicar e informar a la familia lo que sucedió es lo mejor.

Despedir a los pacientes de la sala de espera, preparar una ficha completa.

Conteste a las preguntas de los familiares con mucho tino; en ningún caso guardar silencio, porque eso intriga a los familiares y refuerza las sospechas de una posible responsabilidad.

Acompañar siempre al paciente, si es necesario derivarlo a una clínica de urgencia.

Entregar los números de teléfonos donde los familiares me puedan ubicar siempre.

Tratar directamente con el médico de urgencia, y explicarle claramente lo sucedido.

Preocuparse de llamar a la clínica para conocer el estado de salud del paciente, identificándose siempre.

Visitar al paciente en la clínica para conocer directamente su evolución, pedir la información necesaria al personal de apoyo.

Frente a la sospecha de una posible querrela o demanda por parte del paciente o familiares, asesorarse inmediatamente por un abogado o la compañía de seguros.

Puede ser útil que los profesionales que trabajan en consulta cuenten con los servicios de una empresa de atención de emergencia, para así contar con personal capacitado especialmente y recursos tecnológicos más apropiados en caso de una urgencia vital. Es recomendable que se realicen simulaciones para determinar el tiempo de llegada de la atención a la consulta para manejar de mejor manera cada situación. Es importante además estar disponible las 24 horas del día para pacientes que han sufrido complicaciones o emergencias para así poder adaptarse a cualquier cambio en la situación del afectado de forma oportuna.

Sería de gran utilidad el uso de protocolos estandarizados para desarrollar tratamientos complejos, sobre todo cuando se deben otorgar en equipo, para acotar y determinar de antemano la responsabilidad legal de cada miembro del personal.

MEDIACIÓN EN SALUD

En la Odontología ningún tratamiento es eterno, entiéndase que los resultados en el tiempo han mejorado bastante con los años pero a pesar de todo las restauraciones, implantes, prótesis tienen un periodo de vida útil. Los fracasos en los tratamientos es lo más difícil de explicar a un paciente, debido a que actualmente las exigencias son muy altas y los resultados se esperan que sean perfectos. Muchas veces los fracasos son más por falta de cuidado de los pacientes que de las habilidades del odontólogo. Por lo tanto, es muy importante que el profesional de la salud sea muy claro en las indicaciones finalizado el tratamiento y la realización de controles para evitar reclamos y mejorar la relación médico paciente.

Actualmente la atención en salud se desarrolla bajo equipos de trabajos lo que genera bastantes beneficios en la calidad y tasa de éxito del tratamiento. Pero de manera no intencional el paciente se ve afectado muchas veces por una falta de comunicación. El hecho de que trabajen varios profesionales juntos o desfasados en el tiempo, con grupos de apoyo médico diversos ha producido que la determinación de la responsabilidad se disperse en este grupo de trabajo. Eso provoca que las situaciones conflictivas no sean muy claras con el paciente y esto sumado a las

complicaciones propias del acto médico u odontológico puede redundar en una disconformidad por parte de este.

Actualmente las personas presentan poca tolerancia a los tiempos de espera en la atención pública. Lo anterior se agrava en la atención asistencial en servicios estatales de alta demanda, como los hospitales, porque éstos presentan una gran cantidad de beneficiarios, generándose poco tiempo para dedicarle a una persona que requiere atención. Las altas expectativas de los pacientes respecto a la atención sumado al acceso a la información médica condiciona la relación médico paciente, debido a que este cuestiona el diagnóstico, tratamiento a recibir, indicaciones, etc.

Una manera de evitar las querellas y demandas es a través de una mediación por un ente externo, esta es voluntaria y dependiendo del sistema de salud del paciente va a depender el sistema de salud que la acoja. Para este efecto los pacientes atendidos por privados deben realizar su mediación previa querrella o demanda ante la Superintendencia de Salud, Sub Secretaría de Salud o Seremi de salud regional. Para aquellos atendidos de manera pública, el Consejo de Defensa del Estado le corresponde hacer la mediación. Esta diplomacia entre el profesional y el paciente no es otra cosa que una instancia previa a los procesos legales que puede realizar la persona atendida pero ayudan de arbitraje para solucionar los problemas entre las partes y así poner fin a un conflicto que de otra manera se complica bastante. Es importante mencionar que en esta mediación el profesional puede ofrecer sus servicios para llegar a un acuerdo reparatorio sin mediar el dinero.

Dicha mediación se realiza en la oficina del mediador, quien solicitará los antecedentes e intentará que las partes lleguen a un acuerdo que evite un proceso judicial (Carrasco P., 2005).

De no llegarse a acuerdo las partes quedan en libertad de acción y en este caso el paciente puede presentar una querrella o demanda por presunta negligencia médica.

Según el proyecto de ley aprobado en el Congreso el 20 de Diciembre del 2011 en su artículo 37, establece que: "Sin perjuicio del derecho de las personas a reclamar ante las diferentes instancias o entidades que determina la normativa vigente, toda persona tiene derecho a reclamar el cumplimiento de los derechos que esta ley le confiere ante el prestador institucional, el que deberá contar con una dependencia y con personal especialmente habilitados para este efecto, quienes deberán adoptar las medidas que procedan para la acertada solución de las irregularidades que sean detectadas.

Si la persona estimare que la respuesta no es satisfactoria o que no se han solucionado las irregularidades, podrá recurrir ante la Superintendencia de Salud".

Un reglamento regulará el procedimiento a que se sujetarán los reclamos; el plazo en que el prestador deberá comunicar una respuesta a la persona que haya efectuado el reclamo por escrito; el registro que se llevará para dejar constancia de los reclamos, y las demás normas que permitan un efectivo ejercicio del derecho a que se refiere este artículo.

Asimismo, las personas tendrán derecho a requerir, alternativamente, la iniciación de un procedimiento de mediación, en los términos en que está establecido por la ley N° 19.966 y sus normas complementarias”

Cabe destacar que según el Artículo 38 de este mismo proyecto, establece que: “Corresponderá a los prestadores públicos y privados dar cumplimiento a los derechos que esta ley consagra a todas las personas. En el caso de los prestadores institucionales públicos, deberán, además, adoptar las medidas que sean necesarias para hacer efectiva la responsabilidad administrativa de los funcionarios, mediante los procedimientos administrativos o procesos de calificación correspondientes.

La Superintendencia de Salud, a través de su Intendencia de Prestadores, controlará el cumplimiento de esta ley en los prestadores de salud públicos y privados, recomendando la adopción de medidas necesarias para corregir las irregularidades que se detecten.

En el caso de que ellas no sean corregidas dentro de los plazos fijados para este efecto por el Intendente de Prestadores, éste dejará constancia de ello en un lugar visible para conocimiento público, dentro del establecimiento de que se trate.

Si transcurrido el plazo que fijare el Intendente de Prestadores para la solución de las irregularidades, el que no podrá ser inferior a dos meses, y el prestador no cumpliera la orden, sancionará al prestador con una multa a beneficio fiscal de hasta 100 unidades tributarias mensuales, pudiendo repetirse esta sanción cada dos meses si el prestador insiste en no reparar la situación que origina la sanción de la autoridad.

De las sanciones aplicadas, el prestador podrá interponer, dentro del plazo de cinco días hábiles, un recurso de reposición ante el Intendente de Prestadores; en subsidio, podrá interponerse el recurso jerárquico. Rechazada total o parcialmente una reposición, se elevará el expediente al Superintendente de Salud si junto con ésta se hubiere interpuesto subsidiariamente el recurso jerárquico”.

GESTIÓN DE RIESGO SANITARIO

Existen unidades en el sistema público que se dedican a estudiar y evaluar el riesgo legal y sanitario de la prestación del servicio de salud. Esta evaluación permite reconocer las posibles debilidades y áreas más sensibles que mantienen en un alto nivel de riesgo de demanda a la institución, sus profesionales y prestadores directos del servicio.

Una vez reconocidas las áreas sensibles, es posible realizar los cambios y mejoras que permitan acotar al mínimo este tipo de situaciones. Se realiza un estudio de la forma en que la institución o Servicio está entregando las prestaciones desde el punto de vista legal y sanitario, para que de esta manera una vez determinada las áreas o procedimientos más riesgosos entregar las recomendaciones y cambios a implementar. Una consecuencia de todo lo anterior es la mejora de las prestaciones, calidad de la atención y satisfacción del paciente.

La gestión de riesgos es un conjunto de acciones que si bien no van a impedir que estos eventos adversos se produzcan, tratarán de agotar las posibilidades de su ocurrencia dentro de costos que sean sostenibles.

Los eventos adversos tienen que traducirse en información útil que pueda anticiparlos y prevenirlos en el futuro.

OFICINA DE INFORMACIÓN RECLAMOS Y SUGERENCIAS

En el marco de las nuevas relaciones entre el Estado y sociedad, a partir de los años '90, la calidad de los servicios se constituye en un componente clave que puede vincular la participación funcional con la participación ciudadana. Las oficinas de información, reclamos y sugerencias, OIRS constituyen la puerta de entrada al Sistema Público y la primera posibilidad de ejercicio de los derechos ciudadanos. La relación entre los usuarios externos y los servicios públicos es un proceso de interacción complejo dada la diversidad de intereses, preocupaciones, formas de enfrentar las necesidades y relación con las instancias de poder.

Un cambio en las relaciones de poder entre usuarios y servicios públicos supone la existencia de ciudadanos alertas, informados, activos, con motivación y capacidad para influir en la definición de los servicios y sus características; y por otro lado, agentes públicos dispuestos a considerar la opinión de los usuarios externos en la medida que esta contribuye a una mayor pertinencia y adecuación de los servicios a

las necesidades de los usuarios externos.

En este marco político, el Ministerio de Salud, sus instituciones autónomas y la red de servicios de salud asumen el compromiso de crear las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias con vistas a la instalación de un modelo integral de atención de usuarios para el sector Salud.

Las OIRS son una instancia que permite a los usuarios de los Centros de Salud informarse sobre sus deberes y derechos, de manera de facilitar el acceso a la información sobre el funcionamiento del respectivo Centro y las distintas prestaciones otorgadas en cada uno de ellos. Cada OIRS cuenta con un operador que es la persona encargada de la atención directa de los usuarios, y con un Coordinador técnico, quien debe supervisar técnicamente las acciones desarrolladas por la OIRS, así como también monitorear la satisfacción usuaria.

Mirando a más largo plazo se pretende que los usuarios sean atendidos de la misma manera en cualquier repartición pública, mostrando una unidad en la forma en que el Gobierno comunica sus servicios, programas sociales, beneficios y prioridades.

La labor de la OIRS se rige por la Ley N° 19.880 y el Instructivo Presidencial N° 4 de 2003 que establecen las bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la administración del Estado y su relación con los espacios de atención a los usuarios/as.

Ésta regula la relación de las instituciones públicas con las personas, promoviendo sus derechos, garantizando su defensa y resguardando sus intereses; transparenta los procedimientos y plazos de tramitación de las solicitudes; y garantiza a las personas la igualdad de oportunidades y acceso no discriminatorio a los servicios públicos. Dentro de las solicitudes que se reciben se encuentran de tipo de solicitud, sugerencia, consulta, felicitaciones, denuncia, y reclamo.

Dentro de los plazos definidos por la ley de procedimientos administrativos para responder la solicitud recibida:

Los servicios públicos tienen un plazo máximo de 20 días hábiles para responder al usuario (a) sobre su reclamo o solicitud realizada. Esta respuesta puede contener información sobre el avance en el proceso de gestión o bien sobre la respuesta definitiva.

En caso de reclamos o sugerencias referidas al Plan AUGE, el plazo de respuesta es en general de 48 horas hábiles para que el establecimiento informe de la gestión y 15 días hábiles para que den una respuesta resolutive.

En el caso que la solicitud haya motivado un sumario o investigación administrativa, el plazo máximo para enviar la decisión definitiva al ciudadano, no podrá exceder de 180 días.

Categorización de reclamos

Los reclamos establecidos en las OIRS se adjuntan en una planilla durante cada año, a partir del año 2008 estos datos se registran en forma electrónica lo que facilita el acceso a la información.

Estos datos se encuentran agrupados:

Folio: información detallada del reclamo, corresponde a un documento entregada en la OIRS al paciente donde se completa la identificación de la institución receptora, del ciudadano afectado (información personal), del solicitante (persona natural o persona jurídica), institución a la que se dirige la solicitud, y la descripción de la solicitud ciudadana. Además el solicitante escoge la forma de entrega de la información solicitada, ya sea correo certificado, electrónico o presencial.

Fecha: día, mes y año.

Reclamante: persona que efectúa el reclamo.

Nombre del afectado: sujeto perjudicado.

Rut

Origen: lugar donde se efectúa el reclamo.

Tipo solicitud: resumen del reclamo.

Derivado a: persona a la cual es derivado el afectado. Ejemplo Director servicio, doctor, secretaria, etc.

Estado: resuelto o derivado.

Observaciones: agradecimientos o estados de gestiones realizadas.

DEPARTAMENTO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Su misión es la de incorporar la gestión participativa en la red pública de salud y estimular la participación social y el control ciudadano en salud. Lo anterior a través del diseño y desarrollo de una política de participación, de manera de generar respuestas adecuadas de la red de servicios de salud a las necesidades y expectativas de la población. Todo en un marco de equidad y de respeto por los derechos y deberes de las personas. Los beneficiarios del Servicio de Salud en éste caso pueden participar de manera activa mediante la posibilidad de realizar Reclamos, Felicitaciones, Sugerencias y/o Solicitudes respecto a la atención brindada por el personal de salud, personal administrativo y médico u odontólogo responsable. También ante la no atención o demora para agilizar el proceso o bien un reclamo. Mediante esta actividad que se realiza directamente en la OIRS, el beneficiario obtiene una respuesta y/o solución y a la vez a la red de Salud le permite llevar un registro y determinar falencias para mejorar el servicio (Participación ciudadana SSVSA, 2012).

III. OBJETIVOS

General

Analizar y categorizar los reclamos efectuados en la base de datos de la OIRS en proporción a la totalidad de reclamos por prestaciones de salud, en recintos dependientes del SSVSA.

Específicos

Describir la gestión de reclamos por parte de la OIRS del SSVSA

Establecer frecuencia de género y motivo de los reclamos.

Caracterizar los reclamos odontológicos por tipo, ya sea clínico o administrativo.

Analizar la progresión en el tiempo de los reclamos odontológicos desde el año 2008 al 2011 y primer semestre de año 2012.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

Pregunta de Investigación

¿Tiene un impacto disuasivo determinante en la responsabilidad legal profesional, el actuar de la OIRS del Servicio De Salud Valparaíso San Antonio respecto a los reclamos de los paciente?

Variables

Las definiciones conceptuales de las variables se presentan en la tabla I, mientras que las definiciones operacionales, unidad de medida y clasificación en la tabla II.

Variable	Definición conceptual
Año	Fecha en la cual se efectúa el reclamo que se encuentra registrado en la planilla de este
Sexo	Género masculino o femenino de la persona según sus características biológicas
Tipo de reclamo	Clasificación o diferenciación de los reclamos en el área de la atención en salud, pudiendo pertenecer al estamento administrativo o clínico
Profesional	Persona que ejerce una profesión o actividad
Motivo del reclamo	Fundamento o razón del reclamo, puede producirse por razones como largos periodos de espera, relaciones interpersonales inadecuadas, poca aceptación al tratamiento por parte del paciente o como un tratamiento fallido que no solucionó un problema
Resolución	Solución de un problema

Tabla I. Definiciones conceptuales.

Variable	Definición operacional	Unidad de Medida	Tipo
Año	Fecha de la planilla	2008, 2009, 2010, 2011 y primer semestre 2012	Cualitativa nominal
Sexo	Características biológicas que definen el género	Hombre o mujer	Cualitativa dicotómica
Tipo de reclamo	Categorización del reclamo en base a qué área de la atención pertenece	Administrativo, clínico o inespecífico	Cualitativa nominal
Profesional	Categorización perteneciente a que persona fue dirigida el reclamo	Odontólogo o auxiliar, funcionario, y otros o inespecífico	Cualitativa nominal
Motivo del reclamo	Categorización de la causa del reclamo	Demora en atención, disconformidad, trato, fracaso, inespecífico	Cualitativa nominal
Resolución	Estado actual del reclamo en la planilla	Resuelto, derivado o inespecífico	Cualitativa nominal

Tabla II. Variables, definición operacional, unidad de medida y tipo.

Diseño del estudio

Estudio exploratorio, descriptivo, con recolección retrospectiva de datos.

Población objetivo

Beneficiarios de la red de prestadores de salud de Valparaíso pertenecientes al SSVSA

Población en Estudio

Personas atendidas que reclaman en el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (SSVSA).

Muestra

No se realiza un muestreo, se trabajara con la totalidad de los registros de reclamos generados en SSVSA durante los años 2008-2009-2010-2011 y primer semestre del año 2012.

Unidad de Estudio

Corresponde a los reclamos odontológicos efectuados por los pacientes atendidos en el SSVSA durante los años 2008-2009-2010-2011 y primer semestre del año 2012.

Criterios de Inclusión

Reclamos del SSVSA registrados en folios de papel.

Reclamos del SSVSA registrados en la planilla electrónica.

Felicitaciones odontológicas registradas en el SSVSA.

Solicitudes odontológicas registradas en el SSVSA.

Criterios de Exclusión

Reclamos, felicitaciones y solicitudes efectuados en la OIRS del SSVSA que no dependan administrativamente de este servicio.

Recolección de datos

Esta recolección se realizó a través de las planillas electrónicas y folios de papel que se encontraban en la OIRS del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. Se obtuvieron 784 registros, de los cuales 582 se encontraban de forma manual y 202 en la planilla electrónica online. Esto ocurre así debido a que en el año 2010 se implementa el sistema de registro online pero a contar del 1 de Enero del 2011 se hace el cambio oficial de la manera de hacer el registro.

Procesos necesarios para el desarrollo de la recolección fueron la emisión de una declaración jurada ante notario de confidencialidad de datos, permiso del SSVSA para tener acceso a las planillas electrónicas de las OIRS junto con sus folios, y asesorías legales respecto a responsabilidad civil profesional en salud. Una vez realizadas estas acciones, los datos recolectados fueron tabulados y categorizados en una planilla Excel 2007. Para observar como son los folios y la planilla electrónica ver anexos.

Análisis estadístico

De acuerdo a las características de esta investigación de tipo exploratoria se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante texto, gráficos y tablas dinámicas. No se realizaron pruebas de significancia.

El programa usado es Excel 2007, la forma de tabular los datos fue mediante tablas de frecuencias y asociaciones.

V. Resultados

Resultados generales.

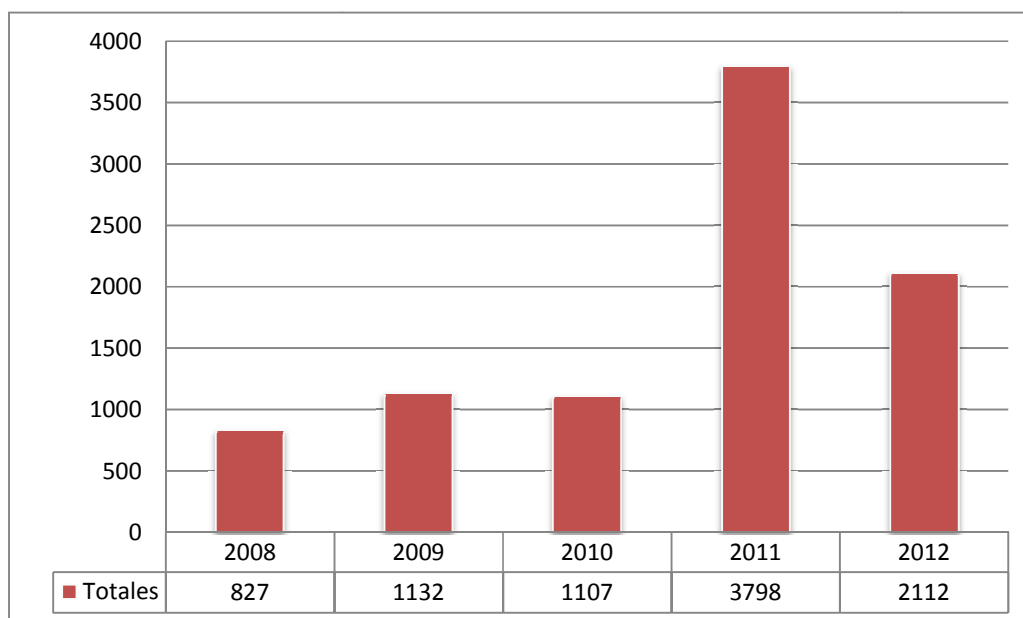


Figura 1. Participación ciudadana expresada en frecuencia absoluta de reclamos en el área de salud del SSVSA por año.

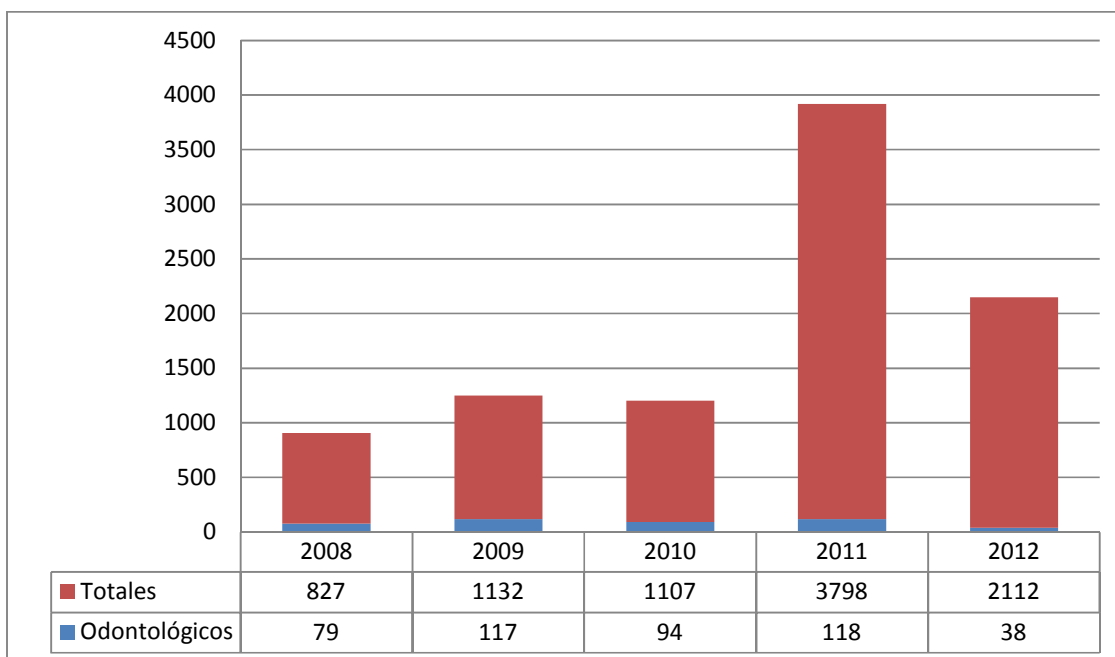


Figura 2. Participación ciudadana expresada en frecuencias absolutas de reclamos generales vs los odontológicos por años.

En la Figura 1 se muestra el total de reclamos del área de salud por año, para el año 2012 solo se considero el primer semestre, es decir, del 1 de Enero hasta el 30 de Junio. La sumatoria de las frecuencias absolutas es de 8976. Al evaluar individualmente los años 2009 y 2010 son muy similares con un 12,61% y 12,33% respectivamente. El 2011 es muy superior en cantidad, equiparando un 42,31% del total. Analizando el primer semestre del año 2012, se puede realizar una progresión estimada cercana a los 4000 reclamos. Otro punto importante a considerar es que el primer semestre del 2012 corresponde a un 23,52% del total, muy similar a la suma de los años 2009 y 2010 (24,94%).

Observando la Figura 2 se puede observar la baja cantidad de reclamos odontológicos con respecto al total del área de salud, estos son 446, es decir, un 4,97%. La frecuencia absoluta de reclamos odontológicos es relativamente similar en todos los años. Al analizar la proporción de reclamos odontológicos vs los totales en cada año, se puede decir que en los años 2008-2009 y 2010 los reclamos de odontología se encontraban cercanos al 10% del total de cada año. En cambio, para el año 2011 estos corresponden a un 3%, y si se hace una estimación relativa para cuando finalice el año 2012, también se encontraría superior a un 3%.

Años	Reclamos	%	Solicitud	%	Felicitación	%	Total general
2008	79	62%	17	13%	32	25%	128
2009	117	60%	25	13%	54	28%	196
2010	94	36%	22	9%	142	55%	258
2011	118	82%	0	0%	26	18%	144
2012	38	66%	0	0%	20	34%	58
Total general	446	57%	64	8%	274	35%	784

Tabla III. Participación ciudadana expresada en frecuencias relativas y absolutas de reclamos, solicitudes y felicitaciones odontológicos clasificados por año.

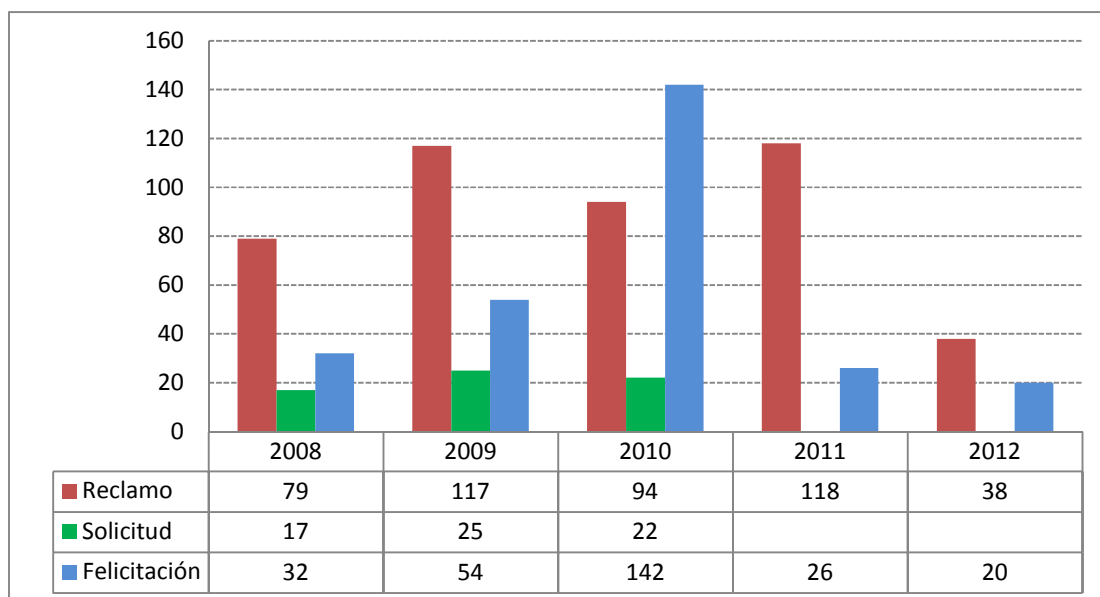


Figura 3. Distribución de reclamos, solicitudes y felicitaciones por año en frecuencias absolutas.

En la Figura 3 y la tabla III se observan las frecuencias absolutas de reclamos, solicitudes y felicitaciones odontológicas durante el año 2008 al primer semestre del 2012. Los reclamos son variables en todos los años pero el 55% de las felicitaciones se concentran en el año 2010. Estas felicitaciones de ir en aumento al año 2012, disminuyen drásticamente al año 2011. Las solicitudes se observan sólo en el año 2008 al 2010 para desaparecer en el 2011 y 2012.

Resultados por tipo de reclamo.

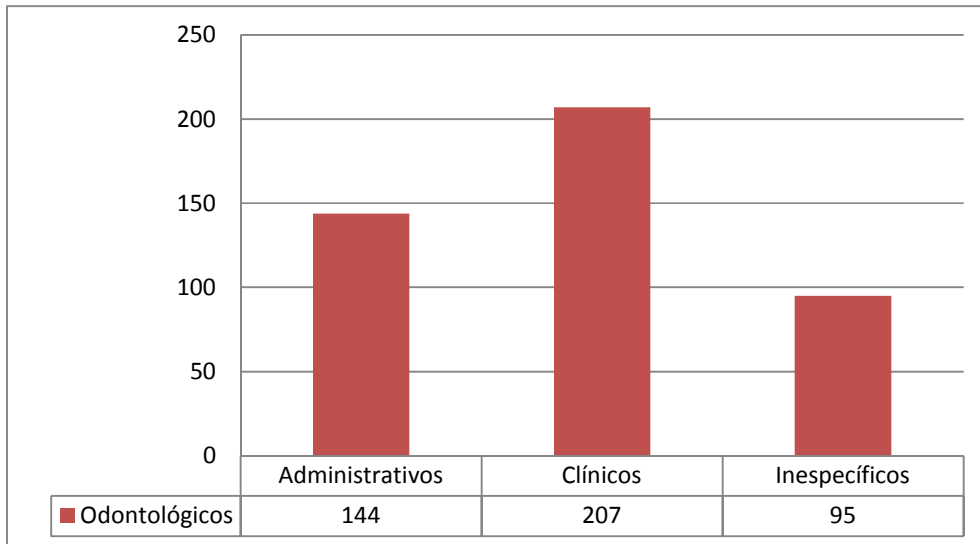


Figura 4. Distribución por tipo de los reclamos odontológicos totales en frecuencias absolutas.

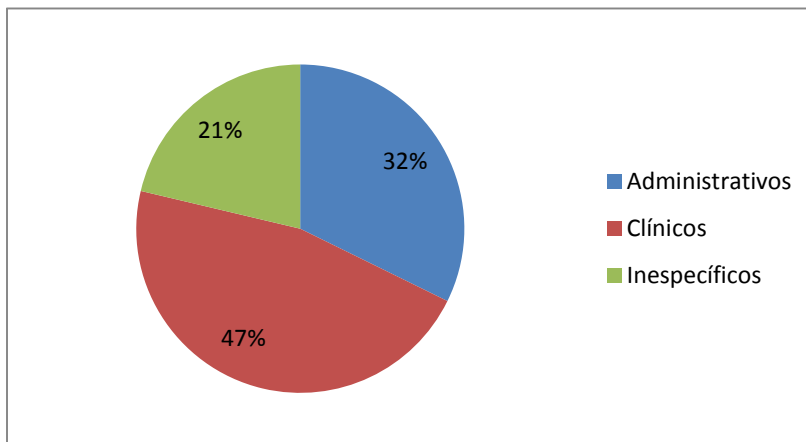


Figura 5. Distribución por tipo de los reclamos odontológicos totales en frecuencias relativas.

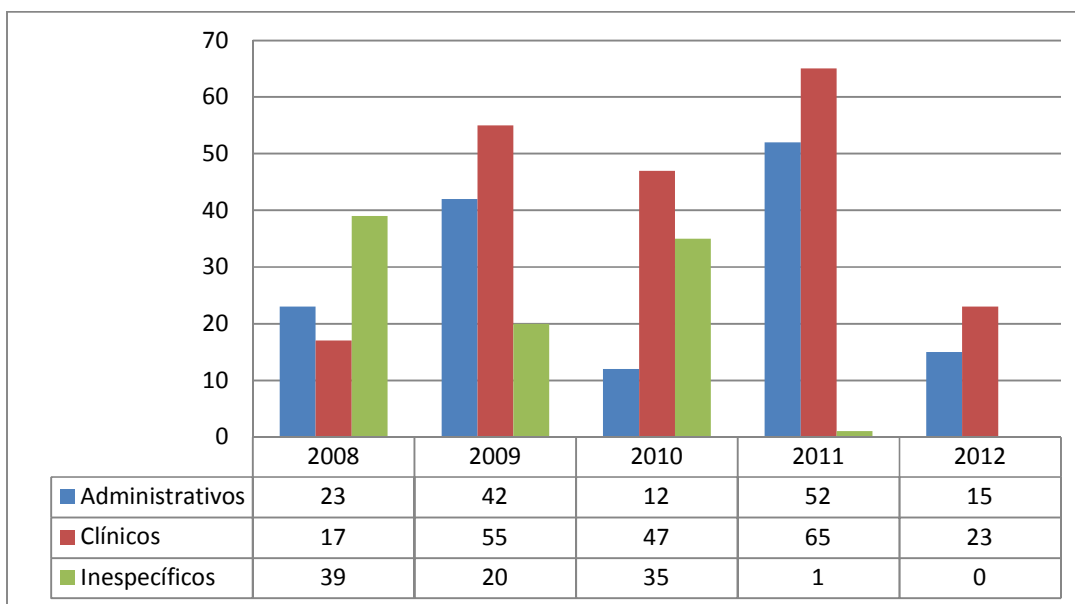


Figura 6. Distribución de reclamos totales odontológicos clasificados por tipo y año en frecuencias absolutas.

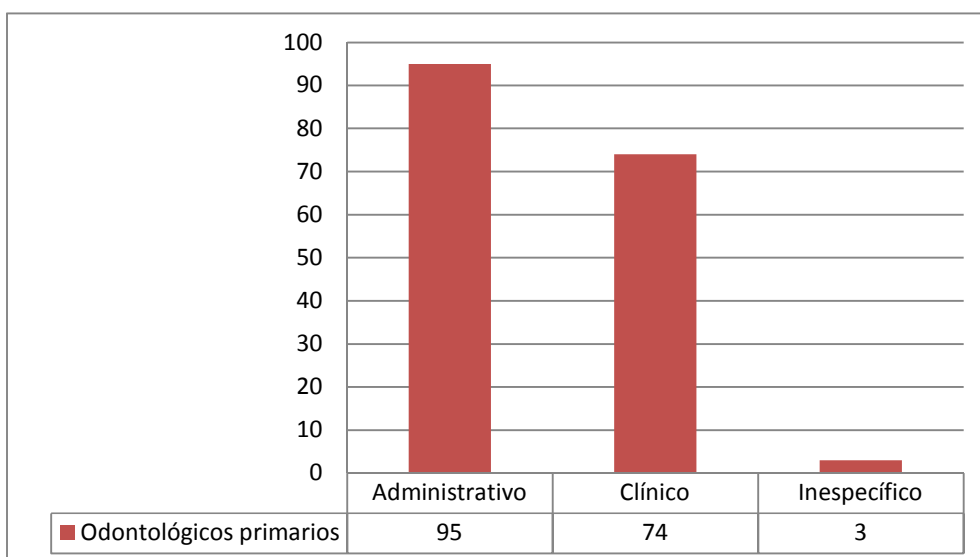


Figura 7. Clasificación en frecuencias absolutas del total de reclamos efectuados en atención primaria por tipo.

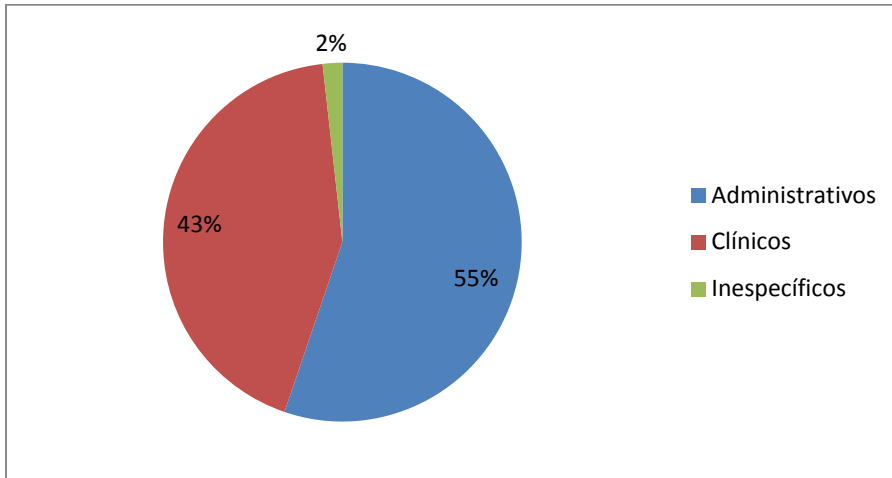


Figura 8. Clasificación del total de reclamos efectuados en atención primaria por tipo en frecuencias relativas.

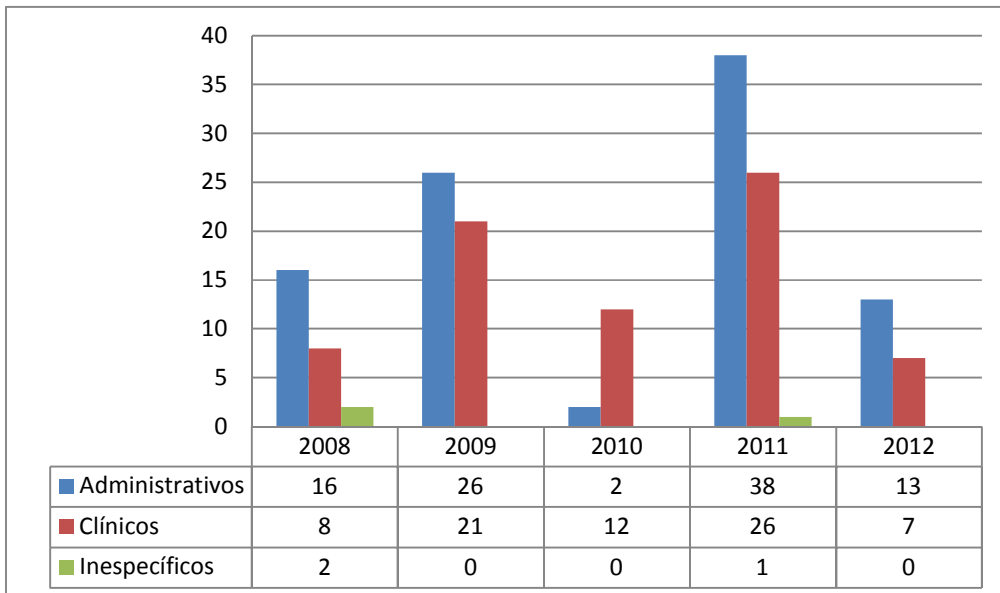


Figura 9. Distribución de reclamos odontológicos en atención primaria clasificados por tipo y año en frecuencias absolutas.

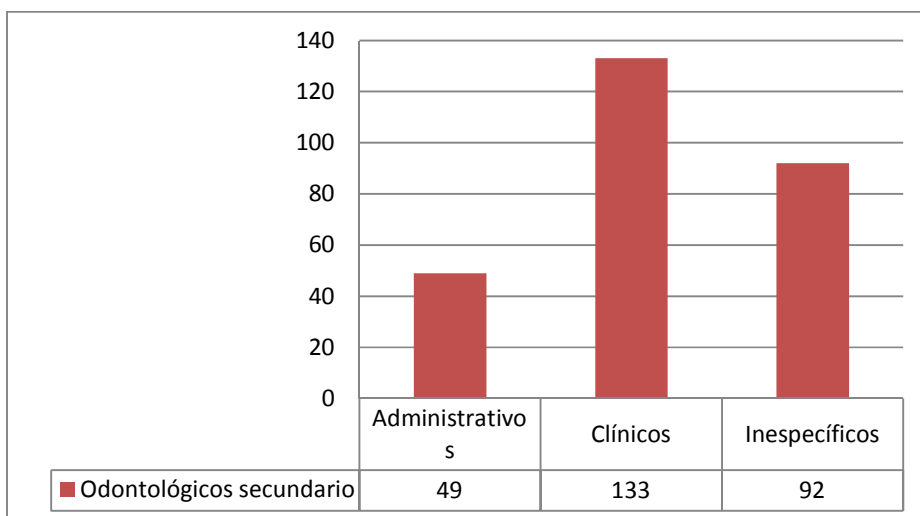


Figura 10. Clasificación de reclamos totales efectuados en atención secundaria por tipo en frecuencia absoluta.

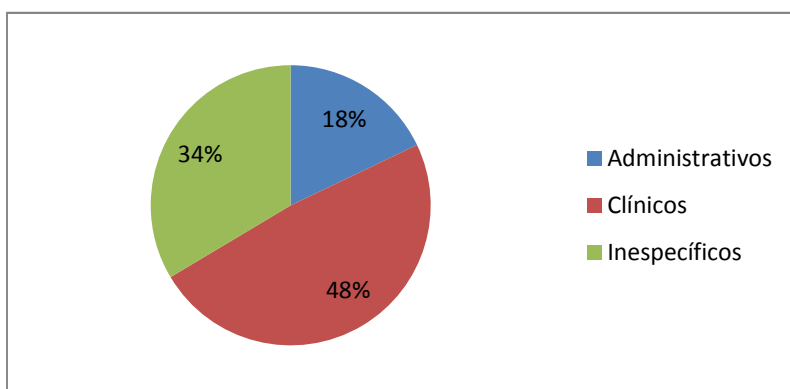


Figura 11. Clasificación de reclamos totales efectuados en atención secundaria por tipo en frecuencia relativa.

En las Figuras 5, 8 y 11 se observa la clasificación por tipo de reclamo efectuado en frecuencias relativas, en la Figura 5 los reclamos clínicos son los de mayor frecuencia con un 47%. Sin embargo, como se muestra en la Figura 8, en atención primaria la mayor cantidad de reclamos son administrativos, seguidos por los clínicos pero no muy distintos en cuanto a porcentaje, 33 y 55% respectivamente. En la atención secundaria esto se invierte, como se muestra en la Figura 11, los clínicos son predominantes con un 48% y los administrativos sólo poseen un 18% del total.

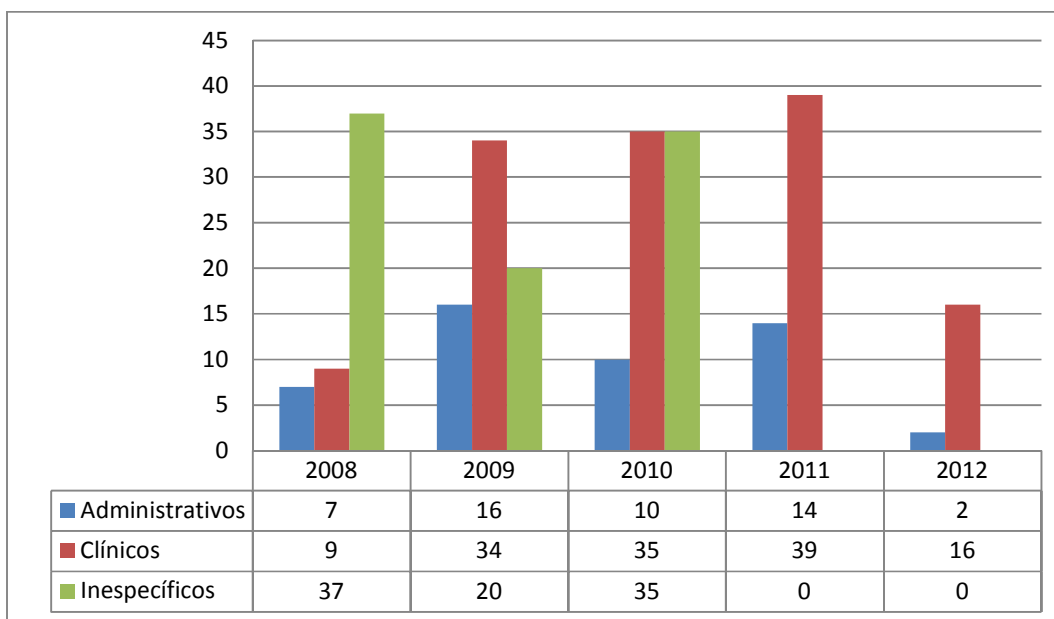


Figura 12. Distribución de reclamos odontológicos en atención secundaria clasificados por tipo y año en frecuencias absolutas.

Al observar el gráfico 6, el tipo de reclamo es muy variable en todos los años, pero los inespecíficos desaparecen en el año 2011 y el primer semestre del 2012. En el gráfico 9 se encuentran dos cosas interesantes, en primer lugar la proporción reclamos administrativos y clínicos es bastante similar en todo los años a excepción del 2010, donde hay una disminución importante respecto a la cantidad de estos y se invierten las proporciones. La segunda nota es que hay pocos reclamos categorizados en el tipo inespecífico. Respecto al gráfico 12, en la atención secundaria se encuentran muchos reclamos inespecíficos que desaparecen durante el año 2011 y el primer semestre del 2012, los reclamos clínicos han aumentando año a año a contar del 2008 al 2011.

Resultados por sexo y motivo del reclamo

	Disconformidad	Fracaso	Trato	Demora en Atención	en Inespecífico	Total general
Mujer	88	3	54	51	86	282
Odontólogo	46	3	20	38	10	117
Funcionarios, Auxiliares y Otros	42		34	13	76	165
Hombre	39		21	56	48	164
Odontólogo	18		4	44	4	70
Funcionarios, Auxiliares y Otros	21		17	12	44	94
Total general	127	3	75	107	134	446

Tabla IV. Total de reclamos odontológicos a contar del año 2008 al primer semestre del año 2012 clasificados en hombre y mujer, a quién está dirigido el reclamo (odontólogos o funcionarios, auxiliares y otros), y el motivo por el cual fue efectuado el reclamo en frecuencias absolutas.

En la tabla IV se muestra que las mujeres presentan una mayor cantidad de reclamos que los hombres. Estos distribuidos mayormente al personal auxiliar y funcionarios. Las mujeres superan en todos los motivos a los hombres menos en el de demora en atención. Es importante mencionar que el motivo demora en la atención se presenta en mayor cantidad en los odontólogos, mientras que el trato es mayor en los funcionarios y auxiliares, en lo que se refiere a disconformidad los datos se presentan similares. Hay una gran cantidad de reclamos inespecíficos referentes a los funcionarios y auxiliares.

	Demora en Atención	%	Disconformidad	%	Fracaso	%	Trato	%	Inespecífico	%	Total general
Odontólogo	82	44	64	34	3	2	24	13	14	7	187
Funcionarios, Auxiliares	25	10	63	24	0	0	51	20	120	46	259
Total general	107	24	127	28	3	1	75	17	134	30	446

Tabla V. Total de reclamos odontológicos clasificados por motivo y profesional en frecuencias absolutas y relativas.

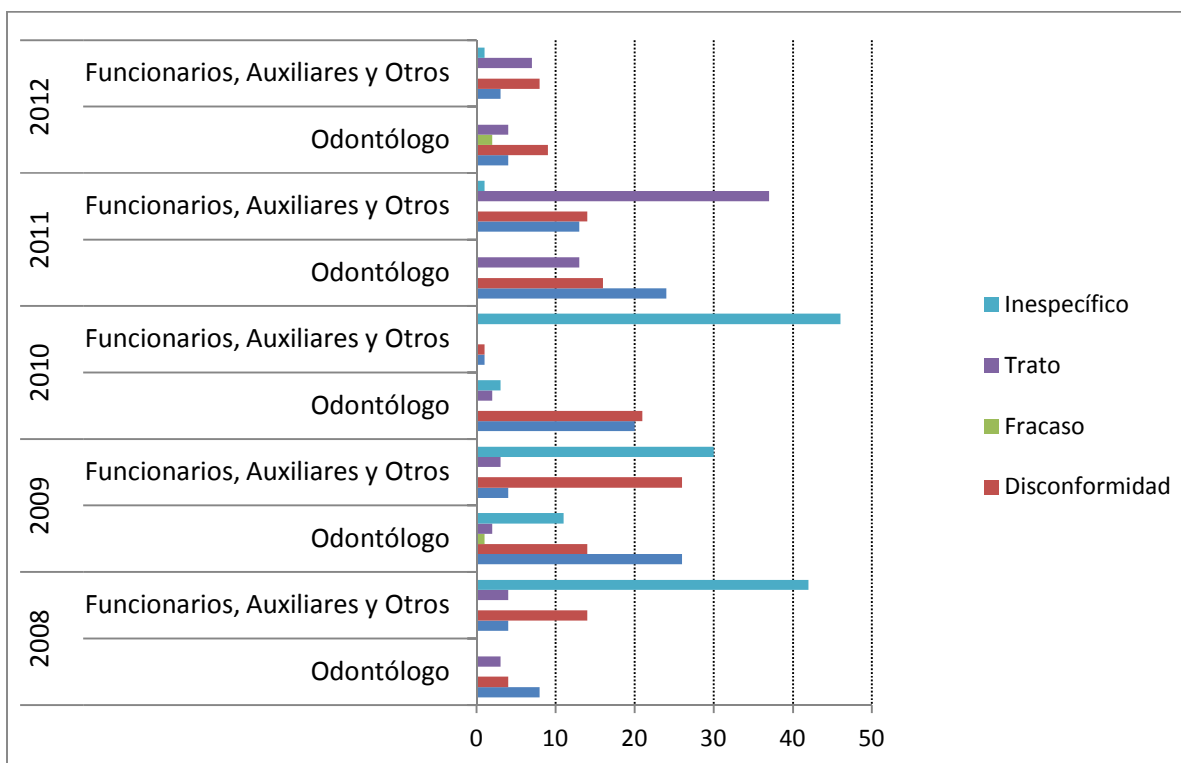


Figura 13. Distribución del total de reclamos por motivo y profesional en años.

En la Figura 13 los odontólogos en lo que se refiere a la cantidad de reclamos estos son bajos en el año 2008 y el primer semestre del 2012 mientras que, en los años 2009, 2010, 2011 tienden a crecer y mantenerse bastante similares durante este periodo. Referido al fracaso es muy escaso y solo presente en los años 2009 y 2012. Hay muy pocos inespecíficos en todos los años y con respecto al trato este se mantiene en un nivel bajo y similar en los años 2008, 2009, 2010, y el primer semestre del 2012, solo en el año 2011 se dispara. En relación a los funcionarios, la demora en la atención es la que se presenta en menor cantidad, la disconformidad es muy variable en todos los años. Referido a los reclamos inespecíficos, estos se presentan en una alta cantidad y frecuencia pero solo hasta el año 2010, durante el 2011 y 2012 ya no están presentes. El trato se encuentra en una baja frecuencia en todo los años pero durante el 2011 se dispara para volver a disminuir abruptamente durante el primer semestre del 2012.

	Odontólogo	%	Funcionarios, Auxiliares y Otros	%	Total general
2008	15	19%	64	81%	79
Demora en					
Atención	8	10%	4	5%	12
Disconformidad	4	5%	14	18%	18
Trato	3	4%	4	5%	7
Inespecífico		0%	42	53%	42
2009	54	46%	63	54%	117
Demora en					
Atención	26	22%	4	3%	30
Disconformidad	14	12%	26	22%	40
Fracaso	1	1%		0%	1
Trato	2	2%	3	3%	5
Inespecífico	11	9%	30	26%	41
2010	46	49%	48	51%	94
Demora en					
Atención	20	21%	1	1%	21
Disconformidad	21	22%	1	1%	22
Trato	2	2%		0%	2
Inespecífico	3	3%	46	49%	49
2011	53	45%	65	55%	118
Demora en					
Atención	24	20%	13	11%	37
Disconformidad	16	14%	14	12%	30
Trato	13	11%	37	31%	50
Inespecífico		0%	1	1%	1
2012	19	50%	19	50%	38
Demora en					
Atención	4	11%	3	8%	7
Disconformidad	9	24%	8	21%	17
Fracaso	2	5%		0%	2
Trato	4	11%	7	18%	11
Inespecífico		0%	1	3%	1
Total general	187	42%	259	58%	446

Tabla VI. Distribución de reclamos odontológicos por año, motivo y tipo de profesional en frecuencias absolutas y relativas.

Resultados por solución al reclamo.

En la tabla VII se presenta el estado en el cual se encuentra el reclamo y el motivo por el que fue realizado. Cabe destacar la gran cantidad de reclamos resueltos, equivalentes al 78% del total (gráfico 14). Solo el 10% del total de reclamos fueron categorizados de inespecíficos lo que equivale a un porcentaje pequeño en comparación al total.

Rótulos de fila	Disconformidad	Fracaso	Tratamiento	Demora en Atención	en Inespecífico	Total general
derivado	17	1	5	17	13	53
resuelto	100	2	56	73	118	349
Inespecífico	10		14	17	3	44
Total general	127	3	75	107	134	446

Tabla VII. Distribución del total de reclamos clasificados por estado en que se encuentra este, si fue derivado, resuelto o inespecífico y por el motivo realizado en frecuencias absolutas.

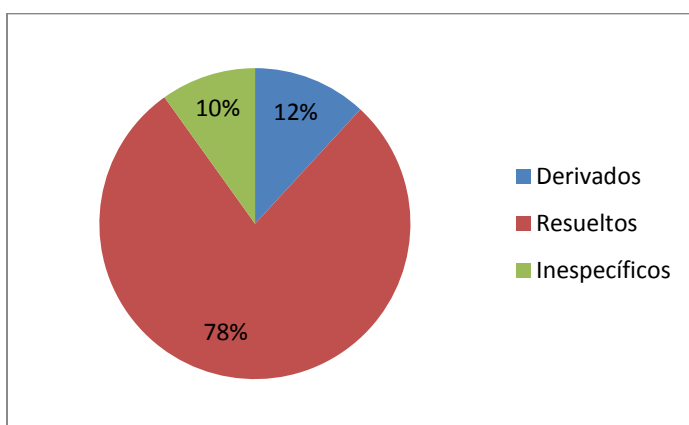


Figura 14. Total de reclamos odontológicos clasificados en solución por frecuencias relativas.

VI. DISCUSIÓN

El presente estudio se desarrolló con el fin de analizar y categorizar los reclamos efectuados en la base de datos de la OIRS en proporción a la totalidad de reclamos por prestaciones de salud en recintos dependientes del SSVSA.

Hoy en día los pacientes en general están cada vez más informados y consientes de sus deberes y derechos en Salud. La Red de Salud los invita a participar mediante la formulación de Reclamos, Felicitaciones, Solicitudes y Sugerencias, lo que permite dar una respuesta o solución a los beneficiarios y mejorar el servicio, generándose una retroalimentación positiva de la información.

Para disminuir variables o errores se tomaron todas las precauciones necesarias en cuanto a la recopilación y clasificación de los reclamos. Esto deja como máximo responsable de los resultados obtenidos la forma en que la OIRS clasifica los reclamos en su base de datos.

Es importante hacer notar cómo han aumentado los reclamos en el área de la salud paulatinamente en los años, partiendo en el año 2008 con 827 y llegar al 2011 con 3798, es decir, un aumento del 359%. Solamente en el primer semestre del año 2012 se registraron 2112 reclamos (24% del total), casi equivalente a la suma total de reclamos efectuados en los años 2009 y 2010 (25% del total). Importante es destacar que en nuestro país durante el año 2011 correspondió a un aumento en cuanto a movimientos sociales se trata, produciendo movilizaciones y paros en muchas áreas, tanto en educación, vivienda y salud. En esta etapa las personas comienzan a presentar un gran descontento por los servicios públicos y estatales lo que podría verse reflejado en el aumentado considerable en la cantidad de reclamos realizados, debido al deseo de ser escuchados y mejorar el sistema de salud.

Respecto al área odontológica, podemos decir que se encuentra mejor catalogada que el resto de las otras áreas de la salud, debido a que el total de reclamos odontológicos efectuados desde el año 2008 al primer semestre del 2012 son 446, es decir, solo un 4,73% del total. Ahora bien, es cierto que el servicio público no entrega la mejor calidad de atención odontológica porque el sistema se encuentra saturado por todos los beneficiarios y la escasez de profesionales, por lo que es de extrañar que haya tan poca cantidad de reclamos en comparación al total. Una posible explicación de esto es que los reclamos efectuados en las OIRS se encuentren mal catalogados y se esté perdiendo mucha información. La otra opción es que las OIRS efectivamente sean un excelente sistema de disuasión de reclamos al implementar soluciones rápidas y un trato muy personalizado, lo que implica que no se genere el reclamo pero si la solución.

Los reclamos odontológicos son variables en todos los años debido a que durante un año estos aumentan mientras que al siguiente se disminuyen, pero siempre manteniéndose relativamente cercanos unos de otros. Las felicitaciones fueron aumentando hasta el año 2010 para disminuir casi en un 83% al 2011. Esta disminución en las felicitaciones es muy relativa debido a que muchas veces los odontólogos se encuentran de forma transitoria en la atención primaria o por pocos periodos, entonces podría ocurrir que al irse un profesional los beneficiarios de ese servicio tarden en acostumbrarse al nuevo cirujano dentista. Otra posibilidad sería debido al fuerte movimiento de masas que ocurrió durante el 2011 que fue anteriormente mencionado.

Al realizar los análisis de los reclamos por tipo, se observa que del total de reclamos odontológicos el 47% son clínicos, 32% administrativos y 21% son inespecíficos. A pesar que los reclamos clínicos son mayoritarios sucede algo muy interesante respecto así se especifica un poco más en cuanto a qué tipo de establecimiento se efectuó el reclamo. Por ejemplo, en la atención primaria se generan más reclamos administrativos, correspondiendo a un 55 %, mientras que los clínicos son el 43% y el 2% inespecíficos. Ahora bien, en la atención secundaria esto se invierte para que los reclamos clínicos correspondan a un 48%, los administrativos 18% y los inespecíficos 34%. Estas diferencias podrían producirse debido a que en la atención primaria los procedimientos dependen mucho del estamento administrativo porque realizan la gestión para la atención, entregan los números para las urgencias y coordinan las horas. Para los establecimientos de atención secundaria en salud, estos reciben una alta cantidad de pacientes derivados de los centros de atención primarios, los tratamientos a realizar son complejos y efectuados por especialistas. La atención se hace mediante una derivación, interconsulta pertinente y programación de horas. Por lo que se podría esperar que los reclamos más prevalentes fueran los clínicos. Al observar los resultados por el tipo de reclamo y año tanto en atención primaria como secundaria se observa que se mantiene la tendencia anteriormente mencionada, salvo en el año 2010 donde en la atención primaria los reclamos clínicos fueron superiores a los administrativos.

Existen diferencias importantes en cuanto a los motivos de los reclamos efectuados y sexo. Las mujeres presentan un 63,23% de estos; mientras que, los hombres solo muestran un 36,77%. Al especificar en el motivo del reclamo, las mujeres presentan en primer lugar la disconformidad, mientras que en los hombres fue en la demora en la atención. Por último, las mujeres superan en cantidad de reclamos en todos los motivos a los hombres excepto en el demora en la atención, aunque son muy similares (56 y 51 respectivamente).

Referente al tipo de profesional al cual va dirigido el reclamo se encuentran diferencias, la mayor cantidad de estos están dirigidos al personal auxiliar,

funcionarios y otros con un 58,07%, mientras que los odontólogos presentaron un 41,93%. Al clasificar por motivo de reclamo, se puede apreciar que ambos grupos son similares en cuanto a la disconformidad, pero presentan diferencias importantes en algunos acápite. En el trato la mayor cantidad se presenta en el grupo de los funcionarios, mientras que en demora en la atención es del profesional odontólogo. Estas diferencias podrían producirse debido a que el cirujano dentista es el que realiza la acción clínica propiamente tal, por lo que la demora en la atención se encuentra ligada a él de forma directa. Respecto al trato, el personal funcionario y auxiliar tiene mucho más contacto con el paciente y debido a que la gestión administrativa en el servicio público no suele ser muy ágil, puede hacer que las personas se encuentren irritables y afecte de alguna manera las relaciones interpersonales.

Otro aspecto a destacar es la solución al reclamo efectuado por el funcionario de la OIRS del SSVSA, dentro de este estudio el 78,25% del total de reclamos fueron resueltos, un 11,89% derivados, y solo un 9,86% se encuentran en la categoría inespecífico; es decir, un 90,14% de los reclamos realizados fueron solucionados de forma satisfactoria. A través de esta información obtenida se puede decir que las OIRS son muy eficientes en su función, trabajan con una gran rapidez y eficacia. Al generar respuestas veloces, las personas quedan más satisfechas en cuanto a su atención, el sistema público demuestra preocupación por sus beneficiarios y se genera una relación de confianza entre los prestadores de salud y los pacientes. Lo anterior podría prevenir mucho de los problemas legales que se encuentran hoy en día en el área de salud por motivos como disconformidad, demora en atención y trato.

Dentro de las limitaciones de este estudio exploratorio es que no hay otros estudios en esta área con los cuales se puedan hacer comparaciones, también se encontró que gran parte de los datos obtenidos presentaban información inespecífica. Esto implica que no se pueden catalogar de manera óptima los reclamos y se pierde información. Ahora bien, esta información inespecífica disminuye de manera considerable a partir del año 2011 que fue cuando se implemento el sistema electrónico de registro de la información. Sin embargo, la forma de categorizar el reclamo aún no es la óptima en las OIRS debido a que podría obtenerse mayor información a partir de los reclamos existentes pero debido algunos vacíos, como el hecho de que el reclamo no presenta todas las veces que tipo de tratamiento dental fue el que causó disconformidad, por ejemplo prótesis removible, operatoria, odontopediatría, etc. Solo se puede especular sobre qué tipo de tratamientos son los más conflictivos o sensibles.

Inicialmente este estudio presentaba dos objetivos extras, uno de ellos era determinar los tratamientos dentales que presentaban mayores reclamos referidos a

áreas de especialidad odontológica, pero por motivos anteriormente mencionados no fue posible de realizar, ya que la gran mayoría de los reclamos carecían de esta información. Otro objetivo era determinar el rango etario de las personas que efectuaban la mayor cantidad de reclamos, pero esto fue imposible debido a que los datos ingresados se encuentran sin edad y solo con el RUT del beneficiario.

VII. CONCLUSIONES

Al hacer el análisis de los datos se pudo obtener mucha información a través de los reclamos de la OIRS del SSVSA. Como primera instancia los reclamos han aumentado exponencialmente con los años pero los odontológicos se mantienen relativamente constantes y en una proporción muy pequeña respecto al total. La OIRS inicialmente no clasifica los reclamos por edad lo que hace que no se pueda estimar que rango etario es el más insatisfecho con la atención. Por especialidad odontológica no se encuentra un registro y por tanto hay dudas con respecto a cuales tratamiento por área son los que tienen más descontentos a los beneficiarios. Sin embargo, se pudo categorizar sin problemas los tipos de reclamos, motivos, profesionales involucrados, estadística en servicios de atención primaria y secundaria, resolución y que género reclama con mayor frecuencia.

La función de la OIRS del SSVSA es registrar la voluntad del beneficiario y orientarlo a través de atención personalizada y respuestas rápidas con soluciones satisfactorias. Esto genera ambiente agradable donde el paciente puede expresarse para velar por sus derechos y deberes. Mediante la gestión de las OIRS se puede concluir que se evitan muchos problemas legales debido a la disuasión que genera e intención de dar satisfacción y/o solución al usuario.

Las mujeres realizan mayor cantidad de reclamos que los hombres. En el caso del género femenino el motivo más frecuente corresponde a disconformidad en la atención, mientras que en el género masculino prima la demora en atención.

Dentro del tipo de reclamo, los clínicos son más frecuentes que los administrativos.

Por último, la progresión en el tiempo de los reclamos odontológicos se mantiene con pocas variaciones. Harán falta estudios posteriores a futuro para estimar si la tendencia permanece así, ya que los reclamos generales en salud están aumentando año a año.

VIII. SUGERENCIAS

Para futuras investigaciones sería conveniente que abarcaran los reclamos de la OIRS del SSVSA como los reclamos efectuados en la Corporación Municipal de Valparaíso para generar un universo mayor.

Sería interesante realizar un estudio comparativo entre los reclamos efectuados en los servicios de salud Viña Del Mar Quillota y Valparaíso San Antonio para apreciar si hay diferencias en los motivos del reclamo.

Al analizar los reclamos de manera analítica se pudo apreciar que hay falsos negativos y positivos en lo que respecta a los motivos. Por lo que realizar un estudio de este tipo sería muy interesante.

La forma de categorizar el reclamo por parte de la OIRS del SSVSA no permite determinar de manera categórica que especialidad de la odontología es la que hace alusión el reclamo. Por lo que anexar esta información por parte de la OIRS permitiría generar nuevas líneas de investigación.

IX. RESUMEN

Los reclamos, demandas y querellas son un tema actual en el ámbito de la salud. Problemáticas como trato inadecuado, demoras en la atención y negligencias son cada vez más frecuentes y por tanto los pacientes se han preocupado de instruirse en materias que los aquejan y sus posibles tratamientos. Aunque a veces esta información sea de fuentes poco confiables o errada.

El profesional debe conocer las leyes que regulan su actuar clínico. En los sistemas de atención en salud es generalmente la institución la que debe responder ante los requerimientos, por éste motivo se crea la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) para servir, entre otras cosas, de mediador del conflicto.

Esta investigación recoge datos de reclamos efectuados entre los años 2008 al 2011 en Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (SSVSA) y busca determinar si esta oficina es efectiva en la disuasión de los últimos. Tomando en cuenta si existe resolución de conflicto a éste nivel o no, determinar que individuos por rangos de edad y sexo son los que más reclaman, como también que tipo de servicio es el más afectado (primario o secundario).

Los reclamos han aumentado exponencialmente con los años pero los odontológicos se mantienen relativamente constantes y en proporción muy pequeña respecto al total. OIRS son efectivas en la disuasión. Mujeres realizan mayor cantidad de reclamos que los hombres. Demora y disconformidad lideran los tipos de reclamos. Reclamos administrativos priman en atención primaria, mientras que clínicos en atención secundaria y en total de reclamos.

X. BIBLIOGRAFÍA

Acta bioeth. v.8 n.1 (2002): DE LA BIOÉTICA CLÍNICA A LA BIOÉTICA GLOBAL:TREINTA AÑOS DE EVOLUCIÓN. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2002000100004&script=sci_arttext [accesado el día 9 de marzo del 2012]

Agencia de cooperación de Chile (2011): OIRS, disponible en <http://www.agci.cl/que-es-agci/programa-de-mejoramiento-de-la-gestion/oirs/que-es-oirs/>. [Accesado el día 8 de Enero del 2012]

Asociación Dental Americana (2011): Definiciones especiales, disponible en <http://www.ada.org/495.aspx> [Accesado el día 8 de Enero del 2012]

Biblioteca Del Congreso Nacional De Chile (2011), Código Civil. Disponible en <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=172986> [Accesado el día 9 de Enero del 2012]

Biblioteca Del Congreso Nacional De Chile (2011), reglamento de los Servicios de Salud. Disponible en http://www.bcn.cl/actualidad_legislativa/temas_portada.2005-11-02.6035132571 [Accesado el día 9 de Enero del 2012]

Carrasco, Patricio (2005). "Responsabilidad Legal Profesional" en Biblioteca Universidad De Los Andes. Santiago, disponible en <http://biblioteca.uandes.cl/documentos/DesplegarTesis.asp?nombre=C:/www/biblioteca/documentos/Pcarrasco.xml>

Carta Europea De Los Derechos De Los Pacientes, Roma, Noviembre 2002.

Código Sanitario (1931). Chile, disponible en <http://epi.minsal.cl/epi/html/RSI/VI/3Miscelaneo/05codsan.pdf> [Accesado el día 10 de Enero del 2012]

Comisión nacional de riesgo (2011), Sistema integral de atención ciudadana: OIRS, disponible en http://www.cnr.gob.cl/opensite_20070123150847.aspx [Accesado el día 10 de Enero del 2012]

Corporación municipal de Macul (2011), Participación ciudadana. OIRS. Disponible en http://www.corpomunimacul.cl/macul/imagenes/transparencia/pdf/8.1atran_par_sal.pdf [Accesado el día 10 de Enero del 2012]

Hospital de Contulmo (2011), nuestra historia: Oirs, disponible en http://hospitalcontulmo.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=58:oirs&catid=37:historia-oirs&Itemid=95 [Accesado el día 10 de Enero 2012]

Martinez, Marco (2011): La graduación del deber de cuidado en el delito culposo por actos de mala praxis médica: un análisis dogmático, jurisprudencial y económico. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/politcrim/v6n12/art01.pdf>

Ricke, Claudio (2010): CLASIFICACIÓN “ASA” ¿CUÁNTO ENTENDEMOS?, disponible en <http://www.anestesiologia.cl/upfiles/userfiles/file/reunion-clinica-ASA-12-5-10.pdf> [Accesado el día 10 de Enero del 2012]

Servicio Médico Legal (2002). Chile, disponible en <http://www.sml.cl/proyectos/sml/index.php> [Accesado el día 10 de Enero del 2012]

Servicio de Salud Metropolitano Norte (2011), Participación ciudadana: OIRS, disponible en http://ssmetropolitanonorte.redsalud.gov.cl/url/page/ssalud/ssmetrononorte/g_particip

acion_ciudadana/servicio_de_salud_ssmn-participacion_ciudadana_oirs.html
[Accesado el día 10 de Enero del 2012]

Wikipedia (2012). Odontología disponible
en:<http://es.wikipedia.org/wiki/Odontolog%C3%ADa> [Accesado el día 10 de Enero del
2012]

Biblioteca Del Congreso Nacional De Chile (2012), Ley 20584. Disponible en
<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348> [Accesado el día 3 de Agosto del
2012]

Participación Ciudadana (2012), Servicio Salud Valparaíso San Antonio disponible en
http://ssvalposa.redsalud.gob.cl/?page_id=104%29 [Accesado el día 3 de Agosto del
2012]

XI. ANEXOS

Anexo 1: Definición según Asociación Dental Americana de especialidades odontológicas.

Endodoncia: Es la rama de la odontología a la que le concierne la morfología, fisiología y patología de la pulpa dental y tejidos periradiculares. Incluye el estudio y tratamiento de la biología de la pulpa normal, la etiología, diagnóstico, prevención y tratamiento de las injurias pulpares y condiciones periradiculares asociadas.

Cirugía Oral y Maxilofacial: Corresponde a la especialidad de la odontología que incluye el diagnóstico, tratamiento quirúrgico y complementario de las enfermedades, injurias y defectos que envuelven aspectos funcionales y estéticos de los tejidos duros blandos de la región oral y maxilofacial.

Odontopediatría: Es una especialidad definida por edad, que provee cuidados primarios e integra prevención y cuidados terapéuticos en salud oral para infantes, niños durante la adolescencia, incluyendo aquellos de necesidades especiales.

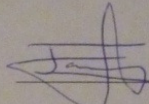
Periodoncia: Ésta corresponde a la especialidad que abarca la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de tejidos de soporte y circundantes del diente o sus sustitutos y el mantenimiento de la salud, función y estética de estas estructuras y tejidos. (

Rehabilitación: Es la especialidad dental a la que pertenece el diagnóstico, planificación de tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de la función oral, confort, apariencia y salud de los pacientes con condiciones clínicas asociadas a la falta o deficiencia de diente y/o de tejidos orales o maxilofaciales usando sustitutos biocompatibles.

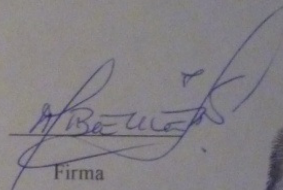
Anexo 2: Declaración Jurada Notarial

A través de la presente, nosotros Ian Raby Olavarría, CI: 17.119.400-8 y María Belén Selamé Glana CI: 16.887.113-9, ambos estudiantes de quinto año de la carrera de Odontología de la Universidad de Valparaíso de Chile. Nos comprometemos a mantener absoluta confidencialidad de los datos recopilados a partir de las oficinas de informaciones, Reclamos y Sugerencias de Valparaíso, en el marco de nuestra tesis "Estrategias de afrontamiento en reclamos de pacientes en OIRS de Valparaíso".

Fecha:


Firma

Ian Raby Olavarría


Firma

María Belén Selamé Glana

FIRMO ANTE MI DON IAN LIONEL RABY OLAVARRIA, quien acredita su identidad con la cédula No 17.119.400-8 y doña MARIA BELEN SELAME GLENA, quien acredita su identidad con la cédula No 16.887.113-9. VIÑA DEL MAR 01 DE DICIEMBRE DE 2011/krp


NOTARIO DE LUIS TAVOLARO
VIÑA DEL MAR

Valparaíso 2011

