

UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Las Quejas y Reclamaciones como Elemento de
Participación del Paciente en su Propia Salud y
Seguridad

D^a. Manuela Muñoz Sánchez
2018

UNIVERSIDAD DE
MURCIA



ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

UNIVERSIDAD DE MURCIA

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

Las Quejas y Reclamaciones como Elemento de
Participación del Paciente en su Propia Salud y
Seguridad

Presentada por:

Manuela Muñoz Sánchez

Dirigida por:

Dra. D^a María José López Montesinos

Murcia 2018

TABLA GRACULATORIA: AGRADECIMIENTOS

A mi directora de tesis la Dra. D^a M^a José López Montesinos, a quien conocí como tutora de Trabajo Fin de Grado y después tutora de Trabajo Fin de Máster, la persona que más me ha ayudado y que siempre ha supuesto para mí una fuente de inspiración, sin su apoyo no hubiera sido posible sacar adelante este estudio, por su gran valía profesional como tutora y ahora como directora, pero sobre todo por su inmensa talla humana, gracias M^a José, siempre es un privilegio poder compartir experiencias de vida contigo.

A Francisco Javier Fernández Montoya, informático y responsable de la Unidad de Evaluación del hospital en el que trabajo, hasta el año 2016, y cuya ayuda en la obtención de datos para este estudio ha sido fundamental, gracias Javi.

A mis compañeros de trabajo con los que tantas experiencias y proyectos laborales he compartido y comparto.

A mi familia, mis hijas y nietos, que siempre apoyan con entusiasmo todos mis proyectos, aunque en muchas ocasiones les he restado tiempo para poder dedicarlo al estudio, y que son el motor de mi vida.

A mi marido, mi compañero de vida, siempre a mi lado, mi apoyo e impulso, con las palabras de ánimo adecuadas cuando flaqueo. Eres la persona con quien quiero caminar por la vida, gracias por tu presencia.

A mis padres, en especial a mi madre, que inculcó en mí el interés por el estudio y el afán por seguir aprendiendo siempre superando el desaliento. Has sido mi modelo a seguir.

ÍNDICE

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	17
ABSTRACT	19
0.- INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	21
INTRODUCCIÓN	23
Justificación del estudio	28
I.- MARCO TEÓRICO	33
1. Marco legal de la participación del paciente en la salud.....	35
1.1 Ley General de Sanidad.....	36
Ley 14/1986, de 25 de abril General de Sanidad.....	36
1.2 Ley de Autonomía del Paciente	38
1.3 Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud	40
1.4 Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.....	41
1.5 Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento	41
1.6 Ley de Garantías de Medicamentos y Productos Sanitarios.....	43
1.7 Guía del Usuario de Servicios Sanitarios R. de Murcia.....	48
1.8 Decreto de Atención al Ciudadano del R. de Murcia.....	48
2. Atención sanitaria centrada en el paciente	49
2.1 Formas de participación de los usuarios.....	52
2.2 Libre elección de proveedor	54
2.3 Sistemas sanitarios públicos sin varios proveedores	55
3. Situación actual de las quejas y reclamaciones	57
3.1 Informe del Defensor del Pueblo año 2013.....	57
3.2 Informe del Defensor del Pueblo año 2014.....	59
4. Recepción de quejas y reclamaciones	63
4.1 Estrategias para fomentar la formulación de quejas	77
4.2 Mecanismos de respuesta a las quejas y reclamaciones.....	79

4.3 Servicio de Atención al Paciente	80
4.4 Registro y clasificación de quejas y reclamaciones	82
5. Principales motivos de reclamación.....	84
6. Reclamaciones y seguridad del paciente.....	90
7. La gestión sanitaria y las reclamaciones.....	100
8. Consecuencias de la crisis en la salud	103
II.- MARCO EMPÍRICO.....	111
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	113
1. Objetivos.....	114
2. Supuestos de trabajo	115
3. Población, procedencia y características de la muestra.....	121
3.1. Muestra: características y variables sociodemográficas.....	122
III.- RESULTADOS	125
1. Motivos por los que se ha formulado reclamación.....	130
1.1. Reclamaciones relacionadas con la seguridad del paciente.	131
2. Estamento profesional al que van dirigidas las reclamaciones ...	135
3. Resultados globales de reclamaciones 2012 a 2015.....	136
3.1 Edad del reclamante y reclamación a Nivel 1	136
3.2 Sexo del reclamante y motivos de reclamación a Nivel 1	137
3.3 Edad del reclamante y motivos de reclamación a nivel 2	140
3.4 Sexo del reclamante y motivos de reclamación a nivel 2.....	141
3.5 Edad del reclamante y servicio al que reclama.....	145
3.6 Sexo del reclamante y servicio al que reclama	147
3.7 Edad del reclamante y actividad por la que reclama	150
3.8 Sexo del reclamante y actividad por la que reclaman	151
IV.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y LÍMITES DEL ESTUDIO	153
V.- CONCLUSIONES	165
VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	171
BIBLIOGRAFÍA	173
VII.- ANEXOS	191

Anexo I.- Guía de Usuarios de Servicios Sanitarios R. de Murcia...	193
Anexo II.- Resultados estadísticos del cruce de variables	199
Anexo III.- SUGESAN	241

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Participación del paciente en el Sistema Sanitario.....	24
Tabla 2. Atención centrada en el paciente según diversos autores.....	49
Tabla 3. Participación del usuario en la evaluación de la calidad.....	52
Tabla 4. Motivos de reclamación desagregados en tres jerarquías.....	119
Tabla 5. Rango de edad de los usuarios atendidos.....	121
Tabla 6. Número de estancias por sexo y año.....	122
Tabla 7. Total de asistencias y reclamaciones /año.....	127
Tabla 8. Distribución de las asistencias en Urgencias.....	127
Tabla 9. Asistencias con ingreso.....	128
Tabla 10. Asistencias por Cirugía Mayor Ambulatoria.....	128
Tabla 11. Asistencias en Hospital de Día Médico.....	129
Tabla 12. Asistencias en Consultas Externas.....	129
Tabla 13. Reclamaciones según sexo.....	130
Tabla 14. Reclamaciones relacionadas con seguridad del paciente....	132
Tabla 15. Motivos de reclamación nivel 1 y edad del reclamante.....	137
Tabla 16. Motivos de reclamación a nivel 1 y sexo del reclamante....	138
Tabla 17. Motivos de reclamación a nivel 2 y edad del reclamante....	140
Tabla 18. Motivos de reclamación a nivel 2 y sexo del reclamante....	142
Tabla 19. Servicios que reciben reclamación y edad del reclamante...	145
Tabla 20. Servicios que reciben reclamación y sexo del reclamante...	147
Tabla 21. Actividad por la que reclaman y edad del reclamante.....	150

Tabla 22. Actividad por la que se reclama y sexo del reclamante.....151

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentaje de reclamantes por rango de edad.....	123
Gráfico 2. Reclamaciones según sexo del reclamante y año.....	123
Gráfico 3. Distribución de motivos de reclamación por año.....	131
Gráfico 4. Reclamaciones dirigidas al estamento médico por año.....	133
Gráfico 5. Reclamaciones al estamento de enfermería por año.....	134
Gráfico 6. Reclamaciones al personal auxiliar de enfermería y año...	134
Gráfico 7. Estamento profesional al que reclaman y año.....	135

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I. Guía de Usuarios de Servicios Sanitarios R. de Murcia.....	193
Anexo II. Resultados estadísticos del cruce de variables.....	199
Anexo III. SUGESAN.....	241

ABREVIATURAS/SIGLARIO

ADPIC:	Acuerdos sobre Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio
AHRQ:	Agency for Health Research and Quality
BOE.	Boletín Oficial del estado
BOJA:	Boletín Oficial de la Junta de Andalucía
BORM:	Boletín Oficial de la Región de Murcia
CAHPS:	Consumer Assessment of Health Plans
CCAA:	Comunidad Autónoma
CIP:	Código de identificación Personal
CMA:	Cirugía Mayor Ambulatoria
CONAMED:	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
DNI:	Documento Nacional de Identidad
EA:	Evento Adverso
EAs:	Eventos Adversos
ENEAS:	Estudio Nacional sobre Eventos Adversos ligados a la Asistencia
EVCIN:	Equipo de Vigilancia y Control de Infección Nosocomial
GREMCCE:	Grupo Regional de Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados
HDM:	Hospital de Día Médico
HEDIS:	Healthcare Effectiveness Data and Information Set
IAPO:	International Alliance of Patients' Organizations

IOM:	Institute of Medicine
NCH:	National Health Care
NCQA:	National Committee for Quality Assurance
OMA:	Ontario Medical Association
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONU:	Organización de Naciones Unidas
PAMSP:	Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente
PIB:	Producto Interior Bruto
RDL:	Real Decreto Ley
RN4CAST:	Registered Nurse Forecasting
SAIP:	Servicio de Atención e Información al Paciente
SAP:	Servicio de Atención al Paciente
SAS:	Servicio Andaluz de Salud
SAU:	Servicio de Atención al Usuario
SESCAM:	Servicio de Salud de Castilla la Mancha
SESPAS:	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
SINASP:	Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
SMS:	Servicio Murciano de Salud
SNS:	Sistema Nacional de Salud
UCI:	Unidad de Cuidados Intensivos
UPP:	Úlcera Por Presión

RESUMEN

El concepto de "cuidados centrados en el paciente" se basa en reconocer el papel activo de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud y en la idea de que las decisiones clínicas deben incluir la perspectiva del paciente. La reflexión sobre la actual situación de las formas de participación de pacientes en el sistema sanitario español, nos lleva a considerar que el proveedor es prácticamente único, por lo que el paciente no puede elegir proveedor en función de sus experiencias y preferencias y tiene que buscar otras formas de participación. La utilidad de las quejas y reclamaciones se debe a que son una fuente para identificar oportunidades de mejora, y también una buena manera de aumentar la satisfacción y lealtad de los usuarios que se quejan, al ver sus quejas tenidas en cuenta y gestionadas adecuadamente. Enfermería, como garante de los cuidados centrados en el paciente debe propiciar la participación de pacientes y familiares en los procesos de salud y enfermedad como usuarios del sistema sanitario. La metodología utilizada ha sido el estudio de la totalidad de reclamaciones recibidas en el hospital durante los años 2012 a 2015, mediante un estudio cuantitativo, retrospectivo, transversal y descriptivo.

Como objetivos de este estudio nos planteamos: Analizar la documentación sobre reclamaciones y quejas como oportunidad de mejora. Identificar los motivos de queja más relevantes para nuestros usuarios durante los años 2012 a 2015, en un hospital comarcal de la Comunidad Autónoma de Murcia. Determinar las reclamaciones relacionadas con enfermería. Identificar si existe asociación entre las reclamaciones producidas, y los estamentos profesionales a los que van dirigidas. Identificar la asociación entre las reclamaciones en cuanto al servicio de donde procede la queja y tipo de queja que hace el usuario, y las variables edad y sexo del reclamante. Identificar en el centro objeto de estudio, las reclamaciones relacionadas con fallos en la seguridad del paciente.

Los resultados de esta investigación nos muestran que las mujeres reclaman más que los hombres, siendo los principales motivos de reclamación la lista de espera, demora en la asistencia, planificación, organización y coordinación, el trato recibido, la disconformidad con el diagnóstico y/o tratamiento, la hostelería y los motivos relacionados con incidentes en la seguridad del paciente, estos siete motivos suponen el 90 % del total de reclamaciones. La mayoría de las reclamaciones no van dirigidas a estamentos profesionales en concreto, pero cuando lo hacen los principales motivos son disconformidad con el diagnóstico y tratamiento y el trato recibido en el caso del médico y a la inversa en el caso de enfermería. Los motivos de reclamación relacionados con la seguridad del paciente durante los años estudiados han supuesto el 2,6% del total de reclamaciones. El estamento profesional que más reclamaciones ha recibido ha sido el médico.

Las variables sociodemográficas sexo y edad del reclamante están asociadas a la actividad por la que reclaman, el motivo de la queja, el servicio al que reclaman y el estamento profesional al que va dirigida la reclamación

Con los resultados de esta investigación podemos concluir que la tasa de reclamaciones es baja. Al tiempo que las reclamaciones relacionadas con un estamento profesional han ido disminuyendo, han aumentado las reclamaciones dirigidas a la organización global de la asistencia. Las mujeres reclaman más que los hombres, pero que sea por el desempeño de rol femenino de género habrá que confirmarlo con investigaciones futuras, así como la mayor concienciación de la mujer para demandar la calidad que quiere en la asistencia. La edad y el sexo de quien reclama están relacionados con los motivos de reclamación, la actividad asistencial y los servicios a los que hacen referencia. Enfermería, el colectivo más numeroso en el hospital no es el que más reclamaciones recibe, sino que es el médico. Los principales motivos de reclamación, nos hacen plantearnos que la situación económica pueda ser la principal causa, lo que plantea nuevas investigaciones.

ABSTRACT

"Patient-centered care" concept is based on recognizing the active role of patients in making decisions about their health, and clinical decisions should include the patient's perspective. The reflection on the current situation of patients forms of participation in the Spanish health system, leads us to consider that there is a practically unique provider, so the patient can't choose a provider based on their experiences and preferences and has to look for other forms of participation. Complaints and claims usefulness is due to that are a source to identify improvement opportunities and they are also a good way to increase the satisfaction and loyalty of users who complain, when they see that their complaints are taken into account and have been properly managed. Nursing, as guarantor of patient-centered care, must encourage patients and their family participation in health and illness processes as users of the health system.

The objectives of this study are to analyze claims and complaints documentation as an improvement opportunity. To identify the most relevant reasons for our users to complaint during the years 2012 to 2015, in a local hospital in Murcia's Autonomous Community. Determine nursing claims. To identify if there is association between claims produced, and professionals to which the claims are addressed. Identify association between age and sex of the claimant with type of complaints and claims and the service where the complaint is addressed. Identify failures in patient safety claims in the studied center. The used methodology has been the study of all claims received in the hospital during the years 2012 to 2015 whit quantitative, retrospective, cross-sectional and descriptive study.

Results in this investigation show us that women claim more than men, being the main reasons for claiming the waiting list, assistance delay, planning, organization and coordination, the received treatment, diagnosis and / or treatment disagreement, hostelry and reasons

related to incidents in patient safety, these seven reasons are 90% of total claims. Most of claims are not directed to a specific professional estate, but when they do, the main reasons to claim are diagnosis and treatment disagreement and the received treatment in case of physician, and vice versa in nursing case. Claims related to patient safety during the years we have studied have accounted for 2.6% of total claims. The most complained professional state has been the medical establishment.

Claimant sociodemographic variables, sex and age, are associated with the activity for which they claim, the reason to complaint, the service that it is claimed and the professional state to which the claim is addressed.

With the results of this investigation, we can conclude that claim rate is low. At the same time that claims related to a professional establishment have been decreasing, those claims directed to the global organization of assistance have been increasing. Women claim more than men, but that it's due to female gender role will have to be confirmed with future researches, as well as a greater awareness of women to demand the quality they want in the assistance. Age and sex of person who claims are related to the reasons claiming, the care activity, and the services to which they refer. Nursing, the most numerous professional group in hospital is not the one who receives most claims, it is the medical professional, what make us think that economic situation may be the principal cause, and this raises new studies.

0.- INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

INTRODUCCIÓN

En la última mitad del siglo XX se ha producido un cambio importante en las relaciones médico-paciente. Hasta hace unos años, se daba una relación asimétrica, con un paciente en busca de ayuda y un médico que tomaba decisiones que el enfermo acataba dócilmente y, en esa relación paternalista el médico utilizaba sus conocimientos y habilidades para decidir la actitud terapéutica y tratamientos que necesitaba el paciente, y se lo comunicaba a éste solo para recabar su aceptación.

A finales de los años 40 se empezó a cuestionar esta relación y a incentivar la participación del paciente, y fue en 1969 cuando Enid Balint, psiquiatra inglesa, acuñó el término atención centrada en el paciente, planteando la necesidad de mirar al paciente en su totalidad, como ser humano completo y no como una enfermedad. (Balint, 1969)

Uno de los efectos de este cambio en las relaciones médico paciente, es que el resultado de la asistencia sanitaria se mide hoy en términos de efectividad, eficiencia, percepción por el paciente de su dolor o de su autonomía, su sensación de bienestar físico y mental y, también, por su satisfacción con el resultado alcanzado.

Podemos encontrar estudios sobre la satisfacción del paciente con las condiciones de hospitalización o sobre la organización de las urgencias y las consultas, más fácilmente que sobre los resultados de las intervenciones médicas, sin embargo, es más relevante para el clínico la información sobre el resultado de sus intervenciones. (Mira y Aranaz, 2000)

El concepto de "cuidados centrados en el paciente" obedece al nuevo planteamiento que se basa en reconocer el papel activo de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud y en la idea de que las decisiones clínicas deben incluir la perspectiva del paciente. (Mira y Aranaz, 2000)

Es necesario abordar la satisfacción del paciente como medida del resultado de la actividad asistencial, de la interacción de los profesionales de la salud con el paciente.

Los cambios sociales y tecnológicos que han surgido conllevan distintos espacios de relación según los diferentes Sistemas de Salud, variando tanto el rol del paciente como su forma de participación en el Sistema Sanitario. Los modelos de participación del paciente en el Sistema Sanitario en nuestro país serían (Tabla 1) facilitar al clínico toda la información sobre su salud, participar en actividades de educación y promoción de la salud, realizar sugerencias y reclamaciones, co-responsabilización en la toma de decisiones sobre su salud y seguir el tratamiento de forma adecuada. (Mira y Aranaz, 2000)

Tabla 1. Estrategias de participación del paciente en la mejora del Sistema Sanitario				
Estrategia	premisa	Evidencias	Coste	Aceptabilidad
Facilitando al clínico toda la información pertinente acerca de su proceso de enfermedad	Si los pacientes comunican sus necesidades y preferencias es más fácil para el clínico satisfacerlas	Incremento en la satisfacción del paciente. No se perciben mejoras en el estado de salud.	Medio - alto	Alta
Participando en actividades de educación sanitaria	Pacientes informados cuidarán más de su salud, utilizarán mejor servicios sanitarios y los clínicos obtendrán mejores resultados	Incierta, difícil de evaluar	Alta	Alta -media
Realizando sugerencias y reclamaciones	Los pacientes desean expresar sus quejas acerca del Sistema Sanitario y contribuir a su mejora. Esta información es de utilidad para los gestores.	Las quejas de los pacientes no siempre reflejan malas prácticas. Esta información no suele suponer cambios en el diseño de los procesos asistenciales.	Bajo	Media - baja
Participando con el clínico en la adopción de la estrategia idónea.	Los pacientes desean participar en la toma de decisiones. Si lo hacen estarán más satisfechos y los resultados serán mejores De esta forma se mejora la calidad y abaratan costes.	No hay evidencias de mejores resultados. No siempre los pacientes desean participar. Aumento de la satisfacción y disminución de los costes.	Bajo - medio	Dudosa
Elección de médico, hospital, aseguradora, etc.	Los pacientes toman decisiones racionales y responsables sobre su salud, seleccionando la información adecuada. De esta forma se mejora la calidad y abaratan costes.	Los pacientes no toman decisiones racionales y responsables que mejoren su salud. Aumento de la satisfacción y disminución de los costes.	Alto	Muy baja
Manifestando su nivel de satisfacción	La opinión del paciente resulta de utilidad para mejorar los procesos	Habitualmente no se planifican mejoras en base a esta información.	Alto - Medio	Media - baja

Adaptado de Wensing y Groff⁴

Tabla 1. Estrategias de participación del paciente en el Sistema Sanitario

Fuente: Mira, J.J et al. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina Clínica 2000; 114 (Supl 3):26-33. calite-revista.umh.es/indep/web/satisf_paciente.pdf.

Los pacientes, más informados, formados y activos en su proceso de salud, forman parte de un continuo cambio en su papel dentro de los sistemas sanitarios. Desde la Declaración de Alma-Ata en el año 1978 y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, la Organización Mundial de la Salud insta a los pacientes a una participación tanto individual como colectiva en la salud. En Europa, el Libro Blanco (Comisión Europea, 2007) reitera la importancia de la participación tanto en los procesos de salud individuales como de ámbito colectivo en

contextos más locales y regionales: “La potenciación del papel de los propios ciudadanos es un valor fundamental. La atención sanitaria se centra cada vez más en el paciente y se presta de forma cada vez más individualizada, de modo que el paciente ha dejado de ser mero objeto de la atención sanitaria para convertirse en sujeto activo de la misma. Sobre la base de la Agenda de los Ciudadanos, la política comunitaria en el ámbito de la salud, debe tomar como punto clave de partida los derechos de los ciudadanos y de los pacientes. Este aspecto engloba la participación y la capacidad de influir en el proceso de toma de decisiones, así como las competencias necesarias para el bienestar, en particular la «instrucción sanitaria», conforme al marco europeo de competencias clave para el aprendizaje continuo, por ejemplo en relación con los centros escolares y los programas basados en la Red”. (Comisión de las Comunidades Europeas, 2007)

En España, el Sistema Nacional de Salud (SNS) incorpora, mediante la Ley 41/2002 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, «el reconocimiento explícito de la capacidad de elección e influencia de los pacientes, tanto individual como colectiva, por medio de las organizaciones que los representen».

Bajo el amparo de las políticas de salud pública, entre las iniciativas de la propia ciudadanía, ya sean de individuales u organizadas, encontramos experiencias que van desde aspectos más organizativos que tratan de involucrarse en las decisiones de planificación, implantación y gestión de los sistemas sanitarios, hasta otros más individuales de autogestión de la propia salud. (Ruiz-Azarola y Perestelo-Pérez, 2012)

La participación colectiva de los pacientes se realiza tradicionalmente mediante asociaciones, consejos de salud, foros de pacientes y acuerdos o declaraciones derivadas de trabajos comunes. (García-Sempere y Atells, 2005)

Así se impulsan iniciativas de participación ciudadana en las cuales se abren vías de consulta, información y grupos de trabajo que participan, en mayor o menor medida, en la elaboración y la implantación de políticas sanitarias. En este sentido encontramos experiencias como consultas de opinión y expectativas dirigidas a pacientes y ciudadanía, foros de participación regionales o consejos asesores de pacientes, junto con un tejido asociativo cada vez más influyente que se acentúa con agrupaciones como el Foro Europeo o el Foro Español de Pacientes. El espacio compartido y legalmente reconocido, para disponer de una mayor facilidad de transmisión de necesidades hacia la administración pública, es una de las expectativas prioritarias de los representantes asociativos. (García-Sempere y Atells, 2005)

En los últimos años también han aparecido documentos de consenso en formato de declaración, en las cuales los propios pacientes solicitan y se comprometen a participar en el ámbito sanitario, como la Declaración de la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes, el manifiesto 150 Million reasons to act del Foro Europeo de Pacientes, la Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes, o la Declaración y Compromiso de los Pacientes por la Seguridad en el SNS. (Ruiz-Azarola y Perestelo-Pérez, 2012)

Por otro lado, se entiende la participación en su propio proceso de salud en lo que se refiere a prevención, manejo y control de la salud propia, buscando información, formándose, dando su consentimiento de manera informada a las intervenciones y tratamientos, o tomando decisiones junto con los profesionales. Cabe destacar que cualquier forma de participación ha de basarse en un código ético, en el cual ha de declararse de forma explícita cualquier posible conflicto de intereses. (Ruiz-Azarola y Perestelo-Pérez, 2012)

Las crecientes exigencias de calidad y seguridad en la atención de la salud han vuelto a centrar la atención en los resultados del paciente, incluso cuando los esfuerzos para garantizar resultados positivos, a

veces conlleven la reducción de la preciada autonomía del médico. En Estados Unidos la preocupación sobre el precio exorbitante de la atención médica, ha dado lugar a consideraciones sobre si el cambio de atención, desde el especialista hacia el médico de atención primaria, podría reducir su costo. La atención centrada en el paciente, restablecería la preponderancia de la atención primaria, como principal atención de la salud, siempre que pueda ofrecer planteamientos personalizados de cuidados a lo largo de la vida, el acceso a la cartera de servicios (presencial, por teléfono y a través de e-mail) y la coordinación entre especialistas. Desafortunadamente, estos servicios también son costosos y requerirían la redistribución de los recursos económicos desde los especialistas hacia los especialistas en medicina general. (Charles y Bardes, 2012)

Hoy día, el paciente ya no puede ser considerado como objeto pasivo, sino que es el sujeto principal de las acciones de un equipo de salud que esté motivado, convencido e inmerso en la cultura de la mejora continua de la calidad de atención.

Los hospitales, antes eran considerados como centros aislados del sistema de salud, ahora deben pasar a formar parte de redes integradas de servicios sanitarios. La hospitalización representa la interacción entre el hospital, y el paciente y su familia; el intercambio e interacción entre los recursos humanos, tecnológico, ambientales y materiales del hospital con la enfermedad y las expectativas de pacientes y familia.

El hospital ofrece su estructura asistencial frente a la angustia y esperanza de curación del paciente y su familia. En este contexto, es totalmente indispensable que los beneficios que los usuarios perciben sobre su salud superen a los inconvenientes que inevitablemente van a encontrar. (Rodríguez J, Dackiewicz N y Toer D. 2014)

Justificación del estudio

La reflexión sobre la actual situación de las formas de participación de pacientes en el sistema sanitario español, nos lleva a considerar que el proveedor es prácticamente único, por lo que el paciente no puede elegir proveedor en función de sus experiencias y preferencias y tiene que buscar otras formas de participación.

Para conocer los principios y definiciones relacionados con la atención centrada en el paciente, la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes (IAPO) hizo una revisión en 2007 y destacó como elemento común encontrado en todas las definiciones el respeto por las necesidades, valores y preferencias de los pacientes. Para la IAPO, el elemento clave de una asistencia sanitaria centrada en el paciente, es precisamente, que el sistema sanitario esté diseñado para atender las necesidades y preferencias del paciente, lo que permite que la asistencia sanitaria resulte oportuna y rentable. La asistencia sanitaria centrada en el paciente consigue mejores resultados sanitarios, mejor calidad de vida, y un alto rendimiento en las inversiones sanitarias haciendo uso óptimo del sistema (IAPO, 2007).

Las prioridades de los pacientes, sus familias y cuidadores son distintos en cada país y dependen del tipo de enfermedad, pero dentro de ello, hay algunas prioridades que son comunes. Para conseguir una asistencia sanitaria centrada en el paciente, ésta debe estar basada en el respeto, la participación de los pacientes en las políticas sanitarias, el acceso y apoyo, que tengan acceso a la información y que realmente se les otorgue poder de decisión. (IAPO, 2007).

La clave para los profesionales sanitarios es lograr el compromiso del paciente para que participe activamente de su propio proceso asistencial, pero cuestionando sus creencias y valores cuando sea necesario para optimizar el tratamiento. La "atención centrada en el paciente" no es aceptar todas las peticiones del paciente, sino proporcionarle toda la información necesaria de forma asequible, y

esperar que el paciente la entienda y utilice por sí mismo. No hay que centrar las actuaciones en la enfermedad, las necesidades de los centros asistenciales o la tecnología, sino que hay que basarlas en la comunicación y la atención a la persona, el límite está en que las preferencias del paciente sean perjudiciales para otros pacientes (Epstein et al, 2010).

Para Berdwick, en su artículo "Lo que debería significar la atención centrada en el paciente: confesiones de un extremista" (2010), un médico experimentado y experto teme la pérdida de su humanidad si se convierte en un paciente. La atención centrada en el paciente es hacer partícipe al paciente, y a las personas de su entorno que él elige, de su propio proceso, dándoles la información y respetando las decisiones que ellos toman. Berdwick asegura que pacientes, familias, médicos, y el sistema de atención de la salud son partes de un mismo conjunto, considerando que estaríamos mucho mejor, si los profesionales sanitarios, reconsideráramos nuestro trabajo, analizando cómo nos comportamos con los pacientes y sus familias, y en vez de hacerlo como los propietarios del sistema de atención, lo hiciéramos como huéspedes en sus vidas.

Berdwick defiende que hay que hacer una atención centrada en el paciente considerándola como, la experiencia en la que el paciente es informado en la medida que lo desee, de forma individualizada, con reconocimiento y dignidad, con transparencia, respetando su elección en todos los asuntos relacionados con su persona, sus circunstancias, y con el cuidado de su salud, sin excepción alguna; incluyendo a la familia y seres queridos que el paciente elija. Desde este punto de vista, un sistema de salud centrado en el paciente y la familia sería totalmente diferente, a lo que actualmente vemos (Berdwick, 2010).

En diciembre de 2010, cincuenta y ocho expertos en salud de 18 países asistieron al Seminario Global de Salzburgo (Austria) para plantearse qué papel pueden y deben desempeñar los pacientes en las decisiones que afectan a su atención sanitaria. La mayoría de ellos

acordó un documento en el que se animaba a médicos y pacientes a trabajar de manera conjunta para ser coproductores de salud. Es la Declaración de Salzburgo "nada sobre mí sin mí". (Salzburg Global Seminar, 2010)

El Plan Nacional de Calidad del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad también señala la importancia de que el ciudadano sea el centro de la atención sanitaria. (Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, 2006-2010). El Plan expone que: "Los sistemas sanitarios de los países de nuestro entorno afrontan este reto mediante el desarrollo de diversas estrategias en las que el denominador común ha sido su orientación hacia una práctica clínica basada en la evidencia científica para asegurar los mejores servicios al ciudadano, al paciente y al usuario" (Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, 2006-2010).

El ciudadano tiene cada vez un papel más importante en los sistemas modernos de salud, lo que ha ayudado a que aparezca un nuevo modelo de atención sanitaria centrada en el paciente, y esto ha sido la base que ha permitido el desarrollo de nuevas estrategias.

Las organizaciones sanitarias (hospitales, centros de salud y todos los demás centros donde se presta atención a los pacientes), por ser organizaciones profesionales que gestionan conocimiento, y por la naturaleza del trabajo que desarrollan enfermeros, médicos y demás profesionales sanitarios en cuanto a su relación con los pacientes, son el marco idóneo para articular estrategias encaminadas a fomentar la calidad de la asistencia.

Estas estrategias son una apuesta decisiva para conseguir mayor legitimidad y también más sostenibilidad social de los sistemas públicos de salud entre ciudadanos, pacientes, usuarios y profesionales sanitarios. (Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, 2006-2010).

La relación tradicional médico-paciente que se basaba en la existencia de grandes asimetrías de información entre ambos, está evolucionando hacia mayores exigencias por parte de los ciudadanos debidas, en buena parte, a las mayores posibilidades de acceso a la información y también a la madurez de la ciudadanía en lo que se refiere al ejercicio de sus derechos. (Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, 2006-2010).

En este contexto, surgen líneas para impulsar la calidad de la atención sanitaria, que incorporan el desarrollo de estrategias y medidas para fomentar la excelencia de profesionales y también de la organización sanitaria pública, tanto en los aspectos técnicos, como en conocimientos científicos.

El objetivo esencial de estas estrategias es asegurar una atención sanitaria de excelencia, más personalizada y centrada en las necesidades particulares de cada paciente y usuario y, por tanto, es evidente la necesidad de centrar esfuerzos en apoyar a los profesionales, en todo aquello que contribuya a favorecer esta excelencia clínica.

La actualización continua de conocimientos y el desarrollo permanente de habilidades y actitudes dirigidas a satisfacer las necesidades y expectativas de unos pacientes y usuarios cada vez más exigentes, se plantea como un reto importante para las organizaciones sanitarias.

Las formas de participación del paciente en la evaluación y mejora de la calidad de la asistencia pueden ser activas y solicitadas, las primeras se producen a iniciativa propia, fundamentalmente mediante la libre elección de proveedores, pero también por medio de quejas y reclamaciones, con las asociaciones de consumidores y usuarios, a través de los Consejos de Salud y de otros órganos de participación comunitaria y también por su participación activa en el proceso asistencial. La participación del paciente de forma solicitada se lleva a cabo mediante la participación en grupos focales, informes de usuarios,

encuestas de satisfacción y expectativas, y participación activa en el proceso asistencial, estas últimas, se producen siempre a instancias de las autoridades sanitarias. Estas son las principales formas de escuchar "la voz del cliente/paciente".

La participación activa del paciente en la gestión de la calidad de la asistencia es responsabilidad de las instituciones sanitarias que deben solicitarla. En cuanto la participación a iniciativa del propio paciente, las instituciones sanitarias lo que tienen que hacer es fomentar que se produzcan, haciéndolas fáciles de realizar y teniéndolas en cuenta. (Saturno, 2008).

La libre elección de proveedores se da sobre todo en los servicios sanitarios privados, sin embargo, en sistemas sanitarios públicos, donde el proveedor es prácticamente único (como en el sistema sanitario español), tendría más sentido fomentar los órganos de participación, tal como se contempla en la Ley General de Sanidad (Ley General de Sanidad, 1986), pero los ejemplos de funcionamiento real no son fáciles de encontrar. Lo que sí se encuentra fácilmente y resulta necesario y de utilidad para la gestión de la calidad de instituciones sanitarias, es hacer una buena gestión de las quejas y reclamaciones.

La utilidad de las quejas y reclamaciones se debe a que es una fuente para identificar oportunidades de mejora, y también una buena manera de aumentar la satisfacción y la lealtad de los usuarios que se quejan, cuando ven que sus quejas se tienen en cuenta y se han gestionado adecuadamente.

I.- MARCO TEÓRICO

QUEJAS Y RECLAMACIONES COMO VEHÍCULO PARA PROPORCIONAR ATENCIÓN SANITARIA CENTRADA EN EL PACIENTE

1. Marco legal de la participación del paciente en la salud.

Desde finales de la Segunda Guerra Mundial, organizaciones internacionales como Naciones Unidas, UNESCO o la Organización Mundial de la Salud, y más recientemente, la Unión Europea o el Consejo de Europa, entre otras muchas, han impulsado declaraciones e incluso, han promulgado normas jurídicas sobre aspectos genéricos o específicos relacionados con los derechos de los pacientes. En este sentido, es de especial trascendencia la Declaración Universal de Derechos Humanos, del año 1948 (ONU, 1948), que ha sido el punto de referencia obligado para todos los textos constitucionales promulgados con posterioridad o, en el ámbito estrictamente sanitario, la Declaración sobre la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa, promovida el año 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, además, hay múltiples declaraciones internacionales que con más o menos alcance e influencia se han referido a estas cuestiones (OMS, 1994)

La regulación del derecho a la protección de la salud, recogido en el artículo 43 de la Constitución de 1978, desde el punto de vista de las cuestiones que están más vinculadas a la condición de sujetos de derechos de los usuarios de los servicios sanitarios, el reconocimiento de los derechos que hacen referencia a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relacionado con su salud, está sujeto a regulación básica de ámbito del Estado, a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (Ley General de Sanidad, 1986).

Los servicios de salud tienen que formular estrategias, medidas y programas para asegurar la consecución de una atención sanitaria equitativa y de calidad, que es el objetivo esencial de los servicios públicos de salud y que se traduzca en una mejora de los indicadores de salud de la población (Ley General de Sanidad, 1986).

Los servicios de salud, para asegurar la atención centrada en el paciente, deben prestar una atención especial a la accesibilidad, la coordinación entre servicios, la continuidad asistencial, la transparencia informativa y la participación comunitaria. En los procesos asistenciales específicos, tiene que incluir el respeto a las preferencias del paciente, su participación, la información compartida y adaptada a las creencias, expectativas y preocupaciones de cada paciente en particular, para así conseguir las decisiones compartidas a lo largo de todo el proceso de atención.

Este reto supera el concepto de "satisfacción del paciente" y se centra en tener una estructura y unos procesos que consigan una atención real y adecuada en la que se respeten las necesidades y expectativas del paciente y de la población, y que cuente con su participación.

Para saber si los servicios de salud caminan en esta dirección hacen falta herramientas e indicadores que muestren de forma objetiva si hay o no problemas, relacionados con la atención al paciente respetuosa y participativa. Esta información debe venir de los propios pacientes, que son los que pueden juzgar e informar sobre lo que está ocurriendo, ya que son los propios actores de esta atención (Ley General de Sanidad, 1986).

1.1 Ley General de Sanidad

Ley 14/1986, de 25 de abril General de Sanidad. La formulación de la Ley General de Sanidad se apoya en los artículos 43 y 49 de la

Constitución Española que reconocen el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, derecho que, para ser efectivo, requiere de las medidas adecuadas para satisfacerlo. También se apoya en la institucionalización, a partir de lo establecido en el título VIII de la Constitución, de Comunidades Autónomas en todo el territorio del Estado, y que tienen reconocidas amplias competencias en materia de Sanidad en sus Estatutos.

La Ley reconoce el derecho a las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España, aunque no generaliza el derecho a obtener gratuitamente estas prestaciones sino que programa su aplicación paulatina, para poder observar la evolución de los costes.

La incidencia del establecimiento de las Comunidades Autónomas en nuestra organización sanitaria ha tenido mucha trascendencia, y el Estado ha llevado a cabo la transferencia de servicios sanitarios, utilizando un dispositivo sanitario suficiente para atender las necesidades sanitarias de la población residente en cada una de ellas. El Estado, según lo establecido en el artículo 149.1.16 de la Constitución, que es en el que está apoyada esta ley, tiene que considerar todo lo que sea necesario, para que el nuevo sistema sanitario tenga unas características generales y comunes, que sean la base de los servicios sanitarios en todo el territorio del Estado.

Según la Ley General de Sanidad (1986) todos los ciudadanos tienen derecho en las distintas administraciones públicas, a:

- Participar en las actividades sanitarias, según los términos que establezca esta Ley y en las disposiciones posteriores que se realicen, a través de las instituciones de las comunidades.
- Utilizar las vías de reclamación y hacer sugerencias, debiendo recibir respuesta por escrito en ambos casos, respetando los plazos que se establezcan de forma reglamentaria. (Ley General de Sanidad, 1986).

En la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Ley Básica reguladora de autonomía del paciente, 2002), en su exposición de motivos, contempla como eje de las relaciones clínico-asistenciales la importancia de los derechos de los pacientes y lo pone de manifiesto al constatar el interés de casi todas las organizaciones internacionales, que tienen competencia en esta materia, por los derechos de los pacientes.

1.2 Ley de Autonomía del Paciente

Ley de Autonomía del Paciente y de Información y Documentación Clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Expresa la voluntad de humanizar los servicios sanitarios manteniendo el máximo respeto a la libertad individual y a la dignidad de la persona, indicando que la organización sanitaria tiene que garantizar la salud como un derecho inalienable de la población, sirviéndose para ello del Sistema Nacional de Salud, asegurando que sea con escrupuloso respeto a la intimidad personal, la libertad individual, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se presten y sin discriminación alguna. Con esta Ley se completan las previsiones de la Ley General de Sanidad, que estableció los principios generales, pero ahora es cuando se refuerza y trata especialmente el derecho a la autonomía del paciente. En esta Ley se regula en especial, las instrucciones previas que contemplan los deseos del paciente expresados anteriormente, dentro del marco del consentimiento informado.

También trata en profundidad todo lo que hace referencia a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, subrayando y concretando los derechos del usuario en este aspecto. La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de

Carácter Personal, califica a los datos relativos a la salud de los ciudadanos como datos especialmente protegidos, estableciendo un régimen singularmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión. Esta defensa de la confidencialidad había sido ya defendida por la Directiva comunitaria 95/46, de 24 de octubre, en la que, además de reafirmarse la defensa de los derechos y libertades de los ciudadanos europeos, en especial de su intimidad relativa a la información relacionada con su salud.

Para el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Consumo (Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, 2006-2010), los protagonistas esenciales del sistema sanitario son el paciente y el profesional.

Los principios que inspiran el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud son los de ofrecer garantías a pacientes, usuarios y profesionales para conseguir un Sistema Nacional de Salud:

- Centrado en las necesidades de pacientes y de usuarios.
- Orientado a proteger y a promover la salud y a la prevención.
- Preocupado por aumentar la equidad.
- Fomenta la excelencia clínica.
- Impulsa la evaluación de tecnologías y procedimientos con base en la mejor evidencia disponible.
- Generalizando el uso de las nuevas tecnologías de la información para mejorar la atención a pacientes, usuarios y ciudadanos y asegurar así la cohesión de los servicios.
- Tiene que ser capaz de planificar los recursos humanos con la antelación suficiente para cubrir adecuadamente las necesidades de los servicios.
- Con transparencia para todos los actores.
- El resultado de sus acciones debe ser evaluable.

Para conseguir estos objetivos, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud realiza una serie de acciones, que en su mayoría implican la existencia de una colaboración estable con Comunidades Autónomas, sociedades científicas, universidades, institutos, unidades de investigación, y pacientes (Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, 2006-2010).

1.3 Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

La Constitución Española de 1978, en su artículo 41, establece que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, y en el artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, siendo responsabilidad de los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública estableciendo medidas preventivas y las prestaciones y servicios necesarios.

El título VIII del texto constitucional diseñó una nueva organización territorial del Estado que permitía a las comunidades autónomas asumir las competencias en materia de sanidad, reservando para el Estado la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad.

La Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de abril establece los principios y criterios que han permitido formar el Sistema Nacional de Salud, de carácter público y con la universalidad y gratuidad del sistema, definiendo los derechos y deberes de ciudadanos y poderes públicos en este ámbito, la descentralización política de la sanidad, la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud y su organización en áreas

de salud, y el desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria que tiene como actividades la asistencial y de prevención, promoción y rehabilitación básica.

El hecho de que las comunidades autónomas hayan asumido las competencias en sanidad ha supuesto acercar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano.

1.4 Ley de Protección de Datos de Carácter Personal

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal que tiene por objeto garantizar y proteger las libertades públicas y los derechos fundamentales, especialmente el honor e intimidad personal y familiar, de las personas físicas en lo que se refiere al tratamiento de los datos personales.

En el título II trata los principios de la protección de datos, y los desarrolla entre los artículos 4 y 12.

En el título III, especifica los derechos de las personas en materia de protección de datos, desarrollándolos en los artículos 13 a 19.

En su título VI trata sobre la agencia de Protección de datos y lo desarrolla entre los artículos 35 a 42.

1.5 Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento

Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Esta ley trata de asegurar la calidad de la prestación en todo el Sistema Nacional de Salud, de forma descentralizada e impulsando el uso racional de medicamentos, con el objetivo central de que todos los ciudadanos sigan teniendo acceso al medicamento que necesiten, cuando lo necesiten y donde lo necesiten, en condiciones de efectividad y seguridad.

Se incorporan estrategias para intensificar el uso racional de medicamentos, como la información periódica, de calidad e independiente a los profesionales, garantizándoles formación sobre el uso racional de medicamentos. Se potencia el uso de la receta médica como documento imprescindible para la seguridad los pacientes y la modificación de los prospectos de los medicamentos para hacer que sean inteligibles para los ciudadanos, ayudando de esta forma a conseguir la adherencia al tratamiento que permita alcanzar el éxito terapéutico que el médico ha previsto con el tratamiento.

El Sistema debe garantizar que la información, la formación y la promoción comercial de los medicamentos, que reciben los profesionales, esté avalada por el rigor científico, la transparencia y la ética.

Los medicamentos, a veces plantean problemas de efectividad y seguridad que deben ser conocidos por los profesionales, para ello está el sistema español de fármaco vigilancia del Sistema Nacional de Salud, que incorpora el sistema de fármaco epidemiología y la gestión de riesgos.

El aumento previsto de la población y su marcado envejecimiento, con mayores necesidades sanitarias y con la cronificación de muchas patologías, son la causa por la que estas necesidades deben garantizarse desde exigencias rigurosas de seguridad y eficacia de los medicamentos en beneficio de la calidad de la asistencia a los ciudadanos.

El crecimiento de las necesidades de prestaciones farmacéuticas hay que enmarcarlo dentro de estrategias de uso racional de medicamentos y control del gasto farmacéutico, para poder seguir dando una prestación universal y contribuir a la sostenibilidad del SNS, por ello la Ley considera una financiación selectiva y no indiscriminada de medicamentos en función de su utilidad y necesidad para mejorar la salud de los ciudadanos.

La aparición de los medicamentos genéricos, con demostrada eficacia clínica y además más económicos, que aseguran iguales condiciones de calidad, seguridad y eficacia a menor precio, impulsan a que se favorezca la mayor presencia de estos medicamentos genéricos en el mercado y contribuir de esta manera a la sostenibilidad.

En esta Ley también se contempla la incorporación a la prestación farmacéutica de las novedades que sean necesarias.

Esta ley ha sufrido diversas modificaciones derivadas del incremento del gasto farmacéutico y la necesidad de garantizar la sostenibilidad del SNS.

1.6 Ley de Garantías de Medicamentos y Productos Sanitarios

Ley de Garantías Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios. Real Decreto Legislativo 1/2015 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. La primera modificación de esta ley se introdujo mediante la Ley 51/2007, de 26 de diciembre de Presupuestos Generales del Estado para el año 2008, con el exclusivo objeto de fijar las diversas tarifas de la tasa por prestación de servicios y realización de actividades de la Administración General del Estado en materia de medicamentos.

Dos años más tarde, la Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio, modificó, entre otras muchas normas, la Ley 29/2006, de 26 de julio, con el objeto de adaptar la misma a lo dispuesto en la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio, y de suprimir requisitos o trabas no justificados o desproporcionados con el claro objetivo de impulsar la actividad económica.

Prácticamente sin solución de continuidad se aprobó la Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, con el objeto de contemplar la participación en la prescripción de medicamentos y productos sanitarios de otros profesionales sanitarios distintos de los médicos y odontólogos, como era el caso de los enfermeros y podólogos.

Como consecuencia de la crisis económica iniciada en el año 2008, la Ley 29/2006, de 26 de julio, ha seguido experimentando varias modificaciones. Algunas de ellas han sido de tipo técnico, como las relativas a las garantías de eficacia, seguridad y calidad de los medicamentos y productos sanitarios, pero las más significativas son las relacionadas con los aspectos económicos, siendo el más relevante el correspondiente a las iniciativas de control del gasto farmacéutico. La necesidad de este control, no obedecía sólo a la obligada eficiencia en la gestión del gasto público, sobre todo en una situación de grave crisis, sino que este control era también necesario en cuanto a la mejora tecnológica de los propios medicamentos, así como por la aparición de nuevos medicamentos, algunos de los cuales introdujeron avances importantes en el tratamiento y, por consiguiente, en el estado de salud.

La evolución tecnológica positiva se produjo cuando la mayor parte de los países del mundo ya habían incorporado a sus ordenamientos jurídicos los Acuerdos sobre los aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), lo que en el ámbito farmacéutico significa la protección plena de los descubrimientos patentados. Este fenómeno ocasionó un incremento en los precios exigidos para las innovaciones farmacológicas lo que determinó, a la larga, un incremento de los presupuestos de gasto farmacéutico por encima de los parámetros que caracterizan la riqueza de las naciones –Producto Interior Bruto (PIB) per cápita– o del nivel de desarrollo alcanzado en el Estado de bienestar –porcentaje

sobre PIB dedicado a asistencia sanitaria-. España, que tiene una cobertura muy alta del gasto farmacéutico por parte del Sistema Nacional de Salud, sufrió más que otros países las consecuencias de la crisis económica, y esto obligó a incorporar políticas de eficiencia en el gasto sanitario.

Por todo ello, para contener el gasto farmacéutico fueron necesarias reformas urgentes, y se promulgaron varias normas, en concreto, el Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud, el Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, y un año más tarde, el Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, de contribución a la consolidación fiscal y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011, que introdujeron descuentos y limitaciones de orden general, afectando a la oferta de medicamentos.

El Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo, fue la primera reacción ante la crisis económica iniciada años atrás y perseguía el objetivo de modificar la financiación pública de los medicamentos y productos sanitarios prevista en la Ley 29/2006, de 26 de julio, para facilitar la aplicación del sistema de precios de referencia e introducir descuentos y limitaciones que redujeran el gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud.

El Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, abordó el establecimiento de medidas complementarias a las ya establecidas, en el marco de la prestación farmacéutica para establecer nuevas deducciones y reducciones de precios.

El sistema de precios de referencia que se contempla en la Ley 29/2006, de 26 de julio, tuvo una nueva variación por medio de la Ley 34/2010, de 5 de agosto, de modificación de las Leyes 30/2007, de 30

de octubre, de Contratos del Sector Público, 31/2007, de 30 de octubre, sobre procedimientos de contratación en los sectores del agua, la energía, los transportes y los servicios postales, y 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa para adaptación a la normativa comunitaria de las dos primeras, mientras que el régimen de incompatibilidades de los profesionales sanitarios también fue modificado por la Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación.

Por último, el Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, cuyo objeto era generalizar la prescripción de medicamentos por principio activo, modificar el sistema de precios de referencia, haciéndolo más ágil y fácil de gestionar, y mejorar los criterios para la financiación selectiva de medicamentos, incorporando a la prestación aquellos que ofrecen mejoras sustanciales en los tratamientos.

Por su especial trascendencia en el ámbito de la consolidación de la prestación pública sanitaria, y no únicamente en relación con la modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de la que se ocupa en su capítulo IV, destaca el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que abordó una reforma sustancial de carácter global introduciendo reformas sobre la demanda.

La reforma llevada a cabo racionaliza la financiación farmacéutica excluyendo de la financiación pública los medicamentos destinados al tratamiento de síntomas menores, y también añade una modificación estructural al sistema de fijación de precios de los medicamentos, con un innovador esquema de precios seleccionados, que marca un cambio hacia la financiación selectiva con criterios como el coste-efectividad y la valoración del impacto presupuestario, junto a otros elementos cualitativos que han permitido la modificación de la cartera de medicamentos financiados.

La medida de mayor trascendencia social fue la aportación de los beneficiarios al gasto farmacéutico en función de su capacidad económica, buscando el uso más responsable de la prestación así como el reparto más equitativo y sostenible del esfuerzo de financiación, mejorando así el sistema mantenido inicialmente por la Ley 29/2006, de 26 de julio, que estaba vigente desde los años ochenta del siglo anterior.

Una nueva modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, se realizó con el Real Decreto-ley 28/2012, de 30 de noviembre, de medidas de consolidación y garantía del sistema de la Seguridad Social, que redefinió la prestación farmacéutica ambulatoria considerando que es la que se dispensa al paciente mediante receta médica u orden de dispensación hospitalaria a través de oficinas o servicios de farmacia.

La última reforma importante de la Ley 29/2006, de 26 de julio, fue la realizada con la Ley 10/2013, de 24 de julio, que incorporó la autorización de las Cortes Generales al Gobierno para la aprobación de este texto refundido. El fin de esta ley es incorporar al ordenamiento jurídico español las Directivas 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, sobre fármaco vigilancia, y 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011, sobre prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal. Además se modificaron otros aspectos sustanciales de la ley distintos a los mencionados en las normas europeas, entre ellos la adecuación técnica del procedimiento sancionador y el régimen de los ingresos públicos por actuaciones de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y la introducción de una serie de mejoras consistentes en extender el régimen que se aplicaba hasta ahora a los medicamentos de uso humano también a los medicamentos de uso veterinario, a los productos sanitarios, a los cosméticos y a los productos de cuidado personal, para ofrecer una regulación general completa en el marco de la Ley 29/2006.

Para agilizar el sector farmacéutico se incorporaron algunas previsiones que establecieron la posibilidad de realizar notificaciones, en la medida que fuera posible, así, la autorización ya no es el único mecanismo de control de las actividades a que se refiere la Ley 29/2006, de 26 de julio. Por último, se introdujo un cambio importante en el informe de posicionamiento terapéutico como herramienta clave para la utilización correcta y eficiente de los nuevos medicamentos.

El 25 de julio de 2015 se publicó en el BOE el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, cuyo texto refundido aborda todos estos aspectos al incorporar las modificaciones producidas en la materia desde la entrada en vigor de la Ley 29/2006, de 26 de julio y deroga dicha ley.

1.7 Guía del Usuario de Servicios Sanitarios R. de Murcia

Guía sobre Sugerencias, Reclamaciones, Quejas y Agradecimientos formulados por los usuarios de sistemas sanitarios. (BORM. 2005). En ella los pacientes y usuarios pueden encontrar toda la información sobre como formular sugerencia, quejas, reclamaciones y agradecimientos, medios de presentación, plazos de resolución de sugerencias, reclamaciones y agradecimientos, confidencialidad, registro, ámbito de aplicación, datos que deben aportar, modelo normalizado de formulario, y demás información necesaria.

1.8 Decreto de Atención al Ciudadano del R. de Murcia

Decreto de Atención al Ciudadano en la Administración Pública de la Región de Murcia (BORM. 2010). Regula los servicios de atención al ciudadano, las sugerencias y quejas, la atención presencial y el registro de las solicitudes y comunicaciones, estableciendo por primera vez la posibilidad de proporcionar atención telefónica a través del

teléfono único 112 y electrónica, además de la clásica atención presencial.

2. Atención sanitaria centrada en el paciente

En el año 1969 Enid Balint realizó un estudio para demostrar las ventajas de la atención sanitaria centrada en el paciente, considerando a éste como un todo, frente a la medicina orientada a la enfermedad, demostrando que cuando el médico trataba al paciente de forma holística, aún sin ser psiquiatra ni psicoanalista, ayudaba al paciente a tener conciencia de sus problemas, que aun teniendo manifestaciones clínicas, podían no estar relacionados con una enfermedad física, y ésta consciencia se traducía en menor dependencia del paciente hacia el médico y en una menor frecuentación (Balint, 1969).

Según el Institute of Medicine (IOM, 2001), "atención centrada en el paciente" es la atención sanitaria que es respetuosa con las preferencias individuales de los pacientes, con sus necesidades y valores y responde a ellos, asegurando que los valores del paciente son los que guían todas las decisiones clínicas, pero incluso hay tendencias que quieren incluir no solo a los pacientes, sino también a sus familiares y allegados, y también a la población en su conjunto (Saturno, 2008) En la tabla 2 podemos ver el concepto de atención sanitaria centrada en el paciente según diversas instituciones, realizada por Saturno en 2008.

Tabla 2	
CONCEPTO	FUENTE
Provisión de atención sanitaria que es respetuosa con y que responde a las preferencias individuales, necesidades y valores del paciente, asegurando que los valores del paciente guían todas las decisiones clínicas	<i>Institute of Medicine (IOM), USA: Crossing the Quality Chasm, 2001</i>
Un acercamiento a la planificación, provisión, y evaluación de la atención sanitaria que se basa en la asociación	<i>Institute for Patient-and Family-Centered care.</i> http://www.ipfcc.org/faq.html

<p>mutuamente beneficiosa entre quienes proveen los servicios, los pacientes y las familias.</p>	<p>(Acceso: Enero 2012)</p>
<p>La experiencia en la atención sanitaria (hasta donde desee el paciente informado) de transparencia, individualización, reconocimiento, respeto, dignidad, y elección en todas las cuestiones, sin excepción, relacionadas con su propia persona, circunstancias y relaciones.</p>	<p><i>Berwick DM: What 'Patient-Centered' should mean: Confessions of an extremist.</i> Health Affairs, 2009. http://content.healthaffairs.org/content/28/4/w555.full.pdf+html (Acceso: Enero 2012)</p>
<p>Tiene como elemento clave un sistema sanitario diseñado y dirigido a atender las preferencias y necesidades del paciente, de manera que la asistencia sanitaria resulte oportuna y rentable</p>	<p><i>International Alliance of Patient Organizations (IAPO): Declaración de la Asistencia Sanitaria Centrada en el Paciente, 2006</i> http://www.patientsorganizations.org/attach.pl/853/665/Declaracion%20de%20la%20Asistencia%20Sanitaria%20Centrada%20en%20el%20Paciente.pdf (Acceso: Enero 2012)</p>
<p>Atención sanitaria de calidad que se logra a través de la asociación entre los pacientes informados y respetados y sus familias, y un equipo sanitario coordinado</p>	<p><i>National Health Council (NHC) 2004.</i> Citado en: <i>What is Patient-Centered Healthcare?. A Review of Definitions and Principles.</i> IAPO, 2007 http://www.patientsorganizations.org/attach.pl/547/494/IAPO%20Patient-Centred%20Healthcare%20Review%202nd%20edition.pdf (Acceso: Enero 2012)</p>
<p>Un sistema de atención centrada en el paciente es aquel el que los pacientes pueden moverse libremente a lo largo del proceso de atención sea cual sea el tipo de médico, u otro profesional que provea servicios, institución o recurso comunitario que pueda necesitar en cada momento. Este sistema tiene en consideración las necesidades individuales de los pacientes y las trata con respeto y dignidad.</p>	<p><i>Ontario Medical Association (OMA): Patient-Centered Care.</i> OMA Policy Paper. 2010 https://www.oma.org/Resources/Documents/Patient-CentredCare,2010.pdf (Acceso: Enero 2012,</p>
<p>Conocer al paciente como persona y comprometerlo como participante activo en su propio proceso asistencial, en un contexto que permita al clínico ser directivo y cuestionar las creencias y valores del paciente cuando sea necesario para optimizar el tratamiento.</p>	<p><i>Epstein RM; Fiscella K, Lesser CS, Stange KC: Why the Nation Needs a Policy Push on Patient-Centered Health Care.</i> Health Affairs 2010; 8:1489-1495. http://medschool2.ucsf.edu/files/sfgh/downloads/pdf/Epstein%202010%20Why%20the%20nation%20needs%20a%20policy%20push%20on%20patient-centered%20health%20care.pdf (Acceso: Enero 2012)</p>

Tabla 2: Atención centrada en el paciente. Visión diversos autores e instituciones. Fuente: Saturno PJ. Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Universidad de Murcia, 2ª Ed. Universidad de Murcia, 2008

La atención centrada en el paciente desde el punto de vista de la calidad, necesita hacer el rediseño de los procesos asistenciales, para incorporarla a ellos y utilizar herramientas que sean válidas para medir, monitorizar y hacer mejora continua. Analizar las quejas es de gran utilidad para evidenciar las áreas en las que hay que intervenir necesariamente y hacer el seguimiento de su evolución temporal, por eso es de vital importancia que exista un sistema de registro de las quejas y reclamaciones, que éstas sean clasificadas y que se haga un análisis agregado de ellas (Saturno, 2008).

En la actualidad no solo nos enfrentamos al reto de dar una atención sanitaria centrada en el paciente, sino también al de proporcionar una medicina personalizada con la ayuda de la información que nos proporcionan la farmacogenética y la farmacogenómica que ya hacen posible instaurar tratamientos personalizados ante distintos casos de cáncer, o trastornos genéticos heredados (Espinosa-Brito, 2015).

La asistencia centrada en el paciente es fundamental para que se pueda cumplir realmente la misión de la atención sanitaria, para ello hemos de aprovechar la experiencia y conocimientos de pacientes, cuidadores y sociedad y contar con ellos para reformar los sistemas sanitarios que no están adecuadamente orientados para responder a los desafíos actuales de la sanidad. Estos cambios están apoyados por la Organización Mundial de Salud, porque es sabido que con ellos mejora la calidad de la atención y se promueve el adecuado uso de los servicios de salud.

El cuidado de los pacientes tiene que ir encaminado a la autogestión y no a la dependencia, siendo necesario aunar el desarrollo de la ciencia y la planificación del cuidado y el apoyo para la autogestión. El creciente número de pacientes crónicos pluripatológicos también demanda el rediseño de los servicios sanitarios para que estén enfocados hacia las necesidades sociales y sanitarias de estos pacientes. La formación del personal sanitario en la atención a la

cronicidad y la inclusión de pacientes y cuidadores en los equipos multidisciplinares son indispensables para proporcionar un apoyo adaptado a las necesidades de estos pacientes que reduzca la dependencia y ayude a los más desfavorecidos (Richards, Coulter & Wicks, 2015).

2.1 Formas de participación de los usuarios

En cuanto a las formas de participación del usuario, paciente o cliente en la evaluación y mejora de la calidad (Tabla 3), podemos clasificarla según esa participación sea a demanda de los sistemas de salud o activa a iniciativa del propio usuario.

Tabla 3 Formas de participación del usuario/paciente en la evaluación y mejora de la calidad

Formas de participación solicitadas por el sistema	Formas de participación activa del usuario
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuestas de satisfacción y expectativas. ▪ Informes de usuarios. ▪ Participación activa en el proceso asistencial. ▪ Grupos focales y otras técnicas de investigación cualitativa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quejas y reclamaciones. ▪ Elección de proveedores. ▪ Asociación de consumidores y usuarios. ▪ Consejos de salud y otros órganos de participación de la comunidad en salud. ▪ Participación activa en el proceso asistencial.

Tabla 3. Formas de participación del usuario en la evaluación de la calidad.

Esta clasificación, según Saturno (2008), permite ver de forma sistemática las principales formas que hay en cuanto a escuchar “la voz del cliente”, pero no son excluyentes, así podemos encontrar que la participación activa en el proceso asistencial puede darse tanto a

instancias institucionales como por iniciativa propia del paciente. Las instituciones sanitarias tienen diferentes grados de responsabilidad en su puesta en marcha y utilización para la gestión de la calidad. La responsabilidad es total con relación a las formas de participación que solicita el sistema, mientras que en las que dependen de la iniciativa de los clientes lo que hay que hacer es fomentarlas, hacerlas fáciles de realizar, y aprovecharlas.

También es diferente lo que pueden y deben hacer los proveedores de los servicios, dentro de las formas de participación que se llevan a cabo por iniciativa del cliente. Las diferencias están determinadas por el tipo concreto de participación, las características del sistema de salud donde se producen y el nivel organizativo que tenga cada sistema de salud (Saturno, 2008).

Es necesario encontrar distintas formas de escuchar a los pacientes y asegurarnos de que su voz sea oída en los foros médicos, y que la toma de decisiones sea compartida basándose en las preferencias y prioridades de cada paciente. La información en la que se deben basar las decisiones compartidas debe ser de buena calidad y debemos considerar que el acceso a la información a través de las plataformas digitales está cambiando los roles tradicionales (Richards et al., 2015).

El amplio acceso a la información sanitaria a través de internet y de las redes sociales, las redes de pacientes y las herramientas fáciles de usar que proporcionan a los pacientes información sobre daños y beneficios de diferentes alternativas ayudan a establecer diálogo e interacción entre clínicos y pacientes.

Las páginas que proporcionan respuestas a las preguntas más frecuentes de los pacientes hacen que éstos dispongan de información previa al contacto con los profesionales sanitarios.

Para garantizar la toma de decisiones compartida es necesario que los programas formativos de los profesionales sanitarios incluyan la importancia de fomentar la toma de decisiones compartida y las

habilidades de comunicación necesarias para informar a los pacientes sobre los resultados de pruebas y de los límites de éstas, de forma que los pacientes puedan comprenderlo (Agoritas et al., 2015).

2.2 Libre elección de proveedor

En sistemas de salud abiertos, en los que las posibilidades de elegir entre varios proveedores es real es más importante proporcionar la información suficiente para que esa elección sea racional e informada. La responsabilidad de proporcionar esa información es de la administración o de asociaciones no gubernamentales que tengan interés en este tema, aunque puede que los proveedores también tengan campañas publicitarias informativas propias para captar clientes.

En Estados Unidos se fomenta la libre elección de proveedor y para que sea informada y racional hay diversas iniciativas, como la base de datos HEDIS (Health Plan Employer Data and Information Set) que fue elaborada por el National Committee for Quality Assurance (NCQA) que es una entidad con representación de organizaciones sanitarias, empresarios, sindicatos, consumidores y el propio gobierno. La mayoría de las tarjetas informativas o "report cards" sobre indicadores de calidad de las organizaciones sanitarias han sido elaboradas a partir de esta base de datos HEDIS, y son muy controvertidas por su parcialidad, ya que solo tienen unos pocos indicadores que no está claro que puedan ser comprendidos realmente por la población y además, no sirven para hacer comparaciones entre distintos centros sin hacer ajustes previos (Saturno, 2008; NCQA, 2015).

La Agency for Health Research and Quality (AHRQ), que pertenece al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos tiene el proyecto CAHPS (Consumer Assessment of Health Plans o evaluación de las organizaciones sanitarias por parte de los consumidores), que es una encuesta de calidad percibida pensada por la agencia, para dar información válida y fiable para ayudar a los

consumidores a evaluar a los proveedores sanitarios para poder escoger. La encuesta CAHPS incluye la herramienta en sí y los algoritmos para su explotación así como la creación de una base de datos comparativa con los resultados de su aplicación (*National CAHPS Benchmarking Database*, NCBD). De esta encuesta podemos encontrar una versión en español, la Encuesta CAHPS® Sobre Atención Hospitalaria que encontramos disponible en: [http://www.hcahponline.org/Files/V4%200%201-202009%20Appendix%20B%20HCAHPS%20Mail%20Survey%20Materials%20\(Spanish\).pdf](http://www.hcahponline.org/Files/V4%200%201-202009%20Appendix%20B%20HCAHPS%20Mail%20Survey%20Materials%20(Spanish).pdf).(Saturno, 2008; AHRQ, 2012)

En un reciente estudio realizado en la Comunidad Valenciana se ha estudiado la lealtad del paciente en función del diagnóstico. En esta Comunidad la financiación es capítativa y por tanto la asignación de cada paciente para su asistencia sanitaria, aunque está pre-asignada al área geográfica de residencia, el paciente, que tiene la capacidad de elegir el especialista que quiere que le trate, muestra su fidelidad con el departamento en el que considera que es mejor tratado, siendo ésta la base para la relación médico-paciente y permite al paciente tomar decisiones sobre su salud, a la vez que obliga a los Departamentos de Salud, cuya presupuesto se calcula en función de los pacientes adscritos a su área geográfica, a fidelizarlos y retenerlos para evitar la financiación inter-centros cuando el paciente elige ser tratado en un Departamento Sanitario distinto al suyo.

Para fomentar la competencia en las gerencias sanitarias a través de la financiación capítativa es necesario que la libertad de elección sea real y efectiva (Calero y Gallarza, 2016).

2.3 Sistemas sanitarios públicos sin varios proveedores

En sistemas sanitarios públicos y sin diversidad de proveedores para poder elegir, las iniciativas de libre elección de proveedores,

aunque puedan adaptarse y de alguna manera, aprovecharse, pierden sentido y posibilidad de ser utilizadas. Servirían más que nada para dar información a los gestores del sistema, más que al usuario.

Los países de la Unión Europea ofrecen una cobertura prácticamente universal pero tienen dos modelos diferentes para garantizar las prestaciones sanitarias, así en el modelo mutualista o Bismarck, el estado garantiza las prestaciones sanitarias a través de cuotas obligatorias y se sigue en países como Francia, Alemania, Austria, Bélgica, Luxemburgo y Holanda y en los del modelo de Sistema Nacional de Salud (SNS) o modelo Beveridge, la financiación sanitaria pública procede de los presupuestos generales del estado y se rige por los principios de equidad, universalidad y gratuidad y es el modelo seguido en Reino Unido, Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Italia, España y Portugal.

Por lo tanto, hay dos grandes sistemas, el sistema Bismarck, basado en contribuciones a la Seguridad Social; y el sistema Beveridge, financiado por impuestos, el primero sin redistribución entre los diferentes grupos de ingresos, las personas aseguradas son empleados; la financiación es por medio de contribuciones de acuerdo con el volumen de ingresos; y el sistema Beveridge que sí contiene redistribución social; incluye a toda la población y se financia por presupuestos del Estado.

Los países del norte de Europa tienen mayor afinidad al modelo Beveridge y los de centro Europa por el modelo Bismarck, pero las diferencias se van acortando y la financiación a través de impuestos ha crecido en países como Italia, Francia y Portugal (Cabo, 2015).

En sistemas de salud públicos y con proveedor prácticamente único, como el español, tendría más sentido fomentar los órganos de participación de la población en la gestión del sistema sanitario, como viene contemplado en Ley General de Sanidad 1986. Sin embargo, hay un problema real de funcionamiento y uso adecuado de iniciativas de

este tipo y es difícil encontrar ejemplos en los que el funcionamiento sea real. Por eso es necesario utilizar una buena gestión de las quejas y reclamaciones para gestionar la calidad en las instituciones sanitarias en cualquier sistema sanitario, porque aportan la visión del cliente sobre la asistencia recibida (Saturno, 2008).

3. Situación actual de las quejas y reclamaciones

La situación actual de las quejas en el Sistema Sanitario Español, según informe del Defensor de Pueblo de los años 2013 y 2014 es la siguiente.

3.1 Informe del Defensor del Pueblo año 2013

En lo relacionado con materia de sanidad el Informe del Defensor del Pueblo para el año 2013 (Defensor del Pueblo, 2014), hace las siguientes consideraciones:

- El acceso a la asistencia sanitaria para inmigrantes que no poseen el permiso de residencia, ha generado muchas quejas, porque hay comunidades autónoma que han aplicado los términos estrictos del Real Decreto-ley 16/2012, y solo proporcionan asistencia sanitaria a menores en caso de urgencia y a mujeres embarazadas, y aunque el Ministerio de Sanidad propone que los inmigrantes suscriban un convenio de asistencia, esto no es viable por la situación económica de estas personas. Según el Defensor del Pueblo sería necesario seguir asistiendo a los pacientes crónicos o graves, pero la ley solo obliga a prestar atención cuando se trata de problemas de salud pública.
- En materia de autonomía del paciente, información y documentación sanitaria señala que hay pacientes que han sentido que se entrometían en su intimidad cuando eran tratados

por profesionales en formación. También hubo quejas por parte de los pacientes, por los problemas para acceder a su documentación e historias clínicas y por las demoras en obtener una segunda opinión y en conseguir que su documentación sanitaria fuera transferida a otra institución.

- En la ordenación de prestaciones, las quejas están motivadas porque los avances científicos no se incorporan por igual en todas las comunidades autónomas, existiendo importantes diferencias de cartera de servicios entre ellas.
- En cuanto a listas de espera, éstas suponen una de las principales causas de insatisfacción de los ciudadanos, existiendo esperas de más de dos años para pruebas diagnósticas, hasta dos años para intervenciones quirúrgicas, y hasta un año en consultas externas.
- En el ámbito de la atención especializada, se han producido incidentes en cuanto a la atención de pacientes de una comunidad autónoma, que el hospital más cercano era el de comunidad limítrofe y es allí donde buscan la asistencia. También ha habido problemas con la derivación de pacientes a centros de referencia nacional y con la necesidad de facilitar el acompañamiento de pacientes que requieran especial protección, durante su permanencia en los servicios de urgencias hospitalarias.
- Referente a la seguridad del paciente, deja constancia de que la calidad de la atención sanitaria exige que se disponga de procesos eficaces y sistemáticos de actuación cuando se producen reclamaciones de pacientes denunciando incidentes de seguridad, así como generar la información suficiente sobre estos problemas para poder hacer una adecuada planificación de actuación preventiva. Las intervenciones quirúrgicas hechas con retraso, los errores diagnósticos, la falta de protocolos que garanticen la derivación del paciente en caso de necesidad y las demoras en el transporte sanitario, también han sido causas de reclamaciones.

- En salud mental, el informe del Defensor del Pueblo indica la necesidad de regular la especialidad en psiquiatría en la infancia y adolescencia, y de establecer una coordinación entre servicios sociales y sanitarios, sobre todo en los casos de toxicomanía y enfermedad mental y en personas en situación de exclusión social.
- En prestación farmacéutica, control de medicamentos y oficinas de farmacia y copago de productos farmacéuticos, se han formulado quejas por el modelo de copago farmacéutico, las quejas formuladas piden que se corrija el tipo asignado de aportación farmacéutica, que no haya retraso en el reembolso a pensionistas y que no se aplique el copago en la dispensación farmacéutica hospitalaria. En este último caso, el Defensor del Pueblo no cree que el copago esté justificado puesto que la razón que se da para esta medida, es disuadir del uso inapropiado o abusivo y no puede aplicarse a la dispensación farmacéutica hospitalaria. La exclusión de algunos medicamentos de la financiación pública y el aumento de precio que han experimentado después de la exclusión, también han sido objeto de queja.
- El transporte sanitario, también ha ocasionado quejas, tanto por haber sido denegado como por atención inadecuada, debida a retrasos en la prestación, por mala planificación del servicio y por retraso en el abono de ayudas.

3.2 Informe del Defensor del Pueblo año 2014

Este informe publicado el día 24 de febrero de 2015, en lo relacionado con los mismos aspectos en materia de sanidad que en el año anterior (Defensor del Pueblo, 2015), hace las siguientes consideraciones:

- En asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, esta asistencia de urgencia por enfermedad grave o accidente, hasta el alta médica, está garantizada por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, para los extranjeros no registrados, ni autorizados como residentes en España, pero hay quejas porque en enfermedades crónicas y graves, la atención a estas personas se limita a episodios agudos y se les proporciona exclusivamente en servicios específicos de urgencias, por lo que no hay continuidad asistencial en otros ámbitos (atención primaria y atención especializada), y la consecuencia es que se interrumpen los tratamientos por lo que aparecen nuevos episodios que ocasionan que nuevamente se acuda a urgencias.
- En autonomía del paciente, información y documentación sanitaria este informe constata la necesidad de armonizar las necesidades de la formación de especialistas en ciencias de la salud con el respeto a la dignidad e intimidad de las personas atendidas por estos profesionales, tal como ya apuntó en el informe del año anterior. Existen quejas que ponen de manifiesto que, en ocasiones los alumnos de universidades que hacen sus prácticas clínicas en centros sanitarios acceden a historias clínicas de pacientes, en las que los datos personales no están dissociados de los datos clínico-asistenciales, como está dispuesto en el marco legal en esta materia.
- En ordenación de prestaciones siguen las diferencias en la cartera de servicios de las comunidades autónomas y por ello, la falta de equidad en el acceso a las prestaciones en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, y sigue siendo el denominador común de las quejas por este motivo, igual que el año anterior.
- En cuanto a las listas de espera, los barómetros sanitarios del Centro de Investigaciones Sociológicas, muestran que la población percibe que las administraciones sanitarias llevan a cabo cada vez menos acciones para mejorar las listas de espera, disminuyendo las demoras, así, en el año 2007 el 47,3% de la

población entrevistada afirmó que se habían realizado acciones para mejorar las listas de espera, mientras que en el año 2013 el porcentaje fue solo del 24,1%, en seis años ha bajado a la mitad. Hay quejas por demoras significativas en intervenciones quirúrgicas.

- En el ámbito de la atención especializada destacan, las quejas relacionadas con la movilidad de pacientes en el Sistema Nacional de Salud, la organización de los servicios, su estructura y funcionamiento y la libre elección de médico especialista, como en el año anterior. También hay quejas por problemas en la derivación de pacientes a centros nacionales de referencia en determinados procesos. Y en los servicios de urgencias hospitalarios, las principales quejas se refieren a los problemas de saturación de estos servicios.
- En materia de seguridad del paciente las quejas hacen referencia a la calidad de la atención, por lo que para prevenir incidentes clínicos, a través del estudio de sus causas y la mejora continua de la práctica profesional podrían ser de utilidad. La administración tarda en responder y esto también genera quejas en los ciudadanos que quieren tener información suficiente y comprensible para, con ella, formarse una opinión y, determinar las posibles vías para la mejor defensa de sus derechos.
- En salud mental, los familiares de personas con enfermedad mental muestran su preocupación y angustia por la situación familiar que viven, porque no pueden obtener la ayuda que necesitan y además ven que los recursos de atención socio sanitaria son insuficientes. También los enfermos expresan su ansiedad y sensación de abandono por la atención médica que reciben. Hay quejas por la atención que reciben de los profesionales que les atienden en los centros de salud mental y por los cambios en los tratamientos que ya tenían pautados con anterioridad. También generan quejas las incidencias o el

desacuerdo con las medidas tomadas para ingreso hospitalario urgente en casos de cuadro agudo de alteración psíquica.

- En prestación farmacéutica, control de medicamentos y oficinas de farmacia, el copago de productos farmacéuticos continua generando quejas de los ciudadanos, por su disconformidad con el tipo de aportación que se les asigna en la compra de medicamento, al igual que en informes anteriores, hacen referencia a que no se les reconoce el derecho a la exención en el copago farmacéutico en casos como falta de recursos económicos y de ayudas sociales, o discapacidad. Las quejas de los ciudadanos sobre el impacto del modelo de copago farmacéutico siguen siendo frecuentes.
- En el informe de 2014 no constan quejas por el copago hospitalario porque finalmente no se ha llevado a efecto. La aparición de nuevos medicamentos para el tratamiento de enfermedades graves o raras genera muchas expectativas en los pacientes cuyos tratamientos anteriores no fueron eficaces, sobre todo en los casos con pronósticos más graves. Las quejas más frecuentes en esta materia son por denegación de autorización para el uso especial de medicamentos en investigación, cuando los ciudadanos creen que reúnen los parámetros previstos para ello.
- También la tardanza en decidir la financiación y fijar precios, que son previas a la comercialización de estos medicamentos en España, y que son posteriores a haber obtenido la autorización de uso por la Agencia Europea del Medicamento, ocasionan quejas de los pacientes. La no indicación clínica del nuevo medicamento ya comercializado por parte de los profesionales médicos que atienden al paciente, la no aprobación de esa indicación terapéutica por parte del comité clínico de evaluación del centro sanitario o por el servicio de salud correspondiente, también generan quejas.

- Una de las quejas que mayor notoriedad pública ha tenido en esta materia ha sido la ocasionada por la dificultades en el acceso a fármacos de última generación que aportarían un muy alto grado de respuesta en la curación de la hepatitis C, son quejas de pacientes a los que se les había denegado el acceso por uso compasivo a alguno de estos medicamentos.

4. Recepción de quejas y reclamaciones

La gestión de quejas y reclamaciones tiene tres partes diferenciadas: mecanismos de solicitud y recepción, mecanismos de respuesta y el análisis y seguimiento. Es la dirección de la institución quien tiene la responsabilidad del sistema de gestión de quejas (Saturno, 2008).

En cuanto a solicitud y recepción de las quejas y reclamaciones, uno de los objetivos de las instituciones sanitarias es disminuir el número de experiencias no satisfactorias que generan las quejas de los usuarios, pero también deben incrementar el número de quejas conocidas, si consideran las quejas de sus usuarios como parte de la gestión de la calidad, para identificar oportunidades de mejora.

En relación a las quejas y reclamaciones, el silencio nunca es oro, tanto para el usuario como para la institución. Se estima que por cada queja importante formulada, hay por lo menos otras cinco sin formular, por eso es tan importante conocerlas, desde la consideración de que cada queja y reclamación expresa expectativas no satisfechas y, sirve para conocer los deseos del cliente. También hay que tener en cuenta que el cliente tiene razones para no formular una queja aunque la tenga, bien porque piensa que no merece la pena el tiempo y esfuerzo en realizarla, o porque desconfía de que la vayan a tener en cuenta, por desconocimiento de como formularla, e incluso por temor a represalias; ante esta situación, es responsabilidad de la institución, hacer saber a

los pacientes que quejarse es uno de sus derechos y que sus quejas son tenidas en cuenta, así como facilitarles el que puedan formularlas.

Las quejas por escrito son muy importantes, pero hay que posibilitar que se puedan realizar quejas por vías menos formales, como por vía telefónica, y prestar igual atención a ese otro tipo de quejas (Saturno, 2008; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Para garantizar estos derechos y para una gestión sanitaria de calidad, como piden continuamente los pacientes y usuarios, es necesario establecer un sistema de quejas y reclamaciones.

Hay Comunidades Autónomas que disponen de normativa específica para servicios sanitarios, como es el caso de Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Cataluña, Ceuta y Melilla, Islas Baleares, La Rioja, Madrid, Murcia y País Vasco, sin embargo otras tienen normativa para tramitar sugerencias, quejas y reclamaciones dirigidas a servicios y unidades administrativas del Comunidad Autónoma, pero que no son específicas de los servicios sanitarios, es el caso de Extremadura, Galicia y Navarra (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

En el Servicio Andaluz de Salud, en su Carta de Servicios publicada en el BOJA del 22 de diciembre de 2006, regula que los usuarios pueden presentar las sugerencias y reclamaciones de forma personal en las hojas autocopiables del Libro de Sugerencias y Reclamaciones de la Junta de Andalucía que pueden encontrar en todas las oficinas de registro de la CCAA y en los centros sanitarios del SAS, por vía telemática en la web del SAS o en las hojas electrónicas del Libro de Sugerencias y Reclamaciones de la Junta de Andalucía (Resolución de 11 de diciembre de 2006 de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, 2006).

El Gobierno de Aragón regula la tramitación de quejas y reclamaciones el Decreto 91/ 2001 en el que establece que las sugerencia y quejas se formularán por escrito en los modelos

normalizados para el efecto aunque también se admiten a trámite las formuladas por escrito en otros formatos siempre que consten los datos de identificación de quien la formula, el domicilio y el contenido de la queja, se presentan en las Oficinas de Registro de la Diputación General de Aragón dirigidas a la Dirección General de Administración y Servicios del Departamento de Presidencia y Relaciones Institucionales, que lo anotará en los libros de sugerencias y quejas y enviará copia del escrito presentado, a los interesados con la fecha de recepción.

Para su tramitación hay un plazo de 30 días, pasado el cual el reclamante puede dirigirse a la Inspección General de Servicios para que ésta delimite las responsabilidades que proceda (Decreto 91/2001 del Gobierno de Aragón, 2001.)

En el Principado de Asturias las sugerencias y reclamaciones se presentan en el juego de hojas autocopiativas que le deben ser entregadas por cualquier empleado del establecimiento o servicio, caso de no serle entregada podrá presentarla por el medio que considere más adecuado, haciendo constar los datos para identificar al reclamado, su nombre o razón social, domicilio e identificación fiscal. Cumplimentará la hoja en el establecimiento donde la solicite, haciendo constar su nombre y apellidos, domicilio, DNI o pasaporte y explicando claramente los motivos de la queja. Una vez formulada, el folio blanco lo remitirá al Servicio u Oficina Municipal de Información al Consumidor donde se ha producido la reclamación, el rosa lo entregará al responsable del establecimiento donde se produce la reclamación y la copia verde se la guarda el usuario (Decreto 6/2005 de la Consejería de Sanidad y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2005).

En Canarias las reclamaciones se presentan en el modelo normalizado, con hojas numeradas y autocopiativas con original y dos copias o por escrito en cualquier otro formato. Los modelos oficiales deben estar en a disposición de los usuarios sanitarios en todos los centros donde hay una oficina de registro y en los servicios, centros y establecimientos públicos o privados. Serán cursadas sin tardanza a la

Oficina, que enviará al interesado la copia normalizada destinada a él o una copia autenticada del escrito presentado, en el que está visible el número y fecha de registro de entrada y al mismo tiempo se inscribirá en el registro correspondiente.

La respuesta a las reclamaciones la harán los órganos prestadores de servicios y si el usuario no está conforme puede expresar su discrepancia ante el titular de la Consejería de Sanidad. La contestación a las reclamaciones se hará en un plazo máximo de dos meses desde la fecha de entrada en cualquiera de los registros de la Consejería competente en materia de sanidad (Decreto 94/1999 y 147/2001 de Consejería de Sanidad y Consumo de Canarias, 1991 y 2001).

Para presentar reclamaciones en la Comunidad de Cantabria, el usuario debe hacerlo en la hoja estándar que puede conseguir en las oficinas de atención al ciudadano, descargarlas del Portal Institucional o solicitarlas por correo, teléfono o fax y presentarlas una vez cumplimentadas en los Registros del Gobierno de Cantabria o por internet con certificado electrónico o sin él y que el plazo para ser respondidas es de un mes desde su presentación (Decreto 11/1996 de Consejo de Gobierno de Cantabria, 1996).

En Castilla-La Mancha existe un modelo de hoja normalizado para la presentación de reclamaciones, quejas, iniciativas y sugerencias, con hojas numeradas y autocopiativas que el usuario puede conseguir en las oficinas de registro y centros sanitarios que dependen del SESCAM y también en los centros privados concertados, se dirigirán al Gerente pertinente, preferiblemente en la hoja normalizada en los Servicios de Información y Atención al Usuario (SAU), en cualquier unidad encargada de registro, de los centros sanitarios de SESCAM o de los centros privados concertados, en los buzones de recogida de los centros antes mencionados, por correo del impreso normalizado o en su defecto del escrito en el que conste el motivo de la queja y será entonces el personal de SAU quien formalizará

el impreso normalizado; por fax, mediante llamada al Teléfono Único de Información de Castilla-La Mancha que se encargará de su formalización, por correo electrónico a los buzones habilitados para ello en la web del SESCAM y en la de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Siempre debe constar el Servicio, centro o establecimiento al que se dirige, nombre, apellidos y domicilio del interesado y la identificación del medio y lugar que prefiere a efectos de notificación, los hechos concretos, lugar y fecha en que se formula y la firma del solicitante. Cuando la persona tenga dificultad para la escritura o correcta expresión pueden solicitar la ayuda del personal de la administración. Todas las quejas se remiten al Gerente o Director del establecimiento sanitario y la unidad receptora remite al interesado copia del impreso normalizado o copia autenticada del escrito presentado, con la fecha y número de registro de entrada (Orden 20-02-2003 de Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, 2003).

Para presentar reclamaciones o sugerencias dirigidas a los Servicios de Salud de Castilla y León, existe un modelo normalizado que es un juego unitario autocopiable y numerado con una hoja blanca para el órgano que debe resolver, una copia rosa para el servicio o unidad objeto de la reclamación y una copia amarilla para el interesado, y han de ser presentadas en los Servicios de Atención al Usuario, de Admisión o en otros órganos con funciones análogas. Si se presenta de forma oral el personal responsable hace la transcripción que luego lee al usuario para que éste la firme, si está conforme.

Las reclamaciones y sugerencias presentadas en un modelo no normalizado, se entrega o envía una copia diligenciada al usuario y el original se grapa al ejemplar normalizado. El plazo de contestación al usuario no excederá de 30 días naturales contando desde el día siguiente de la entrada en el centro al que va dirigida (Decreto 40/2003 de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de Castilla y León, 2003).

En Cataluña, los requisitos mínimos para las reclamaciones dirigidas a las entidades proveedoras de servicios sanitarios son utilizar por parte de los servicios sanitarios, siempre que sea posible, la aplicación de gestión de reclamaciones que está disponible en CatSalut, cuando no sea posible, deberá remitir la información mensualmente a CatSalut entre el días 1 y 7 de cada mes. Para registrar la reclamación ésta debe llevar el CIP, nombre y apellidos del reclamante, si no consta el CIP debe constar la fecha de nacimiento y sexo, el CIP, nombre y apellidos de la persona objeto de los hechos causantes de la reclamación, si no consta el CIP también deberá constar el sexo y fecha de nacimiento, fecha y hora de la reclamación, motivos de reclamación y datos para la respuesta.

Las entidades proveedoras deben tener hojas de reclamación normalizadas y los mecanismos para que el usuario esté informado. Las reclamaciones se podrán presentar durante todo el horario de funcionamiento del centro o servicio y podrá adjuntar la documentación que quien la presenta crea necesario adjuntar. También podrán presentarse por correo postal o electrónico. El centro debe registrar la entrada de la reclamación y si se llevan de forma presencial entregará una copia al usuario en la que conste fecha y hora de entrada y el sello del centro. La reclamación debe ser presentada en cualquier centro, servicio o establecimiento sanitario, si éste no es el centro al que va dirigida, ésta será enviada al lugar que corresponda. El centro debe responder por escrito a todas las reclamaciones presentadas por escrito, se pondrá en contacto con el usuario en un plazo ordinario de 15 días y se dará respuesta definitiva en el plazo máximo de seis meses (Instrucció 03/2004de Catsalut, 2004).

En las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla el organismo responsable de la atención sanitaria de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla es el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Los usuarios pueden formular sus quejas de forma presencial, por correo postal y por medios telemáticos. Cuando se presenten las quejas y

sugerencias por correo electrónico o a través de internet deben llevar la firma electrónica. Cuando el usuario las presenta en persona debe cumplimentar y firmar el formulario diseñado a tal efecto por el órgano u organismo al que vayan dirigidas.

Los usuarios pueden ser ayudados por los funcionarios responsables para formular su queja o sugerencia, y recibirán constancia de la presentación de la queja a través del medio que hayan indicado. El usuario recibirá información de los trámites de su queja en el plazo de 20 días (Real Decreto 951/2005 de Boletín Oficial del Estado, 2005).

La presentación de quejas y reclamaciones en Extremadura se hace mediante un modelo de hojas normalizadas compuesto por un juego unitario de impresos autocopiativos, el original queda en el registro, una copia va al centro, establecimiento o servicio sanitario al que se dirige la reclamación y la tercera se la queda el usuario. Las reclamaciones pueden presentarse en cualquier registro de la administración de la Junta de Extremadura, caso de no presentarlas en el modelo normalizado, los usuarios deben indicar su nombre, apellidos, documento nacional de identidad, pasaporte o similar, así como el domicilio a efectos de notificación y debe firmar al final del escrito.

Todas las reclamaciones que no se presenten en el modelo normalizado, tanto si se presentan personalmente como si se hace por correo o por correo electrónico, se incorporan al modelo normalizado y se le informa al interesado. Todas las reclamaciones deben ser registradas y se hace entrega al usuario de su copia debidamente sellada y con constancia de la fecha de su presentación. La contestación al usuario debe producirse en un plazo máximo de 30 días desde la fecha de entrada en el registro (Orden de 26 de noviembre de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, 2003).

En la Xunta de Galicia las quejas, reclamaciones y sugerencias se pueden presentar por escrito en el modelo normalizado, por correo electrónico, por internet a través de la web de la Consejería de Presidencia, Relaciones Institucionales y Administración Pública, dirigidas a la Inspección General de Servicios, haciendo constar motivo de la queja, a quien va referida y nombre, apellidos y domicilio a efectos de notificación de quien la formula.

Una vez que se recibe la queja se le da traslado a la Inspección General de Servicios que a su vez la pasará a la secretaria general de la consejería afectada que en 15 días tiene que remitir informe con una propuesta de actuación relacionada con la queja. La Inspección General de Servicios, una vez recibido el informe, y siempre en un plazo no mayor de 30 días desde la recepción de la queja, lo traslada al interesado dándole 10 días para las alegaciones (Decreto 164/2005, de Xunta de Galicia, 2005).

Según orden del Consejero de Interior de Islas Baleares, cualquier persona puede presentar una queja sobre el funcionamiento de servicios, unidades y organismos de la comunidad autónoma de las Isles Balears, utilizando para ello el formulario normalizado incluido en la orden, o en papel sin ninguna formalidad, presentado en oficinas o a otros centros, por correo postal o fax, así como telefónicamente al Teléfono de Información Administrativa que las pasará a soporte informático, u oralmente a la persona que atiende al público en esa oficina, que lo documentará en soporte informático y lo dirigirá al órgano destinatario. Todas las quejas deben ser pasadas a soporte informático y registradas en él.

De las quejas que el ciudadano presenta en las oficinas de registro, tiene que quedar una copia del documento presentado, con fecha de entrada, para aquel que las formula. Si la persona las presenta por internet, debe recibir un mensaje del sistema confirmando la presentación y fecha de entrada.

La respuesta a las quejas de servicios sanitarios debe darla el director del centro que tras adoptar las medidas oportunas, responde por carta a la dirección postal de la persona identificada que la presentó y debe notificarlo a la consejería competente. El plazo máximo de respuesta es de 15 días hábiles desde el día siguiente a la recepción de la queja (Orden N° 8245 del Consejero de las Illes Balears, 2003).

El Gobierno de La Rioja establece mediante el Decreto 118/2007, de 27 de septiembre la regulación del libro de Quejas y Sugerencias de la Comunidad Autónoma de La Rioja, indicando que existirá al menos uno de estos libros en todas las Consejerías y Organismos Públicos y que también habrá uno en el portal web corporativo www.rioja.org. Cada ejemplar del libro estará numerado y compuesto por un juego de 50 hojas, encuadernadas, separables y con numeración correlativa, cada hoja estará formada por un original que es el que se remite a la unidad competente y una copia en papel autocopiativo, para el interesado.

Las quejas pueden ser formuladas por personas físicas y/o jurídicas y en ellas debe quedar constancia de la identidad de la persona, con nombre, apellidos y domicilio o correo electrónico o fax, según el medio elegido para su contestación. Las quejas se pueden presentar por escrito en cualquier Consejería u Organismo Público, llenando la hoja correspondiente y con el auxilio del personal encargado de la custodia del libro, si así lo solicitan, o a través de la web corporativa y del Canal Participa que hay en dicha web. También pueden formularse quejas mediante escrito dirigido al órgano competente, por correo electrónico, en este caso dirigidas al Servicio de Atención al Ciudadano a la dirección información@larioja.org, o telefónicamente al 900700333 que es el teléfono gratuito del Servicio de Atención al Ciudadano.

En todos los casos el ciudadano debe decir el medio por el que quiere recibir la respuesta, correo, correo electrónico, fax o por consulta en la web.

Todas las quejas tienen que ser introducidas en sistema informático y posteriormente comprobadas y estudiadas por la unidad encargada de la gestión del Libro de Quejas y Sugerencias de cada Dirección General y la contestación al ciudadano debe llegar en un plazo no superior a 20 días hábiles desde que la formuló. Si en ese plazo el ciudadano no recibe respuesta, puede dirigirse a la Inspección General de Servicios para que haga lo necesario para conocer los motivos por los que no se ha dado contestación (Decreto 118/2007, de la Comunidad Autónoma de La Rioja, 2007).

La formulación de quejas en la Comunidad de Madrid puede realizarse en cualquiera de los centros asistenciales o administrativos que dependen de la Consejería de Sanidad, en los Servicios de Atención al Paciente o en cualquier oficina de Atención al Ciudadano, hay que formularlas por escrito en el modelo normalizado o en cualquier formato que contenga los datos que permitan identificar y localizar al reclamante, a efectos de notificación, y también el objeto de la queja. Cuando se presenta la queja en el mismo centro asistencial al que se refiere, éste le comunicará al interesado su recepción en los dos días hábiles siguientes a la recepción.

Si la presenta en un centro distinto, éste la remitirá al centro correspondiente dando información escrita del trámite al remitente en los dos días hábiles siguientes a su recepción. Las reclamaciones no incluidas en los dos grupos anteriores serán enviadas por el centro a la Dirección General de Aseguramiento y Atención al Paciente, que a su vez las enviará al centro/unidad objeto de la reclamación y le comunicará el trámite al reclamante por escrito, en el mismo plazo antes citado.

El Gerente responsable del centro/unidad sobre el que se reclama, responderá por escrito al reclamante, procurando que sea dentro de los 15 días hábiles a la recepción de la reclamación. Si la contestación no se ha producido en el plazo de 30 días hábiles desde que se interpuso la reclamación, el reclamante puede dirigirse a la

Agencia Sanitaria Central o de su Área o a la Dirección General de Aseguramiento y Atención al Paciente, para conocer la situación de su reclamación (Orden 605/2003, de la Comunidad de Madrid, 2003).

En la Región de Murcia la Orden de 26 de Julio de 2005 de la Conserjería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Murcia (Orden de 26 de julio de 2005, de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia) aprueba un modelo normalizado de hoja de sugerencias, quejas o reclamaciones y agradecimientos que constará de un original y dos copias del impreso de hojas normalizadas, numeradas y autocopiativas, y que estará a disposición de los usuarios en las unidades de información de la Conserjería de Sanidad y del Servicio Murciano de Salud, así como en centros y establecimientos sanitarios dependientes de éste, y edita una “Guía sobre Sugerencia, Reclamaciones, Quejas y Agradecimientos Formulados por los Usuarios de los Servicios Sanitarios” (Anexo I). Existe la posibilidad de presentar quejas y reclamaciones de forma electrónica desde el año 2010 en que se publicó Decreto de Atención al Ciudadano en la Administración Pública de la Región de Murcia (BORM nº 236, 2010).

Las reclamaciones podrán ser presentadas en los Servicios de Atención al Usuario o en la Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias de la Consejería de Sanidad. Si las reclamaciones son por servicios prestados en establecimientos privados concertados se presentarán en la unidad responsable de la atención al usuario de dichos centros.

En todos los casos deberán estar dirigidas al Director o Gerente del hospital o centro sanitario donde se hayan producido los hechos objeto de reclamación o queja. Se formularán en el impreso normalizado o, en un escrito en el que conste la queja, reclamación, sugerencia o agradecimiento y podrán ser presentadas personalmente, por correo ordinario, correo electrónico o fax. En cualquiera de los casos se realizará un registro informático y se entregará una copia del escrito al reclamante.

Cuando la persona que reclama tenga dificultad para la escritura o expresión correcta de lo sucedido se le transcribirá la petición de la manera más clara posible.

Tanto en las hojas normalizadas como en los escritos deberán figurar servicio, centro o establecimiento al que se dirige, nombre, apellidos y domicilio del interesado, e identificación del medio y lugar preferente a efectos de notificaciones, motivo de la sugerencia, queja, reclamación o agradecimiento, lugar y fecha en que se formula el escrito así como la firma del solicitante.

El Servicio de Atención al Paciente (SAP), tiene como principal misión servir de enlace entre usuario e institución, respondiendo a los intereses e iniciativas del usuario, y su papel es fundamental en la respuesta a las quejas y reclamaciones, canalizándolas hacia la persona o unidad a la que corresponda y procurando que se reúna toda la información necesaria para responder adecuadamente en el plazo más corto posible y es quien dirige las quejas y reclamaciones al personal implicado y actuar como intermediario en representación de los pacientes y sus familiares.

Los plazos de respuesta varían según el lugar de presentación de la sugerencia, queja o agradecimiento, si son presentadas en el mismo centro al que van dirigidas serán resueltas en un plazo máximo de 30 días. Si son presentadas en un centro distinto al referido podrán ser resueltas en un plazo máximo de 60 días. El Gerente del centro al que va dirigida la reclamación responderá al reclamante en los plazos establecidos.

Si el reclamante no ha recibido respuesta en dichos plazos podrá solicitar la situación de su reclamación en la Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencia (Orden de 26 de Julio de 2005 de la Conserjería de Sanidad de la Región de Murcia, 2005).

En la Comunidad Foral de Navarra, la Ley Foral 10/1990 establece que las quejas y reclamaciones deben dirigirse al Director o Responsable del centro sanitario objeto de la reclamación y deben formalizarse en el Servicio de Atención al Paciente o Director de Zona Básica de Salud y/o Sector de Salud Mental y también ante las instancias que determine el Servicio Navarro de Salud.

La presentación debe hacerse por escrito y debe llevar nombre, dos apellidos, DNI, domicilio y localidad del reclamante, nombre y dos apellidos del paciente, fecha de los hechos motivo de reclamación y el motivo de la reclamación.

La unidad receptora debe entregar copia sellada de los documentos, con el número de registro y la fecha de entrada. En el caso de reclamaciones remitidas por correo se procede de igual forma para acusar su recepción. Cuando la reclamación esté dirigida a un centro distinto al que hace la recepción, éste la enviará al Director del centro objeto de reclamación y se lo comunicará al reclamante.

El Director del centro reclamado, remitirá al reclamante la respuesta a su reclamación en un plazo no superior a 20 días naturales desde la presentación de la queja o reclamación (Decreto Foral 204/1994 de la Comunidad Foral de Navarra, 1994).

En el País Vasco la formulación de quejas y reclamaciones se formulan de forma presencial o telemática según la regulación establecida en Instrucción 2/2001 del Director General del Osakidetza y pueden presentarse en los Servicios de Atención al Cliente de los centros asistenciales de Osakidetza o de las Direcciones Territoriales del Departamento de Salud, o entrando en la web <http://www.osakidetza.euskadi.eus/>, en la pestaña de sugerencias, quejas y reclamaciones y una vez en ella seleccionando el centro sanitario dentro de su área de salud correspondiente, en el que hay una dirección de correo electrónico específica de cada centro, donde puede formalizarse la reclamación. El plazo de respuesta de la reclamación

será de 30 días desde la interposición de la misma (Instrucción 2/2001 de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, 2001).

En la Comunidad Valenciana las quejas y reclamaciones pueden presentarse sin estar sujetas a un determinado modelo, siempre que contengan el nombre, apellidos, domicilio a efectos de notificación, teléfono de contacto si se tiene, hechos que producen la reclamación expresados con claridad, lugar, fecha y firma y Departamento de Salud, Hospital o Centro de Salud al que se dirige. Si falta alguno de los requisitos, se notifica al reclamante para que lo subsane en el plazo de 10 días, de no hacerlo, la queja se archiva.

También pueden interponerse quejas y reclamaciones por vía telemática. El personal de las unidades de registro, información y Servicios de Atención e Información al Paciente (SAIP), ayudarán a la persona que va formular la queja, reclamación o sugerencia, pero en todo caso deberá ser firmada por el reclamante en señal de conformidad.

Las unidades de registro, cuando no son el SAIP, remitirán la queja a la Dirección General de calidad y al SAIP. El SAIP es el encargado de introducir los datos del escrito en el Programa Informático para la Gestión de Pacientes.

El órgano encargado de emitir la respuesta al interesado, deberá responder en un plazo no superior a un mes desde que ésta entró en el registro de dicho órgano. El responsable de responder a las sugerencias y quejas es el Director Gerente del Departamento de Salud, que podrá delegar en los directores médicos y de enfermería tanto de Hospital como de Atención Primaria y en el subdirector médico del Hospital. Si va dirigida a un centro privado la competencia es del director del centro (Orden de 27 de septiembre de 2007 de la Consellería de Sanidad, 2007).

4.1 Estrategias para fomentar la formulación de quejas

Hay que hacer saber a los pacientes que estamos interesados en conocer los problemas que hayan tenido con nuestros servicios y poner a su disposición mecanismos que faciliten la comunicación de esos problemas, como:

- Realizar campañas de información permanente.
- Contar con la colaboración del personal, que da la información a los pacientes que atiende.
- Disponer de una línea telefónica, para que el usuario pueda efectuar quejas de forma verbal, con el compromiso institucional de que estas quejas se tratan igual que las formuladas por escrito.
- Utilizar la escucha activa de cada trabajador, que debe asumir su papel para procurar que los pacientes reciban asistencia de calidad, lo que incluye que estén satisfechos, por lo que se hacen eco de cualquier queja verbal que reciben como comentario, o de forma directa, la registran y procuran que se le dé la respuesta adecuada.

Las instituciones privadas, a veces incluso garantizan la satisfacción con el servicio recibido, garantizando el reembolso correspondiente por el servicio insatisfactorio que se ha recibido (Saturno, 2008).

En las Comunidades Autónomas de nuestro país, hay diferencias en cuanto a los medios puestos a disposición de los usuarios para formular reclamaciones (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008), así algunas de ellas ofertan la posibilidad de presentar quejas y reclamaciones de forma presencial, por correo postal, vía telefónica e incluso por correo electrónico o internet, aunque las dos últimas opciones necesitan de la firma digital de la persona que formula la reclamación, este es el caso de Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias,

Cataluña, Cantabria, Castilla-la Mancha, Castilla-León, Cataluña, Ceuta y Melilla, Galicia, Islas Baleares, Comunidad de Madrid, País Vasco y Valencia. (Resolución de 11 de diciembre de 2006 de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, 2001; Decreto 91/2001 del Gobierno de Aragón,2001; Decreto 6/2005 de la Consejería de Sanidad y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2005; Decreto 94/1999 y 147/2001 de Consejería de Sanidad y Consumo de Canarias, 1991 y 2001; Decreto 11/1996 de Consejo de Gobierno de Cantabria, 1996; Orden 20-02-2003 de Consejería de Sanidad de Castilla- La Mancha, 2003; Decreto 40/2003 de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de Castilla y León, 2003; Instrucció 03/2004 de CatSalut, 2004; Real Decreto 951/2005 de Boletín Oficial del estado, 2005; Decreto 164/2005, de Xunta de Galicia, 2005; Orden N° 8245 del Consejero de las Illes Balears, 2003; Orden 605/2003, de la Comunidad de Madrid, 2003; Instrucción 2/2001 de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, 2001; Orden de 27 de septiembre de 2007 de la Consellería de Sanidad de la Comunitat Valenciana, 2007).

En Extremadura, La Rioja, Murcia y Navarra no está contemplada la posibilidad de enviar las reclamaciones por correo electrónico e internet para las reclamaciones relacionadas con la atención hospitalaria. En La Rioja las reclamaciones relacionadas con la asistencia en atención primaria solo pueden presentarse de forma presencial o por correo postal, no pudiendo utilizar la vía telefónica (Orden de 26 de noviembre de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, 2003; Decreto 118/2007, de la Comunidad Autónoma de La Rioja, 2007; Orden de 26 de Julio de 2005 de la Conserjería de Sanidad de la Región de Murcia, 2005; Decreto Foral 204/1994 de la Comunidad Foral de Navarra, 1994).

4.2 Mecanismos de respuesta a las quejas y reclamaciones

En cuanto a los mecanismos de respuesta a las quejas y reclamaciones, la respuesta formal está garantizada por la Ley General de Sanidad (1986) en su artículo 12 que establece que deben ser respondidas por escrito en los plazos que se establecen. Estos plazos son establecidos por cada una de las entidades gestoras de los distintos sistemas de salud autonómicos.

Sin embargo, un programa de gestión de quejas que quiera optimizar su utilidad para la gestión de la calidad, debe ir un poco más allá, haciendo que se disminuya todo lo posible el tiempo que se tarde en la respuesta, y para conseguirlo tiene que contar con la implicación de todo el personal y con un procedimiento claramente establecido para las distintas formas en que se pueda formular una queja (Ley General de Sanidad, 1986).

Toda queja debe ser registrada y hay que establecer un mecanismo de respuesta que debe incluir un mecanismo de seguimiento para saber si el paciente está satisfecho con la respuesta que se le ha dado. Cuando la queja es escrita el procedimiento está claramente establecido, en los casos de quejas telefónica y verbales, también debe haber un procedimiento de registro y remisión al SAP, para que llegue a la unidad a que corresponda. El seguimiento posterior, para averiguar si la respuesta ha sido satisfactoria, debe llegar en el caso de quejas relevantes, a contactar directamente con el reclamante, para tratar los matices y circunstancias de la queja.

La respuesta adecuada y a tiempo de la queja, es relevante para la satisfacción del usuario que la efectúa. Como ya hemos indicado en todos los casos la respuesta debe darse en un plazo inferior o igual a 30 días desde su entrada en el registro.

En todas las Comunidades Autónomas españolas está previsto que el usuario debe recibir respuesta a su reclamación en un plazo

inferior o igual a 30 días desde que se registra la entrada (Resolución de 11 de diciembre de 2006 de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, 2006; Decreto 91/2001 del Gobierno de Aragón, 2001; Decreto 6/2005 de la Consejería de Sanidad y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2005; Decreto 94/1999 y 147/2001 de Consejería de Sanidad y Consumo de Canarias, 1991 y 2001; Decreto 11/1996 de Consejo de Gobierno de Cantabria, 1996; Orden 20-02-2003 de Consejería de Sanidad de Castilla- La Mancha, 2003; Decreto 40/2003 de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de Castilla y León, 2003; Instrucció 03/2004 de CatSalut, 2004; Real Decreto 951/2005 de Boletín Oficial del Estado; Orden de 26 de noviembre de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, 2003; Decreto 164/2005, de Xunta de Galicia, 2005; Orden N° 8245 del Consejero de las Illes Balears, 2003; Decreto 118/2007, de la Comunidad Autónoma de La Rioja, 2007; Orden 605/2003, de la Comunidad de Madrid, 2003; Orden de 26 de Julio de 2005 de la Conserjería de Sanidad de la Región de Murcia, 2005; Decreto Foral 204/1994 de la Comunidad Foral de Navarra, 1994; Instrucción 2/2001 de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, 2001; Orden de 27 de septiembre de 2007 de la Consellería de Sanidad de la Comunitat Valenciana, 2007).

4.3 Servicio de Atención al Paciente

El Servicio de Atención al Paciente (SAP) (Real Decreto 2/2002), tiene como principal misión servir de enlace entre usuario e institución, respondiendo a los intereses e iniciativas del usuario, y su papel es fundamental en la respuesta a las quejas y reclamaciones, canalizándolas hacia la persona o unidad a la que corresponda y procurando que se reúna toda la información necesaria para responder adecuadamente en el plazo más corto posible, entre sus funciones se encuentran:

- Canalizar las quejas y reclamaciones al personal implicado y hacer labor de intermediario representando a los pacientes y sus familiares.
- Ayudar a derivar los pacientes a los servicios y recursos más adecuados para responder de la mejor manera posible a sus quejas y reclamaciones.
- Colaborar en la investigación y obtención de la información necesaria para responder de forma adecuada.
- Valorar el grado de insatisfacción del paciente.
- Analizar los datos relacionados con las quejas y reclamaciones, recomendando los cambios en los procedimientos o en la organización que producen insatisfacción en los pacientes o sus familias.
- Ayudar a que todo el personal de la institución comprenda los derechos y responsabilidades del paciente.
- Participar en la evaluación de las respuestas a quejas y reclamaciones que puedan ocasionar problemas legales, si la respuesta no es adecuada.
- Explicar a pacientes y acompañantes las normas y procedimientos de la institución.

Este papel del SAP no excluye, que todo el personal de la institución conozca los procedimientos de formulación y resolución de quejas y reclamaciones, teniendo todos los trabajadores la responsabilidad de dar el consejo adecuado en el momento adecuado, para que una queja no se quede sin formular si existe.

En algunas Comunidades existe además la figura del Defensor del Usuario de los servicios sanitarios, como es el caso de Asturias, Castilla-la Mancha, Islas Baleares y La Rioja (Decreto 6/2005 de la Consejería de Sanidad y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2005; Orden 20-02-2003 de Consejería de Sanidad de Castilla- La Mancha, 2003; Orden N° 8245 del Consejero de las Illes Balears, 2003; Decreto 118/2007, de la Comunidad Autónoma de La Rioja, 2007). En

el resto existe la figura del Defensor de Usuario de servicios de la administración y en todos los casos el defensor del pueblo.

4.4 Registro y clasificación de quejas y reclamaciones

Toda queja debe quedar registrada, para el seguimiento de su respuesta, los informes y los análisis agregados que se puedan realizar. Si hay posibilidad de realizar quejas por medio de escucha activa o vía telefónicas, también debe haber un sistema de registro específico para estas quejas, y debe existir una base de datos dónde se introduzcan las quejas que se van produciendo, para que se puedan identificar los problemas recurrentes de la institución, procurando mejorar las relaciones con los clientes y que la información sobre quejas y reclamaciones sea de fácil acceso (Saturno, 2008; ISO 10002:2014; Santander, 2013).

Existe un registro de entrada centralizado para Atención Primaria y hospitalaria en las comunidades de Andalucía, Asturias, Canarias, Cantabria, Cataluña, Ceuta y Melilla, Galicia, Islas Baleares, Madrid, Navarra y País Vasco (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

En otras comunidades el registro de entrada informático centralizado es exclusivamente para los centros que pertenecen a una misma área sanitaria, es el caso de Aragón, Castilla-La Mancha, La Rioja, Murcia y Valencia. En otras comunidades como Castilla-León y Extremadura, cada centro sanitario tiene su propio registro informático (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Para clasificar las quejas y reclamaciones, hay varias formas de hacerlo, pero siempre teniendo en cuenta que las categorías deben ayudar a conocer dónde hay que investigar y/o intervenir y es conveniente que incluya la unidad organizativa donde se ha producido, en la actualidad y según la normativa consultada sobre reclamaciones y quejas de todas las Comunidades Autónomas españolas, es un requisito

necesario, junto con la identificación de la persona que realiza la reclamación y el domicilio a efectos de notificación de la respuesta (Resolución de 11 de diciembre de 2006 de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, 2006; Decreto 91/2001 del Gobierno de Aragón, 2001; Decreto 6/2005 de la Consejería de Sanidad y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2005; Decreto 94/1999 y 147/2001 de Consejería de Sanidad y Consumo de Canarias, 1991 y 2001; Decreto 11/1996 de Consejo de Gobierno de Cantabria, 1996; Orden 20-02-2003 de Consejería de Sanidad de Castilla- La Mancha, 2003; Decreto 40/2003 de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de Castilla y León, 2003; Instrucció 03/2004 de CatSalut, 2004; Real Decreto 951/2005 de Boletín Oficial del Estado; Orden de 26 de noviembre de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, 2003; Decreto 164/2005, de Xunta de Galicia, 2005; Orden N° 8245 del Consejero de las Illes Balears, 2003; Decreto 118/2007, de la Comunidad Autónoma de La Rioja, 2007; Orden 605/2003, de la Comunidad de Madrid, 2003; Orden de 26 de Julio de 2005 de la Conserjería de Sanidad de la Región de Murcia, 2005; Decreto Foral 204/1994 de la Comunidad Foral de Navarra, 1994; Instrucción 2/2001 de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, 2001; Orden de 27 de septiembre de 2007 de la Consellería de Sanidad de la Comunitat Valenciana, 2007).

Existe un sistema de clasificación común para las reclamaciones dirigidas a Atención Primaria y Especializada en todas las Comunidades Autónomas excepto Navarra que tiene un sistema diferente para Atención Primaria y Hospitalaria. Esta clasificación está estructurada en varios niveles, con ello se consigue indicar además del motivo general de la reclamación las características particulares de cada reclamación (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

En la Región de Murcia, para la tramitación y la contestación se diferenciará entre queja o reclamación, sugerencia y agradecimiento. La primera se analizará y resolverá de manera individualizada y la

contestación se hará llegar al reclamante incluyendo el resumen de la reclamación, actuaciones practicadas, medidas adoptadas, conclusiones e identificación del firmante. Las sugerencias se harán llegar a las Gerencias correspondientes para su conocimiento y los agradecimientos se comunicarán al centro, servicio o profesional correspondiente y se pondrá en conocimiento de la persona que lo formula y se registran en una base de datos corporativa llamada SUGESAN (BORM, 2005 Orden de 26 de Julio de 2005 de la Conserjería de Sanidad).

5. Principales motivos de reclamación

Los principales motivos de reclamación de los usuarios del sistema sanitario son trato humano, demoras, falta de información, errores en diagnóstico y/o tratamiento, lista de espera, entre otros, y teniendo en consideración el estamento profesional al que dirigen la reclamación.

La primera razón por la que los pacientes se muestran satisfechos por la atención sanitaria recibida, es por haber recibido un trato humano por parte de los profesionales que le atienden (Al-Doghaither, Abdelrhman, Saed, Al-Kamil & Majzoub, 2001; Bensing, Schreurs, & De Rijt, 1996; Mira et al., 2002), y lo que más destacan es la empatía mostrada por los profesionales, que les proporcionen información asequible para que puedan comprenderla, que los profesionales dediquen tiempo a las relaciones interpersonales y que permitan a los pacientes el poder expresarse.

Incluso en los casos de pacientes de salud mental que están en situación de crisis, el trato humano que reciben por parte del personal

sanitario, se convierte en una actitud terapéutica que ayuda a mejorar el proceso (Baker, 2014).

Por tanto, cuando hay un problema en estas relaciones interpersonales y el paciente tiene la percepción de haber sido maltratado en alguna de estas facetas, se siente con motivos para poner una reclamación.

Entre los motivos de reclamación a profesionales de Enfermería en países como Colombia, se encuentran la administración de medicamentos, trato deshumanizado, oportunidad en la atención, caídas de pacientes, relación con otros compañeros del equipo de salud, consentimiento informado y fallo en las medidas de seguridad (Gaitán, 2011). Estos motivos fueron la causa de que profesionales de enfermería tuvieran que responder ante un tribunal ético.

Al analizar 22 años de casuística de reclamaciones por presunta negligencia en endoscopia digestiva, procedentes de la revisión de expedientes de reclamación por posible negligencia en endoscopia digestiva presentados al Servicio de Responsabilidad Profesional del Consejo de Colegios Médicos de Cataluña entre los años 1987 y 2009, los principales motivos encontrados fueron la falta de consentimiento informado, demora en la atención de la complicación, deficiencias en la atención y error en el diagnóstico y atención deficiente, de un total de 66 reclamaciones por negligencia recibidas durante esos 22 años (Bruguera, Roger, Bruguera, Benet y Arimany, 2011).

Es considerable el número de quejas recibidas por los Defensores del Pueblo, relacionadas con el derecho a la autonomía del paciente y relativas al consentimiento informado, por el contenido de estos documentos, la definición de sus titulares, los casos en que no se puede obtener el consentimiento y los límites del derecho. Estas denuncias han sido realizadas por las personas directamente afectadas, pero también por profesionales sanitarios (Díez, 2013).

Uno de los principales objetivos de la atención sanitaria debe ser la satisfacción del paciente y evaluarla es fundamental para mejorar la atención sanitaria, sobre todo en un contexto en que los pacientes están cada vez mejor formados e informados. La falta de información por parte de los profesionales a los pacientes sobre su proceso, es uno de los motivos que más insatisfacción genera (Arora, Harris, McEvoy, Mittal & Naylor, 2012).

En la evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en urgencias, hecha por Bustamante et al., (2013), se presenta que los principales motivos de insatisfacción de estos pacientes fueron haber recibido un trato médico desconsiderado y una espera demasiado larga.

También en la encuesta de satisfacción realizada a usuarios de una consulta de patología urológica ambulatoria, gestionada por enfermería, la mayor insatisfacción de los usuarios está relacionada con la demora entre la hora de cita y la consulta y con la información recibida (Luján et al., 2013).

En el estudio realizado por Molina-Pérez (2014) sobre las reclamaciones dirigidas a enfermería por los usuarios del Complejo Hospitalario de Navarra, encontró que la principal causa de reclamación a enfermería fue el desacuerdo con el trato, seguido por disconformidad por los cuidados o técnicas administradas y otros motivos en tercer lugar, siendo la causa más frecuente incluida en otros motivos, la pérdida de objetos personales del paciente durante la hospitalización. Cabe destacar que en el 33% de las reclamaciones no estaba identificada la categoría profesional y en un 10% hacen referencia al equipo profesional, incluyendo varias categorías a la vez. Cuando señalan específicamente a profesionales, en el 30% de las ocasiones las reclamaciones las refieren a enfermería, en el 15% a auxiliares y en el 6% a celadores.

Cuando éstas reclamaciones están dirigidas a enfermeras de forma específica, las reclamaciones son por disconformidad con los cuidados o técnicas administradas, cuando están orientadas hacia los servicios que proporcionan las auxiliares o a varias categorías profesionales, el motivo más frecuente de la queja es la disconformidad con el trato recibido y cuando no identifican a ningún profesional, el motivo más frecuente es el denominado otros motivos.

En el estudio de la satisfacción percibida por los padres de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos en Argentina, (Eulmesekian P.G., Peucho V. y Pérez A., 2012) encontraron que el trato digno y haber prestado cuidados oportunos, estaban asociados con altos niveles de satisfacción por parte de los padres.

En la investigación llevada a cabo por Shimabuku et al. (2014) en un centro pediátrico de referencia en Lima, encontraron como principales motivos de reclamación el trato inapropiado, tiempo de espera prolongado, información deficiente, dificultad para el acceso en la atención, extravío de documentación, problemas de comunicación, privilegios y disconformidad con aspectos tangibles, expresadas en orden de frecuencia. Y los profesionales implicados en las reclamaciones son el médico, técnico en enfermería, personal administrativo, vigilante, personal de archivo, enfermera, cajero y personal de admisión. En todos los casos, al tratarse de un centro pediátrico, la reclamación fue formulada por un adulto.

Fernández-Rozas, Mora-Acosta y Areya-Cruz (2014), encontraron como principales motivos de reclamación en un servicio de urgencias la organización y trámites, seguido de problemas asistenciales y en el 74% de los casos, la reclamación fue interpuesta por el propio paciente, mientras que Fimat et al. (2013) en su análisis de reclamaciones en un centro de primaria, el principal motivo de reclamación fue la demora y el profesional que estaba implicado más frecuentemente era el médico. La mayoría de los reclamantes eran mujeres.

En Salamanca se realizó un estudio prospectivo mediante encuesta de opinión, en dos servicios de urgencias hospitalarias, en el que se incluyeron 400 pacientes, el 86% de ellos evaluaron positivamente el trato recibido en general, siendo la valoración positiva del trato recibido por parte del médico un 87% y un 71% el recibido por parte de enfermería. La mayoría de los pacientes que ingresaron en observación no recordaba haber recibido información sobre los horarios de visitas (García-García et al, 2015).

Fontova-Almató, en el estudio de satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias en Figueras, realizado tanto a pacientes como profesionales, encontró que la mayor satisfacción en los pacientes se relacionaba con un mejor control del dolor y menor tiempo de espera, mientras que en los profesionales, los factores asociados a la satisfacción fueron el agotamiento emocional y la realización profesional (Fontova-Almató, 2015).

Analizar las reclamaciones y establecer un plan de mejora es una medida muy útil para reducir el número de reclamaciones y proporcionar una mejor asistencia a los pacientes que acuden al servicio de urgencias de un hospital, con un descenso de significativo en el número de reclamaciones, y las que siguen formulándose son por demoras y disconformidad con las normas de organización (Salvador, 2013).

Según Parra et al. (2012) de los factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios, hay ocho variables significativas para predecir la satisfacción del paciente: el trato del personal médico, la profesionalidad del personal de enfermería y del celador, la infraestructura, la información recibida al alta, el tiempo pasado en urgencias y la percepción de tratamiento-diagnóstico sin fallos. El análisis de estas variables les permitió identificar las áreas de mejora y las acciones correctoras que era necesario implantar en los servicios de urgencia hospitalarias de los hospitales públicos de la Región de Murcia.

En el análisis de las reclamaciones recibidas durante un periodo mayor de tres años, realizado por Del Arco, Alonso y Fernández (2013), también encontraron como causa principal de reclamación la demora en la asistencia, seguidas de trato por parte del médico y por parte de enfermería, disconformidad con la información clínica, con las normas y en último lugar por el extravío de objetos o pertenencias.

Los conflictos éticos que se producen en la práctica diaria en un hospital necesitan ser abordados de forma correcta, incorporando siempre los valores de las personas, para que las decisiones clínicas no se basen solo en los hechos sino que también consideren los valores de los pacientes, por eso es necesario explorar este ámbito del paciente igual que se explora el ámbito laboral o el de las relaciones y sensibilizar a los profesionales ante los conflictos éticos (Estebaranz, 2014).

Casi un tercio de reclamaciones analizadas en su estudio estaban relacionadas con conflictos éticos y de ellas, el 24% eran debidas al trato personal recibido por el paciente en su proceso asistencial, que no era considerado respetuoso, comprensivo ni atento, u otros tratos no adecuados, igual porcentaje se relacionaba con falta de información, información insuficiente, parcial, a destiempo, errónea o incomprensible, y, el 10% se debían a desacuerdo o desaprobación por parte del paciente del diagnóstico o tratamiento.

Este resultado cambió considerablemente después de realizar una serie de actuaciones que incluían la presentación del Comité Ética Asistencial en la sesión clínica, organización de una jornada de bioética, dirigida por un profesor universitario de ética de reconocido prestigio y entrevistas personales con mandos intermedios médicos y de enfermería para promover y facilitar la participación en el proyecto con la estrategia de sensibilizar ante los conflictos éticos de la práctica clínica.

En el análisis post intervención, de las reclamaciones, las relacionadas con conflictos éticos bajaron al 22,63%, los motivos fueron

los mismos pero el orden fue diferente, estando en primer lugar el trato inadecuado recibido por parte de los profesionales, en segundo los desacuerdos con actitudes diagnósticas o terapéuticas durante la asistencia y en tercer lugar los problemas relacionados con la información parcial, inadecuada o no a tiempo. Se pone de manifiesto así la necesidad de formación de los profesionales de la salud en habilidades y recursos para abordar los problemas éticos que se generan en la práctica asistencial.

6. Reclamaciones y seguridad del paciente

La participación de los pacientes es ahora un nuevo modo de entender la relación entre éstos, los profesionales y los sistemas de salud; no sólo desde el punto de vista del conocimiento, el manejo y el control de la propia salud, de manera individual o colectiva, sino también desde la influencia que puede llegar a tener en la planificación de políticas sanitarias.

Para lograr la participación de pacientes y familiares en el cuidado de su seguridad durante su estancia hospitalaria, hay que informarles sobre su responsabilidad y que aspectos son los que deben observar y comentar a los sanitarios que le atienden (Fajardo-Dolci et al., 2010).

Los principales problemas de seguridad encontrados con el análisis de las reclamaciones presentadas en el registro CONAMED en los hospitales de México, les impulsó a involucrar al paciente en la mejora del autocuidado, para lo que desarrollaron un plan que involucra tanto a pacientes como a familiares, personal sanitario y directivos, en el proceso de mejora de la seguridad del paciente. Este plan incluye las responsabilidades que corresponden a cada uno de los actores (Fajardo-Dolci et al., 2010).

La atención sanitaria puede derivar en un riesgo para los pacientes que ocasione un evento adverso, en muchas ocasiones relacionado con la asistencia de enfermería. En un estudio multicéntrico realizado en México, clasificaron los factores relacionados con los eventos adversos como intrínsecos, extrínsecos y del sistema, incluyendo entre los últimos la falta de supervisión, no adhesión a protocolos, falta de habilidades en el personal, presión por el tiempo y la falta de atención, distracción, preocupación, sobrecarga, fatiga y estrés (Zárate-Grajales et al., 2015), lo que pone de manifiesto la importancia de tener una plantilla de enfermería, adecuadamente dimensionada y formada para preservar la seguridad del paciente. También hay que tener en consideración que además del riesgo que tiene de sufrir eventos adversos asociados a la atención sanitaria, tiene riesgos añadidos, derivados de sus propios errores al auto administrarse la medicación (Mira, Navarro, Guilabert y Aranaz, 2012).

El estudio nacional sobre eventos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) publicado en 2006, puso de manifiesto que el 8,4 % de los pacientes que han ingresado en un año en los hospitales españoles, habían sufrido al menos un evento adverso (EA) relacionado con la asistencia hospitalaria, si contemplamos toda la asistencia, el porcentaje sube hasta el 9,3%. Este estudio también demostró que el 16% de los EAs fueron graves, el 38,9% fueron moderados y el 45% se consideraron como leves, siendo evitables el 45% de los EAs (Ministerio de Sanidad y Consumo 2006). El hecho de que casi la mitad de los EAs sean evitables nos hace ver la importancia de poner todos los medios al alcance para que con la coordinación de todos los actores implicados, conseguir su prevención.

El Proyecto Séneca, en su informe técnico elaborado para el Ministerio de Sanidad y Política Social en diciembre de 2008 y con el respaldo de la Ley General de Sanidad (1986), la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003), establece en cuanto al sistema nacional de salud que tiene que proporcionar atención integral

con altos niveles de calidad que han de que ser evaluados y controlados, así como las recomendaciones de la Unión Europea (Consejo Ministros Europeos 1997) para todos los estados miembros, de desarrollar un sistema para mejorar la calidad de los sistemas de salud, que entre otras recomendaciones, indican que dichos sistemas de salud deben estar sometidos al control público, mediante una evaluación objetiva llevada a cabo por organismos independientes, considerando la seguridad uno de los principales elementos de la calidad asistencial.

La preocupación por la seguridad del paciente adquirió carácter mundial con la publicación del libro "To err is Human: Building a Safer Health System" (Committee on Quality of Health Care in América, 1999) e incluso la Organización Mundial de la Salud (2004) se planteó una Alianza Mundial para la seguridad del paciente en los distintos sistemas sanitarios. También el Consejo de Europa (2005) consideró la seguridad de los pacientes como un reto europeo, aconsejando a los países miembros abordar este problema a nivel nacional desarrollando una cultura de seguridad del paciente, desarrollando sistemas de notificación que apoyen el aprendizaje y todo ello con la implicación de los propios pacientes y ciudadanos.

El estudio ENEAS (Aranaz, 2005) que como ya hemos mencionado, muestra que el 8,4% de los pacientes hospitalizados en nuestro país sufre un efecto adverso (EA) como consecuencia de su hospitalización, los resultados en cuanto a con qué están relacionados estos EAs, son que el 37,4 % están relacionados con la medicación, el 25,3% son enfermedades nosocomiales y el 25% con problemas técnicos ocurridos durante los procedimientos a los que se someten a los pacientes durante su hospitalización.

El 31,4% de los EA necesitaron de un incremento de las estancias de los pacientes, como consecuencia de ese EA, al 66,3% de los pacientes que sufrieron un EA hubo que hacerles procedimientos adicionales y al 69,9 hubo que instaurarles tratamientos adicionales. El 42,8% de los EA podían haber sido evitados.

En el informe técnico del Proyecto Séneca también se señala que entre el 8 y el 16% de los pacientes hospitalizados desarrollan una úlcera por presión (UPP) durante su ingreso, de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos, el 12-49% manifiestan sentir dolor durante su hospitalización. Entre el 6 y el 12% de los pacientes que han llevado un catéter intravascular sufre una flebitis y los errores en la administración de medicación, están entre el 8 y el 10% (Aranaz, 2005).

La percepción que tiene los pacientes sobre los efectos adversos que ocurren en el hospital es muy diferente de la que tiene los clínicos. Así se desprende de la revisión realizada por Massó, Aranaz, Mira, Perdiguero y Aibar (2010), en el que concluyen que la calidad de la información recibida influía en la percepción del paciente sobre el evento adverso y ponían el énfasis en los efectos emocionales del evento y apoyaban cambios en el sistema para prevenirlos, así como que los responsables fueran sancionados.

Por todo ello, nos encontramos ante un problema que necesita identificar que actuaciones son las más adecuadas y seguras, para hacerlas de forma adecuada y sin cometer errores.

La naturaleza de muchos de los EA evitables, como los errores de medicación, las úlceras por presión, las infecciones nosocomiales y muchas otras, están directamente relacionadas con el personal de enfermería, que desempeñan un papel fundamental en los resultados en salud obtenidos con la asistencia sanitaria y también en la seguridad del paciente.

Estudios publicados en Estados Unidos (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalsky, & Silber, 2002) y en Canadá (Estabrooks, Midodzi, Cummings, Ricker & Giovannetti, 2005; y Tourangeau et al., 2015) que indican que la adecuada asignación de recursos de enfermería y el apoyo de la organización a estos profesionales son fundamentales para mejorar la calidad de los cuidados. Muestran resultados en los que se relaciona un alto ratio de pacientes por enfermera en hospitales

quirúrgicos, con una mayor tasa de mortalidad ajustada por riesgo al cabo del mes y mayor tasa de mortalidad por complicaciones. También relacionan mejores resultados en los pacientes con que los profesionales están bien formados, así como un menor riesgo de muerte.

Para disminuir los errores y las repercusiones negativas en los pacientes es necesario que la dotación en recursos humanos, sobre todo del personal de enfermería que es el que está junto a los pacientes las 24 horas del día, sea la suficiente, procurando que exista un buen entorno laboral y una buena gestión de servicios de enfermería (Clarke & Aiken, 2006).

El estudio europeo realizado entre los años 2008 y 2009 en nueve países europeos, en el que participaron 300 hospitales y se efectuaron descargas de 422.730 pacientes mayores de 50 años, que se sometieron a cirugía común en esos hospitales, y en el que fueron encuestadas 26.516 enfermeras que trabajaban en esos hospitales (estudio RN4CAST), para evaluar si las diferencias en los ratios pacientes por enfermería y la titulación académica de enfermería, en nueve de los 12 países RN4CAST, junto con los datos del alta de pacientes similares, se asociaban con la variación en la mortalidad hospitalaria después de procedimientos quirúrgicos comunes (Aiken et al., 2014). Los resultados obtenidos indican que el aumento de las cargas de trabajo enfermera/paciente se traduce en el aumento del 7% la probabilidad de morir dentro de los 30 días de ingreso, de los pacientes ingresados, mientras que por cada aumento del 10% en enfermeras tituladas, se asoció una disminución del 7% de esta probabilidad. En este estudio participó España, y dentro de ella, participó la Comunidad Autónoma de Murcia, con datos recogidos de encuestar a 687 enfermeras entre los años 2009 y 2010, donde se puso de manifiesto que el clima era más desfavorable en los hospitales más grandes y la percepción sobre los efectos adversos, más favorable en los hospitales pequeños (Abad-Corpa et al., 2013).

Por otra parte, el Plan Regional para Mejorar la Seguridad del Paciente de la Región de Murcia 2012-2016 (Coordinación del Programa de Seguridad del Paciente, 2012), tiene como objetivo mejorar la seguridad del paciente en el Servicio Murciano de Salud, en todos los niveles asistenciales, partiendo del análisis de las actuaciones realizadas desde el año 2005 en este ámbito.

En cuanto a identificación inequívoca de pacientes, en 2007 se instauraron los brazaletes identificativos.

En prevención de infección nosocomial, en el año 2006 se empezó a implantar la campaña "Manos limpias salvan vidas" y se introdujeron las soluciones hidroalcohólicas. En 2007 se hizo el Plan de Vigilancia de Infección Nosocomial. Se han ido constituyendo los Equipos de Vigilancia y Control de Infección Nosocomial (EVCIN) y desde el año 2009 estamos adheridos al Proyecto Nacional para la Mejora de la Higiene de Manos y a la Estrategia Multimodal de la OMS. En ese mismo año se inició la formación para el conocimiento de los "5 Momentos para la Higiene de Manos". En la actualidad se realizan cursos on line sobre higiene de manos, así como "Talleres de los 5 Momentos".

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de los hospitales del Servicio Murciano de Salud, se participa en el proyecto "Bacteriemia Zero" y "Neumonía Zero" para prevenir las bacteriemias asociadas a catéter venoso central y las neumonías asociadas a ventilación mecánica.

En Cirugía Segura, desde el año 2009 está implantado el listado de verificación quirúrgica propuesto por la OMS, en los quirófanos de los hospitales de las nueve áreas del SMS. Anualmente se lleva a cabo una auditoría sobre su implantación y en 2016 y 2017 se está apostando por el Proyecto Infección Quirúrgica Zero, que se está implantando en todos los hospitales del Servicio Murciano de Salud y también a nivel nacional.

En el Uso Seguro del Medicamento, hay un grupo de trabajo creado para conocer la situación en la que están los hospitales en la ubicación segura de los medicamentos, y se ha fomentado la participación de los pacientes en su tratamiento con la elaboración de un video con recomendaciones para el uso seguro de los medicamentos, para ser difundido en las salas de espera de los centros asistenciales.

En la Formación e Información en Seguridad del Paciente y en el marco del Plan Estratégico Común del SMS hay una línea formativa específica en seguridad del paciente que cuenta con un aula virtual en la Fundación para la Formación y la Investigación Sanitaria de la Región de Murcia y que cuenta con cursos básicos de higiene de manos e infección nosocomial. También hay un video divulgativo sobre cultura de seguridad del paciente, para ser difundido en las salas de espera de los centros asistenciales y en el portal sanitario de la Región (www.murciasalud.es) está la web del Programa de Seguridad del Paciente al que pueden acceder profesionales, pacientes y ciudadanos para conocer los objetivos, proyectos y actividades que hay en las distintas líneas estratégicas del programa.

En Investigación en Seguridad del Paciente, en el año 2005 se hizo un estudio sobre eventos adversos en los hospitales del SMS con la misma metodología que se usó en el Estudio Nacional sobre Eventos Adversos Ligados a la hospitalización (ENEAS) y los profesionales han participado también en convenios de colaboración con el Ministerio de Sanidad, en los que han participado profesionales de Primaria y de Especializada (Coordinación del Programa de Seguridad del Paciente, 2012).

En este plan se han analizado tanto las barreras como las fuerzas impulsoras para llevarlo a cabo. Entre las líneas estratégicas de este plan, está la de potenciar la evaluación continua de la seguridad en los centros y servicios del SMS y en ese marco, dentro del contrato de gestión de cada área, se evalúan indicadores de calidad y seguridad de los cuidados de enfermería, estos indicadores se han elaborado en el

Grupo Regional de Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería (GREMCCE).

Este plan cuenta con líneas estratégicas como la de mejorar la seguridad del paciente, que contempla el desarrollo de la prescripción electrónica asistida, la coordinación entre niveles asistenciales, elaboración de protocolos regionales sobre seguridad del paciente, establecer normas de obligado cumplimiento basadas en buenas prácticas clínicas, elaborar perfiles profesionales y el tutelaje en las nuevas incorporaciones, así como que el Sistema para la Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP) se siga implantando y esté en funcionamiento.

En la línea para fomentar la participación ciudadana, especifica que se potenciarán los estudios sobre las sugerencias, quejas y reclamaciones de los usuarios en los servicios sanitarios, así como los informes sobre encuestas de satisfacción, para conocer la percepción de los usuarios y detectar oportunidades de mejora.

Otras líneas estratégicas del Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente (PAMSP) de la Región de Murcia son:

- Realizar investigación sobre seguridad del paciente en esta Comunidad Autónoma.
- Seguridad del paciente de salud mental.
- Orientar la estructura y organización del SMS hacia la seguridad del paciente.

El uso de las nuevas tecnologías en la asistencia sanitaria se muestra como una gran contribución para dar a nuestros pacientes una asistencia sanitaria de calidad y segura, sin embargo, no podemos perder de vista los resultados obtenidos en una revisión sistemática (Black et al., 2011), sobre el impacto de la e-Salud en la calidad y la seguridad de la atención sanitaria, y en el que se incluyen todas las revisiones sistemáticas publicadas entre 1997 y 2010, que obtuvo como

resultado, que pese al respaldo de los responsables políticos y la amplia inversión en e-salud, no hay suficiente evidencia científica que avale que el éxito obtenido con su implementación en determinados contextos pueda reproducirse en otros diferentes.

Los investigadores encontraron pruebas limitadas de que realmente se producen algunos de los muchos beneficios esperados, pero también encontraron algunas pruebas de que la introducción de estas nuevas tecnologías también puede generar nuevos riesgos. En el campo de la prescripción electrónica, ésta debe dar como resultado una mayor eficiencia y rendimiento profesional en la prescripción y también debe haber una relación directa entre el carácter terapéutico de la prescripción y resultados en los pacientes, por lo que una mejor prescripción debe conducir a mejores resultados en los pacientes.

El margen de mejora en la reducción de errores en el proceso de prescripción es mayor, además, si el diseño de la implantación de la prescripción electrónica, ha sido defectuoso o engorroso, o si las estrategias no han sido adecuadas (por ejemplo una insuficiente formación), puede contribuir a errores en la prescripción que pongan en riesgo a los pacientes. La prescripción electrónica fue la intervención que más frecuentemente se había estudiado en las revisiones incluidas en esta revisión. (Black et al., 2011)

Lubicck-Goldzweig et al. (2013) realizaron una revisión sistemática sobre los portales electrónicos de pacientes y la evidencia en cuanto a los resultados en salud que producen, así como la satisfacción, eficiencia y actitudes. Se incluyeron 14 estudios aleatorizados y controlados, 21 estudios observacionales con prueba de hipótesis, 5 estudios cuantitativos descriptivos y 6 estudios cualitativos de 6.508 títulos encontrados en una búsqueda realizada desde 1990 a 2013 en PubMed y Web of Science, la evidencia encontrada sobre el efecto de los portales en los resultados en salud y satisfacción de los pacientes fue mixta, aunque más eficaz cuando se utilizaba en la gestión de casos. El efecto de los portales sobre la utilización y la

eficiencia no está claro, aunque factores como la raza del paciente, el origen étnico, nivel de educación o alfabetización, y el grado de comorbilidad pueden influir en su uso.

La conclusión fue que la evidencia existente de que los portales de pacientes mejoran los resultados de salud, el costo o la utilización, es insuficiente. Las actitudes de los pacientes son en general positivas, pero el uso más extendido puede requerir esfuerzos para superar las barreras raciales, étnicas y de alfabetización. Los portales electrónicos representan una nueva tecnología con beneficios que aún no están claros. (Lubicck-Goldzweig et al., 2013).

En cuanto a la detección de problemas relacionados con la medicación en la práctica hospitalaria, (Manias, 2013) un estudio presenta una revisión sistemática, en la que se incluyeron 40 artículos, tras dos selecciones realizadas por la autora y un revisor independiente, para comprobar la capacidad de distintos métodos de detección para identificar problemas relacionados con la medicación. Los métodos que se utilizaron fueron: revisión de historias clínicas, reclamaciones, monitorización por ordenador, observación directa de la atención, entrevista, recogida de datos prospectiva y notificación de incidentes. El resultado fue que la revisión de historias clínicas y la monitorización electrónica tenían mayor capacidad para identificar problemas relacionados con la medicación que otros métodos, en un número relativamente grande de estudios.

En cualquier caso, las reclamaciones también fueron utilizadas como fuente de obtención de datos para la investigación, mostrando una gran variabilidad ya que usando las reclamaciones como fuente para detectar problemas con la medicación, no se detectaron problemas, mientras que usando las bases de datos de incidentes clínicos, se detectaron 100 problemas (Manias, 2013).

Un método útil para mejorar la seguridad en las organizaciones sanitarias, es el análisis de las redes sociales (Marqués et al., 2013),

puesto que la seguridad del paciente depende de la cultura de la organización sanitaria y de las relaciones que los profesionales mantienen entre sí. El análisis de las redes sociales permite conocer el lugar de cada individuo en esa red y la cohesión entre ellos, así como quienes tienen más prestigio para generar confianza, quienes pueden ser intermediarios para transmitir información y minimizar conflictos, y todos juntos son útiles para crear una cultura de seguridad. Un alto nivel de comunicación ayuda a comunicar los errores y pedir ayuda de forma espontánea, consiguiendo la mejora de la seguridad del paciente.

7. La gestión sanitaria y las reclamaciones

Del mismo modo que la relación individual médico-paciente ha ido evolucionando hacia un modelo más equilibrado, las instituciones deberían pasar de un modelo centrado en los intereses de los profesionales a otro que tenga al paciente como centro.

Actualmente, el paciente necesita que se oriente la organización y su funcionamiento hacia sus intereses, prestando especial interés en la interdisciplinariedad, la atención personalizada, horarios de atención prolongados, historia clínica única, diagnóstico y tratamiento basados en evidencias científicas y experiencia sistematizada de la propia institución, y respeto por su autonomía y satisfacción. La tecnología y la súper especialización, en ausencia de un equipo interdisciplinario y que el clínico tenga una visión holística del paciente y su entorno, llevan a una atención dirigida al órgano afectado y no al paciente enfermo, se trata la enfermedad no a la persona enferma.

Gestionar organizaciones hospitalarias es, dirigir, administrar recursos, y lograr metas y objetivos propuestos. Los hospitales tradicionales están estructurados por divisiones y departamentos que

representan las diferentes especialidades, con procesos de atención fragmentados. (Rodríguez, Dackiewicz & Toer, 2014)

La gestión por procesos, en oposición a la gestión tradicional tiene como centro al paciente y su familia, y se basa en un sistema integrado de procesos, que prioriza la calidad y la seguridad en la atención, sustentado por la optimización de la comunicación, el cuidado y la promoción del equipo de salud, la inter disciplina, el apoyo en guías de práctica clínica, la historia clínica única y la evaluación permanente de los resultados, con el objetivo de mejora continua.

Los hospitales actuales funcionan como empresas de gran complejidad en las que convergen diferentes tipos de actividad que se entrelazan con la asistencial, como la hostelería, la actividad económico-administrativa, la ingeniería, la tecnología, la vigilancia, el mantenimiento y muchas otras actividades de apoyo, que se han vuelto imprescindibles para lograr una adecuada asistencia sanitaria (Rodríguez et al., 2014).

La integración y continuidad de los cuidados, la gestión por procesos, la estandarización de los procesos de apoyo, el horario prolongado de atención, así como el trato personalizado, dispensado por el médico de cabecera, son aportaciones de la institución hospitalaria que favorecen la productividad y la reducción de los tiempos de espera, mejoran el acceso a la atención y dan lugar a la participación en las decisiones. En definitiva, ponen al paciente como centro, respetando sus necesidades y los valores esenciales de la actividad: equidad, accesibilidad, solidaridad, efectividad, eficiencia, seguridad y oportunidad.

Es necesario que los procesos tengan una gestión responsable, estén integrados, y sujetos permanentemente a la búsqueda de debilidades con el objetivo de mejorarlos (Rodríguez et al., 2014).

Para Blanch (2014), el Tratado de Libre Comercio y sus desarrollos posteriores legitimaron políticamente el modelo neoliberal de

organización del hipermercado planetario, donde se comercia con bienes tradicionales de consumo y también con la oferta-demanda de salud y de educación superior. En este marco, hospitales y universidades públicos se vieron obligados a utilizar estrategias mercantiles para poder sobrevivir financieramente y tuvieron que incorporar productividad, eficiencia, competitividad, rentabilidad, emprendimiento, innovación, excelencia, gobernanza, sostenibilidad, calidad total..., a su cultura institucional y estrategias comerciales y empresariales.

Estos cambios han tenido repercusión psicológica en los trabajadores de estas instituciones, cambiando el significado del propio trabajo, de su motivación laboral e incluso de la ética profesional, sufriendo tensiones ideológicas y contradicciones morales como servicio público vs negocio privado, bien común vs beneficio particular, conciencia profesional vs imperativos comerciales; profesionalismo como contrato social con la comunidad vs mercantilismo como contrato laboral con el mercado.

Estudios empíricos realizados en hospitales y universidades iberoamericanos descubren una paradoja, existe una relativa satisfacción por las condiciones materiales y técnicas que permiten trabajar más y mejor, a la vez que un malestar latente por la sobrecarga de tarea y por los dilemas ético-profesionales que se plantean con las nuevas demandas de la organización.

Ante esta situación, los trabajadores desarrollan formas de afrontamiento que abarcan desde la obediencia manifiesta a la resistencia latente. Por eso es necesario rediseñar los servicios para conseguir un equilibrio mayor entre las demandas mercantiles y sociales, entre los valores de la gerencia y los valores profesionales, entre eficiencia empresarial y calidad de vida laboral (Blanch, 2014).

La razón de ser de las instituciones sanitarias es dar atención sanitaria a la población que atiende. La "atención sanitaria basada en la

calidad" es una de las dimensiones clave de calidad, entendiendo como tal cumplir las necesidades y expectativas del usuario del servicio a quien vaya dirigido, pero como dimensión medible y específica, y que ha evolucionado en los últimos años, pasando del énfasis inicial en la "satisfacción" y en la búsqueda de formas de medirla, para añadir un nuevo enfoque, usando los "informes del paciente", que midan, en lugar de la satisfacción, los problemas encontrados en la experiencia asistencial desde el punto de vista del propio paciente.

8. Consecuencias de la crisis en la salud

Indudablemente la crisis económica ha tenido consecuencias en la salud, lo que ha repercutido en las quejas, reclamaciones que los pacientes y usuarios formulan y en la seguridad del paciente.

La crisis económica que empezó sobre el año 2007 no ha afectado por igual, en términos de uso de la atención sanitarios, en los países con sistema público de salud que en aquellos otros con sanidad privada.

El desempleo y la falta de recursos económicos pueden llevar a la no asistencia médica necesaria, por carecer de recursos para pagarla. Sin embargo, en los países con sistema público de salud, la crisis económica y el desempleo pueden ocasionar que haya personas con más tiempo disponible para solicitar los servicios de salud rutinarios.

El estudio de Lusardi Schneider & Tufano (2010), demuestra que la crisis económica y el desempleo ocasionan que se usen menos los recursos sanitarios porque se carece de medios para afrontar el copago, esto pasa con mucha mayor frecuencia en Estado Unidos que en Gran

Bretaña, Canadá, Francia o Alemania, que son países con sistema universal de salud todos ellos.

En España la crisis económica ha ocasionada la reforma del copago farmacéutico, la disminución en el número de medicamentos incluidos en receta médica y por tanto financiados en parte por el estado y también la disminución de servicios sanitarios financiados, por ejemplo parte de la atención buco dental, que está teniendo un efecto disuasorio en el uso de los sistemas sanitarios en aquellas personas más desfavorecidas y con menores recursos económicos, como evidencia el informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) (Urbanos y Puig-Junoy, 2014).

El copago farmacéutico ha supuesto una penalización para aquellas personas más desfavorecidas y con una patología que precisa de tratamientos más amplios o complejos, ya que se paga un porcentaje del precio del medicamento sin límite alguno, (excepto en el caso de los jubilados que hay un límite mensual de 10 euros en copago farmacéutico), que supone que a mayor necesidad de tratamiento para patologías crónicas, mayor gasto en su copago y mayor penalización para su economía. (R.D.L. N 16/2012 (BOE, 2012).

Este Real Decreto Ley también incorpora la exclusión de los inmigrantes ilegales del sistema sanitario, aunque se les garantiza la asistencia urgente.

Una de las modificaciones más controvertida, de las incorporadas en la reforma del Sistema Nacional de Salud de 2012 es la exigencia de autorización de residencia a los extranjeros no comunitarios para poder acceder a la asistencia sanitaria gratuita, dejando como únicos supuestos de prestación sanitaria a los que los extranjeros irregulares se circunscriben a urgencias, asistencia al embarazo y en menores de dieciocho años, lo que para su autora, a la luz de los tratados internacionales de derechos humanos y de la jurisprudencia

constitucional plantea importantes dudas en cuanto a que sea de conformidad con el ordenamiento constitucional (Sobrino, 2013).

El informe del SESPAS (Segura, 2014) también pone de manifiesto, que según los indicadores de listas y tiempos de espera que se hacen públicos a través del SNS, las demoras han aumentado desde el año 2010, aumentando el tiempo de espera para intervenciones no urgentes y también el número de personas en espera. Estas esperas pueden provocar que las personas con recursos económicos se vayan a la sanidad privada para obtener estos servicios en un tiempo mucho menor.

Para López-Casasnovas (2014) hay que tener en cuenta que pese a los efectos de la crisis, el gasto social en España no se ha hundido aunque si hay restricciones muy evidentes en cuanto al número de beneficiarios.

La puesta en marcha de las medidas anti crisis también puede ocasionar una merma en la calidad de los servicios públicos, lo que se evidencia en la menor satisfacción de los usuarios durante los años 2011 y 2012, y el aumento en el porcentaje de personas que opinan que hay que hacer importantes reformas. (Urbanos et al., 2014).

Toda Europa está sufriendo los efectos de la crisis financiera, y en nuestro país, la regulación de la tarjeta sanitaria, acredita la identidad del ciudadano y es la que le condiciona el acceso a la asistencia sanitaria pública, mientras que la normativa reguladora determina las condiciones que debe reunir esa persona para obtener dicha asistencia, dejando sin prestación a quienes no las reúnen.

La modificación de las condiciones para obtener la tarjeta sanitaria individual, llevada a cabo en el Real Decreto 1192/2012 (Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto), no solo elimina el llamado turismo sanitario de los europeos que aprovechaban su estancia en España para ser sometidos a intervenciones quirúrgicas, sino que expulsó del sistema a los inmigrantes irregulares. Se calcula (Acosta, 2013), que

desde la entrada en vigor de este Real Decreto Ley, 2.300 personas pierdan cada día su tarjeta sanitaria y 873.000 ya han sido retiradas desde septiembre de 2012. La percepción que los ciudadanos tienen de los recortes coincide con los informes de los expertos. Las quejas al Defensor del Pueblo relacionadas con la sanidad aumentaron en 2013 un 59% respecto al año anterior.

Se puede extraer como conclusión que los recortes en sanidad se deben al propósito ideológico de adelgazar el estado del bienestar. La disminución del gasto público en relación con las necesidades perjudica a las prestaciones a las que los ciudadanos aspiraban y modifica también los fundamentos del sistema con la revisión del actual equilibrio entre lo público y lo privado (Acosta, 2013).

El Estado de bienestar está sufriendo en toda Europa las consecuencias de la crisis financiera. En este artículo se da cuenta de la nueva regulación de la tarjeta sanitaria y se analiza si la reducción del gasto sanitario afecta a los derechos de los usuarios. La disminución del gasto público en relación con las necesidades no sólo perjudica las prestaciones a las que los ciudadanos razonablemente aspiraban, sino que modifica los fundamentos del sistema mediante la revisión del actual equilibrio entre lo público y lo privado.

Todo lo expuesto hasta ahora puede ocasionar la sustitución de los servicios públicos por privados y muestra de ello es el alto porcentaje de funcionarios públicos que pudiendo elegir entre prestadores de asistencia sanitaria pública o privada, eligen la asistencia privada.

Los efectos de la crisis, tanto en esta ocasión como en otras anteriores, no se muestran por igual en todos los países del entorno europeo y son las respuestas políticas de los gobiernos las que pueden mitigar los efectos de la crisis o por el contrario, aumentarlos. Hay estudios que ponen de manifiesto que se están deteriorando algunos

indicadores de salud, sobre todo los relacionados con enfermedades transmisibles y salud mental.

En algunos países del entorno europeo ha disminuido el consumo de alcohol y tabaco, pero también hay países en los que los gobiernos han aprovechado la crisis para llevar a cabo reformas encaminadas a la privatización de servicios y prestaciones sanitarias, provocando mermas en el derecho a la salud y a la atención sanitaria. En estos países se están adoptando medidas, que según Rivadeneyra-Sicilia et al (2014), son arbitrarias en muchos casos, responden más a decisiones ideológicas que a evidencias disponibles, y que afectan a los tres ejes que determinan el campo de la financiación de los sistemas sanitarios, que son la población protegida, la contribución del usuario y la cobertura de servicios, por lo que es probable que estas medidas reporten consecuencias adversas en cuanto a la protección financiera, eficiencia y equidad.

Según el citado autor, (Rivadeneyra-Sicilia et al., 2014), en las actuales condiciones, lo que habría que hacer sería reforzar la atención primaria y la salud pública y monitorizar el impacto de la crisis mediante el desarrollo de sistemas de información e indicadores ad hoc que posibiliten conocer a tiempo real el estado de la situación.

Desde el año 2009 las medidas que se han tomado frente a la recesión también han afectado a la restricción del gasto público en bienestar social y sanidad, como ya hemos dicho. El 30% de las personas en riesgo de pobreza, son niños menores de 14 años. Las desigualdades sociales van en aumento y aunque el sistema sanitario público se está viendo muy afectado, la mayoría de la población está razonablemente satisfecha con su funcionamiento. La disminución del gasto sanitario público se ha hecho a costa de la menor frecuentación de los servicios sanitarios y de la prescripción de un menor número de medicamentos. El gasto hospitalario sigue estable y ha disminuido un poco el gasto en salud pública y en atención primaria (Segura, A. SESPAS 2014).

En el análisis de los informes del Defensor del Pueblo español y el Mediador de la República Francesa, haciendo la lectura cruzada de ambos informes, pueden detectarse que reiteradamente se producen situaciones de mala atención al ciudadano en ambos países, produciéndose vulneración de derechos fundamentales en las áreas de sanidad y extranjería e inmigración (Koller, 2011).

Otra consecuencia de la crisis es la disminución en el número de efectivos de recursos humanos, lo que puede suponer un grave riesgo para la salud de los pacientes, especialmente aquellos en estado más grave, ya que hay estudios que demuestran que un mayor número de enfermeras por cama está asociado con un mayor ratio de supervivencia sobre todo en pacientes ingresados en cuidados intensivos (West, E. 2014).

La disminución del número de efectivos, supone una sobrecarga fisiológica y psicológica de los trabajadores que se traduce en aumento del absentismo por causas laborales, llegando hasta el 25% del total de trabajadores de enfermería de un hospital universitario de la región centro oeste de Brasil, de baja por causa laboral en el año de estudio (Minimel et al., 2013).

Los profesionales de enfermería, necesitan para el ejercicio de la profesión, tener capacidad técnica, pero también humana, para realizar su labor asistencial y establecer una relación terapéutica con el paciente. Han de disponer de los medios técnicos y de las herramientas necesarias para afrontar los dilemas éticos que surgen en la vida diaria, por ello tienen que poner en práctica la ética del cuidado, sin perder de vista que para dar cuidados excelentes es necesario disponer del tiempo suficiente. Para desempeñar las funciones de forma adecuada, es necesario por tanto, que desempeñen las funciones de cuidados abarcando el aspecto técnico y también el trascendental y hay que hacerlo contando con la participación tanto del profesional como del paciente (García, 2015).

Según Park (2015) son implicaciones para la práctica y la investigación, el número de enfermeras y médicos que desarrollan su actividad profesional en las unidades de cuidados intensivos, y este número de profesionales está asociado con la mortalidad de pacientes.

Los pacientes con mayor riesgo de muerte son más vulnerables si ingresan en UCIs con menor número de enfermeras, a la vez que una mayor carga de trabajo de la unidad, en la UCI, se asocia con una mayor mortalidad de los pacientes.

Por todo lo expuesto, nuestra investigación se centra en el estudio de quejas y reclamaciones en un hospital comarcal perteneciente al Servicio Murciano de Salud y que da asistencia a una población de unos 100.000 habitantes, con una importante población estacional por estar en zona costera y con mucha población inmigrante por ser también un área dedicada a la explotación agrícola.

II.- MARCO EMPÍRICO

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Tras la introducción, justificación y marco teórico expuesto, pasamos ahora a presentar dentro del Área del conocimiento en que está inmersa la investigación, Ciencias de la Salud Gestión de Calidad Asistencial, Gestión Clínica y de Recursos en Enfermería, los objetivos y supuestos de trabajo, así como la metodología utilizada, características de la muestra, ámbito de estudio, variables analizadas, instrumentos de evaluación y procedimiento de recogida de datos y análisis estadístico.

1. Objetivos

Como objetivos de este estudio nos planteamos:

1. Analizar la documentación sobre reclamaciones y quejas como oportunidad de mejora.
2. Identificar los motivos de queja más relevantes para nuestros usuarios durante los años 2012 a 2015, en un centro hospitalario comarcal de la Comunidad Autónoma de Murcia.
3. Determinar las quejas y reclamaciones relacionadas con enfermería.
4. Identificar si existe asociación entre las quejas y reclamaciones producidas, y los estamentos profesionales a los que van dirigidas las reclamaciones.
5. Identificar la asociación entre quejas y reclamaciones en cuanto al servicio de donde procede la queja y tipo de queja que hace el usuario, y las variables edad y sexo del reclamante.
6. Identificar en el centro objeto de estudio, las reclamaciones relacionadas con fallos en la seguridad del paciente.

2. Supuestos de trabajo

Como respuesta a los objetivos señalados se establecen los siguientes supuestos de trabajo:

1. Las quejas y reclamaciones proporcionan las oportunidades de mejora detectadas por los usuarios de los sistemas sanitarios.
2. Los motivos de reclamación de los usuarios de nuestro sistema sanitario pueden estar determinados por la actual crisis económica que está produciendo recortes en prestaciones y puede derivar en incremento de listas de espera.
3. Enfermería que es el personal asistencial que está en contacto con el paciente de forma continuada, y que se ha visto afectada por la crisis, lo que ha supuesto el incremento de horas de trabajo y de presión asistencial, por lo que puede ser el profesional que mayor cantidad de reclamaciones reciba.
4. Las quejas y reclamaciones pueden estar relacionadas con las variables sociodemográfica y de género ya que en las crisis económicas los más afectados suelen ser los niños, personas de edad más avanzada y mujeres.
5. El incremento de la presión asistencial que se ha producido con la crisis puede haber causado un incremento en los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

Tipo de estudio. Para establecer el estado actual del tema, se realizó revisión bibliográfica descriptiva, utilizando las siguientes fuentes de datos

Bases de datos:

DIALNET, usando como descriptores: reclamaciones, reclamaciones enfermería y reclamaciones hospital.

CINHAL, usando como descriptores: nursing, claims, hospital y patient safety, y el operador and.

CUIDEN, usando como descriptores: reclamaciones enfermería.

PUBMED, usando los descriptores: hospital claims, nursing claims, medical claims, claims and patient safety y malpractice, y los operadores and/or.

Metabuscadores:

GOOGLE Académico, utilizando como descriptores: reclamaciones hospital, reclamaciones enfermería, reclamaciones médico, reclamaciones urgencias.

Biblioteca COCHRANE PLUS, para revisiones sistemáticas, y usando como descriptor: reclamaciones, seguridad paciente, enfermería y crisis.

También se han consultado la base TESEO de tesis doctorales, artículos científicos, el manual del Máster en Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud y la Guía sobre sugerencias, quejas, reclamaciones y agradecimientos formulados por los usuarios de los servicios sanitarios del Servicio Murciano de Salud, así como aquella documentación legislativa de aplicación actualizada en las diferentes comunidades autónomas españolas, sobre quejas, reclamaciones y participación del usuario en sus procesos de salud y enfermedad.

Temporalidad de la búsqueda bibliográfica. Revisión bibliográfica de los años 2010 a 2016, independientemente de alguna bibliografía relevante, fuera de esa temporalidad.

Trabajo de campo. Estudio cuantitativo, retrospectivo, transversal y descriptivo.

Características de la muestra. Total de quejas y reclamaciones de un hospital comarcal de la Región de Murcia, formuladas por los usuarios durante los años 2012 a 2015.

Dimensiones a analizar. Las variables de estudio son: edad y sexo del reclamante. Motivo de la queja: relativas al acceso a la asistencia, al entorno asistencial, proceso asistencial, resultado asistencial, prestaciones, reiteración de reclamación e incidentes en la seguridad del paciente, servicio objeto de la queja, y estamento o colectivo sanitario al que van dirigidas.

Criterios de inclusión: Que la reclamación esté correctamente cumplimentada. Que sean concretos en su reclamación.

Criterios de exclusión: Las quejas mal cumplimentadas o no cumplimentadas.

El instrumento utilizado para la recogida de datos ha sido el formulario validado del Servicio Murciano de Salud (SMS) para quejas, reclamaciones, sugerencias y agradecimiento de los usuarios de servicios de salud que a su vez ha sido incluido en la base de datos corporativa del Servicio Murciano de Salud para sugerencias, reclamaciones y quejas sanitarias SUGESAN.

Procedimiento, recogida y análisis de datos: Los usuarios se expresan mediante la Hoja de formulación de quejas, sugerencias y felicitaciones, esta información se recoge en la base de datos corporativa del Servicio Murciano de Salud (SMS), SUGESAN relacionada con el centro, que se vuelca en Excel 2007 y se codifican numéricamente las distintas variables, (el último código se ha utilizado para codificar reclamaciones en las que no se ha especificado el servicio, el estamento o actividad), entre las que se encuentran:

39 servicios que han recibido alguna reclamación

9 estamentos profesionales implicados

23 actividades a las que hacen referencia (Consultas, hospitalización, admisión, cocina...).

Los motivos de la reclamación se han clasificado en tres jerarquías (Ver Tabla 4. Jerarquía de motivos de Reclamación):

La primera de ellas, jerarquía de **nivel 1** está dividida en 6 bloques: bloque de acceso a la asistencia, bloque de entorno asistencial, de proceso asistencial, de resultado asistencial, de prestaciones y otros y el último de incidentes de seguridad de paciente.

En la jerarquía de **nivel 2**, hay 16 motivos que a su vez están incluidos en uno de los 6 bloques de la jerarquía de nivel 1. Bloque de acceso a la asistencia tenemos 6 motivos: cuestiones administrativas de acceso a la asistencia, asignación o cambios de profesional o centro, demora en la asistencia, lista de espera, denegación de asistencia y suspensión de actos programado. Bloque de entorno asistencial, hay 3 motivos, accesibilidad y comunicaciones, condiciones ambientales y hosteleras y mantenimiento y seguridad. Bloque de proceso asistencial, incluye 3 motivos, planificación, organización y coordinación, información asistencial y consentimiento informado y trato. Bloque de resultado asistencial, con 2 motivos, disconformidad con el diagnóstico o tratamiento y muerte del paciente. Bloque prestaciones y otros con 2 motivos, prestaciones sanitarias y otros. El último bloque de incidentes de seguridad del paciente solo incluye un motivo, el de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

Se ha hecho una jerarquía de **nivel 3** con 49 motivos que, a su vez, están incluidos en algún motivo de la jerarquía de nivel 2 y, a su vez, en el correspondiente de nivel 1, pero para este análisis hemos considerado los motivos de jerarquía de nivel 2 porque consideramos que es el nivel de detalle más adecuado para poder analizar las reclamaciones y poder sacar conclusiones con los resultados obtenidos, ya que el nivel 1 es demasiado general y el 3 es excesivamente detallado.

Tabla 4 Motivos de reclamación de los usuarios clasificados en tres jerarquías

Jerarquía motivos 1	Jerarquía motivos 2	Jerarquía motivos 3	
Acceso a la asistencia	Cuestiones administrativas	Error administrativo al dar una cita.	
	Asignación o cambios de profesional o centro	Disconformidad con la asignación de centro concertado.	
	Demora en la asistencia		Cita previa, funcionamiento (teléfonos comunicando, etc.)
			Demora en la prestación del servicio. Incumplimiento horario.
			Demora en la prestación del servicio para atención en urgencias.
			Retraso en la fecha de consulta próxima (2ª consulta o sucesivas)
	Lista de espera		Lista de espera, acceso a la 1ª consulta
			Lista de espera quirúrgica
			Lista de espera realización pruebas diagnósticas.
			Lista de espera para tratamiento (RHB, Quimioterapia, Radioterapia, etc.).
Denegación de asistencia		Negación de la asistencia	
Suspensión de actos programado		Suspensión de intervenciones quirúrgicas programadas	
		Suspensión de actos programados de otra índole (consultas, pruebas diagnósticas, tratamientos...)	
Entorno asistencial	Accesibilidad y comunicaciones	Lejanía del centro o falta de comunicaciones.	
		Señalización y acceso al edificio	
	Condiciones ambientales y hosteleras		Climatización
			Higiene y limpieza de instalaciones
			Habitabilidad de las instalaciones (Confortabilidad)
			Alimentación
			Lencería
	Mantenimiento y seguridad		Hurto de objetos de valor del paciente
			Extravío de objetos personales
			Accidentes en el entorno del centro
Conservación y mantenimiento de aparatos e instalaciones			
Proceso asistencial	Planificación, organización y coordinación	Mala coordinación entre servicios, intercentros o niveles asistenciales	
		Falta de recursos materiales	
		Falta de recursos humanos	
		Disconformidad con las normas de organización intracentro	
		Disconformidad con la derivación a otro centro o servicio	
		Disconformidad con el tratamiento prescrito	
		Error en la identificación (entrega informes, citas, etc.)	
	Información asistencial y Consentimiento informado		Disconformidad sobre la información dada de su enfermedad
			Disconformidad con la información recibida sobre su intervención quirúrgica
			Retraso o no entrega de informes clínicos o copia de la Historia Clínica
			Falta de información clara sobre otras alternativas de tratamiento
			Problemas de información, comunicación (información no clínica)
			Negativa del personal a identificarse
	Trato		Educación, cortesía o deferencia de los profesionales
			Falta de intimidad debida a las instalaciones
			Discriminación por motivos de sexo, raza, edad, religión.
	Resultado	Disconformidad con el diagnóstico o	Disconformidad con el diagnóstico

asistencial	tratamiento	Disconformidad con el resultado asistencial
		Disconformidad con el resultado de la intervención quirúrgica
		Desacuerdo con el alta asistencial
		Disconformidad con la asistencia recibida por falta de respeto al documento de instrucciones previas
	Muerte del paciente	
Prestaciones y otros	Prestaciones sanitarias	Disconformidad con las prestaciones no incluidas
Incidentes de seguridad de paciente	Incidentes relacionados con la seguridad del paciente	Incidente relacionado con procedimientos terapéuticos
		Incidente relacionado con accidente del paciente
		Incidente relacionada con medicación

Tabla 4. Motivos de reclamación de los usuarios en tres jerarquías, el nivel 1 tiene 6 motivos, el nivel 2 tiene 16 motivos incluidos en alguno de los 6 motivos de nivel 1 y el nivel 3 tiene 49 motivos de reclamación incluidos en alguno de los de nivel 2 y éstos a su vez, incluidos en los de nivel 1.

Para el análisis de datos se ha usado el software estadístico SPSS 22 para realizar el análisis cuantitativo de frecuencias, porcentajes, medias, modas y medianas y hacer el cruce de variables.

3. Población, procedencia y características de la muestra

Centramos nuestra investigación en los usuarios de un hospital comarcal del Área VIII de Salud del Servicio Murciano de Salud en la Comunidad Autónoma de Murcia, considerando como muestra la totalidad de reclamaciones formuladas por los usuarios de este hospital durante el periodo de estudio.

El periodo de estudio considerado ha sido del 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2015, analizando cada año de forma desagregada y también la totalidad de reclamaciones en conjunto. En este periodo se han realizado 792.928 asistencias.

La edad de los usuarios atendidos y de los que han reclamado oscila entre 0 y 101 años y ha sido considerada en tres franjas, de 0 a 17 años, de 18 a 65 y mayores de 65 años, para facilitar posteriormente el análisis estadístico de esta variable con las demás, dando el valor 1 a la franja de edad comprendida de 0 hasta 17 años (122.339 usuarios), valor 2 a los que tienen entre 18 y 65 años (466.641 usuarios) y valor 3 a los de mayores de 65 (111.107 usuarios). (Tabla 5)

Por Edad	2012	2013	2014	2015
0 a 17 años	29.998	29.717	31.392	31.232
18 a 65 años	112.712	114.294	119.486	120.149
Mayores de 65 años	46.655	48.712	53.805	54.775
No indicado	1	0	0	0
<i>Total</i>	<i>189.366</i>	<i>192.723</i>	<i>204.683</i>	<i>206.156</i>

Tabla 5. Rango de edad de los usuarios atendidos.

El 57% de las personas asistidas fueron mujeres (n=107.483 en 2012, 110.420 en 2013, 115.782 en 2014 y 116.747 en 2015), y el 43%

de los asistidos fueron varones (n= 81.876 en 2012, 82.279 en 2013, 88.885 en 2014 y 89.398 en 2015). (Tabla 6)

Por Sexo	2012	2013	2014	2015
Desconocido	7	24	16	11
Hombre	81.876	82.279	88.885	89.398
Mujer	107.483	110.420	115.782	116.747
<i>Total</i>	<i>189.366</i>	<i>192.723</i>	<i>204.683</i>	<i>206.156</i>

Tabla 6. N° de asistencias por sexo y año.

3.1. Muestra: características y variables sociodemográficas

Se ha considerado como muestra la totalidad de reclamaciones interpuestas por usuarios y recibidas en este hospital durante el periodo de estudio (1 de enero de 2012 a 31 de diciembre de 2015), siendo un total de 2.609 reclamaciones, 471 recibidas en 2012, 385 en 2013, 566 en 2014 y 1.187 en 2015.

3.1.1. Edad

Los usuarios que reclamaron y que pertenecían al rango de edad entre 0 y 17 años fueron menos del 1% en los cuatro años estudiados. En total 16 personas de esa franja de edad pusieron una reclamación en este periodo.

En el valor 2 de rango de edad (18 a 65 años), estaban el 79-86% de los reclamantes en los cuatro años estudiados (n= 383 / 320 / 487 / 937 y un total de 2.127).

En el valor 3 de rango de edad (mayores de 65 años), estaban el 18% de los reclamantes en 2012 (n=85), el 15% en 2013 (n=59), el 13%

en 2014 (n=76) y el 21% en 2015 (n=246). El total de reclamantes mayores de 65 años de todo el periodo fue de 466 usuarios. (Gráfico 1)

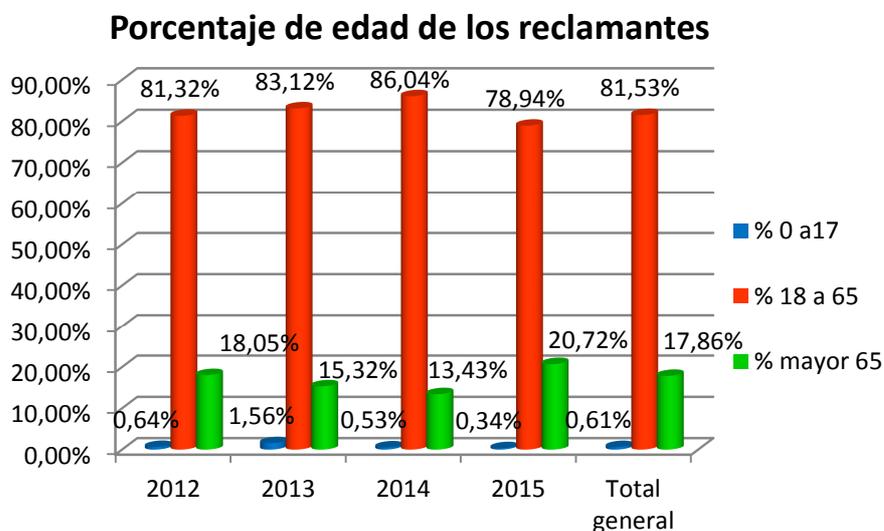


Gráfico 1. Porcentaje de reclamantes por rango de edad

3.1.2. Sexo de los reclamantes

En cuanto a las reclamaciones recibidas, el 59% fueron realizadas por mujeres en 2012 y 2014 y el 63% en 2013 y 2015. (Gráfico 2)

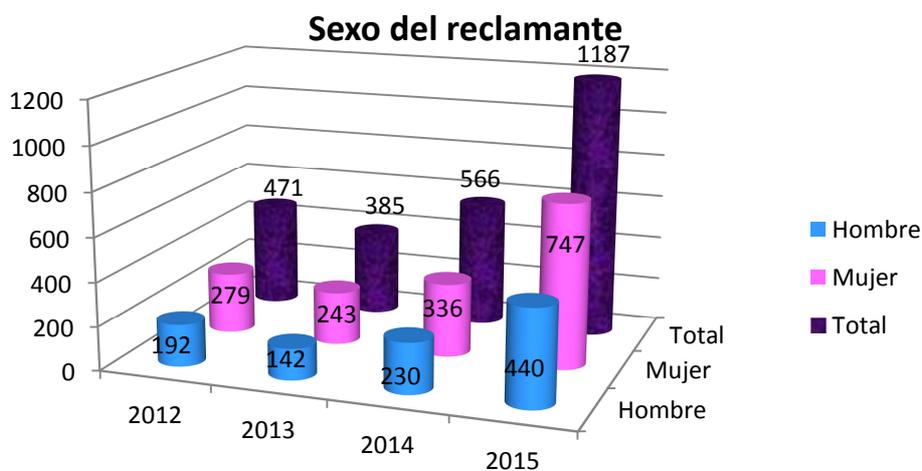


Gráfico 2. Reclamaciones según sexo del reclamante y año

III.- RESULTADOS

RESULTADOS

Durante el año 2012 a 2015 se realizaron un total de 792.928 asistencias y se recibieron un total de 2.609 reclamaciones (Tabla 7):

N° TOTAL ASISTENCIAS				
Asistencias	2012	2013	2014	2015
N° Asistencias	189.366	192.723	204.683	206.156
N° Reclamaciones	471	385	566	1.187

Tabla 7. Total de asistencias y reclamaciones/año

La tasa de reclamaciones recibidas en el año 2012 fue del 2,5‰ (n=471), del 2‰ en 2013 (n=385), del 2,8‰ en 2014 (n=566) y del 5,8‰ en 2015 (n=1.187), con una tasa media global del 3,3‰ (n=2.609).

La distribución de las asistencias realizadas en estos cuatro años por ámbito asistencial, fue de la siguiente manera: en urgencias se realizaron ente 57.697 y 65.749 asistencias, se asistieron más mujeres que hombres y la franja de edad donde más asistencias se realizaron fue entre 18 y 65 años (Tabla 8).

URGENCIAS				
Urgencias	2012	2013	2014	2015
N° Visitas	57.697	59.705	62.565	65.749
Por Sexo	2012	2013	2014	2015
Desconocido	7	17	16	10
Hombre	27.319	28.170	29.206	30.690
Mujer	30.371	31.518	33.343	35.049
<i>Total</i>	<i>57.697</i>	<i>59.705</i>	<i>62.565</i>	<i>65.749</i>
Por Edad	2012	2013	2014	2015
0 a 17 años	12.828	13.353	13.923	14.638
18 a 65 años	33.920	35.111	36.704	38.598
Mayores de 65 años	10.948	11.241	11.938	12.513
No indicado	1	0	0	0
<i>Total</i>	<i>57.697</i>	<i>59.705</i>	<i>62.565</i>	<i>65.749</i>

Tabla 8. Distribución de las asistencias en Urgencias.

Las hospitalizaciones realizadas en estos cuatro años oscilaron entre 7.903 y 8.718, con similar distribución a las de urgencias, fueron hospitalizadas más mujeres que hombres y mayoritariamente entre 18 y 65 años. (Tabla 9)

HOSPITALIZACIÓN				
Hospitalización	2012	2013	2014	2015
N° Ingresos	8.019	7.903	8.460	8.718
Por Sexo	2012	2013	2014	2015
Hombre	3.521	3.406	3.629	3.805
Mujer	4.498	4.497	4.831	4.913
<i>Total</i>	<i>8.019</i>	<i>7.903</i>	<i>8.460</i>	<i>8.718</i>
Por Edad	2012	2013	2014	2015
0 a 17 años	778	653	867	866
18 a 65 años	4.219	4.145	4.357	4.500
Mayores de 65 años	3.022	3.105	3.236	3.352
<i>Total</i>	<i>8.019</i>	<i>7.903</i>	<i>8.460</i>	<i>8.718</i>

Tabla 9. Asistencias con ingreso.

Las intervenciones por Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) han oscilado entre 3.451 en 2012 y 4.056 en 2015, con una proporción muy similar entre hombres y mujeres y siendo la mayoría de los pacientes del rango de edad entre 18 y 65 años. (Tabla 10)

AMBULATORIO (CMA - CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA)				
CEX	2012	2013	2014	2015
N° Intervenciones	3.451	3.537	3.776	4.056
Por Sexo	2012	2013	2014	2015
Hombre	1.770	1.739	1.934	2.055
Mujer	1.681	1.798	1.842	2.001
<i>Total</i>	<i>3.451</i>	<i>3.537</i>	<i>3.776</i>	<i>4.056</i>
Por Edad	2012	2013	2014	2015
0 a 17 años	162	149	160	128
18 a 65 años	2.192	2.155	2.218	2.351
Mayores de 65 años	1.097	1.233	1.398	1.577
<i>Total</i>	<i>3.451</i>	<i>3.537</i>	<i>3.776</i>	<i>4.056</i>

Tabla 10. Asistencias por CMA

Los tratamientos en el Hospital de Día Médico (HDM) han oscilado entre 2.364 en 2012 y 3.030 en 2015, con mayor número de mujeres que hombres tratadas, en la franja de edad entre 18 y 65 años los años 2012 y 2014 y en mayores de 65 años los años 2013 y 2015. (Tabla 11)

HOSPITAL DE DÍA MÉDICO				
CEX	2012	2013	2014	2015
Nº Ingresos	2.364	2.441	2.999	3.030
Por Sexo	2012	2013	2014	2015
Hombre	1.163	1.044	1.492	1.279
Mujer	1.201	1.397	1.507	1.751
<i>Total</i>	<i>2.364</i>	<i>2.441</i>	<i>2.999</i>	<i>3.030</i>
Por Edad	2012	2013	2014	2015
0 a 17 años	127	97	38	36
18 a 65 años	874	1.192	1.359	1.573
Mayores de 65 años	1.363	1.152	1.602	1.421
<i>Total</i>	<i>2.364</i>	<i>2.441</i>	<i>2.999</i>	<i>3.030</i>

Tabla 11. Asistencias en HDM

El mayor número de asistencias se produjeron en Consultas Externas, se asistieron 117.835 personas en 2012, 119.137 en 2013, 126.883 en 2014 y 124.603 en 2015, en su mayoría mujeres de entre 18 y 65 años. (Tabla 12)

CONSULTAS EXTERNAS				
CEX	2012	2013	2014	2015
Nº Visitas	117.835	119.137	126.883	124.603
Por Sexo	2012	2013	2014	2015
Desconocido	0	7	0	1
Hombre	48.103	47.920	52.624	51.569
Mujer	69.732	71.210	74.259	73.033
<i>Total</i>	<i>117.835</i>	<i>119.137</i>	<i>126.883</i>	<i>124.603</i>
Por Edad	2012	2013	2014	2015
0 a 17 años	16.103	15.465	16.404	15.564
18 a 65 años	71.507	71.691	74.848	73.127
Mayores de 65 años	30.225	31.981	35.631	35.912
<i>Total</i>	<i>117.835</i>	<i>119.137</i>	<i>126.883</i>	<i>124.603</i>

Tabla 12. Asistencias en Consultas Externas

Del total de asistencias registradas, 451.969 fueron a mujeres y 340.959 a hombres.

El total de reclamaciones en este periodo de cuatro años fue 2.609, de ellas, 1.605 fueron formuladas por mujeres y 1.004 por hombres.

Como resultado tenemos que las mujeres reclaman más que los hombres presentando una significación estadística (Chi cuadrado = 22,3 y $p \leq 0,001$).

	Hombres	Mujeres
Reclaman	1.004	1.605
No Reclaman	339.950	450.364
	340.954	451.969

$X^2 = 22,3$
 $p < 0,001$

Tabla 13. Reclamantes según sexo

1. Motivos por los que se ha formulado reclamación

Los principales motivos de reclamación se han mantenido estables durante los cuatro años estudiados y han sido:

- Lista de espera la principal causa de reclamación (38%)
- Demora en la asistencia (15%) (en 2013 que el segundo lugar lo ocupó planificación, organización y coordinación).
- Planificación, organización y coordinación (14%) (en 2013 que la demora en la asistencia fue la 3ª causa de reclamación).
- Trato recibido (9%).
- Disconformidad con el diagnóstico y/o tratamiento (9%).
- Hostelería (2,6%).
- Motivos relacionados con incidentes en la seguridad del paciente (2,6%).

Estos siete motivos de reclamación suponen el 90 % del total de las reclamaciones recibidas en los cuatro años estudiados. (Gráfico 3)

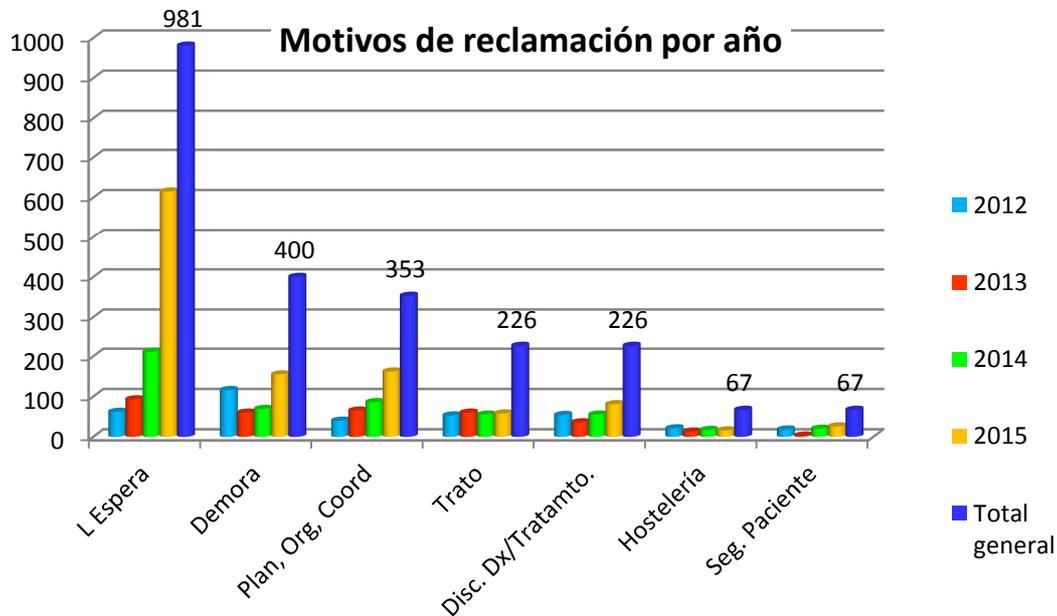


Gráfico 3. Distribución de motivos de reclamación por año

1.1. Reclamaciones relacionadas con la seguridad del paciente.

Durante los años estudiados han supuesto el 2,6% del total de reclamaciones (n=67) y por su importancia para el paciente, los desglosados a nivel 3 de clasificación, incluyendo los motivos relacionados con:

- Pruebas diagnósticas
- Comportamiento alterado de algún profesional
- Procedimientos quirúrgicos
- Procedimientos terapéuticos
- Medicación
- Infección asociada a la asistencia sanitaria
- Sangre y derivados

- Documentación y confidencialidad
- Accidente del paciente incluido el transporte
- Gestión organizativa y recursos
- Identificación del paciente
- Infraestructura
- Laboratorio de Anatomía Patológica

La distribución de las reclamaciones relacionadas con la seguridad del paciente en los distintos años y el porcentaje de cada uno de ellos sobre el total, podemos verlos en la tabla siguiente. (Tabla 14)

Motivo	2012	2013	2014	2015	Total	%
Pruebas diagnósticas	4	0	5	2	11	16,42
Comportamiento alterado	1	0	2	6	9	13,43
Procedimientos quirúrgicos	4	0	1	3	8	11,94
Procedimientos terapéuticos	6	1	1	0	8	11,94
Medicación	1	1	2	3	7	10,45
Accidente paciente incluido transporte	0	1	3	3	7	10,45
Infección asoc. a asistencia sanitaria	2	0	0	2	4	5,97
Sangre y derivados	0	0	2	2	4	5,97
Documentación y confidencialidad	0	0	1	2	3	4,48
Gestión organizativa y recursos	0	0	1	1	2	2,99
Identificación	0	0	1	1	2	2,99
Infraestructura	0	0	1	0	1	1,49
Laboratorio de Anatomía Patológica	0	0	0	1	1	1,49
Totales	18	3	20	27	67	100

Tabla 14. Reclamaciones en relación a seguridad del paciente.

Los motivos de reclamación cuando hacen referencia a un estamento profesional concreto, son los mismos de la clasificación general, pero el orden es distinto, así cuando las reclamaciones van dirigidas al personal médico, el primer motivo de reclamación es la disconformidad con el diagnóstico y/o tratamiento, seguido del trato

recibido, demora en la asistencia y planificación, organización y coordinación. (Gráfico 4)

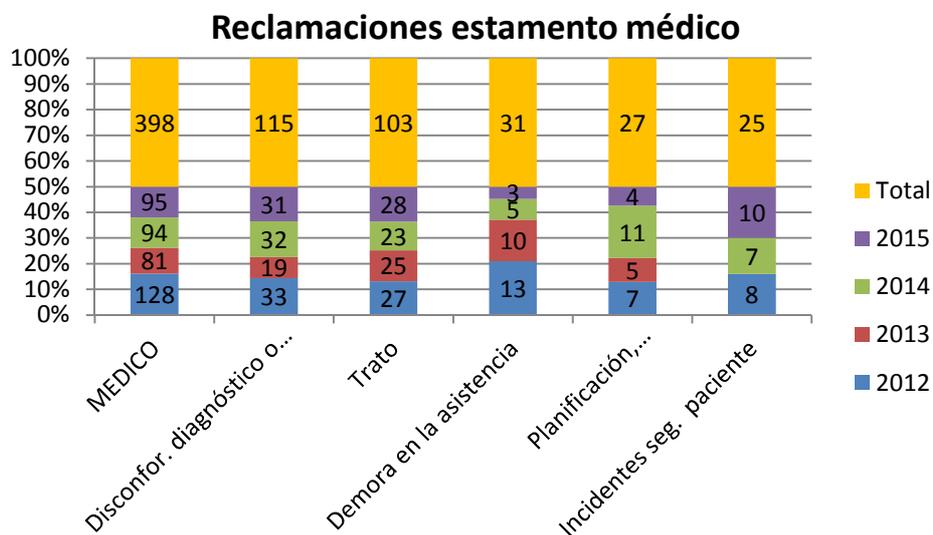


Gráfico 4. Reclamaciones dirigidas al estamento médico por año.

Cuando las reclamaciones van dirigidas al personal de Enfermería son en su mayoría por el trato recibido, la disconformidad con el diagnóstico y/o tratamiento, seguido por la organización, planificación y coordinación y los incidentes relacionados con la seguridad del paciente. (Gráfico 5)

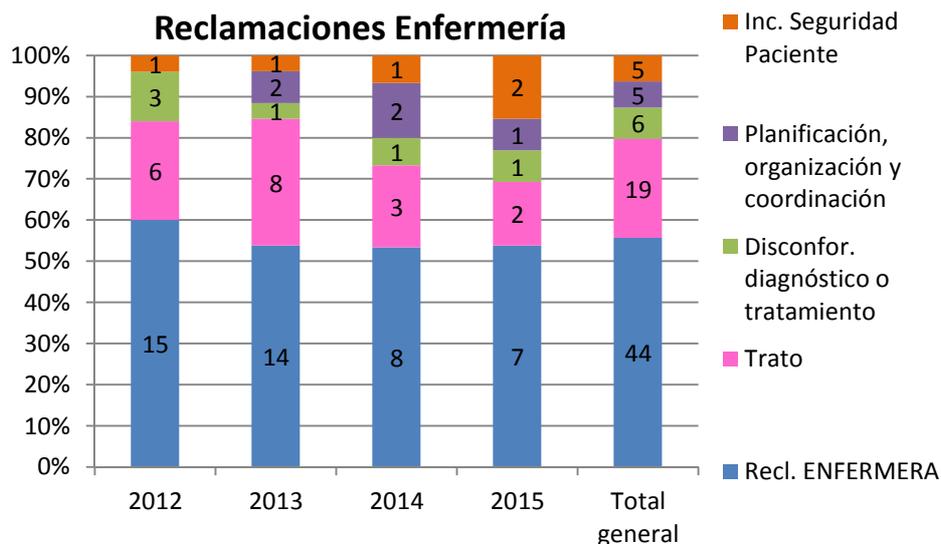


Gráfico 5. Reclamaciones al estamento de enfermería por año.

Las reclamaciones dirigidas al personal auxiliar de enfermería están ocasionadas mayoritariamente por el trato recibido por los pacientes y la demora en la asistencia, representando estos dos motivos más del 50% del total de reclamaciones relacionadas con este estamento profesional. (Gráfico 6)

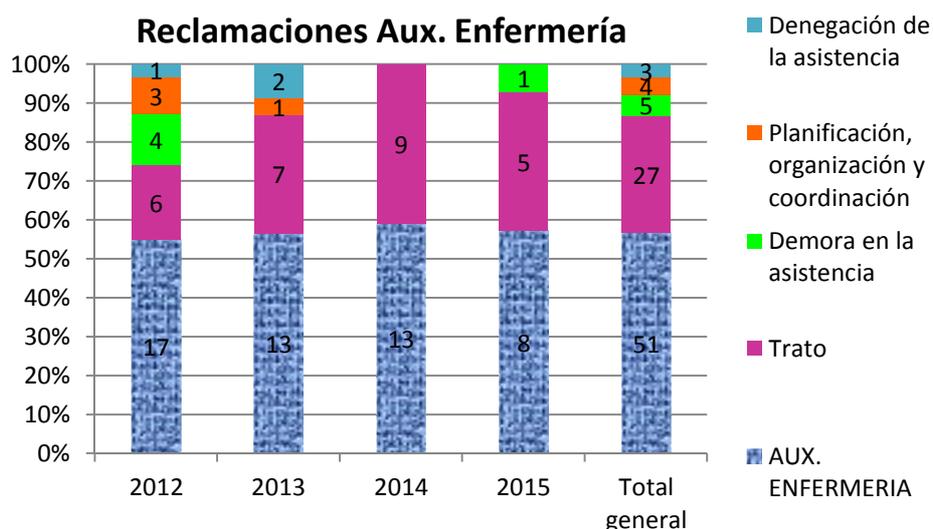


Gráfico 6. Reclamaciones al personal auxiliar de enfermería por año.

2. Estamento profesional al que van dirigidas las reclamaciones

La mayoría de las reclamaciones no van dirigidas a ningún estamento profesional en concreto (>60%), sino que se dirigen a la organización en su conjunto. Cuando van dirigidas a un estamento profesional, es el estamento médico el que más reclamaciones recibe (Chi cuadrado= 233,243, $p \leq 0,0001$), si bien el porcentaje ha pasado a ser > del 20% en 2012 a < 10% en 2015, mientras que las reclamaciones dirigidas a Enfermería han pasado del 3% en 2012 al 0,6% en 2015. Las reclamaciones dirigidas a auxiliares de enfermería y celadores también han ido disminuyendo en estos cuatro años. (Gráfico 7)

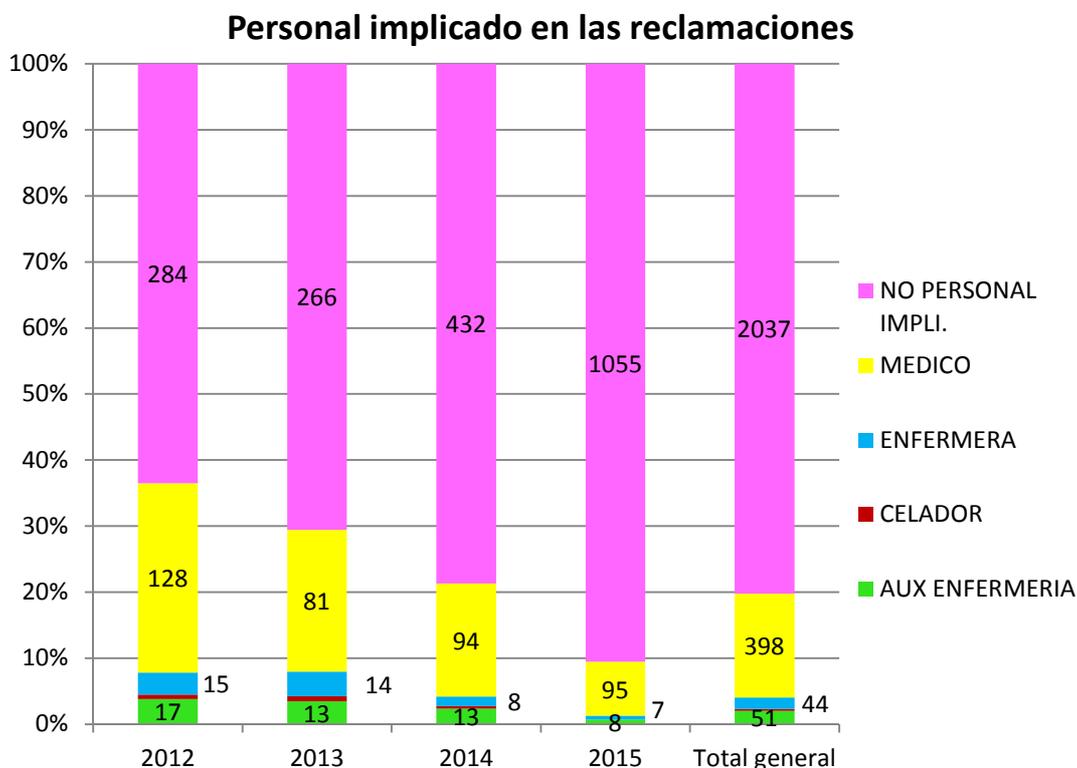


Gráfico 7. Estamento profesional al que dirigidas las reclamaciones y año.

En el gráfico 7 podemos observar que el número de reclamaciones que no hacen referencia a un estamento profesional en concreto va aumentando cada año, mientras que las que van dirigidas a profesionales van descendiendo en todas las categorías profesionales implicadas.

3. Resultados globales de reclamaciones 2012 a 2015

Vamos a presentar los resultados obtenidos al cruzar las distintas variables, para ello se han utilizado las tablas de contingencia puesto que son variables cualitativas, y las tablas con todos los resultados se pueden consultar en Anexo II, si bien aquí solo vamos a mostrar la tabla con aquellos resultados que han presentado significación estadística coloreados en rojo.

3.1 Edad del reclamante y reclamación a Nivel 1

Si comparamos de forma conjunta las reclamaciones recibidas en estos cuatro años, considerando los motivos de reclamación en los siete grandes bloques en que hemos agregado los motivos de reclamación y que en adelante los llamaremos motivos de reclamación a nivel 1, con la edad de las personas que han formulado la reclamación (Tabla 15), encontramos que:

- Las personas menores de 18 años reclaman más por motivos relacionados con las prestaciones sanitarias ($p \leq 0,0001$)
- Las que están en el rango de edad de 18 a 65 años reclaman más por motivos relacionados con el proceso asistencial ($p \leq 0,0001$)

- En el rango de edad de mayores de 65 años son los que más reclaman por motivos relacionados con el entorno asistencial ($p \leq 0,0001$)

Motivos reclamación Nivel 1		Rango edad del reclamante			TOTAL
		0 a 17	18 a 65	>65	
Bloque de ENTORNO asistencial	recuento	0	80	38	118
	%Motivo N1	,0%	67,8%	32,2% p ≤ 0,0001	100,0%
	% Rango edad	,0%	3,8%	8,2%	4,5%
	% del total	,0%	3,1%	1,5%	4,5%
	Residuos corregidos	-,9	-3,9	4,2	
Bloque de PRESTACIONES Y OTROS	recuento	1	9	5	15
	%Motivo N1	6,7% p ≤ 0,0001	60,0%	33,3%	100,0%
	% Rango edad	6,3%	,4%	1,1%	,6%
	% del total	,0%	,3%	,2%	,6%
	Residuos corregidos	3,0	-2,2	1,6	
Bloque de PROCESO asistencial	recuento	4	539	88	631
	%Motivo N1	,6%	85,4% p ≤ 0,0001	13,9%	100,0%
	% Rango edad	25,0%	25,3%	18,9%	24,2%
	% del total	,2%	20,7%	3,4%	24,2%
	Residuos corregidos	,1	2,9	-2,9	

Tabla 15. Motivos Reclamación nivel 1 y edad del reclamante

3.2 Sexo del reclamante y motivos de reclamación a Nivel 1

Cuando cruzamos las variables motivos de reclamación a nivel 1 con el sexo del reclamante (Tabla 16), hay diferencias estadísticamente significativas en los motivos de reclamación según el sexo de la persona que reclama.

- Los hombres reclaman más por motivos relacionados con el acceso a la asistencia ($p \leq 0,002$)
- Las mujeres reclaman más por motivos relacionados con el proceso asistencial ($p \leq 0,002$).

Motivos reclamación Nivel 1		Sexo del reclamante		
		Hombre	Mujer	Total
Bloque de ACCESO a la asistencia	recuento	634	912	1546
	%Motivo N1	41,0% <i>p ≤ 0,002</i>	59,0%	100,0%
	% Sexo reclamante	63,1%	56,8%	59,3%
	% del total	24,3%	35,0%	59,3%
	Residuos corregidos	3,2	-3,2	
Bloque de PROCESO asistencial	recuento	208	423	631
	%Motivo N1	33,0%	67,0% <i>p ≤ 0,002</i>	100,0%
	% Sexo reclamante	20,7%	26,4%	24,2%
	% del total	8,0%	16,2%	24,2%
	Residuos corregidos	-3,3	3,3	

Tabla 16. Motivos reclamación nivel 1 y sexo del reclamante

RESUMEN DEL RESULTADO DEL CRUCE DE LAS VARIABLES EDAD Y SEXO DEL RECLAMANTE Y MOTIVOS DE RECLAMACIÓN DESAGREGADOS A NIVEL 1.

Reclamaciones a Nivel 1 y edad del reclamante

- Los menores de 18 años reclaman más por motivos relacionados con las prestaciones ($p \leq 0,0001$).
- Las personas de entre 18 y 65 años reclaman más por motivos relacionados con el proceso asistencial ($p \leq 0,0001$).
- Los mayores de 65 años reclaman más por motivos relacionados con el entorno asistencial ($p \leq 0,0001$).

Reclamaciones a Nivel 1 y sexo del reclamante:

- Los hombres reclaman más por motivos relacionados con el acceso a la asistencia ($p \leq 0,002$).
- Las mujeres reclaman más por motivos relacionados con el proceso asistencial ($p \leq 0,002$).

3.3 Edad del reclamante y motivos de reclamación a nivel 2

Cuando cruzamos los motivos de reclamación desagregados a nivel 2 y la edad del reclamante (Tabla 17), hay asociación estadísticamente significativa entre la edad de quien reclama y los motivos por los que se formula la reclamación. Reclaman más de lo esperado:

- Los menores de 18 años son los que más reclaman por cuestiones administrativas de acceso a la asistencia y con las prestaciones sanitarias ($p \leq 0,0001$).
- El grupo de edad entre 18 y 65 años reclama más por trato y demora ($p \leq 0,0001$).
- Los mayores de 65 años reclaman más por la lista de espera, condiciones ambientales y hosteleras, accesibilidad, y comunicación y lista de espera ($p \leq 0,0001$).

Motivos reclamación Nivel 2		Rango edad del reclamante			TOTAL
		0 a 17	18 a 65	>65	
Accesibilidad y comunicaciones	recuento	0	16	10	26
	%Motivo N2	,0%	61,5%	38,5% $p \leq 0,001$	100,0%
	% Rango edad recl.	,0%	,8%	2,1%	1,0%
	% del total	,0%	,6%	,4%	1,0%
	Residuos corregidos	-,4	-2,6	2,8	
Condiciones ambientales y hosteleras	recuento	0	45	22	67
	%Motivo N2	,0%	67,2%	32,8% $p \leq 0,001$	100,0%
	% Rango edad recl.	,0%	2,1%	4,7%	2,6%
	% del total	,0%	1,7%	,8%	2,6%
	Residuos corregidos	-,7	-3,1	3,2	
Cuestiones administrativas de acceso a la asistencia	recuento	2	18	4	24
	%Motivo N2	8,3% $p \leq 0,001$	75,0%	16,7%	100,0%

	% Rango edad recl.	12,5%	,8%	,9%	,9%
	% del total	,1%	,7%	,2%	,9%
	Residuos corregidos	4,9	-,8	-,2	
Demora en la asistencia	recuento	4	347	49	400
	%Motivo N2	1,0%	86,8% $p \leq 0,001$	12,3%	100,0%
	% Rango edad recl.	25,0%	16,3%	10,5%	15,3%
	% del total	,2%	13,3%	1,9%	15,3%
	Residuos corregidos	1,1	2,9	-3,2	
Lista de espera	recuento	2	771	208	981
	%Motivo N2	,2%	78,6%	21,2% $p \leq 0,001$	100,0%
	% Rango edad recl.	12,5%	36,2%	44,6%	37,6%
	% del total	,1%	29,6%	8,0%	37,6%
	Residuos corregidos	-2,1	-3,0	3,5	
Prestaciones sanitarias	recuento	1	9	5	15
	%Motivo N2	6,7% $p \leq 0,001$	60,0%	33,3%	100,0%
	% Rango edad recl.	6,3%	,4%	1,1%	,6%
	% del total	,0%	,3%	,2%	,6%
	Residuos corregidos	3,0	-2,2	1,6	
Trato	recuento	2	201	23	226
	%Motivo N2	,9%	88,9% $p \leq 0,001$	10,2%	100,0%
	% Rango edad recl.	12,5%	9,4%	4,9%	8,7%
	% del total	,1%	7,7%	,9%	8,7%
	Residuos corregidos	,5	3,0	-3,2	

Tabla 17. Motivos de reclamación nivel 2 y edad del reclamante

3.4 Sexo del reclamante y motivos de reclamación a nivel 2

En cuanto al sexo del reclamante y los motivos de reclamación a nivel 2 (Tabla 18) también presentan asociación estadísticamente significativa, ($p \leq 0,0001$).

- Los hombres reclaman más por la demora en la asistencia y lista de espera, y se reiteran en la reclamación ($p \leq 0,0001$).

- Las mujeres reclaman más por la asignación o cambios de profesional o centro, por motivos de planificación, organización y coordinación y por el trato recibido ($p \leq 0,0001$).

Motivos reclamación Nivel 2	Sexo del reclamante			
	Hombre	Mujer	Total	
Asignación o cambios de profesional o centro	recuento	10	45	55
	%Motivo N2	18,2%	81,8% $p \leq 0,001$	100,0%
	% Sexo Reclamante	1,0%	2,8%	2,1%
	% del total	,4%	1,7%	2,1%
	Residuos corregidos	-3,1	3,1	
Demora en la asistencia	recuento	181	219	400
	%Motivo N2	45,3% $p \leq 0,001$	54,8%	100,0%
	% Sexo Reclamante	18,0%	13,6%	15,3%
	% del total	6,9%	8,4%	15,3%
	Residuos corregidos	3,0	-3,0	
Lista de espera	recuento	405	576	981
	%Motivo N2	41,3% $p \leq 0,001$	58,7%	100,0%
	% Sexo Reclamante	40,3%	35,9%	37,6%
	% del total	15,5%	22,1%	37,6%
	Residuos corregidos	2,3	-2,3	
Planificación, organización y coordinación	recuento	118	235	353
	%Motivo N2	33,4%	66,6% $p \leq 0,001$	100,0%
	% Sexo Reclamante	11,8%	14,6%	13,5%
	% del total	4,5%	9,0%	13,5%
	Residuos corregidos	-2,1	2,1	
Reiteración de la reclamación	recuento	5	1	6
	%Motivo N2	83,3% $p \leq 0,001$	16,7%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,5%	,1%	,2%

	% del total	,2%	,0%	,2%
	Residuos corregidos	2,3	-2,3	
Trato	recuento	73	153	226
	%Motivo N2	32,3%	67,7%	100,0%
	% Sexo Reclamante	7,3%	9,5%	8,7%
	% del total	2,8%	5,9%	8,7%
	Residuos corregidos	-2,0	2,0	

Tabla 18. Motivos de reclamación nivel 2 y sexo del reclamante

RESUMEN DE RESULTADOS DEL CRUCE DE VARIABLES EDAD Y SEXO DEL RECLAMANTE CON MOTIVOS DE RECLAMACIÓN DESAGREGADOS A NIVEL 2.

Reclamaciones a Nivel 2 y edad del reclamante:

- Los menores de 18 años reclaman más por motivos relacionados con cuestiones administrativas para el acceso a la asistencia y con las prestaciones sanitarias ($p \leq 0,0001$).
- Las personas de entre 18 y 65 años reclaman más por motivos relacionados con el proceso asistencial como el trato, y por demoras ($p \leq 0,0001$).
- Los mayores de 65 años reclaman más por motivos relacionados con el entorno asistencial como las condiciones ambientales y hosteleras, la accesibilidad y comunicación y la lista de espera ($p \leq 0,0001$).

Reclamaciones a Nivel 2 y sexo del reclamante:

- Los hombres reclaman más de lo esperado por motivos relacionados con el acceso a la asistencia demora en la asistencia y lista de espera, y se reiteran más en las reclamaciones ($p \leq 0,0001$).
- Las mujeres reclaman más por motivos relacionados con el proceso asistencial como planificación, organización y coordinación y trato, y por cambios en la asignación de profesional o de centro ($p \leq 0,0001$).

3.5 Edad del reclamante y servicio al que reclama

Cuando comparamos la edad de las personas que han presentado la reclamación con los servicios a los que han reclamado (Tabla 19), encontramos significación estadística ($p \leq 0,0001$).

- Los menores de 18 años presentan más reclamaciones de las esperadas al servicio de Pediatría y Urgencias ($p \leq 0,0001$).
- Los usuarios entre 18 y 65 años reclaman más a los servicios de Urgencias, Obstetricia/Ginecología y Otorrinolaringología ($p \leq 0,0001$).
- Los mayores de 65 años son los que más reclaman a Oftalmología y Restauración y Alimentación, junto con Dermatología y Neumología ($p \leq 0,0001$).

SERVICIO		Rango Edad Reclamante			Total
		0 a 17	18 a 65	>65	
DERMATOLOGÍA	Recuento	3	116	41	160
	% SERVICIO	1,9%	72,5%	25,6% $p \leq 0,001$	100,0%
	% Rango Edad Recl.	18,8%	5,5%	8,8%	6,1%
	% del Total	,1%	4,4%	1,6%	6,1%
	Residuos corregidos	2,1	-3,0	2,6	
MED. URGENCIAS	Recuento	0	98	7	105
	% SERVICIO	,0%	93,3% $p \leq 0,001$	6,7%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	4,6%	1,5%	4,0%
	% del Total	,0%	3,8%	,3%	4,0%
	Residuos corregidos	-,8	3,2	-3,1	
NEUMOLOGÍA	Recuento	0	54	23	77
	% SERVICIO	,0%	70,1%	29,9% $p \leq 0,001$	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	2,5%	4,9%	3,0%
	% del Total	,0%	2,1%	,9%	3,0%
	Residuos corregidos	-,7	-2,6	2,8	

OBSTETRICIA GINECOLOGÍA	Recuento	1	111	6	118
	% SERVICIO	,8%	94,1% <i>p ≤ 0,001</i>	5,1%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	6,3%	5,2%	1,3%	4,5%
	% del Total	,0%	4,3%	,2%	4,5%
	Residuos corregidos	,3	3,6	-3,7	
OFTALMOLOGÍA	Recuento	2	78	51	131
	% SERVICIO	1,5%	59,5%	38,9% <i>p ≤ 0,001</i>	100,0%
	% Rango Edad Recl.	12,5%	3,7%	10,9%	5,0%
	% del Total	,1%	3,0%	2,0%	5,0%
	Residuos corregidos	1,4	-6,7	6,5	
OTORRINO LARINGOLOGÍA	Recuento	0	74	4	78
	% SERVICIO	,0%	94,9% <i>p ≤ 0,001</i>	5,1%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	3,5%	,9%	3,0%
	% del Total	,0%	2,8%	,2%	3,0%
	Residuos corregidos	-,7	3,1	-3,0	
PEDIATRÍA	Recuento	3	32	3	38
	% SERVICIO	7,9% <i>p ≤ 0,001</i>	84,2%	7,9%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	18,8%	1,5%	,6%	1,5%
	% del Total	,1%	1,2%	,1%	1,5%
	Residuos corregidos	5,8	,4	-1,6	
RESTAURACION - ALIMENTACIÓN	Recuento	0	7	10	17
	% SERVICIO	,0%	41,2%	58,8% <i>p ≤ 0,001</i>	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,3%	2,1%	,7%
	% del Total	,0%	,3%	,4%	,7%
	Residuos corregidos	-,3	-4,3	4,4	
URGENCIAS	Recuento	6	346	36	388
	% SERVICIO	1,5% <i>p ≤ 0,001</i>	89,2% <i>p ≤ 0,001</i>	9,3%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	37,5%	16,3%	7,7%	14,9%
	% del Total	,2%	13,3%	1,4%	14,9%
	Residuos corregidos	2,6	4,2	-4,8	

Tabla 19. Servicios que reciben reclamación y edad del reclamante.

3.6 Sexo del reclamante y servicio al que reclama

Al cruzar las variables de sexo de la persona que presenta la reclamación y servicio al que va dirigida (Tabla 20), encontramos resultados estadísticamente significativos en

- Los hombres que reclaman más a los servicios de Cirugía General y Digestiva, Digestivo y Radiodiagnóstico ($p \leq 0,0001$).
- Las mujeres reclaman más de lo esperado al servicio de Obstetricia/Ginecología, Ginecología y Admisión ($p \leq 0,0001$).

SERVICIO		Sexo del reclamante		
		Hombre	Mujer	Total
ADMISIÓN	Recuento	20	60	80
	% SERVICIO	25,0%	75,0% $p \leq 0,001$	100,0%
	% Sexo Reclamante	2,0%	3,7%	3,1%
	% del Total	,8%	2,3%	3,1%
	Residuos corregidos	-2,5	2,5	
CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO	Recuento	43	36	79
	% SERVICIO	54,4% $p \leq 0,001$	45,6%	100,0%
	% Sexo Reclamante	4,3%	2,2%	3,0%
	% del Total	1,6%	1,4%	3,0%
	Residuos corregidos	3,0	-3,0	
DIGESTIVO	Recuento	32	27	59
	% SERVICIO	54,2% $p \leq 0,001$	45,8%	100,0%
	% Sexo Reclamante	3,2%	1,7%	2,3%
	% del Total	1,2%	1,0%	2,3%
	Residuos corregidos	2,5	-2,5	
GINECOLOGÍA	Recuento	0	17	17
	% SERVICIO	,0%	100,0% $p \leq 0,001$	100,0%
	% Sexo Reclamante	,0%	1,1%	,7%
	% del Total	,0%	,7%	,7%

	Residuos corregidos	-3,3	3,3	
OBSTETRICIA GINECOLOGÍA	Recuento	10	108	118
	% SERVICIO	8,5%	91,5% <i>p ≤ 0,001</i>	100,0%
	% Sexo Reclamante	1,0%	6,7%	4,5%
	% del Total	,4%	4,1%	4,5%
	Residuos corregidos	-6,9	6,9	
RADIO- DIAGNÓSTICO	Recuento	42	42	84
	% SERVICIO	50,0% <i>p ≤ 0,001</i>	50,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	4,2%	2,6%	3,2%
	% del Total	1,6%	1,6%	3,2%
	Residuos corregidos	2,2	-2,2	

Tabla 20. Servicios que reciben reclamación y sexo del reclamante

RESUMEN DEL RESULTADO DEL CRUCE DE VARIABLES
EDAD Y SEXO DEL RECLAMANTE CON LOS SERVICIOS
QUE RECIBEN LA RECLAMACIÓN.

Servicio que recibe la reclamación y edad del reclamante:

- Los menores de 18 años reclaman más de lo esperado a los servicios de Pediatría y Urgencias ($p \leq 0,0001$).
- Las personas de entre 18 y 65 años reclaman más a los servicios de Urgencias, Obstetricia y Ginecología, y Otorrinolaringología ($p \leq 0,0001$).
- Los mayores de 65 años reclaman más a Oftalmología, Restauración y Alimentación, Neumología y Dermatología ($p \leq 0,0001$).

Servicio que recibe la reclamación y sexo del reclamante:

- Los hombres reclaman más de lo esperado a los servicios de Cirugía General y Digestiva, Medicina Digestiva y Radiodiagnóstico ($p \leq 0,0001$).
- Las mujeres reclaman más de lo esperado a los servicios de Obstetricia, Ginecología y Admisión ($p \leq 0,0001$).

3.7 Edad del reclamante y actividad por la que reclama

Cuando cruzamos las variables edad del reclamante y actividad por la que reclaman (Tabla 21):

- Encontramos que los usuarios entre 18 y 65 años son los que más reclaman por la actividad de urgencias ($p \leq 0,0001$).
- Los mayores de 65 años reclaman más de lo esperado por la actividad de consultas externas y por ortopantomografías ($p \leq 0,0001$).

ACTIVIDAD		Rango Edad Reclamante			Total
		0 a 17	18 a 65	>65	
CONSULTAS EXTERNAS INTRA-HOSPITALARIAS	Recuento	8	670	200	878
	% ACTIVIDAD	,9%	76,3%	22,8% $p \leq 0,001$	100,0%
	% Rango Edad Pac.	50,0%	31,5%	42,9%	33,7%
	% del Total	,3%	25,7%	7,7%	33,7%
	Residuos corregidos	1,4	-4,9	4,7	
ORTOPANTOMOGRAFIA	Recuento	0	0	4	4
	% ACTIVIDAD	,0%	,0%	100,0% $p \leq 0,001$	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,0%	,9%	,2%
	% del Total	,0%	,0%	,2%	,2%
	Residuos corregidos	-,2	-4,2	4,3	
URGENCIAS	Recuento	6	500	47	553
	% ACTIVIDAD	1,1%	90,4% $p \leq 0,001$	8,5%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	37,5%	23,5%	10,1%	21,2%
	% del Total	,2%	19,2%	1,8%	21,2%
	Residuos corregidos	1,6	6,1	-6,5	

Tabla 21. Actividad por la que reclama y edad del reclamante

3.8 Sexo del reclamante y actividad por la que reclaman

Cuando cruzamos las variables sexo del reclamante y actividad por la que reclaman (Tabla 22)

- Encontramos asociación con significación estadística entre sexo y actividad por la que se reclama, los hombres reclaman más por la actividad relacionada con ecografía y ortopantomografía. ($p \leq 0,02$).
- Las mujeres por actividad relacionada con la organización y administración ($p \leq 0,02$).

ACTIVIDAD		Sexo del reclamante		
		Hombre	Mujer	Total
ECOGRAFIA	Recuento	13	8	21
	% ACTIVIDAD	61,9% $p \leq 0,002$	38,1%	100,0%
	% Sexo Paciente.	1,3%	,5%	,8%
	% del Total	,5%	,3%	,8%
	Residuos corregidos	2,2	-2,2	
ORTOPANTOMOGRAFIA	Recuento	4	0	4
	% ACTIVIDAD	100,0% $p \leq 0,001$,0%	100,0%
	% Sexo Paciente.	,4%	,0%	,2%
	% del Total	,2%	,0%	,2%
	Residuos corregidos	2,5	-2,5	
OTROS SERVICIOS ORGANIZATIVOS/ ADMINISTRATIVOS	Recuento	0	7	7
	% ACTIVIDAD	,0%	100,0% $p \leq 0,001$	100,0%
	% Sexo Paciente.	,0%	,4%	,3%
	% del Total	,0%	,3%	,3%
	Residuos corregidos	-2,1	2,1	

Tabla 22. Actividad por la que se reclama y sexo del reclamante

RESUMEN DEL RESULTADO DEL CRUCE DE VARIABLES
EDAD Y SEXO DE QUIEN RECLAMA Y LA ACTIVIDAD
ASISTENCIAL POR LA QUE SE RECLAMA.

Actividad Asistencial a la que hace referencia la reclamación y edad del reclamante:

- Los menores de 18 años no reclaman más de lo esperado por ninguna actividad asistencial.
- Las personas de entre 18 y 65 años son los que más reclaman por la actividad de Urgencias ($p \leq 0,0001$).
- Los mayores de 65 años reclaman más de lo esperado por la actividad en Consultas Externas Intrahospitalarias y las Ortopantomografía. ($p \leq 0,0001$).

Actividad Asistencia a la que hace referencia la reclamación y sexo del reclamante:

- Los hombres reclaman más de lo esperado por actividad relacionada con ecografía y Ortopantomografía ($p \leq 0,02$).
- Las mujeres reclaman más de lo esperado por actividad relacionada con Organización y Administración ($p \leq 0,02$)

IV.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y LÍMITES DEL ESTUDIO

En los resultados de este estudio hemos presentado los motivos por los que los usuarios del Área de Salud VIII presentan reclamaciones durante los años 2012 a 2015 y la correlación entre variables sociodemográficas de los reclamantes, motivos de reclamación, servicios y actividades a las que reclaman, así como el estamento profesional al que hace referencia la reclamación. Se han agrupado los motivos de reclamación en dos niveles de jerarquía y se ha realizado el análisis de la asociación entre las variables edad y sexo de las personas que presentan las reclamaciones con los motivos por los que reclaman, la actividad asistencial y el servicio al que dirigen la reclamación.

La bibliografía que se ha consultado y referenciado muestra la importancia de las variables sociodemográficas en la presentación de quejas y reclamaciones.

Los resultados muestran coincidencias con los de autores consultados en el proceso de investigación, teniendo en cuenta las peculiaridades de la muestra que compone nuestro estudio, por ello nos disponemos a contrastar y discutir nuestros resultados con los de otros autores.

Los principales motivos de reclamación encontrados en nuestra investigación han sido, por orden de frecuencia, lista de espera, demora en la asistencia, planificación, organización y coordinación, trato, disconformidad con el diagnóstico y/o tratamiento, hostelería y problemas relacionados con la seguridad del paciente, coincidiendo con los resultados de Rodríguez y Do Moñino, (2010) y de Alonso y Llanes, (2009), si bien la tasa de reclamaciones por 1.000 habitantes es menor en nuestro estudio. También coinciden nuestros resultados con los de Rodríguez y Do Moñino, (2010) en cuanto a que el profesional implicado de forma más frecuentemente es el médico y que, prácticamente, en el 70% de las reclamaciones no hay personal implicado, presentándose diferentes resultados, en lo relativo al ámbito del estudio, ya que

nosotros hemos analizado el ámbito hospitalario y ellos el de atención primaria.

Sin embargo, al contrario que en resultados obtenidos en otras investigaciones (Murff, HJ. et al., 2014), que hablan de un tercio de las reclamaciones, relacionadas con el cuidado y tratamiento, en nuestro estudio, este motivo ocupa el 6º lugar con un 9% de las reclamaciones.

Coincidimos con estudios como la IAPO (2007), Epstein (2010), Berwick (2010) y Canal (2012) que exponen que las quejas y reclamaciones son un buen elemento para conocer la disconformidad de nuestros pacientes con el proceso asistencial, y nos permiten identificar las principales áreas de mejora.

En servicios públicos de salud como el nuestro, donde el paciente se ve obligado a utilizar el servicio que le corresponde, con escasa o nula capacidad de elección, las quejas y reclamaciones pueden ser interpretadas como la voz del paciente para establecer cambios en las políticas sanitarias tal como expone Saturno (2008). Coincidiendo con ellos, los pacientes de nuestra área de salud, demandan no tener que soportar listas de espera y demora en la asistencia, que tengamos en cuenta su opinión en el tratamiento y proceso asistencial, que realicemos cambios en la forma de planificar, organizar y coordinar los distintos niveles de asistencia, un mejor trato, cambios en la hostelería y tener muy en cuenta la seguridad del paciente.

Los resultados obtenidos en cuanto a reclamaciones presentadas contra enfermería (3,7%) de las reclamaciones, cuando el colectivo supone el 33% de todo el personal de los estamentos que han sido objeto de reclamación, difiere de los resultados de Falcón y Martínez (2006) que aseveran que las relaciones interpersonales entre el usuario y la enfermera son uno de los motivos que más reclamaciones generan, y con Fernández y Granero (2004) que hallaron que el 56% de las reclamaciones se debían a demoras en algún punto del circuito, y que los usuarios no percibían las listas de espera como un problema, en

tanto que en nuestro estudio la lista de espera es la primera causa de reclamación, seguida por la demora en la asistencia.

El trato ocupa en cuarto lugar, pero cuando las reclamaciones van dirigidas al personal enfermero son la primera causa de reclamación y la segunda cuando van dirigidas al personal médico. Coincidimos plenamente con Fernández y Granero (2004) en el porcentaje de reclamaciones recibidas porque los usuarios perciben que el trato recibido no ha sido el adecuado (9%), así como en considerar las reclamaciones como un instrumento evaluador de los cuidados enfermeros Fernández y Granero (2004).

Contrastando cada uno de los motivos por los que los usuarios de este hospital han presentado reclamación con los resultados obtenidos otros autores, encontramos que:

La **lista de espera** es el principal motivo de reclamación en nuestro estudio (38%), coincidiendo con el informe del Defensor del Pueblo de los años 2013 y 2014 y con el informe SESPAS 2014 (Segura, 2014) y hace referencia a la organización general de la asistencia.

El segundo lugar lo ocupa la **demora en la asistencia** (15%), encontrando coincidencia con el análisis de 22 años de casuística de reclamaciones por presunta negligencia en endoscopia digestiva (1987-2009) realizado en Cataluña (Bruguera et al., 2011); con el estudio realizado en el hospital Clínico de Barcelona sobre la evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados (Bustamante et al., 2013) en el que la demora en la asistencia es la segunda causa de insatisfacción de los usuarios, al igual que en el análisis como oportunidad de mejora, de las reclamaciones recibidas durante tres años realizado por Del Arco et al. (2013).

También el estudio realizado en Lima en un centro pediátrico por Shimabuku et al. (2014), se encontró la demora en la atención como una de las principales causas de reclamación al igual que en el estudio

sobre reclamaciones en un centro de nueva creación realizado por Fimat et al. (2014). El estudio de satisfacción en los servicios de urgencias hospitalarias de Figueras hecho por Fontova-Almató (2015), relaciona los mayores niveles de satisfacción y menor dolor en los pacientes con la menor demora en la asistencia y el buen trato recibido.

El análisis de reclamaciones en el servicio de urgencias como una oportunidad de mejora de Fernández-Rozas et al. (2014), encuentra como Fernández y Granero (2004) y nosotros mismos, que la demora es una de las principales causas de reclamación por parte de los usuarios.

Planificación, organización y coordinación ocupa el tercer lugar (14%), dentro de este motivo podemos englobar los resultados obtenidos por Fernández y Granero (2004) en el análisis de reclamaciones dirigidas a enfermería en un servicio de radiodiagnóstico. La falta de información por parte de los profesionales a los pacientes, según Arora et al. (2012), y Shimabuku et al. (2014), que también encontraron como motivos de reclamación la falta de información, extravío de documentación, problemas de comunicación y privilegios. En el análisis de las reclamaciones recibidas durante tres años, como una oportunidad de mejora realizado por Del Arco et al. (2013) también fueron motivos de reclamación la disconformidad con las normas y el extravío de objetos o pertenencias.

Las reclamaciones por **trato** ocupan el cuarto lugar en la clasificación general de las reclamaciones con el 9% de las reclamaciones, sin embargo, cuando clasificamos las reclamaciones en función del estamento profesional al que van dirigidas, ocupan la segunda posición en el caso del estamento médico, tras la disconformidad con el diagnóstico y o tratamiento, y también el segundo lugar en el caso de Enfermería y Auxiliares de Enfermería.

Coincidimos con muchos de los autores en cuanto a la importancia que tiene el trato en la relación entre paciente y profesionales, es el caso de Al-Doghaither et al. (2001), Bensing et al.

(1996) y Mira et al. (2001) que muestran que la primera razón por la que los pacientes se muestran satisfechos por la atención sanitaria recibida, es por haber recibido un trato humano por parte de los profesionales que le atienden y lo que más destacan es la empatía mostrada por los profesionales.

Baker (2014) pone de manifiesto que incluso en los casos de pacientes de salud mental que están en situación de crisis, el trato humano que reciben por parte del personal sanitario, se convierte en una actitud terapéutica que ayuda a mejorar el proceso.

Falcón y Martínez (2006) aseveran que las relaciones interpersonales entre el usuario y la enfermera son uno de los motivos que más reclamaciones generan.

Gaitán (2011) expone que entre los motivos de reclamación a profesionales de Enfermería en países como Colombia, se encuentra el trato deshumanizado.

Bustamante et al. (2013) en la evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en urgencias, presenta que uno de los principales motivos de insatisfacción de estos pacientes fue haber recibido un trato médico desconsiderado.

En el estudio realizado por Molina-Pérez (2014) sobre las reclamaciones dirigidas a enfermería por los usuarios del Complejo Hospitalario de Navarra, encuentran que la principal causa de reclamación a enfermería fue el desacuerdo con el trato.

Eulmesekian et al. (2012) en el estudio de la satisfacción percibida por los padres de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos en Argentina, encontraron que el trato digno y haber prestado cuidados oportunos, estaban asociados con altos niveles de satisfacción por parte de los padres.

Shimabuku et al. (2014) aseguran en la investigación llevada a cabo en un centro pediátrico de referencia en Lima, que uno de los principales motivos de reclamación es el trato inapropiado

García-García et al. (2015) en el estudio prospectivo mediante encuesta de opinión, realizado en Salamanca en dos servicios de urgencias hospitalarias, en el que se incluyeron 400 pacientes, el 86% de ellos evaluaron positivamente el trato recibido en general.

Fernández-Rozas, Mora-Acosta y Areya-Cruz (2014), encontraron como principales motivos de reclamación en un servicio de urgencias la organización y trámites, seguido de problemas asistenciales.

Fimat et al. (2013) en su análisis de reclamaciones en un centro de primaria, el principal motivo de reclamación fue la demora y el profesional que estaba implicado más frecuentemente era el médico

Según Parra et al. (2012), entre los factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios, hay ocho variables significativas para predecir la satisfacción del paciente, entre las que se encuentra el trato del personal médico, la profesionalidad del personal de enfermería y del celador, la infraestructura, la información recibida al alta, el tiempo pasado en urgencias y la percepción de tratamiento-diagnóstico sin fallos.

Del Arco et al. (2013) encuentran en el análisis de las reclamaciones recibidas durante un periodo mayor de tres años, como segunda causa de reclamación el trato por parte del médico y por parte de enfermería.

Estebaranz (2014) expone, que casi un tercio de reclamaciones analizadas estaban relacionadas con conflictos éticos y de ellas, el 24% eran debidas al trato personal recibido por el paciente en su proceso asistencial, que no era considerado respetuoso, comprensivo ni atento, u otros tratos no adecuados.

En quinto lugar de la clasificación general de motivos de reclamación tenemos la **disconformidad con el diagnóstico y/o tratamiento** (9%), que es la primera causa de reclamación cuando ésta va dirigida al estamento médico y segunda cuando va dirigida al enfermero o al auxiliar de enfermería. Este resultado coincide con las aportaciones de los siguientes autores:

Molina-Pérez (2014) que en el estudio realizado sobre las reclamaciones dirigidas a enfermería por los usuarios del Complejo Hospitalario de Navarra, encontró que la principal causa de reclamación a enfermería fue el desacuerdo con el trato, seguido por disconformidad por los cuidados o técnicas administradas y otros motivos, resultados que coinciden con los de nuestra investigación.

Estebaranz (2014) en el estudio sobre los conflictos éticos que se producen en la práctica diaria en un hospital, encuentra que casi un tercio de reclamaciones analizadas en su estudio estaban relacionadas con conflictos éticos y de ellas, el 10% se debían a desacuerdo o desaprobación por parte del paciente del diagnóstico o tratamiento.

La sexta causa de reclamación que hemos encontrado en nuestra investigación ha sido la **hostelería** (2,6%) que engloba las condiciones medio ambientales, horarios, comidas y lencería y han sido 67 reclamaciones de un total de 2609 en el periodo estudiado. Estos motivos de reclamación no han sido mencionados por los autores considerados, si bien en cuanto a la dieta si ha sido objeto de estudio de una tesis doctoral realizada por Herrera-Úbeda (2015) sobre el grado de satisfacción de los pacientes con la dieta basal y terapéutica en centros sanitarios públicos, realizada en la Universidad Complutense, en cuanto a cantidad, calidad, sabor, presentación, temperatura, textura..., alcanzando todos los items una valoración mayor de 3 en una escala sobre 5.

Los resultados obtenidos en este trabajo sugieren que los pacientes ingresados tuvieron una impresión positiva de la alimentación

en los hospitales objeto de estudio. Y esto contradice las aseveraciones generales sobre la calidad de las comidas en los hospitales. (Herrera-Úbeda, 2015).

En séptimo lugar y con igual porcentaje que la causa anterior tenemos los **incidentes relacionados con la seguridad del paciente**, durante los años analizados se han recibido 67 reclamaciones relacionados con la seguridad del paciente, 18 en el año 2012, 3 en 2013, 20 en 2014 y 27 en 2015. Estos incidentes abarcan los relacionados con: pruebas diagnósticas, comportamiento alterado, procedimientos quirúrgicos, procedimientos terapéuticos, medicación, infección asociada asistencia sanitaria, sangre y derivados, documentación-confidencialidad, accidente del paciente - transporte, gestión organizativa-recursos, identificación, infraestructura y laboratorio de Anatomía Patológica.

La importancia de la seguridad del paciente viene abalada por diferentes estudios, como el estudio ENEAS (2006) que puso de manifiesto que el 8,4 % de los pacientes que han ingresado en un año en los hospitales españoles, habían sufrido al menos un evento adverso (EA) relacionado con la asistencia hospitalaria. Este estudio también demostró que el 16% de los EAs fueron graves, el 38,9% fueron moderados y el 45% se consideraron como leves, siendo evitables el 45% de los EAs. (Ministerio de Sanidad y Consumo 2006).

El estudio ENEAS (Aranaz, 2005) que como ya hemos mencionado, muestra que el 8,4% de los pacientes hospitalizados en nuestro país sufre un efecto adverso (EA) como consecuencia de su hospitalización el 37,4 % de esos EAs están relacionados con la medicación, el 25,3% son enfermedades nosocomiales y el 25% con problemas técnicos ocurridos durante los procedimientos a los que se someten a los pacientes durante su hospitalización.

En el informe técnico del Proyecto Séneca también se señala que entre el 8 y el 16% de los pacientes hospitalizados desarrollan una

úlceras por presión (UPP) durante su ingreso, el 12-49% de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos manifiestan sentir dolor durante su hospitalización. Entre el 6 y el 12% de los pacientes que han llevado un catéter intravascular sufre una flebitis y los errores en la administración de medicación, están entre el 8 y el 10% (Aranaz, 2005).

Muchos de los EA evitables, como los errores de medicación, las úlceras por presión, las infecciones nosocomiales y otros, están directamente relacionadas con el personal de enfermería, que desempeñan un papel fundamental en los resultados en salud obtenidos con la asistencia sanitaria y también en la seguridad del paciente.

Hay estudios publicados en Estados Unidos (Aiken et al., 2002) y en Canadá (Estabrooks et al., 2005; Tourangeau et al., 2015) que inciden en que la asignación adecuada de recursos de enfermería y el apoyo de la organización a estos profesionales son indispensables para mejorar la calidad de los cuidados.

Clarke & Aiken (2006) ponen de manifiesto que para disminuir los errores y las consecuencias negativas en los pacientes es necesario que la dotación en recursos humanos sea la suficiente, procurando que exista un buen entorno laboral y una buena gestión de servicios de enfermería.

Los resultados del estudio europeo realizado entre los años 2008 y 2009 en nueve países europeos (RN4CAST), muestran que el aumento de las cargas de trabajo enfermera/paciente se traduce en un 7% de aumento de la probabilidad de morir en los 30 días de ingreso, de los pacientes ingresados y que por cada aumento del 10% en enfermeras tituladas, esta probabilidad disminuía en un 7%. (Aiken et al., 2014). En este estudio participó España, y la Comunidad Autónoma de Murcia fue una de las que participó en el estudio.

Límites del estudio: en la revisión bibliográfica, ha constituido una limitación la dificultad de acceso (no acceso abierto) a algunas bases de datos. También supone una limitación el que no todos los usuarios insatisfechos presentan una reclamación y que todas las reclamaciones han sido presentadas por escrito y el análisis es retrospectivo, por lo que no disponemos de datos socioeconómicos de los reclamantes.

Esta investigación deja abiertas nuevas líneas a investigar para identificar si la actual crisis económica es la causa por la que las reclamaciones han ido variando en los últimos años y ha causado que aumenten en número, así como que cambie el orden jerárquico de los motivos de reclamación.

Es necesario analizar si las quejas recibidas han sido tenidas en cuenta, además de para responderlas en el tiempo y forma legalmente establecidos, para realizar cambios en la organización y planificación de la asistencia, dando respuesta a las demandas de los usuarios y abordándolas como oportunidades de mejora.

Otro objeto de nueva investigación es el papel de las mujeres que reclaman, en relación con los pacientes a los que hace referencia la reclamación, para confirmar la hipótesis de que el rol femenino, como cuestión de género, está presente.

V.- CONCLUSIONES

El análisis documental realizado nos lleva a concluir que, el paciente y su familia han de ser tenidos en cuenta en la planificación sanitaria y en las políticas de calidad, ya que tienen que ser el centro de nuestra atención.

En un sistema público de salud, como el nuestro, el paciente no tiene la posibilidad de elegir dónde y por quien quiere ser asistido, para escuchar la voz del paciente y su familia, una forma excelente de hacerlo es aprovechar sus quejas y reclamaciones, porque es la forma en que voluntariamente expresa aquello con lo que está disconforme en el proceso asistencial.

Las reclamaciones han de ser analizadas y utilizadas para identificar oportunidades de mejora, dando protagonismo al paciente e intentando que cada vez más, no hagamos nada por el paciente sin el paciente.

Conclusión uno.- La tasa de reclamaciones en estos cuatro años es baja, sin embargo ha ido aumentando en los dos últimos años, con un crecimiento en el año 2015 que duplica la tasa del año anterior.

Hemos de considerar que la asistencia solo es de calidad cuando el que la recibe, la percibe como tal. Nuestros pacientes nos están indicando claramente las oportunidades de mejora que tenemos en gestión de calidad asistencial, y hemos de abordarlas para ajustarnos a sus necesidades y preferencias, más aun si tenemos en cuenta, que por cada queja importante que se registra, se estima que hay al menos otras cinco, que no han sido formuladas.

Por otra parte, dado que los motivos de reclamación más numerosos son demoras, listas de espera, planificación, organización y coordinación y trato y que el número de reclamaciones del último año casi ha duplicado las del anterior, podemos concluir que los motivos de reclamación de nuestros usuarios sí pueden estar determinados por la crisis económica y sus consecuencias.

Conclusión dos.- Las reclamaciones relacionadas con un estamento profesional se han mantenido e incluso han disminuido al tiempo que han aumentado las reclamaciones que no especifican ningún estamento profesional y están dirigidas a la organización global de la asistencia.

Conclusión tres.- En nuestro estudio, es un hecho que las mujeres reclaman más que los hombres, que sea por el desempeño de rol femenino de género, porque acompañan y cuidan tanto a hijos como a progenitores y reclama en su nombre y en el de los que representa, es reflejo de la situación social en que vivimos, pero su confirmación será tema de investigaciones futuras, así como demostrar si hay mayor concienciación de la mujer para demandar la calidad que quiere en la asistencia.

Conclusión cuatro.- Los motivos por los que se reclama son distintos según edad de quien reclama. Los menores de 18 años reclaman más por motivos relacionados con las prestaciones sanitarias, el grupo de edad comprendida entre 18 y 65 años reclaman por motivos relacionados con el proceso asistencial como las demoras y el trato, y los mayores de 65 años por motivos relacionados con el entorno asistencial como listas de espera, condiciones ambientales y hosteleras, accesibilidad y comunicación.

Conclusión cinco.- También el sexo está relacionado con los motivos por los que se formula la reclamación, los hombres reclaman más por demora en la asistencia y listas de espera y las mujeres por los cambios en la asignación de profesionales, la planificación, organización y coordinación y por el trato recibido.

Conclusión seis.- Los servicios que reciben las reclamaciones y la actividad asistencial a la que se hace referencia en las reclamaciones están relacionados con la edad y el sexo de quien reclama.

Conclusión siete.- Con relación al colectivo profesional destinatario de las reclamaciones, Enfermería, el colectivo más

numeroso en el hospital y que mayor relación tiene con el paciente y su familia, permaneciendo junto a ellos durante todo el día, no es el estamento profesional que mayor % de reclamaciones ha recibido y la clave podría estar precisamente, en la cercanía e interacción entre enfermeros, pacientes y familiares. El colectivo profesional que más reclamaciones ha recibido ha sido el médico.

Conclusión ocho.- Los principales motivos de reclamación de nuestros usuarios (lista de espera, demora en la asistencia planificada, organización y coordinación, trato, y disconformidad con el diagnóstico o tratamiento, hostelería e incidentes relacionados con la seguridad del paciente), nos hacen plantearnos que la situación económica, que obliga a ajustar el gasto, tanto en recursos humanos como materiales, y que ha sido la causa de que todos los colectivos profesionales estén más reducidos en número, con relación a años anteriores, pueda estar entre las causas que inducen a reclamar por demora en la asistencia, lista de espera, trato inadecuado e incluso incidentes relacionados con la seguridad del paciente que han sufrido un incremento del 35% con respecto al año anterior, aunque hay que considerar que el motivo más numeroso de reclamación relacionado con la seguridad del paciente durante el año 2015, fue el comportamiento alterado por parte de los profesionales que prestaban la atención.

Para confirmar esta relación es necesario realizar una investigación futura en la que se comparen datos existentes antes de la crisis con los obtenidos en esta investigación, así como ampliar la investigación al resto de Áreas del Servicio Murciano de Salud.

VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

Abad-Corpa, E., Molina-Durán, F., Vivo-Molina, M.C., Moya-Ruiz, B., Martínez-Hernández, A., Romero-Pelegrín, J.M..... Gonzalez-María, E. (2013). Estudio RN4CAST en Murcia: características organizacionales de los hospitales y perfiles enfermeros. *Rev Calid Asist* . 28 (6): 345–354. doi:10.1016/j.cali.2013.05.007.

Acosta Gallo, P. (2013). La nueva regulación de la tarjeta sanitaria individual y los problemas financieros de la sanidad pública. *Revista CESCO de Derecho de Consumo*. 8: 27-41 Recuperado de <http://www.revista.uclm.es/index.php/cesco>

Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services. (2012). National Healthcare Quality Report 2011. AHRQ Publication No. 12 (5) March 2012. Recuperado de <https://archive.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhqr11/nhqr11.pdf>

Agoritas, T., Heen, AF., Brandt, L., Alonso-Coello, P., Kristiansen, A., Akl, EA., Vandvik, PO. (2015) Decision aids that really promote shared decision making: the pace quickens. *BMJ*. 2015; 350: doi: 10.1136/bmj.g7624. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4707568/>

Aiken LH., Clarke SP., Sloane DM., Sochalsky J., & Silber JH. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA*. 288(16): 23-30.

Aiken LH., Sloan DM., Bruyneel L., Van den Heede K., Griffi P., Busse R..... Sermeus W. (2014) for the RN4CAST consortium* Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet* . 383 (9931); 1824-1830

Al-Doghaither, A.H., Abdelrhman, BM., Saed, A.W., Al-Kamil, A.A. & Majzoub, M.M. (2001). Patients´ satisfaction with primary health care centers services in Kuwait city. Kuwait. *J Family Community Med*. 8(3):

59-65. Visitado 04/03/2015. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3439745/>

Alonso R., y Llanes, L. (2009). Control de calidad en la gestión de las reclamaciones de los usuarios del área sanitaria 10 de atención especializada de la Comunidad de Madrid (2000-2005). *Rev Calid Asist.* 24(2) 88-90.

Aranaz, J.M. (2005) Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006.

Arora, M., Harris, I.A., McEvoy, L., Mittal, R. & Naylor, J.M. (2012). The Effect of a Single Passive Intervention to Improve Patient Satisfaction in an Orthopaedic Service. *Open Journal of Orthopedics*, 2, 30-33. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4236/ojo.2012.22006> Published Online

Arrue, M. (2013). La enseñanza de competencias para resolver situaciones conflictivas con pacientes agresivos en enfermería mediante el Método de Casos (MdC). *Revista de Docencia Universitaria.* 11(1): 311-328.

Baker, J. (2014) Be nice to patients and they will get better? Therapeutic alliance and service user satisfaction. The Mental Elf. National Elf Services. Recuperado de <http://www.nationalelfservice.net/populations-and-settings/service-user-involvement/be-nice-to-patients-and-they-will-get-better-therapeutic-alliance-and-service-user-satisfaction/>

Bensing J., Schreurs K., & De Rijdt A. (1996). The role of general practitioner's affective behaviour in medical encounters. *Psychology and health*, 11, 825-838. Recuperado de http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module2/circ/apprentissage/intranet/cc/rel_med_mal/ccdc_bensing.pdf

Berwick, D.M. What 'Patient-Centered' Should Mean: Confessions Of An Extremist.(2009). *HealthAffairs*. 28(4) 555-565. Recuperado de <http://content.healthaffairs.org/content/28/4/w555.full.html>

Black, A.D., Car, J., Pagliari, C., Anandan, Ch., Cresswel, K., Bokun, T..... Sheikh A. (2011). The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview. Pubmed January 18. Recuperado de <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.100038>.

Blanch, J.M. (2014). Calidad de vida laboral en hospitales y universidades mercantilizados. *Papeles del Psicólogo*, 35(1):40-47. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es>

Balint, E.The possibilities of patient-centered medicine.(1969) *J R Coll Gen Pract*. 17: 269-76.

Bruguera, M., Roger, M. Bruguera, R., Benet, J., y Arimany J. (2011) Reclamaciones por presunta negligencia relacionadas con endoscopia digestiva. Análisis de una casuística de 22 años. *Gastroenterología y hepatología*, 34(4): 248-253. ISSN 0210-5705

Bustamante, P., Avendaño, D., Camacho, B., Ochoa, E., Alemany, F.X., Asenjo, M..... Sánchez, M. (2013). Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencia y Emergencias*, ISSN 1137-6821. 25 (3): 171-176.

Cabo, J. Sistemas Sanitarios en la Unión Europea. Gestión Sanitaria. Universidad a Distancia de Madrid. Recuperado de: <http://www.gestion-sanitaria.com/1-sistemas-sanitarios-union-europea.html>

Calero, R. y Gallarza, MG. (2016). Identificación de diagnósticos y especialidades con mayor lealtad del paciente como fuente de ventaja

competitiva. *Horizonte Sanitario*. 15 (3). Recuperado de <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte>

Canal C. (Marzo 2012). La reclamación del cliente: un regalo para la empresa. (Mensaje en un blog) Grupo Lanka. Recuperado de <http://www.grupolanka.com/la-reclamacion-de-un-cliente-un-regalo-para-su-empresa/>

Charles, L & Bardes, M.D. (2012). Defining “Patient-Centered Medicine”. *N Engl J Med*. 366: 782-783. Recuperado de <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp1200070>

Clarke, S.P. & Aiken, L.H. (2006). More nursing, fewer deaths. *Qual Saf. HealthCare*. 15: 2-3.

Comisión Europea. Salud Pública (2008) Libro Blanco Estrategias en Salud, 2008-2013. Recuperado de http://ec.europa.eu/health/strategy/white_paper/index_es.htm

Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. (2000). *To err is human: Building a Safer Health System*. Washington. National Academy Press.

Consejo de Europa. La seguridad del paciente. Un Reto Europeo. Varsovia 13-15 Abril 2005. Recuperado de www.coe.int/T/E/SocialCohesion/health/Conference%20Programme%2014.0305.

Coordinación del programa de seguridad del paciente. Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente de la Región de Murcia. DGACD-CSPS. CARM. 2012Decreto de Atención al Ciudadano en la Administración Pública de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia*, n° 236. 17 de septiembre.

Decreto de Atención al Ciudadano en la Administración Pública de la Región de Murcia.(2010) *Boletín Oficial de la Región de Murcia*, n° 236, 17 de septiembre.

Decreto 91/2001, del Gobierno de Aragón por el que se regula la tramitación de sugerencias y quejas sobre el funcionamiento de los servicios públicos gestionados por la Diputación General de Aragón (2001). *Boletín Oficial de Aragón n° 60*, 23 de mayo.

Decreto 6/2006, de la Consejería de Salud y Servicios Sociales del Principado de Asturias, por el que se regula las hojas de reclamaciones a disposición de los consumidores y usuarios (2005). *Boletín Oficial del Principado de Asturias n° 25*, 1 de febrero.

Decreto 94/1999, de la Consejería de Sanidad y Consumo de Canarias, por el que se regula la estructura y funcionamiento de la Oficina de Defensa de Usuarios Sanitarios y la tramitación de las reclamaciones, solicitudes, iniciativas y sugerencias del ámbito sanitario. *Boletín Oficial de Canarias n° 78*, 16 de junio.

Decreto 147/2001, de la Consejería de Sanidad y Consumo de Canarias, por el que se modifica Decreto 94/1999, de 25 de mayo, que regula la estructura y funcionamiento de la Oficina de Defensa de Usuarios Sanitarios y la tramitación de las reclamaciones, solicitudes, iniciativas y sugerencias del ámbito sanitario. *Boletín Oficial de Canarias n° 88*, 18 de julio.

Decreto 11/1996 de 5 de marzo, de efectivo ejercicio del derecho de reclamación de los ciudadanos por el funcionamiento de la Administración de la Diputación Regional. *Boletín Oficial de Cantabria*, 13 marzo.

Decreto 40/2003, de 3 de abril, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de Castilla y León, relativo a las Guías de Información al usuario y a los procedimientos de reclamación y sugerencias en el ámbito sanitario. *Boletín Oficial de Catilla y León n° 67*, 8 de abril.

Decreto 164/2005 de 16 de xuño, polo que se regulan e determinan as oficinas de rexistro propias ou concertadas da Administración da Comunidade Autónoma de Galicia, se crea o Rexistro Telemático da

Xunta de Galicia e se regula a atención ao cidadán. *Diario Oficial de Galicia* nº 121, 24 junio.

Decreto 118/2007, de 27 de septiembre, por el que se regula el Libro de Quejas y Sugerencias de la Comunidad Autónoma de La Rioja. *Boletín Oficial Rioja* nº 134, 6 octubre.

Decreto Foral 204/1994, de 24 de octubre, por el que se establece el procedimiento de reclamaciones y de propuesta de sugerencias de los ciudadanos respecto del sistema sanitario de la Comunidad Foral de Navarra, *Boletín Oficial de Navarra*, 9 noviembre.

Defensor del Pueblo (2014). *Resumen Informe Anual 2013*. Recuperado de <https://www.defensordelpueblo.es/informe-anual/informe-anual-2013/>

Defensor del Pueblo (2015). *Resumen Informe Anual 2014*. Recuperado de <https://www.defensordelpueblo.es/informe-anual/informe-anual-2014/>

Del Arco, M.T., Alonso, L. y Fernández, G. Análisis de reclamaciones = oportunidad de mejora. (2013) *Ciber Revista Esp.* 33. Recuperado de <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/septiembre2013/pagina4.html>

Díez, L. (2012) La garantía institucional de la autonomía del paciente. *Revista de Bioética y Derecho.* 25: 33-44. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/RevistaBioeticaDerecho/article/viewFile/254517/341462>

Epstein, R.M., Fiscella, K., Lesser, C.S. & Stange, K.C. (2010) Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs.* 8:1489-1495. Recuperado de <http://content.healthaffairs.org/content/29/8/1489.long>.

Espinosa-Brito, A.D. (2015) La medicina centrada en las personas y al medicina centralizada. *Medisur.* 13 (6). Cienfuegos nov/dic. Versión

online ISSN 1727-897X. Recuperada de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000600017

Estabrooks, C.,A., Midodzi, W.K., Cummings, G.G., Ricker, K.L. & Giovanneti P.(2005) The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nurs.Res.* 54: 74-84. Visitado 04/01/2016. Recuperado de http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/2005/03000/The_Impact_of_Hospital_Nursing_Characteristics_on.2.aspx

Etebaranz, F.J. (2014). Estudio de los conflictos de valores presentes en las decisiones clínicas de la práctica hospitalaria, y de las posibles repercusiones en la calidad percibida, una acción de mejora. *Rev EIDON* 42. DOI:10.13184/eidon.42.2014.4-13 Recuperado de www.revistaeidon.es/.../Estudio-de-los-conflictos-de-valores-presentes-en.

Eulmesakian, P.G., Peuchot, V. y Pérez A. (2012). Satisfacción de los padres de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Arch. Argent. Pediatr.* ISSN 0325-0075, 110 (2). Buenos Aires mar/abr. 113. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2012.113>

Fajardo-Dolci, G., Rodríguez-Suarez, J., Campos-Castolo, M., Carrillo-Jaimes, A., De la Fuente-Maldonado, V.M., Ruiz-Orozco, M.L....Aguirre-Gasl, H.G. (2010) Recomendaciones para la coparticipación del paciente y sus familiares en el cuidado de su seguridad en el hospital. *Revista CONAMED.* 2010; 15 (1) 43-56. Recuperado de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=66256&id_seccion=3091&id_ejemplar=6646&id_revista=41

Falcón, A. y Martínez, F. (2006). Calidad asistencial y reclamaciones del usuario: ¿miden las escalas de cargas de trabajo los cuidados intangibles? *Anal Cienc Salud.* 2006; 9:263-77. Recuperado de http://www.unizar.es/centros/enfez/doc/Anales_9.pdf

Fernández, C. y Granero, J. (2004) Reclamaciones del usuario, un instrumento evaluador de los cuidados enfermeros. *Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, 47: 21-25. ISSN 1132-1296

Fernandez-Rozas, P., Mora-Acosta, S., y Areya-Cruz, F. Reclamaciones en el servicio de urgencias. Oportunidad de mejora. (2014). *Metas de Enfermería*. 17(7): 60-64.

Fimat S, Pérez JM y González O. Las reclamaciones en un centro de atención primaria de nueva creación. *Hygia de enfermería* 2013; 83: 56-63.

Fontova-Almató A. Estudio de la satisfacción de pacientes y profesionales en un servicio de urgencias hospitalarias. 2015. Tesis Doctoral Salud Educación y Ciencias Sociales. Universitat de Girona. España. Recuperado de : www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/302799/tafa.pdf?sequence=2

Gaitán MC. Las conductas del personal de enfermería que son motivo de queja ante un tribunal departamental ético de enfermería. *Cultura del Cuidado Enfermero*. N° Extra 1, 2011: 67-69.

García L. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. *Acta bioeth.* 2015; vol. 21 no.2. Recuperado de www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext...569X2015000200017.

García-García A, Arévalo-Velasco A, García-Iglesias MA, Sánchez-Barba M, Delgado-Vicente MA, Baio-Baio A y Diego-Robledo F. (2015). Información, comunicación y trato en un servicio de urgencias: evaluación mediante una encuesta de opinión. *Rev Calid Asist* .30 (4): 203-209.

García-Sempere A y Artells JJ. (2005). Organización, funcionamiento y expectativas de las organizaciones representativas de pacientes. Encuesta a informadores clave. *Gac Sanit* 2005;.19 (2) Barcelona mar.-

abr. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0213-91112005000200005&script=sci_arttext

Guía sobre sugerencias, reclamaciones, quejas y agradecimientos formuladas por los usuarios de servicios sanitarios (2005). (Orden de 26 de julio de 2005, de la Consejería de Sanidad, sobre sugerencias, reclamaciones, quejas y agradecimientos formuladas por los usuarios de servicios sanitarios). *Boletín Oficial de la Región de Murcia* n° 190. 19 de agosto.

Herrera-Úbeda, MA. 2016. Grado de satisfacción de los pacientes hospitalizados con las dietas basales y terapéuticas en centros sanitarios públicos (tesis doctoral). Universidad Complutense, Madrid.

IAPO: What is Patient-Centred Healthcare? A Review of Definitions and Principles. (2007). IAPO registration number in the Netherlands: 24001729. Second Edition. June 2007. Recuperado de [:http://www.patientsorganizations.org/attach.pl/547/494/IAPO%20Patient-Centred%20Healthcare%20Review%202nd%20edition.pdf](http://www.patientsorganizations.org/attach.pl/547/494/IAPO%20Patient-Centred%20Healthcare%20Review%202nd%20edition.pdf)

Instrucció 03/2004 Reclamacions i suggeriments. CatSalut. *Servei Català de la Salut* (2004), 22 de noviembre. Rescatado de http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2004/instruccio_03_2004_22_novembre/RESOLUCIO-aprovacio-annex-I-inst-03-2004-2-9-9-2014.doc.pdf

Instrucción 2/2001. Actualización de la gestión y los sistemas de información de sugerencias, quejas y reclamaciones en las organizaciones de servicios de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. *Boletín Oficial del País Vasco* n° 28. 8 de febrero.

International Alliance of Patients' Organizations (2007) What is Patient-Centred Health Care? A Review of Definitions and Principles. 2nd edn London, 1-34.

ISO 10002:2014. (2014) Gestión de la calidad. Satisfacción del cliente. Directrices para el tratamiento de las quejas en las organizaciones.

Jiménez-Chaves JP, Rodríguez-Suarez J, Campos-Castolo M, Córdoba-Ávila MA y Aguirre-Gas H. Causas de quejas y posibles eventos adversos en adultos mayores. (2010) *Revista CONAMED*. 2010; 15 (1)

Koller, S. (2011) El dedo en la llaga. Lectura cruzada de los informes del Defensor del Pueblo español y del Mediador de la República Francesa. Documento Social; 160: 263-281. Recuperado de www.caritas.es/.../12-%20EL%20DEDO%20EN%20LA%20LLAGA.pdf

Ley de autonomía del paciente y de información y documentación clínica (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica). *Boletín Oficial del Estado* n° 274. 15 de noviembre.

Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud). *Boletín Oficial del Estado*, n° 128. 29 de mayo.

Ley de garantías y uso racional del medicamento (Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios). *Boletín Oficial del Estado* n° 187. 27 de julio

Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (Real Decreto Legislativo 1/2015 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios). *Boletín Oficial del Estado* n° 177. 25 de julio.

Ley General de Sanidad. (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad) *Boletín Oficial del Estado*, núm. 102. 29 de abril.

Ley de protección de datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal), Boletín Oficial del Estado nº 298. 14 de diciembre.

López-Casasnovas, G. La crisis económica española y sus consecuencias sobre el gasto social. Informe SESPAS 2014 (2014) *Gac. Sanit*; 28 (S1):18-23

Lubicck-Goldzweig, C., Orshansky, G., Paige, NM., Towfigh, AA., Haggstrom, DA., Miake-Lye, IU... Shekelle PG. (2013). Electronic Patient Portals: Evidence on Health Outcomes, Satisfaction, Efficiency, and Attitudes: A Systematic Review. *Ann Intern Med*; 159(10): 677-687. doi:10.7326/0003-4819-159-10-201311190-00006

Luján., M, Gamarra, M., Mora, JR., López, MC., Pascual, C., Martín, C.... Chiva, V. (2013). Consulta externa de patología quirúrgica ambulatoria urológica gestionada por el personal de enfermería. Proceso integrado en un plan de calidad total. *Arch. Esp. Urol.* 66 (9): 841-850.

Lusardi A., Schneider D.J., Tufano P. The economic crisis and medical care usage. (2010). doi 10.3386/w15843. Recuperado de www.nber.org/papers/w15843.

Manias E. (2013). Detection of medication-related problems in hospital practice: a review. *Br J Clin Pharmacol.* Jul; 76(1): 7–20. Published online 2012 Nov 30. doi: 10.1111/bcp.12049. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3703223/>

Marqués, P., González, ME., Agra, Y., Vega, J., Arrate, C. y Quiroga, E. (2013). El análisis de las redes sociales. Un método para mejorar la seguridad en las organizaciones sanitarias. *Rev. Esp. Salud Pública* 2013. vol. 87 no. 3 Madrid mayo-jun. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000300001

Massó, P., Aranaz, J.M., Mira, J.J., Perdiguero, E., and Aibar, C. (2010) Adverse events in hospitals: the patient's point of view. *Qual Saf Health Care*. 19(2):144-7. doi: 10.1136/qshc.2007.025585.

Mininel, V.A., Vanda, E.A., Silva, E.J., Torri, Z., Abreu, A.P. & Branco, M.T. (2013). Cargas de trabalho, processos de desgaste e absenteísmo-doença em enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 21(6): 1290-7 recuperado de www.eerp.usp.br/rlae

Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). Informes, Estudios e Investigación. Análisis y benchmarking del tratamiento de las reclamaciones y sugerencias del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2008

Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). Informes, Estudios e Investigación 2009, Proyecto Séneca, Informe Técnico Diciembre 2008. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. 2009.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). Estudio ENEAS 2006. Secretaría General Técnica

Mira, J.J. y Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*. 114 (Supl 3):26-33.

Mira, J.J., Rodríguez-Marín, J., Peset, R., Ybarra, J., Pérez-Jover, V., Palazón, I. y Llorca, E. (2002). Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. (2002) *Rev Calidad Asistencial*. 17(5): 273-283. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-causas-satisfaccion-insatisfaccion-los-pacientes-13034110>

Mira, J.J., Navarro, I.M., Guilabert, M. y Aranaz, J. (2012). Frecuencia de errores de los pacientes con su medicación. *Rev Panam Salud Publica*. 31(2): 95-101. Recuperado de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000200001

Molina-Pérez, C. (2014). Análisis de las reclamaciones de los usuarios del Complejo Hospitalario de Navarra dirigidas a Enfermería. TFM del Máster de Investigación en Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2454/15074>

Murff, H.J., France, D.J., Blackford, J., Grogan, EL., Yu, C., Speroff, T. et al. (2014). Relationship between patient complaints and surgical complications (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus, 2014; 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com> (Traducida de la Cochrane Library [2014] [4]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, LTD.). Recuperado de <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%208379437&DocumentID=GCS28-27>

NCQA. HEDIS archives. Recuperado de <http://www.ncqa.org/hedis-quality-measurement/hedis-measures/hedis-archives>.

ONU, Declaración Universal de los Derechos Humanos. 1947. Recuperado de www.un.org/es/documents/udhr/

Orden de 26 de noviembre de 2003, por la que se regula la tramitación de las reclamaciones y sugerencias relativas a la actividad sanitaria, dirigidas por los usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura al Servicio Extremeño de Salud. *Diario Oficial de Extremadura n° 143, 2003*, 9 de diciembre.

Orden 8245 del consejero de Interior por la cual se regula la tramitación y el modelo de las quejas e iniciativas sobre el funcionamiento de los servicios y unidades de la administración de la comunidad autónoma de las Illes Balears. *Boletín Oficial delas Illes Balears n° 65, 2003*, 10 de mayo.

Orden 605/2003 de 21 de abril, de las Consejerías de Presidencia y Sanidad, por la que se desarrolla el Sistema de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones de la Comunidad de Madrid en la Red Sanitaria Única

de Utilización Pública. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid n° 108, 2003, 8 de mayo.*

Orden de 26 de julio de 2005, de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia, sobre sugerencias, reclamaciones, quejas y agradecimientos, formuladas por los usuarios de servicios sanitarios. *Boletín Oficial de la Región de Murcia n° 190, 19 de agosto.*

Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Recuperado de <http://www.who.int/patientsafety/en/indez.htm>. Visitada en octubre 2014.

Orden de 20-02-2003, de la Consejería de Sanidad, de las Reclamaciones, Quejas, Iniciativas y Sugerencias sobre el funcionamiento de los servicios, centros y establecimientos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. *Diario Oficial de Castilla-La Mancha n° 28. 28 de febrero.*

Orden de 27 de septiembre de 2007, de la Consellería de Sanitat, por la que se regulan las quejas, sugerencias y agradecimientos en el ámbito de las instituciones sanitarias dependientes de la Agencia Valenciana de salud y de la Consellería de Sanidad. *Diario oficial de la Comunitat Valenciana n° 5616. 10 de octubre.*

Parra, P., Bermejo, R.M., Más, A., Hidalgo, M.D., Gomis, R. y Calle, J.E. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Gac Sanit 2012; VOL. 26 n.2 Barcelona Mar./Apri.* Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000200011

Park, S.H. (2015). Higher numbers of nurses and consultants improve survival rates for critically ill patients. *Evid Based Nurs; 18:63* doi:10.1136/eb-2014-101920

Plan General de Calidad. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. [Acceso: Marzo 2015] Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalida_d_02.htm

Pons, X. (2006). La comunicación entre profesionales de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Enfermería Integral*, marzo 2006, 27-34

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín Oficial del Estado* n° 98., 2005, 24 de abril.

Real Decreto 1192/2012 por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto). *Boletín Oficial del Estado* n° 186, 2012, 4 agosto.

Real Decreto 951/2005 de 29 de julio, por el que se establece el marco general para la mejora de la calidad de la Administración General del Estado (Real Decreto 951/2005, de 29 de julio) *Boletín Oficial del Estado* n° 21, 2005, 3 de septiembre.

Recomendación del Consejo de Ministros Europeos de 30 de Septiembre de 1997

Resolución de 11 de diciembre de 2006, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, por la que se aprueba la Carta de Servicios del Servicio Andaluz de Salud. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, n° 246, (22 diciembre de 2006). Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_cartaserviciosIndice

Richards, T., Coulter, A., Wicks, P. Time to deliver patient centred care [Editorial] (2015) *BMJ* 2015;350:530. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h530>

Rivadeneira-Sicilia, A., Minué, S., Artundo, C. y Márquez, S. Lecciones desde fuera. Otros países en ésta y otras crisis anteriores. Informe SESPAS 2014 (2014) *Gac Sanit*; 28(S1):12-17. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114000879>

Rodríguez, J., Dackiewicz, N. y Toer, D. La gestión sanitaria centrada en el paciente. *Arch Argent Pediatr*. 2014; 112 (1):55-58. Recuperado de <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2014/v112n1a10.pdf>

Rodríguez, A.I., y Do Moñino, M. (2010). Análisis de las reclamaciones de los usuarios de un área de atención primaria. *Cad Aten Primaria*, 2010; 17(2) 92-96.

Ruiz-Azarola, A. y Perestelo-Pérez, L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S* . 2012; 26 Suppl 1:158-161.

Salvador, F.J., Millá, J., Téllez, C.J., Pérez, C. y Oliver, C. (2013) Implantación de un plan de calidad en un servicio de urgencias y su impacto en la satisfacción del paciente.. *Emergencias*. 25 (3): 163-170. ISSN 1137-6821

Salzburg Global Seminar: Making Health Care Better in Low and Middle Income Economies: What are the next steps and how do we get there? 22 Apr – 27 Apr, 2012 (Session 489) SalzburgGlobal.org/go/489 Recuperado de <http://SalzburgGlobal.org/go/489>

Salzburg Global Seminar, December 2010: Informing and Involving Patients in Medical Decision Making.e-Patient Dave | December 12, 2010. Recuperado de <http://e-patients.net/archives/2010/12/salzburg-global-seminar-december->

[2010-informing-and-involving-patients-in-medical-decision-making.html](#)

Santander. (2013). Gestión de Reclamos, Quejas y Sugerencias. Recuperado de https://www.santander.com.uy/Documentos/Gestion_Reclamos.pdf

Saturno, P.J. (2008). Métodos de participación del usuario en el programa de gestión de la calidad. Participación activa y participación solicitada por el sistema. Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 7: Participación de los usuarios en los programas de gestión de la calidad. Exploración y medición de necesidades, expectativas y satisfacción. Unidad temática 35. Universidad de Murcia.

Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencia. Guía sobre sugerencias, reclamaciones, quejas y agradecimientos formuladas por los usuarios de servicios sanitarios. Consejería de Sanidad y Política Social. Región de Murcia 2005; BORM 19/8/2005. [Acceso: enero 2014]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/90742-GUIAS.pdf>

Segura, A. (2014) Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*; 28(S1):7–11. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114000508>

Shimabuku, R., Fernández, D., Carlos, G., Granados, K., Maldonado, R. y Nakachi, G. Las reclamaciones de los usuarios externos en un centro pediátrico de referencia nacional en Lima, Perú. *An. Fac. med.* 2014 vol.75 no.3 Lima jul./set. Visitado 8/02/2016. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v75i3.9779>

Sobrino, I.(2013) Inmigrantes irregulares y el derecho a la protección de la salud: análisis de la reforma sanitaria en España. *Lex Social: Revista*

de Derechos Sociales, 3(2) Recuperado de http://upo.es/revistas/index.php/lex_social/article/view/760

Tourangeau, A.E., Doran, D.M., McGillis Hall, L., O'Brien Pallas, L., Pringle, D., Tu, J.V., and Cranley, L. A. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *Journal of Advanced Nursing* 2006 57(1), 32–44. Visitado 04/01/2016. Recuperado de http://www.mscforum.org/images/Impact_of_hospital_nursing_care_on_30-day_mortality_for_acute_medical.pdf

Urbanos, R. y Puig-Junoy, J. (2014). Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. Informe SESPAS 2014. *Gac. Sanit*, 28(51); 81-88.

Villareal, E. (2007). Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Salud Uninorte*. Barranquilla. (Col), 23(1): 112-119

West, E., Barron, D.N., Harrison, D., Rafferty, A.M., Rowan, K., Sanderson, C. (2014). Nurse staffing, medical staffing and mortality in Intensive Care: An observational study. *Int J Nurs Stud*. 2014 May; 51(5):781-94. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.02.007. Epub 2014 Feb 27. Visitado 8/02/2016. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748914000340>

Zárate-Grajales, R. Olvera-Arreola, S. Hernández-Cantoral, A. Hernández-Corral, S. Sánchez-Angeles, S. Valdez-Labastida, R. Pérez-López, M. T., y Zapién-Vázquez, M. A., 2015. Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto multicéntrico. *Enfermería Universitaria*.2015; 12(2): 63-72. Visitado 10/02/2016. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/51126/45831>

VII.- ANEXOS

Anexo I.- Guía de Usuarios de Servicios Sanitarios R. de Murcia

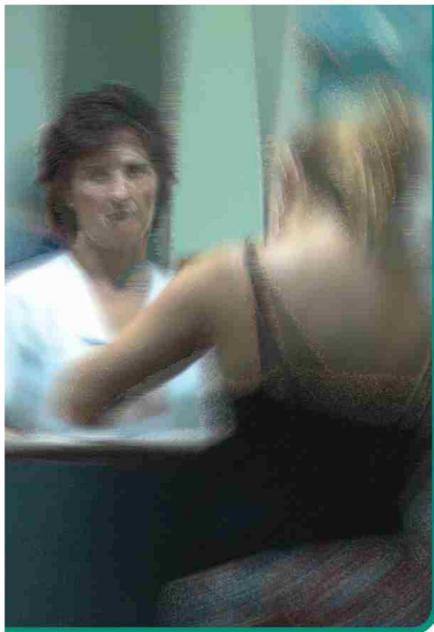


Región de Murcia
Consejería de Sanidad
Secretaría Autónoma de Atención al Ciudadano
Ordenación Sanitaria y Dependencia



GUÍA SOBRE SUGERENCIAS, RECLAMACIONES, QUEJAS Y AGRADECIMIENTOS FORMULADAS POR LOS USUARIOS DE SERVICIOS SANITARIOS

ORDEN DE 26 DE JULIO DE 2005, DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD, SOBRE SUGERENCIAS, RECLAMACIONES, QUEJAS Y AGRADECIMIENTOS FORMULADAS POR LOS USUARIOS DE SERVICIOS SANITARIOS (BORM 19-8-2005)



GUÍA SOBRE SUGERENCIAS, RECLAMACIONES, QUEJAS Y AGRADECIMIENTOS FORMULADAS POR LOS USUARIOS DE SERVICIOS SANITARIOS

ORDEN DE 26 DE JULIO DE 2005, DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD, SOBRE SUGERENCIAS, RECLAMACIONES, QUEJAS Y AGRADECIMIENTOS FORMULADOS POR LOS USUARIOS DE SERVICIOS SANITARIOS (BORM 19-8-2005)

Se pretende acercar los servicios a los usuarios del Sistema Sanitario, posibilitando su participación activa en el mismo mediante la presentación de iniciativas y sugerencias dirigidas a mejorar su funcionamiento y la calidad de los servicios prestados, pero también permitiendo y facilitando tanto a los pacientes atendidos como a sus familiares y acompañantes, que manifiesten, mediante la formulación de quejas y reclamaciones, su posible insatisfacción por el funcionamiento o la calidad de los servicios recibidos.

Sugerencias, reclamaciones y agradecimientos

1 Son **sugerencias** todas aquellas propuestas que tengan por finalidad promover la mejora de la calidad o un mayor grado de satisfacción de las personas en sus relaciones con los centros, servicios o establecimientos sanitarios, del cuidado y atención a los usuarios, y en general, de cualquier otra medida que suponga una mejora en la calidad o un mayor grado de satisfacción de las personas en sus relaciones con los centros, servicios o establecimientos.

2 Se entiende por **queja** o **reclamación** la comunicación de los usuarios a raíz de defectos de funcionamiento, estructura, recursos, organización, trato, asistencia u otras cuestiones



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
Secretaría Autónoma de Atención al Ciudadano
Ordenación Sanitaria y Dependencia

IONES, QUEJAS Y AGRADECIMIENTOS SANITARIOS

AGRADECIMIENTOS FORMULADAS POR LOS USUARIOS DE SERVICIOS SANITARIOS (BORM 19/8/2005)

análogas relativas a los centros, servicios y establecimientos. Puede tratarse de requerimientos de naturaleza sanitario-asistencial o no asistencial.

3 Son **agradecimientos** la expresión del reconocimiento, que realizan los usuarios y pacientes, ante lo que se considera un trabajo bien realizado por un profesional, servicio o centro sanitario.

Forma de presentación

1 Las sugerencias, quejas o reclamaciones y agradecimientos se dirigirán al Gerente de Atención Primaria, Director o Gerente del Hospital, centro o establecimientos sanitario donde hayan tenido lugar los hechos objeto de su formulación.

2 Las sugerencias, quejas o reclamaciones y agradecimientos deberán ser formuladas por escrito, en el modelo normalizado que figura en el **Anexo 1**, o en cualquier otro formato y contendrán los datos que permitan la identificación del reclamante y domicilio a efecto de notificaciones, así como el objeto de la sugerencia, queja o reclamación.

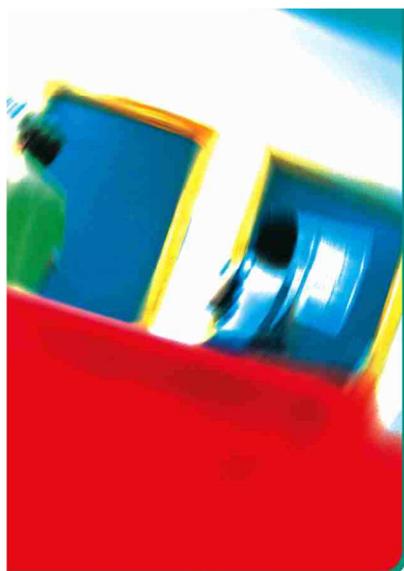
Anexo 1

HOJA DE SUGERENCIAS, RECLAMACIONES O AGRADECIMIENTOS		Fecha Registro	
Comunidad Autónoma de la Región de Murcia Consejería de Sanidad	Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencia	ENTRADA	SALIDA
DATOS DEL INTERESADO			
APELLIDOS Y NOMBRE DEL INTERESADO O SU REPRESENTANTE LEGAL (INDICAR SI ASISTENTE)		DIRECCIÓN ASISTENTE	
APELLIDOS Y NOMBRE DEL PACIENTE O USUARIO AFECTADO (indicar, en su caso, la relación existente con el reclamante)		DIRECCIÓN ASISTENTE	
DOMICILIO (o dirección de notificaciones)		CÓDIGO POSTAL	
LOCALIDAD Y PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
SUGERENCIA	RECLAMACIÓN	AGRADECIMIENTO	
DATOS DEL CENTRO, SERVICIO O PROFESIONAL			
APELLIDOS Y NOMBRE (o bien nombre del Centro, Servicio o Centro)			
DOMICILIO, UBICACIÓN O CENTRO DEL QUE DEPENDE			
OTROS DATOS (si se conocen: teléfono, dirección de correo electrónico, etc.)			
EXPONE:			
SOLICITA:			
a de de			
(Firma del interesado)			
DIRIGIDO A			
<small>Este documento puede ser consultado en el domicilio de la Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencia, en la calle de San Juan, 1, 03005, de 9 a 17 de diciembre, de lunes a viernes, de 9 a 14 de agosto.</small>			

INTRODUCCIÓN



Servicio Murciano de Salud



GUÍA SOBRE SUGERENCIAS, RECLAMACIONES Y AGRADECIMIENTOS FORMULADAS POR LOS USUARIOS DE SERVICIOS SANITARIOS

ORDEN DE 26 DE JULIO DE 2005, DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD, SOBRE SUGERENCIAS, RECLAMACIONES, QUEJAS Y AGRADECIMIENTOS

Medios de presentación

- 1 Personalmente en cualquiera de los centros y establecimientos sanitarios o administrativos señalados en forma de presentación.
- 2 Mediante envío por correo del impreso normalizado o, en su defecto, del escrito en el que consten las sugerencias, quejas o reclamaciones y agradecimientos.
- 3 Mediante envío del impreso normalizado o, en su defecto, del escrito por fax.
- 4 Mediante envío por correo electrónico, a los buzones habilitados al efecto en la página web de la Consejería de Sanidad (www.murciasalud.es).

Plazos de resolución de las sugerencias, reclamaciones y agradecimientos

- 1 En el caso de que las sugerencias, quejas, reclamaciones o agradecimientos se presenten directamente en el centro asistencial al que se refiere, se resolverán en un plazo máximo de 30 días desde que fue interpuesta.

Región de Murcia
Consejería de Sanidad
Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano
Ordenación Sanitaria y Drogodependencia

SUGERENCIAS, QUEJAS Y AGRADECIMIENTOS SANITARIOS

DECLARACIONES FORMULADAS POR LOS USUARIOS DE SERVICIOS SANITARIOS (BORM 19/8/2005)

2 Si la sugerencia, queja, reclamación o agradecimiento se presentara en centro distinto del referido, el plazo de contestación será como máximo de 60 días desde que fue interpuesta.

3 Si transcurridos dichos plazos no se ha notificado contestación al reclamante, éste podrá dirigirse a la Secretaría Autónoma de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias, con objeto de conocer la situación de su tramitación.

Confidencialidad

En todo caso, se preservará la identidad del ciudadano y la confidencialidad de los datos, en conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Registro

En todos los casos, el personal procederá a su registro en la aplicación informática que se establezca, entregando copia de la declaración o escrito presentado al interesado si se hallare presente. Cuando se trate de personas con dificultad para la escritura o expresión correcta de los hechos, éstos podrán solicitar al personal responsable que les transcriban su petición, en la forma más clara posible, al modelo señalado que se someterá a la firma del interesado.



MEDIOS Y PLAZOS



GUÍA SOBRE SUGERENCIAS, RECLAMACIONES, FORMULADAS POR LOS USUARIOS DE SERVICIOS SANITARIOS

ORDEN DE 26 DE JULIO DE 2005, DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD, SOBRE SUGERENCIAS, RECLAMACIONES, QUEJAS Y AGRADECIMIENTOS

Ámbito de aplicación de las sugerencias, reclamaciones y agradecimientos

1 Se podrán presentar sugerencias, reclamaciones, quejas, y agradecimientos en relación a los servicios, centros o establecimientos sanitarios públicos o privados concertados existentes en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, así como respecto de las actuaciones de los profesionales, sanitarios o no, que presten sus servicios en aquéllos.

2 Las sugerencias, quejas y reclamaciones relativas al funcionamiento de los servicios administrativos no sanitarios, prestados por el resto de unidades, organismos o entidades vinculados o dependientes de la Consejería de Sanidad, y del Servicio Murciano de Salud, se registrarán por lo previsto en el Decreto 28/1990, de 10 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de la Oficina de Servicio al Ciudadano.

3 Las reclamaciones relativas al alta médica de incapacidad temporal se tramitarán conforme a su regulación específica.



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
Secretaría Autónoma de Atención al Ciudadano
Ordenación Sanitaria y Drogodependencia

QUEJAS Y AGRADECIMIENTOS SANITARIOS

DOCUMENTOS FORMULADOS POR LOS USUARIOS DE SERVICIOS SANITARIOS (BORM 19/8/2005)

Modelo normalizado

1 Se aprueba el modelo normalizado de hoja de sugerencias, quejas o reclamaciones y agradecimientos en el ámbito sanitario público de la Comunidad Autónoma de Murcia. El impreso de hojas normalizadas, numeradas y autocopiativas, cuyo modelo se recoge en el **Anexo 1**, constará de un original y dos copias

2 El modelo normalizado de hoja de sugerencias, quejas o reclamaciones y agradecimientos estará a disposición de los usuarios en las unidades de información de la Consejería de Sanidad y del Servicio Murciano de Salud, y centros y establecimientos sanitarios dependientes de éste, así como en los centros y establecimientos privados concertados, donde existirán carteles informativos que indicarán a los usuarios la existencia de dichas hojas.

En las sugerencias, quejas o reclamaciones y agradecimientos, presentadas en escrito o formato distinto al impreso normalizado deberán figurar los siguientes datos:

- a) Servicio, centro o establecimiento al que se dirige.
- b) Nombre, apellidos y domicilio del interesado, e identificación del medio y lugar preferente a efectos de notificaciones.
- c) Hechos, razones y petición, si procede, en que se concrete la sugerencia, queja, reclamación o agradecimiento.
- d) Lugar y fecha en que se formula el escrito.
- e) Firma del solicitante.



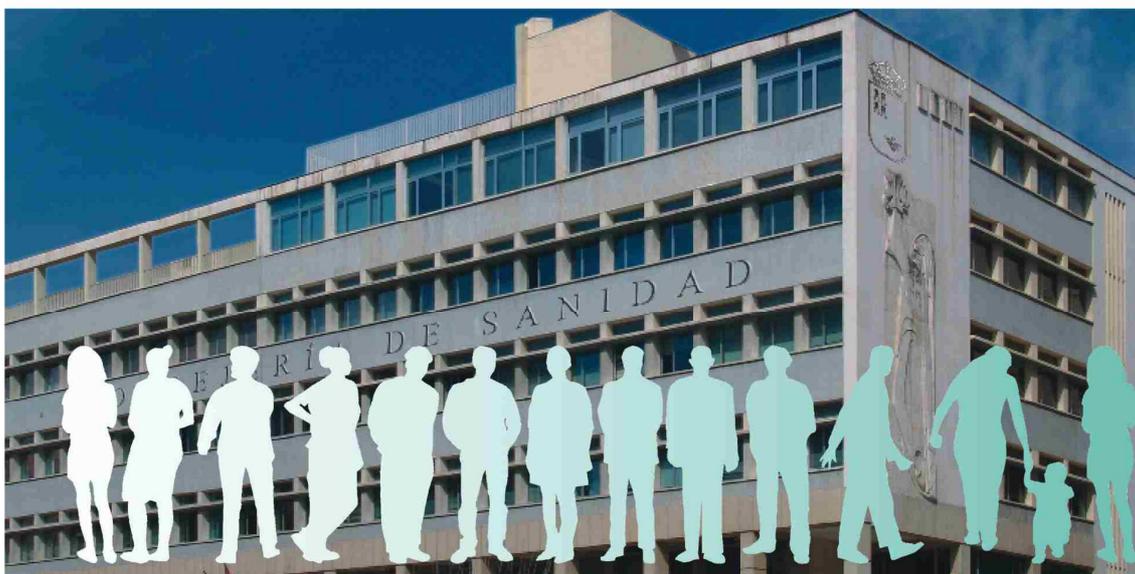
Servicio
Murciano
de Salud

MODELO
NORMALIZADO



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano
Ordenación Sanitaria y Drogodependencia



Anexo II.- Resultados estadísticos del cruce de variables

TABLAS DE CONTINGENCIA RECLAMACIONES 2012-2015
HOSPITAL COMARCAL SMS

Presentación de todos los datos correspondientes al cruce de variables edad y sexo de quien reclama con los motivos de reclamación desagregados a nivel 1 y 2, servicio al que se formula la reclamación y actividad por la que se reclama, con independencia de que tengan o no significación estadística. Los resultados estadísticamente significativos están coloreados en rojo.

- **Edad del reclamante y motivos de reclamación desagregados a nivel 1** (Tabla 15)

Motivos reclamación Nivel 1		Rango edad del reclamante			TOTAL
		0 a 17	18 a 65	>65	
Bloque de ACCESO a la asistencia	recuento	9	1249	288	1546
	%Motivo N1	,6%	80,8%	18,6%	100,0%
	% Rango edad	56,3%	58,7%	61,8%	59,3%
	% del total	,3%	47,9%	11,0%	59,3%
	Residuos corregidos	-,2	-1,2	1,2	
Bloque de ENTORNO asistencial	recuento	0	80	38	118
	%Motivo N1	,0%	67,8%	32,2%	100,0%
	% Rango edad	,0%	3,8%	8,2%	4,5%
	% del total	,0%	3,1%	1,5%	4,5%
	Residuos corregidos	-,9	-3,9	4,2	
Bloque de PRESTACIONES Y OTROS	recuento	1	9	5	15
	%Motivo N1	6,7%	60,0%	33,3%	100,0%
	% Rango edad	6,3%	,4%	1,1%	,6%
	% del total	,0%	,3%	,2%	,6%
	Residuos corregidos	3,0	-2,2	1,6	
Bloque de PROCESO asistencial	recuento	4	539	88	631
	%Motivo N1	,6%	85,4%	13,9%	100,0%

	% Rango edad	25,0%	25,3%	18,9%	24,2%
	% del total	,2%	20,7%	3,4%	24,2%
	Residuos corregidos	,1	2,9	-2,9	
Bloque de RESULTADO asistencial	recuento	0	189	37	226
	%Motivo N1	,0%	83,6%	16,4%	100,0%
	% Rango edad	,0%	8,9%	7,9%	8,7%
	% del total	,0%	7,2%	1,4%	8,7%
	Residuos corregidos	-1,2	,9	-,6	
Bloque INCIDENTES SEGURIDAD DE PACIENTE	recuento	2	56	9	67
	%Motivo N1	3,0%	83,6%	13,4%	100,0%
	% Rango edad	12,5%	2,6%	1,9%	2,6%
	% del total	,1%	2,1%	,3%	2,6%
	Residuos corregidos	2,5	,4	-1,0	
REITERACIÓN DE LA RECLAMACIÓN	recuento	0	5	1	6
	%Motivo N1	,0%	83,3%	16,7%	100,0%
	% Rango edad	,0%	,2%	,2%	,2%
	% del total	,0%	,2%	,0%	,2%
	Residuos corregidos	-,2	,1	-,1	
TOTAL		16	2127	466	2609
		,6%	81,5%	17,9%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		,6%	81,5%	17,9%	100,0%

Tabla 15. Motivos de reclamación a nivel 1 y franja de edad del reclamante

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Grados libertad	Significación asintótica (bilateral)
Chi cuadrado de Pearson	44,847(a)	12	,0001
Razón de verosimilitudes	35,693	12	,0001
N de casos válidos	2609		

A 9 casillas (42,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04

- **Sexo del reclamante y motivos de reclamación desagregados a nivel 1 (Tabla 16)**

Motivos reclamación Nivel 1		Sexo del reclamante		
		Hombre	Mujer	Total
Bloque de ACCESO a la asistencia	recuento	634	912	1546
	%Motivo N1	41,0% p ≤ 0,002	59,0%	100,0%
	% Sexo reclamante	63,1%	56,8%	59,3%
	% del total	24,3%	35,0%	59,3%
	Residuos corregidos	3,2	-3,2	
Bloque de ENTORNO asistencial	recuento	51	67	118
	%Motivo N1	43,2%	56,8%	100,0%
	% Sexo reclamante	5,1%	4,2%	4,5%
	% del total	2,0%	2,6%	4,5%
	Residuos corregidos	1,1	-1,1	
Bloque de PRESTACIONES Y OTROS	recuento	6	9	15
	%Motivo N1	40,0%	60,0%	100,0%
	% Sexo reclamante	,6%	,6%	,6%
	% del total	,2%	,3%	,6%
	Residuos corregidos	,1	-,1	
Bloque de PROCESO asistencial	recuento	208	423	631
	%Motivo N1	33,0%	67,0% p ≤ 0,002	100,0%
	% Sexo reclamante	20,7%	26,4%	24,2%
	% del total	8,0%	16,2%	24,2%
	Residuos corregidos	-3,3	3,3	
Bloque de RESULTADO asistencial	recuento	78	148	226
	%Motivo N1	34,5%	65,5%	100,0%
	% Sexo reclamante	7,8%	9,2%	8,7%
	% del total	3,0%	5,7%	8,7%
	Residuos corregidos	-1,3	1,3	
Bloque INCIDENTES	recuento	22	45	67

SEGURIDAD DE PACIENTE	%Motivo N1	32,8%	67,2%	100,0%
	% Sexo reclamante	2,2%	2,8%	2,6%
	% del total	,8%	1,7%	2,6%
	Residuos corregidos	-1,0	1,0	
REITERACIÓN DE LA RECLAMACIÓN	recuento	5	1	6
	%Motivo N1	83,3%	16,7%	100,0%
	% Sexo reclamante	,5%	,1%	,2%
	% del total	,2%	,0%	,2%
	Residuos corregidos	2,3	-2,3	
TOTAL	recuento	1004	1605	2609
	%Motivo N1	38,5%	61,5%	100,0%
	% Sexo reclamante	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	38,5%	61,5%	100,0%

Tabla 16. Motivos de reclamación a nivel 1 y sexo del reclamante

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Grados libertad	Significación asintótica (bilateral)
Chi cuadrado de Pearson	20,926(a)	6	,002
Razón de verosimilitudes	21,103	6	,002
N de casos válidos	2609		

A 2 casillas (14,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,31.

- Edad del reclamante y motivos de reclamación desagregados a nivel 2 (Tabla 17)**

Motivos reclamación Nivel 2		Rango edad del reclamante			TOTAL
		0 a 17	18 a 65	>65	
Accesibilidad y comunicaciones	recuento	0	16	10	26
	%Motivo N2	,0%	61,5%	38,5%	100,0%
	% Rango edad recl.	,0%	,8%	2,1%	1,0%

	% del total	,0%	,6%	,4%	1,0%
	Residuos corregidos	-,4	-2,6	2,8 n< 0.0001	
Asignación o cambios de profesional o centro	recuento	1	41	13	55
	%Motivo N2	1,8%	74,5%	23,6%	100,0%
	% Rango edad recl.	6,3%	1,9%	2,8%	2,1%
	% del total	,0%	1,6%	,5%	2,1%
	Residuos corregidos	1,2	-1,3	1,1	
Condiciones ambientales y hosteleras	recuento	0	45	22	67
	%Motivo N2	,0%	67,2%	32,8% n< 0.0001	100,0%
	% Rango edad recl.	,0%	2,1%	4,7%	2,6%
	% del total	,0%	1,7%	,8%	2,6%
	Residuos corregidos	-,7	-3,1	3,2	
Cuestiones administrativas de acceso a la asistencia	recuento	2	18	4	24
	%Motivo N2	8,3% n< 0.0001	75,0%	16,7%	100,0%
	% Rango edad recl.	12,5%	,8%	,9%	,9%
	% del total	,1%	,7%	,2%	,9%
	Residuos corregidos	4,9	-,8	-,2	
Demora en la asistencia	recuento	4	347	49	400
	%Motivo N2	1,0%	86,8% n< 0.0001	12,3%	100,0%
	% Rango edad recl.	25,0%	16,3%	10,5%	15,3%
	% del total	,2%	13,3%	1,9%	15,3%
	Residuos corregidos	1,1	2,9	-3,2	
Denegación de la asistencia	recuento	0	23	6	29
	%Motivo N2	,0%	79,3%	20,7%	100,0%
	% Rango edad recl.	,0%	1,1%	1,3%	1,1%
	% del total	,0%	,9%	,2%	1,1%
	Residuos corregidos	-,4	-,3	,4	
Disconformidad con el diagnóstico o tratamiento	recuento	0	189	37	226
	%Motivo N2	,0%	83,6%	16,4%	100,0%
	% Rango edad recl.	,0%	8,9%	7,9%	8,7%
	% del total	,0%	7,2%	1,4%	8,7%
	Residuos corregidos	-1,2	,9	-,6	
Incidentes relacionados con la seguridad del paciente	recuento	2	56	9	67
	%Motivo N2	3,0%	83,6%	13,4%	100,0%

	% Rango edad recl.	12,5%	2,6%	1,9%	2,6%
	% del total	,1%	2,1%	,3%	2,6%
	Residuos corregidos	2,5	,4	-1,0	
Información asistencial y Consentimiento informado	recuento	0	45	7	52
	%Motivo N2	,0%	86,5%	13,5%	100,0%
	% Rango edad recl.	,0%	2,1%	1,5%	2,0%
	% del total	,0%	1,7%	,3%	2,0%
	Residuos corregidos	-,6	,9	-,8	
Lista de espera	recuento	2	771	208	981
	%Motivo N2	,2%	78,6%	21,2% p< 0.0001	100,0%
	% Rango edad recl.	12,5%	36,2%	44,6%	37,6%
	% del total	,1%	29,6%	8,0%	37,6%
	Residuos corregidos	-2,1	-3,0	3,5	
Mantenimiento y seguridad	recuento	0	19	6	25
	%Motivo N2	,0%	76,0%	24,0%	100,0%
	% Rango edad recl.	,0%	,9%	1,3%	1,0%
	% del total	,0%	,7%	,2%	1,0%
	Residuos corregidos	-,4	-,7	,8	
Planificación, organización y coordinación	recuento	2	293	58	353
	%Motivo N2	,6%	83,0%	16,4%	100,0%
	% Rango edad recl.	12,5%	13,8%	12,4%	13,5%
	% del total	,1%	11,2%	2,2%	13,5%
	Residuos corregidos	-,1	,8	-,8	
Prestaciones sanitarias	recuento	1	9	5	15
	%Motivo N2	6,7 p< 0,0001%	60,0%	33,3%	100,0%
	% Rango edad recl.	6,3%	,4%	1,1%	,6%
	% del total	,0%	,3%	,2%	,6%
	Residuos corregidos	3,0	-2,2	1,6	
Reiteración de la reclamación	recuento	0	5	1	6
	%Motivo N2	,0%	83,3%	16,7%	100,0%
	% Rango edad recl.	,0%	,2%	,2%	,2%
	% del total	,0%	,2%	,0%	,2%
	Residuos corregidos	-,2	,1	-,1	
Suspensión de actos	recuento	0	49	8	57

programados	%Motivo N2	,0%	86,0%	14,0%	100,0%
	% Rango edad recl.	,0%	2,3%	1,7%	2,2%
	% del total	,0%	1,9%	,3%	2,2%
	Residuos corregidos	-,6	,9	-,8	
Trato	recuento	2	201	23	226
	%Motivo N2	,9%	88,9% p≤ 0,0001	10,2%	100,0%
	% Rango edad recl.	12,5%	9,4%	4,9%	8,7%
	% del total	,1%	7,7%	,9%	8,7%
	Residuos corregidos	,5	3,0	-3,2	
TOTAL	recuento	16	2127	466	2609
	%Motivo N2	,6%	81,5%	17,9%	100,0%
	% Rango edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	,6%	81,5%	17,9%	100,0%
	Residuos corregidos				

Tabla 17. Motivos de reclamación a nivel 2 y edad del reclamante

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Grados libertad	Significación asintótica (bilateral)
Chi cuadrado de Pearson	96,920(a)	30	,0001
Razón de verosimilitudes	73,181	30	,0001
N de casos válidos	2609		

A 21 casillas (43,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

- **Sexo del reclamante y motivos de reclamación desagregados a nivel 2** (Tabla18)

Motivos reclamación Nivel 2	Sexo del reclamante			
	Hombre	Mujer	Total	
Accesibilidad y comunicaciones	recuento	12	14	26
	%Motivo N2	46,2%	53,8%	100,0%
	% Sexo Reclamante	1,2%	,9%	1,0%
	% del total	,5%	,5%	1,0%

	Residuos corregidos	,8	-,8	
Asignación o cambios de profesional o centro	recuento	10	45	55
	%Motivo N2	18,2%	81,8% p≤ 0,0001	100,0%
	% Sexo Reclamante	1,0%	2,8%	2,1%
	% del total	,4%	1,7%	2,1%
	Residuos corregidos	-3,1	3,1	
Condiciones ambientales y hosteleras	recuento	33	34	67
	%Motivo N2	49,3%	50,7%	100,0%
	% Sexo Reclamante	3,3%	2,1%	2,6%
	% del total	1,3%	1,3%	2,6%
	Residuos corregidos	1,8	-1,8	
Cuestiones administrativas de acceso a la asistencia	recuento	10	14	24
	%Motivo N2	41,7%	58,3%	100,0%
	% Sexo Reclamante	1,0%	,9%	,9%
	% del total	,4%	,5%	,9%
	Residuos corregidos	,3	-,3	
Demora en la asistencia	recuento	181	219	400
	%Motivo N2	45,3% p≤ 0,0001	54,8%	100,0%
	% Sexo Reclamante	18,0%	13,6%	15,3%
	% del total	6,9%	8,4%	15,3%
	Residuos corregidos	3,0	-3,0	
Denegación de la asistencia	recuento	10	19	29
	%Motivo N2	34,5%	65,5%	100,0%
	% Sexo Reclamante	1,0%	1,2%	1,1%
	% del total	,4%	,7%	1,1%
	Residuos corregidos	-,4	,4	
Disconformidad con el diagnóstico o tratamiento	recuento	78	148	226
	%Motivo N2	34,5%	65,5%	100,0%
	% Sexo Reclamante	7,8%	9,2%	8,7%
	% del total	3,0%	5,7%	8,7%
	Residuos corregidos	-1,3	1,3	
Incidentes relacionados con la seguridad del paciente	recuento	22	45	67
	%Motivo N2	32,8%	67,2%	100,0%
	% Sexo Reclamante	2,2%	2,8%	2,6%

	% del total	,8%	1,7%	2,6%
	Residuos corregidos	-1,0	1,0	
Información asistencial y Consentimiento informado	recuento	17	35	52
	%Motivo N2	32,7%	67,3%	100,0%
	% Sexo Reclamante	1,7%	2,2%	2,0%
	% del total	,7%	1,3%	2,0%
	Residuos corregidos	-,9	,9	
Lista de espera	recuento	405	576	981
	%Motivo N2	41,3% p≤ 0,0001	58,7%	100,0%
	% Sexo Reclamante	40,3%	35,9%	37,6%
	% del total	15,5%	22,1%	37,6%
	Residuos corregidos	2,3	-2,3	
Mantenimiento y seguridad	recuento	6	19	25
	%Motivo N2	24,0%	76,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,6%	1,2%	1,0%
	% del total	,2%	,7%	1,0%
	Residuos corregidos	-1,5	1,5	
Planificación, organización y coordinación	recuento	118	235	353
	%Motivo N2	33,4%	66,6% p≤ 0,0001	100,0%
	% Sexo Reclamante	11,8%	14,6%	13,5%
	% del total	4,5%	9,0%	13,5%
	Residuos corregidos	-2,1	2,1	
Prestaciones sanitarias	recuento	6	9	15
	%Motivo N2	40,0%	60,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,6%	,6%	,6%
	% del total	,2%	,3%	,6%
	Residuos corregidos	,1	-,1	
Reiteración de la reclamación	recuento	5	1	6
	%Motivo N2	83,3% p≤ 0,0001	16,7%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,5%	,1%	,2%
	% del total	,2%	,0%	,2%
	Residuos corregidos	2,3	-2,3	
Suspensión de actos programados	recuento	18	39	57
	%Motivo N2	31,6%	68,4%	100,0%

	% Sexo Reclamante	1,8%	2,4%	2,2%
	% del total	,7%	1,5%	2,2%
	Residuos corregidos	-1,1	1,1	
Trato	recuento	73	153	226
	%Motivo N2	32,3%	67,7%	100,0%
	% Sexo Reclamante	7,3%	9,5%	8,7%
	% del total	2,8%	5,9%	8,7%
	Residuos corregidos	-2,0	2,0	
TOTAL	recuento	1004	1605	2609
	%Motivo N2	38,5%	61,5%	100,0%
	% Sexo Reclamante	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	38,5%	61,5%	100,0%

Tabla 18. Motivos de reclamación a nivel 2 y sexo del reclamante

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Grados libertad	Significación asintótica (bilateral)
Chi cuadrado de Pearson	43,871(a)	15	,0001
Razón de verosimilitudes	45,116	15	,0001
N de casos válidos	2609		

A 2 casillas (6,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,31.

- **Edad del reclamante y servicios a los que ha dirigido la reclamación** (Tabla 19)

SERVICIO		Rango Edad Reclamante			Total
		0 a 17	18 a 65	>65	
(DIRECCION GENERAL ASISTENCIA SANITARIA)	Recuento	0	5	0	5
	% SERVICIO	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,2%	,0%	,2%
	% del Total	,0%	,2%	,0%	,2%

	Residuos corregidos	-,2	1,1	-1,0	
ADMISIÓN	Recuento	1	66	13	80
	% SERVICIO	1,3%	82,5%	16,3%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	6,3%	3,1%	2,8%	3,1%
	% del Total	,0%	2,5%	,5%	3,1%
	Residuos corregidos	,7	,2	-,4	
ANÁLISIS CLÍNICOS	Recuento	0	4	2	6
	% SERVICIO	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,2%	,4%	,2%
	% del Total	,0%	,2%	,1%	,2%
	Residuos corregidos	-,2	-,9	1,0	
ANATOMÍA PATOLÓGICA	Recuento	0	6	5	11
	% SERVICIO	,0%	54,5%	45,5%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,3%	1,1%	,4%
	% del Total	,0%	,2%	,2%	,4%
	Residuos corregidos	-,3	-2,3	2,4	
ANESTESIA REANIMACIÓN	Recuento	0	8	0	8
	% SERVICIO	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,4%	,0%	,3%
	% del Total	,0%	,3%	,0%	,3%
	Residuos corregidos	-,2	1,3	-1,3	
ANESTESIA Y REANIMACIÓN	Recuento	0	13	8	21
	% SERVICIO	,0%	61,9%	38,1%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,6%	1,7%	,8%
	% del Total	,0%	,5%	,3%	,8%
	Residuos corregidos	-,4	-2,3	2,4	
APARCAMIENTO	Recuento	0	2	2	4
	% SERVICIO	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,1%	,4%	,2%
	% del Total	,0%	,1%	,1%	,2%
	Residuos corregidos	-,2	-1,6	1,7	
CARDIOLOGÍA	Recuento	0	69	24	93
	% SERVICIO	,0%	74,2%	25,8%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	3,2%	5,2%	3,6%

	% del Total	,0%	2,6%	,9%	3,6%
	Residuos corregidos	-,8	-1,9	2,0	
CIRUGÍA DIGESTIVO	Recuento	0	14	2	16
	% SERVICIO	,0%	87,5%	12,5%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,7%	,4%	,6%
	% del Total	,0%	,5%	,1%	,6%
	Residuos corregidos	-,3	,6	-,6	
CIRUGÍA GENERAL	Recuento	0	11	2	13
	% SERVICIO	,0%	84,6%	15,4%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,5%	,4%	,5%
	% del Total	,0%	,4%	,1%	,5%
	Residuos corregidos	-,3	,3	-,2	
CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO	Recuento	0	65	14	79
	% SERVICIO	,0%	82,3%	17,7%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	3,1%	3,0%	3,0%
	% del Total	,0%	2,5%	,5%	3,0%
	Residuos corregidos	-,7	,2	,0	
CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA	Recuento	0	1	0	1
	% SERVICIO	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,0%	,0%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	-,1	,5	-,5	
COCINA	Recuento	0	10	2	12
	% SERVICIO	,0%	83,3%	16,7%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,5%	,4%	,5%
	% del Total	,0%	,4%	,1%	,5%
	Residuos corregidos	-,3	,2	-,1	
DERMATOLOGÍA	Recuento	3	116	41	160
	% SERVICIO	1,9%	72,5%	25,6%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	18,8%	5,5%	8,8%	6,1%
	% del Total	,1%	4,4%	1,6%	6,1%
	Residuos corregidos	2,1	-3,0	2,6	
DIGESTIVO	Recuento	0	48	11	59
	% SERVICIO	,0%	81,4%	18,6%	100,0%

	% Rango Edad Recl.	,0%	2,3%	2,4%	2,3%
	% del Total	,0%	1,8%	,4%	2,3%
	Residuos corregidos	-,6	,0	,2	
FARMACIA	Recuento	0	9	3	12
	% SERVICIO	,0%	75,0%	25,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,4%	,6%	,5%
	% del Total	,0%	,3%	,1%	,5%
	Residuos corregidos	-,3	-,6	,6	
FISIOTERAPIA	Recuento	0	5	0	5
	% SERVICIO	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,2%	,0%	,2%
	% del Total	,0%	,2%	,0%	,2%
	Residuos corregidos	-,2	1,1	-1,0	
GERENCIA (GERENCIA, D. MÉDICA, D. ENFERMERÍA, ETC.)	Recuento	0	17	1	18
	% SERVICIO	,0%	94,4%	5,6%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,8%	,2%	,7%
	% del Total	,0%	,7%	,0%	,7%
	Residuos corregidos	-,3	1,4	-1,4	
GINECOLOGÍA	Recuento	0	16	1	17
	% SERVICIO	,0%	94,1%	5,9%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,8%	,2%	,7%
	% del Total	,0%	,6%	,0%	,7%
	Residuos corregidos	-,3	1,3	-1,3	
HABITABILIDAD	Recuento	0	2	1	3
	% SERVICIO	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,1%	,2%	,1%
	% del Total	,0%	,1%	,0%	,1%
	Residuos corregidos	-,1	-,7	,7	
HEMATOLOGÍA	Recuento	0	10	2	12
	% SERVICIO	,0%	83,3%	16,7%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,5%	,4%	,5%
	% del Total	,0%	,4%	,1%	,5%
	Residuos corregidos	-,3	,2	-,1	
INFORMACION - CENTRALITA -	Recuento	0	1	0	1

TRADUCCION	% SERVICIO	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,0%	,0%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	-,1	,5	-,5	
LIMPIEZA	Recuento	0	2	0	2
	% SERVICIO	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,1%	,0%	,1%
	% del Total	,0%	,1%	,0%	,1%
	Residuos corregidos	-,1	,7	-,7	
LIMPIEZA INTERIOR - DESRATIZACIÓN. DESINSECTACIÓN	Recuento	0	4	1	5
	% SERVICIO	,0%	80,0%	20,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,2%	,2%	,2%
	% del Total	,0%	,2%	,0%	,2%
	Residuos corregidos	-,2	-,1	,1	
MANTENIMIENTO	Recuento	0	13	3	16
	% SERVICIO	,0%	81,3%	18,8%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,6%	,6%	,6%
	% del Total	,0%	,5%	,1%	,6%
	Residuos corregidos	-,3	,0	,1	
MATRONA (COMO SERVICIO)	Recuento	0	1	0	1
	% SERVICIO	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,0%	,0%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	-,1	,5	-,5	
MED. DIGESTIVA	Recuento	0	10	2	12
	% SERVICIO	,0%	83,3%	16,7%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,5%	,4%	,5%
	% del Total	,0%	,4%	,1%	,5%
	Residuos corregidos	-,3	,2	-,1	
MED. INTENSIVA	Recuento	0	3	1	4
	% SERVICIO	,0%	75,0%	25,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,1%	,2%	,2%
	% del Total	,0%	,1%	,0%	,2%
	Residuos corregidos	-,2	-,3	,4	

MED. URGENCIAS	Recuento	0	98	7	105
	% SERVICIO	,0%	93,3% p≤ 0,0001	6,7%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	4,6%	1,5%	4,0%
	% del Total	,0%	3,8%	,3%	4,0%
	Residuos corregidos	-,8	3,2	-3,1	
MEDICINA INTERNA	Recuento	0	66	21	87
	% SERVICIO	,0%	75,9%	24,1%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	3,1%	4,5%	3,3%
	% del Total	,0%	2,5%	,8%	3,3%
	Residuos corregidos	-,7	-1,4	1,6	
MEDICINA NUCLEAR	Recuento	0	1	0	1
	% SERVICIO	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,0%	,0%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	-,1	,5	-,5	
NEUMOLOGÍA	Recuento	0	54	23	77
	% SERVICIO	,0%	70,1%	29,9% p≤ 0,0001	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	2,5%	4,9%	3,0%
	% del Total	,0%	2,1%	,9%	3,0%
	Residuos corregidos	-,7	-2,6	2,8	
NEUROLOGÍA	Recuento	0	28	11	39
	% SERVICIO	,0%	71,8%	28,2%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	1,3%	2,4%	1,5%
	% del Total	,0%	1,1%	,4%	1,5%
	Residuos corregidos	-,5	-1,6	1,7	
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Recuento	0	1	0	1
	% SERVICIO	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,0%	,0%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	-,1	,5	-,5	
OBSTETRICIA	Recuento	0	13	0	13
	% SERVICIO	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,6%	,0%	,5%
	% del Total	,0%	,5%	,0%	,5%

	Residuos corregidos	-,3	1,7	-1,7	
OBSTETRICIA GINECOLOGÍA	Recuento	1	111	6	118
	% SERVICIO	,8%	94,1% p≤ 0,0001	5,1%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	6,3%	5,2%	1,3%	4,5%
	% del Total	,0%	4,3%	,2%	4,5%
	Residuos corregidos	,3	3,6	-3,7	
ODONTOLOGÍA.E STOMATOLOGÍA	Recuento	0	2	0	2
	% SERVICIO	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,1%	,0%	,1%
	% del Total	,0%	,1%	,0%	,1%
	Residuos corregidos	-,1	,7	-,7	
OFTALMOL. NO JERAQUIZADA	Recuento	0	1	0	1
	% SERVICIO	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,0%	,0%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	-,1	,5	-,5	
OFTALMOLOGÍA	Recuento	2	78	51	131
	% SERVICIO	1,5%	59,5%	38,9% p≤ 0,0001	100,0%
	% Rango Edad Recl.	12,5%	3,7%	10,9%	5,0%
	% del Total	,1%	3,0%	2,0%	5,0%
	Residuos corregidos	1,4	-6,7	6,5	
ONCOLOGÍA	Recuento	0	0	1	1
	% SERVICIO	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,0%	,2%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	-,1	-2,1	2,1	
ONCOLOGÍA MEDICA	Recuento	0	1	1	2
	% SERVICIO	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,0%	,2%	,1%
	% del Total	,0%	,0%	,0%	,1%
	Residuos corregidos	-,1	-1,1	1,2	
OTORRINO LARINGOLOGÍA	Recuento	0	74	4	78
	% SERVICIO	,0%	94,9% p≤ 0,0001	5,1%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	3,5%	,9%	3,0%

	% del Total	,0%	2,8%	,2%	3,0%
	Residuos corregidos	-,7	3,1	-3,0	
OTROS	Recuento	0	4	1	5
	% SERVICIO	,0%	80,0%	20,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,2%	,2%	,2%
	% del Total	,0%	,2%	,0%	,2%
	Residuos corregidos	-,2	-,1	,1	
PEDIATRÍA	Recuento	3	32	3	38
	% SERVICIO	7,9%	84,2%	7,9%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	18,8%	1,5%	,6%	1,5%
	% del Total	,1%	1,2%	,1%	1,5%
	Residuos corregidos	5,8	,4	-1,6	
PRESTACIONES	Recuento	0	3	0	3
	% SERVICIO	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,1%	,0%	,1%
	% del Total	,0%	,1%	,0%	,1%
	Residuos corregidos	-,1	,8	-,8	
PSIQUIATRÍA	Recuento	0	1	0	1
	% SERVICIO	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,0%	,0%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	-,1	,5	-,5	
RADIO-DIAGNÓSTICO	Recuento	0	66	18	84
	% SERVICIO	,0%	78,6%	21,4%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	3,1%	3,9%	3,2%
	% del Total	,0%	2,5%	,7%	3,2%
	Residuos corregidos	-,7	-,7	,9	
REHABILITACIÓN	Recuento	0	127	28	155
	% SERVICIO	,0%	81,9%	18,1%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	6,0%	6,0%	5,9%
	% del Total	,0%	4,9%	1,1%	5,9%
	Residuos corregidos	-1,0	,1	,1	
RESTAURACION - ALIMENTACIÓN	Recuento	0	7	10	17
	% SERVICIO	,0%	41,2%	58,8%	100,0%
				p ≤ 0,0001	

	% Rango Edad Recl.	,0%	,3%	2,1%	,7%
	% del Total	,0%	,3%	,4%	,7%
	Residuos corregidos	-,3	-4,3	4,4	
REUMATOLOGÍA	Recuento	0	20	7	27
	% SERVICIO	,0%	74,1%	25,9%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,9%	1,5%	1,0%
	% del Total	,0%	,8%	,3%	1,0%
	Residuos corregidos	-,4	-1,0	1,1	
SEGURIDAD	Recuento	0	5	0	5
	% SERVICIO	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,2%	,0%	,2%
	% del Total	,0%	,2%	,0%	,2%
	Residuos corregidos	-,2	1,1	-1,0	
SERVICIO ATENCION USUARIO	Recuento	0	6	2	8
	% SERVICIO	,0%	75,0%	25,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,3%	,4%	,3%
	% del Total	,0%	,2%	,1%	,3%
	Residuos corregidos	-,2	-,5	,5	
SERVICIO DE ALERGIA	Recuento	0	19	0	19
	% SERVICIO	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,9%	,0%	,7%
	% del Total	,0%	,7%	,0%	,7%
	Residuos corregidos	-,3	2,1	-2,0	
SIN SERVICIO	Recuento	0	21	6	27
	% SERVICIO	,0%	77,8%	22,2%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	1,0%	1,3%	1,0%
	% del Total	,0%	,8%	,2%	1,0%
	Residuos corregidos	-,4	-,5	,6	
TRANSPORTE SANITARIO - AMBULANCIAS	Recuento	0	4	1	5
	% SERVICIO	,0%	80,0%	20,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,2%	,2%	,2%
	% del Total	,0%	,2%	,0%	,2%
	Residuos corregidos	-,2	-,1	,1	
TRAUMA-CIRUGÍA	Recuento	0	29	5	34

ORTOPÉDICA	% SERVICIO	,0%	85,3%	14,7%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	1,4%	1,1%	1,3%
	% del Total	,0%	1,1%	,2%	1,3%
	Residuos corregidos	-,5	,6	-,5	
TRAUMATOLOGÍA	Recuento	0	117	28	145
	% SERVICIO	,0%	80,7%	19,3%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	5,5%	6,0%	5,6%
	% del Total	,0%	4,5%	1,1%	5,6%
Residuos corregidos	-1,0	-,3	,5		
TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	Recuento	0	209	39	248
	% SERVICIO	,0%	84,3%	15,7%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	9,8%	8,4%	9,5%
	% del Total	,0%	8,0%	1,5%	9,5%
Residuos corregidos	-1,3	1,2	-,9		
UNIDAD DOLOR	Recuento	0	3	0	3
	% SERVICIO	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,1%	,0%	,1%
	% del Total	,0%	,1%	,0%	,1%
Residuos corregidos	-,1	,8	-,8		
URGENCIAS	Recuento	6	346	36	388
	% SERVICIO	1,5% p ≤ 0,0001	89,2% p ≤ 0,0001	9,3%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	37,5%	16,3%	7,7%	14,9%
	% del Total	,2%	13,3%	1,4%	14,9%
Residuos corregidos	2,6	4,2	-4,8		
UROLOGÍA	Recuento	0	38	11	49
	% SERVICIO	,0%	77,6%	22,4%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	1,8%	2,4%	1,9%
	% del Total	,0%	1,5%	,4%	1,9%
Residuos corregidos	-,6	-,7	,8		
VIALES Y JARDINES - LIMPIEZA EXTERIOR	Recuento	0	10	5	15
	% SERVICIO	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,5%	1,1%	,6%
	% del Total	,0%	,4%	,2%	,6%
Residuos corregidos	-,3	-1,5	1,6		

VIGILANCIA Y SEGURIDAD	Recuento	0	1	0	1
	% SERVICIO	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	,0%	,0%	,0%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	-,1	,5	-,5	
TOTAL	Recuento	16	2127	466	2609
	% SERVICIO	,6%	81,5%	17,9%	100,0%
	% Rango Edad Recl.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del Total	,6%	81,5%	17,9%	100,0%

Tabla 19. Servicios que reciben reclamación y rango de edad del reclamante

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Grados libertad	Significación asintótica (bilateral)
Chi cuadrado de Pearson	239,776(a)	124	,0001
Razón de verosimilitudes	229,569	124	,0001
N de casos válidos	2609		

A 130 casillas (68,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

- **Sexo del reclamante y servicios a los que ha dirigido la reclamación** (Tabla 20)

SERVICIO		Sexo del reclamante		
		Hombre	Mujer	Total
(DIRECCION GENERAL ASISTENCIA SANITARIA)	Recuento	0	5	5
	% SERVICIO	,0%	100,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,0%	,3%	,2%
	% del Total	,0%	,2%	,2%
	Residuos corregidos	-1,8	1,8	
ADMISIÓN	Recuento	20	60	80
	% SERVICIO	25,0%	75,0p≤ 0.0001%	100,0%
	% Sexo Reclamante	2,0%	3,7%	3,1%
	% del Total	,8%	2,3%	3,1%
	Residuos corregidos	-2,5	2,5	
ANÁLISIS CLÍNICOS	Recuento	3	3	6
	% SERVICIO	50,0%	50,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,3%	,2%	,2%
	% del Total	,1%	,1%	,2%
	Residuos corregidos	,6	-,6	
ANATOMÍA PATOLÓGICA	Recuento	3	8	11
	% SERVICIO	27,3%	72,7%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,3%	,5%	,4%
	% del Total	,1%	,3%	,4%
	Residuos corregidos	-,8	,8	
ANESTESIA REANIMACIÓN	Recuento	3	5	8
	% SERVICIO	37,5%	62,5%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,3%	,3%	,3%
	% del Total	,1%	,2%	,3%
	Residuos corregidos	-,1	,1	
ANESTESIA Y REANIMACIÓN	Recuento	4	17	21
	% SERVICIO	19,0%	81,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,4%	1,1%	,8%
	% del Total	,2%	,7%	,8%

	Residuos corregidos	-1,8	1,8	
APARCAMIENTO	Recuento	2	2	4
	% SERVICIO	50,0%	50,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,2%	,1%	,2%
	% del Total	,1%	,1%	,2%
	Residuos corregidos	,5	-,5	
CARDIOLOGÍA	Recuento	45	48	93
	% SERVICIO	48,4%	51,6%	100,0%
	% Sexo Reclamante	4,5%	3,0%	3,6%
	% del Total	1,7%	1,8%	3,6%
	Residuos corregidos	2,0	-2,0	
CIRUGÍA DIGESTIVO	Recuento	7	9	16
	% SERVICIO	43,8%	56,3%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,7%	,6%	,6%
	% del Total	,3%	,3%	,6%
	Residuos corregidos	,4	-,4	
CIRUGÍA GENERAL	Recuento	3	10	13
	% SERVICIO	23,1%	76,9%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,3%	,6%	,5%
	% del Total	,1%	,4%	,5%
	Residuos corregidos	-1,1	1,1	
CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO	Recuento	43	36	79
	% SERVICIO	54,4% p ≤ 0,0001	45,6%	100,0%
	% Sexo Reclamante	4,3%	2,2%	3,0%
	% del Total	1,6%	1,4%	3,0%
	Residuos corregidos	3,0	-3,0	
CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA	Recuento	1	0	1
	% SERVICIO	100,0%	,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,1%	,0%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	1,3	-1,3	
COCINA	Recuento	6	6	12
	% SERVICIO	50,0%	50,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,6%	,4%	,5%

	% del Total	,2%	,2%	,5%
	Residuos corregidos	,8	-,8	
DERMATOLOGÍA	Recuento	65	95	160
	% SERVICIO	40,6%	59,4%	100,0%
	% Sexo Reclamante	6,5%	5,9%	6,1%
	% del Total	2,5%	3,6%	6,1%
	Residuos corregidos	,6	-,6	
DIGESTIVO	Recuento	32	27	59
	% SERVICIO	54,2%	45,8%	100,0%
	% Sexo Reclamante	3,2%	1,7%	2,3%
	% del Total	1,2%	1,0%	2,3%
	Residuos corregidos	2,5	-2,5	
FARMACIA	Recuento	6	6	12
	% SERVICIO	50,0%	50,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,6%	,4%	,5%
	% del Total	,2%	,2%	,5%
	Residuos corregidos	,8	-,8	
FISIOTERAPIA	Recuento	4	1	5
	% SERVICIO	80,0%	20,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,4%	,1%	,2%
	% del Total	,2%	,0%	,2%
	Residuos corregidos	1,9	-1,9	
GERENCIA (GERENCIA, D. MÉDICA, D. ENFERMERÍA, ETC.)	Recuento	6	12	18
	% SERVICIO	33,3%	66,7%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,6%	,7%	,7%
	% del Total	,2%	,5%	,7%
	Residuos corregidos	-,5	,5	
GINECOLOGÍA	Recuento	0	17	17
	% SERVICIO	,0%	100,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,0%	1,1%	,7%
	% del Total	,0%	,7%	,7%
	Residuos corregidos	-3,3	3,3	
HABITABILIDAD	Recuento	1	2	3
	% SERVICIO	33,3%	66,7%	100,0%

	% Sexo Reclamante	,1%	,1%	,1%
	% del Total	,0%	,1%	,1%
	Residuos corregidos	-,2	,2	
HEMATOLOGÍA	Recuento	7	5	12
	% SERVICIO	58,3%	41,7%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,7%	,3%	,5%
	% del Total	,3%	,2%	,5%
	Residuos corregidos	1,4	-1,4	
INFORMACION - CENTRALITA - TRADUCCION	Recuento	1	0	1
	% SERVICIO	100,0%	,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,1%	,0%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	1,3	-1,3	
LIMPIEZA	Recuento	0	2	2
	% SERVICIO	,0%	100,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,0%	,1%	,1%
	% del Total	,0%	,1%	,1%
	Residuos corregidos	-1,1	1,1	
LIMPIEZA INTERIOR - DESRATIZACIÓN. - DESINSECTACIÓN	Recuento	2	3	5
	% SERVICIO	40,0%	60,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,2%	,2%	,2%
	% del Total	,1%	,1%	,2%
	Residuos corregidos	,1	-,1	
MANTENIMIENTO	Recuento	7	9	16
	% SERVICIO	43,8%	56,3%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,7%	,6%	,6%
	% del Total	,3%	,3%	,6%
	Residuos corregidos	,4	-,4	
MATRONA (COMO SERVICIO)	Recuento	0	1	1
	% SERVICIO	,0%	100,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,0%	,1%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	-,8	,8	
MED. DIGESTIVA	Recuento	5	7	12

	% SERVICIO	41,7%	58,3%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,5%	,4%	,5%
	% del Total	,2%	,3%	,5%
	Residuos corregidos	,2	-,2	
MED. INTENSIVA	Recuento	2	2	4
	% SERVICIO	50,0%	50,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,2%	,1%	,2%
	% del Total	,1%	,1%	,2%
	Residuos corregidos	,5	-,5	
MED. URGENCIAS	Recuento	45	60	105
	% SERVICIO	42,9%	57,1%	100,0%
	% Sexo Reclamante	4,5%	3,7%	4,0%
	% del Total	1,7%	2,3%	4,0%
	Residuos corregidos	,9	-,9	
MEDICINA INTERNA	Recuento	31	56	87
	% SERVICIO	35,6%	64,4%	100,0%
	% Sexo Reclamante	3,1%	3,5%	3,3%
	% del Total	1,2%	2,1%	3,3%
	Residuos corregidos	-,6	,6	
MEDICINA NUCLEAR	Recuento	0	1	1
	% SERVICIO	,0%	100,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,0%	,1%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	-,8	,8	
NEUMOLOGÍA	Recuento	34	43	77
	% SERVICIO	44,2%	55,8%	100,0%
	% Sexo Reclamante	3,4%	2,7%	3,0%
	% del Total	1,3%	1,6%	3,0%
	Residuos corregidos	1,0	-1,0	
NEUROLOGÍA	Recuento	22	17	39
	% SERVICIO	56,4%	43,6%	100,0%
	% Sexo Reclamante	2,2%	1,1%	1,5%
	% del Total	,8%	,7%	1,5%
	Residuos corregidos	2,3	-2,3	

NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Recuento	0	1	1
	% SERVICIO	,0%	100,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,0%	,1%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	-,8	,8	
OBSTETRICIA	Recuento	4	9	13
	% SERVICIO	30,8%	69,2%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,4%	,6%	,5%
	% del Total	,2%	,3%	,5%
	Residuos corregidos	-,6	,6	
OBSTETRICIA GINECOLOGÍA	Recuento	10	108	118
	% SERVICIO	8,5%	91,5%	100,0%
	% Sexo Reclamante	1,0%	p≤ 0,0001 6,7%	4,5%
	% del Total	,4%	4,1%	4,5%
	Residuos corregidos	-6,9	6,9	
ODONTOLOGÍA.E STOMATOLOGÍA	Recuento	0	2	2
	% SERVICIO	,0%	100,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,0%	,1%	,1%
	% del Total	,0%	,1%	,1%
	Residuos corregidos	-1,1	1,1	
OFTALMOL. NO JERAQUIZADA	Recuento	0	1	1
	% SERVICIO	,0%	100,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,0%	,1%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	-,8	,8	
OFTALMOLOGÍA	Recuento	56	75	131
	% SERVICIO	42,7%	57,3%	100,0%
	% Sexo Reclamante	5,6%	4,7%	5,0%
	% del Total	2,1%	2,9%	5,0%
	Residuos corregidos	1,0	-1,0	
ONCOLOGÍA	Recuento	0	1	1
	% SERVICIO	,0%	100,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,0%	,1%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%

	Residuos corregidos	-,8	,8	
ONCOLOGÍA MEDICA	Recuento	0	2	2
	% SERVICIO	,0%	100,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,0%	,1%	,1%
	% del Total	,0%	,1%	,1%
	Residuos corregidos	-1,1	1,1	
OTORRINO LARINGOLOGÍA	Recuento	30	48	78
	% SERVICIO	38,5%	61,5%	100,0%
	% Sexo Reclamante	3,0%	3,0%	3,0%
	% del Total	1,1%	1,8%	3,0%
	Residuos corregidos	,0	,0	
OTROS	Recuento	1	4	5
	% SERVICIO	20,0%	80,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,1%	,2%	,2%
	% del Total	,0%	,2%	,2%
	Residuos corregidos	-,9	,9	
PEDIATRÍA	Recuento	12	26	38
	% SERVICIO	31,6%	68,4%	100,0%
	% Sexo Reclamante	1,2%	1,6%	1,5%
	% del Total	,5%	1,0%	1,5%
	Residuos corregidos	-,9	,9	
PRESTACIONES	Recuento	0	3	3
	% SERVICIO	,0%	100,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,0%	,2%	,1%
	% del Total	,0%	,1%	,1%
	Residuos corregidos	-1,4	1,4	
PSIQUIATRÍA	Recuento	0	1	1
	% SERVICIO	,0%	100,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,0%	,1%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	-,8	,8	
RADIO- DIAGNÓSTICO	Recuento	42	42	84
	% SERVICIO	50,0% p ≤ 0,0001	50,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	4,2%	2,6%	3,2%

	% del Total	1,6%	1,6%	3,2%
	Residuos corregidos	2,2	-2,2	
REHABILITACIÓN	Recuento	49	106	155
	% SERVICIO	31,6%	68,4%	100,0%
	% Sexo Reclamante	4,9%	6,6%	5,9%
	% del Total	1,9%	4,1%	5,9%
	Residuos corregidos	-1,8	1,8	
RESTAURACION - ALIMENTACIÓN	Recuento	8	9	17
	% SERVICIO	47,1%	52,9%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,8%	,6%	,7%
	% del Total	,3%	,3%	,7%
	Residuos corregidos	,7	-,7	
REUMATOLOGÍA	Recuento	8	19	27
	% SERVICIO	29,6%	70,4%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,8%	1,2%	1,0%
	% del Total	,3%	,7%	1,0%
	Residuos corregidos	-1,0	1,0	
SEGURIDAD	Recuento	1	4	5
	% SERVICIO	20,0%	80,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,1%	,2%	,2%
	% del Total	,0%	,2%	,2%
	Residuos corregidos	-,9	,9	
SERVICIO ATENCION USUARIO	Recuento	5	3	8
	% SERVICIO	62,5%	37,5%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,5%	,2%	,3%
	% del Total	,2%	,1%	,3%
	Residuos corregidos	1,4	-1,4	
SERVICIO DE ALERGIA	Recuento	3	16	19
	% SERVICIO	15,8%	84,2%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,3%	1,0%	,7%
	% del Total	,1%	,6%	,7%
	Residuos corregidos	-2,0	2,0	
SIN SERVICIO	Recuento	6	21	27
	% SERVICIO	22,2%	77,8%	100,0%

	% Sexo Reclamante	,6%	1,3%	1,0%
	% del Total	,2%	,8%	1,0%
	Residuos corregidos	-1,7	1,7	
TRANSPORTE SANITARIO - AMBULANCIAS	Recuento	1	4	5
	% SERVICIO	20,0%	80,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,1%	,2%	,2%
	% del Total	,0%	,2%	,2%
	Residuos corregidos	-,9	,9	
TRAUMA-CIRUGÍA ORTOPÉDICA	Recuento	17	17	34
	% SERVICIO	50,0%	50,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	1,7%	1,1%	1,3%
	% del Total	,7%	,7%	1,3%
	Residuos corregidos	1,4	-1,4	
TRAUMATOLOGÍA	Recuento	53	92	145
	% SERVICIO	36,6%	63,4%	100,0%
	% Sexo Reclamante	5,3%	5,7%	5,6%
	% del Total	2,0%	3,5%	5,6%
	Residuos corregidos	-,5	,5	
TRAUMATOLOGIA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	Recuento	93	155	248
	% SERVICIO	37,5%	62,5%	100,0%
	% Sexo Reclamante	9,3%	9,7%	9,5%
	% del Total	3,6%	5,9%	9,5%
	Residuos corregidos	-,3	,3	
UNIDAD DOLOR	Recuento	2	1	3
	% SERVICIO	66,7%	33,3%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,2%	,1%	,1%
	% del Total	,1%	,0%	,1%
	Residuos corregidos	1,0	-1,0	
URGENCIAS	Recuento	163	225	388
	% SERVICIO	42,0%	58,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	16,2%	14,0%	14,9%
	% del Total	6,2%	8,6%	14,9%
	Residuos corregidos	1,5	-1,5	
UROLOGÍA	Recuento	21	28	49

	% SERVICIO	42,9%	57,1%	100,0%
	% Sexo Reclamante	2,1%	1,7%	1,9%
	% del Total	,8%	1,1%	1,9%
	Residuos corregidos	,6	-,6	
VIALES Y JARDINES - LIMPIEZA EXTERIOR	Recuento	8	7	15
	% SERVICIO	53,3%	46,7%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,8%	,4%	,6%
	% del Total	,3%	,3%	,6%
	Residuos corregidos	1,2	-1,2	
VIGILANCIA Y SEGURIDAD	Recuento	1	0	1
	% SERVICIO	100,0%	,0%	100,0%
	% Sexo Reclamante	,1%	,0%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	1,3	-1,3	
TOTAL	Recuento	1004	1605	2609
	% SERVICIO	38,5%	61,5%	100,0%
	% Sexo Reclamante	100,0%	100,0%	100,0%
	% del Total	38,5%	61,5%	100,0%

Tabla 20. Servicios que reciben reclamación y sexo del reclamante

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Grados libertad	Significación asintótica (bilateral)
Chi cuadrado de Pearson	148,624(a)	62	,0001
Razón de verosimilitudes	173,765	62	,0001
N de casos válidos	2609		

A 57 casillas (45,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,38.

- **Edad del reclamante y actividad por la que formula reclamación** (Tabla 21)

ACTIVIDAD		Rango Edad Reclamante			Total
		0 a 17	18 a 65	>65	
A DEMANDA	Recuento	0	2	0	2
	% ACTIVIDAD	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,1%	,0%	,1%
	% del Total	,0%	,1%	,0%	,1%
	Residuos corregidos	-,1	,7	-,7	
ANALITICA	Recuento	0	4	2	6
	% ACTIVIDAD	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,2%	,4%	,2%
	% del Total	,0%	,2%	,1%	,2%
	Residuos corregidos	-,2	-,9	1,0	
BIOPSIA	Recuento	0	5	5	10
	% ACTIVIDAD	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,2%	1,1%	,4%
	% del Total	,0%	,2%	,2%	,4%
	Residuos corregidos	-,2	-2,6	2,7	
BLOQUE QUIRURGICO	Recuento	0	82	13	95
	% ACTIVIDAD	,0%	86,3%	13,7%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	3,9%	2,8%	3,6%
	% del Total	,0%	3,1%	,5%	3,6%
	Residuos corregidos	-,8	1,2	-1,1	
CENTROS PRIVADOS ACTIVIDAD NO HOSPITALARIA	Recuento	0	1	0	1
	% ACTIVIDAD	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,0%	,0%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	-,1	,5	-,5	
COLONOSCOPIA	Recuento	0	9	2	11
	% ACTIVIDAD	,0%	81,8%	18,2%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,4%	,4%	,4%
	% del Total	,0%	,3%	,1%	,4%

	Residuos corregidos	-,3	,0	,0	
CONSULTAS EXTERNAS EXTRAHOSPITALARIAS	Recuento	1	89	7	97
	% ACTIVIDAD	1,0%	91,8%	7,2%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	6,3%	4,2%	1,5%	3,7%
	% del Total	,0%	3,4%	,3%	3,7%
	Residuos corregidos	,5	2,6	-2,8	
CONSULTAS EXTERNAS INTRAHOSPITALARIAS	Recuento	8	670	200	878
	% ACTIVIDAD	,9%	76,3%	22,8%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	50,0%	31,5%	42,9%	33,7%
	% del Total	,3%	25,7%	7,7%	33,7%
	Residuos corregidos	1,4	-4,9	4,7	
ECOCARDIA	Recuento	0	10	0	10
	% ACTIVIDAD	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,5%	,0%	,4%
	% del Total	,0%	,4%	,0%	,4%
	Residuos corregidos	-,2	1,5	-1,5	
ECO-DOPPLER	Recuento	0	2	0	2
	% ACTIVIDAD	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,1%	,0%	,1%
	% del Total	,0%	,1%	,0%	,1%
	Residuos corregidos	-,1	,7	-,7	
ECOGRAFIA	Recuento	0	17	4	21
	% ACTIVIDAD	,0%	81,0%	19,0%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,8%	,9%	,8%
	% del Total	,0%	,7%	,2%	,8%
	Residuos corregidos	-,4	-,1	,1	
ELECTROMIAGRAMA	Recuento	0	1	0	1
	% ACTIVIDAD	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,0%	,0%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	-,1	,5	-,5	
ENDOSCOPIA	Recuento	0	4	0	4
	% ACTIVIDAD	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,2%	,0%	,2%

	% del Total	,0%	,2%	,0%	,2%
	Residuos corregidos	-,2	1,0	-,9	
GISCARMSA	Recuento	0	13	3	16
	% ACTIVIDAD	,0%	81,3%	18,8%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,6%	,6%	,6%
	% del Total	,0%	,5%	,1%	,6%
	Residuos corregidos	-,3	,0	,1	
HOSPITAL DE DIA	Recuento	0	17	3	20
	% ACTIVIDAD	,0%	85,0%	15,0%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,8%	,6%	,8%
	% del Total	,0%	,7%	,1%	,8%
	Residuos corregidos	-,4	,4	-,3	
HOSPITALIZACIÓN TRADICIONAL	Recuento	0	164	31	195
	% ACTIVIDAD	,0%	84,1%	15,9%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	7,7%	6,7%	7,5%
	% del Total	,0%	6,3%	1,2%	7,5%
	Residuos corregidos	-1,1	1,0	-,7	
MAMOGRAFIA	Recuento	0	4	0	4
	% ACTIVIDAD	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,2%	,0%	,2%
	% del Total	,0%	,2%	,0%	,2%
	Residuos corregidos	-,2	1,0	-,9	
ORTOPANTOMOGR AFIA	Recuento	0	0	4	4
	% ACTIVIDAD	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,0%	,9%	,2%
	% del Total	,0%	,0%	,2%	,2%
	Residuos corregidos	-,2	-4,2	4,3	
OTROS	Recuento	0	10	5	15
	% ACTIVIDAD	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,5%	1,1%	,6%
	% del Total	,0%	,4%	,2%	,6%
	Residuos corregidos	-,3	-1,5	1,6	
OTROS ESPECIALIZADA (MANTENIMIENTO, SEGURIDAD,	Recuento	0	36	18	54
	% ACTIVIDAD	,0%	66,7%	33,3%	100,0%

COCINA, ETC.)	% Rango Edad Pac.	,0%	1,7%	3,9%	2,1%
	% del Total	,0%	1,4%	,7%	2,1%
	Residuos corregidos	-,6	-2,8	3,0	
OTROS SERVICIOS ORGANIZATIVOS/A ADMINISTRATIVOS	Recuento	0	7	0	7
	% ACTIVIDAD	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,3%	,0%	,3%
	% del Total	,0%	,3%	,0%	,3%
	Residuos corregidos	-,2	1,3	-1,2	
PARTOS	Recuento	0	10	0	10
	% ACTIVIDAD	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,5%	,0%	,4%
	% del Total	,0%	,4%	,0%	,4%
	Residuos corregidos	-,2	1,5	-1,5	
PET TAC	Recuento	0	1	0	1
	% ACTIVIDAD	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,0%	,0%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	-,1	,5	-,5	
RAYOS X	Recuento	0	7	2	9
	% ACTIVIDAD	,0%	77,8%	22,2%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,3%	,4%	,3%
	% del Total	,0%	,3%	,1%	,3%
	Residuos corregidos	-,2	-,3	,3	
RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA	Recuento	0	8	2	10
	% ACTIVIDAD	,0%	80,0%	20,0%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,4%	,4%	,4%
	% del Total	,0%	,3%	,1%	,4%
	Residuos corregidos	-,2	-,1	,2	
SERV. SAN. CONCERTADOS CON HOSPITALIZACION	Recuento	0	4	0	4
	% ACTIVIDAD	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,2%	,0%	,2%
	% del Total	,0%	,2%	,0%	,2%
	Residuos corregidos	-,2	1,0	-,9	
SERV. SAN. CONCERTADOS	Recuento	0	14	3	17

SIN HOSPITALIZACION	% ACTIVIDAD	,0%	82,4%	17,6%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,7%	,6%	,7%
	% del Total	,0%	,5%	,1%	,7%
	Residuos corregidos	-,3	,1	,0	
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	Recuento	1	395	108	504
	% ACTIVIDAD	,2%	78,4%	21,4%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	6,3%	18,6%	23,2%	19,3%
	% del Total	,0%	15,1%	4,1%	19,3%
	Residuos corregidos	-1,3	-2,0	2,3	
SIN ACTIVIDAD	Recuento	0	17	5	22
	% ACTIVIDAD	,0%	77,3%	22,7%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,8%	1,1%	,8%
	% del Total	,0%	,7%	,2%	,8%
	Residuos corregidos	-,4	-,5	,6	
TAC SCANNER	Recuento	0	23	2	25
	% ACTIVIDAD	,0%	92,0%	8,0%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	1,1%	,4%	1,0%
	% del Total	,0%	,9%	,1%	1,0%
	Residuos corregidos	-,4	1,4	-1,3	
TRANSPORTE SANITARIO ESPECIALIZADA	Recuento	0	1	0	1
	% ACTIVIDAD	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	,0%	,0%	,0%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	-,1	,5	-,5	
URGENCIAS	Recuento	6	500	47	553
	% ACTIVIDAD	1,1%	90,4% p≤ 0,0001	8,5%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	37,5%	23,5%	10,1%	21,2%
	% del Total	,2%	19,2%	1,8%	21,2%
	Residuos corregidos	1,6	6,1	-6,5	
Total	Recuento	16	2127	466	2609
	% ACTIVIDAD	,6%	81,5%	17,9%	100,0%
	% Rango Edad Pac.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del Total	,6%	81,5%	17,9%	100,0%

Tabla 21. Actividad por la que se reclama y rango de edad del reclamante

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Grados libertad	Significación asintótica (bilateral)
Chi cuadrado de Pearson	119,345(a)	62	,000
Razón de verosimilitudes	130,252	62	,000
N de casos válidos	2609		

A 67 casillas (69,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

- **Sexo del reclamante y actividad por la que formula reclamación** (Tabla 22)

ACTIVIDAD		Sexo del reclamante		
		Hombre	Mujer	Total
A DEMANDA	Recuento	0	2	2
	% ACTIVIDAD	,0%	100,0%	100,0%
	% Sexo Paciente.	,0%	,1%	,1%
	% del Total	,0%	,1%	,1%
	Residuos corregidos	-1,1	1,1	
ANALITICA	Recuento	3	3	6
	% ACTIVIDAD	50,0%	50,0%	100,0%
	% Sexo Paciente.	,3%	,2%	,2%
	% del Total	,1%	,1%	,2%
	Residuos corregidos	,6	-,6	
BIOPSIA	Recuento	3	7	10
	% ACTIVIDAD	30,0%	70,0%	100,0%
	% Sexo Paciente.	,3%	,4%	,4%
	% del Total	,1%	,3%	,4%
	Residuos corregidos	-,6	,6	
BLOQUE QUIRURGICO	Recuento	40	55	95
	% ACTIVIDAD	42,1%	57,9%	100,0%
	% Sexo Paciente.	4,0%	3,4%	3,6%

	% del Total	1,5%	2,1%	3,6%
	Residuos corregidos	,7	-,7	
CENTROS PRIVADOS ACTIVIDAD NO HOSPITALARIA	Recuento	1	0	1
	% ACTIVIDAD	100,0%	,0%	100,0%
	% Sexo Paciente.	,1%	,0%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	1,3	-1,3	
COLONOSCOPIA	Recuento	6	5	11
	% ACTIVIDAD	54,5%	45,5%	100,0%
	% Sexo Paciente.	,6%	,3%	,4%
	% del Total	,2%	,2%	,4%
	Residuos corregidos	1,1	-1,1	
CONSULTAS EXTERNAS EXTRAHOSPITALARIAS	Recuento	36	61	97
	% ACTIVIDAD	37,1%	62,9%	100,0%
	% Sexo Paciente.	3,6%	3,8%	3,7%
	% del Total	1,4%	2,3%	3,7%
	Residuos corregidos	-,3	,3	
CONSULTAS EXTERNAS INTRAHOSPITALARIAS	Recuento	334	544	878
	% ACTIVIDAD	38,0%	62,0%	100,0%
	% Sexo Paciente.	33,3%	33,9%	33,7%
	% del Total	12,8%	20,9%	33,7%
	Residuos corregidos	-,3	,3	
ECOCARDIA	Recuento	5	5	10
	% ACTIVIDAD	50,0%	50,0%	100,0%
	% Sexo Paciente.	,5%	,3%	,4%
	% del Total	,2%	,2%	,4%
	Residuos corregidos	,8	-,8	
ECO-DOPPLER	Recuento	0	2	2
	% ACTIVIDAD	,0%	100,0%	100,0%
	% Sexo Paciente.	,0%	,1%	,1%
	% del Total	,0%	,1%	,1%
	Residuos corregidos	-1,1	1,1	
ECOGRAFIA	Recuento	13	8	21
	% ACTIVIDAD	61,9% p≤ 0,02	38,1%	100,0%

	% Sexo Paciente.	1,3%	,5%	,8%
	% del Total	,5%	,3%	,8%
	Residuos corregidos	2,2	-2,2	
ELECTROMIAGRAMA	Recuento	0	1	1
	% ACTIVIDAD	,0%	100,0%	100,0%
	% Sexo Paciente.	,0%	,1%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	-,8	,8	
ENDOSCOPIA	Recuento	2	2	4
	% ACTIVIDAD	50,0%	50,0%	100,0%
	% Sexo Paciente.	,2%	,1%	,2%
	% del Total	,1%	,1%	,2%
	Residuos corregidos	,5	-,5	
GISCARMSA	Recuento	10	6	16
	% ACTIVIDAD	62,5%	37,5%	100,0%
	% Sexo Paciente.	1,0%	,4%	,6%
	% del Total	,4%	,2%	,6%
	Residuos corregidos	2,0	-2,0	
HOSPITAL DE DIA	Recuento	5	15	20
	% ACTIVIDAD	25,0%	75,0%	100,0%
	% Sexo Paciente.	,5%	,9%	,8%
	% del Total	,2%	,6%	,8%
	Residuos corregidos	-1,2	1,2	
HOSPITALIZACIÓN TRADICIONAL	Recuento	63	132	195
	% ACTIVIDAD	32,3%	67,7%	100,0%
	% Sexo Paciente.	6,3%	8,2%	7,5%
	% del Total	2,4%	5,1%	7,5%
	Residuos corregidos	-1,8	1,8	
MAMOGRAFIA	Recuento	1	3	4
	% ACTIVIDAD	25,0%	75,0%	100,0%
	% Sexo Paciente.	,1%	,2%	,2%
	% del Total	,0%	,1%	,2%
	Residuos corregidos	-,6	,6	
ORTOPANTOMOGRAFIA	Recuento	4	0	4

	% ACTIVIDAD	100,0% p ≤ 0,02	,0%	100,0%
	% Sexo Paciente.	,4%	,0%	,2%
	% del Total	,2%	,0%	,2%
	Residuos corregidos	2,5	-2,5	
OTROS	Recuento	8	7	15
	% ACTIVIDAD	53,3%	46,7%	100,0%
	% Sexo Paciente.	,8%	,4%	,6%
	% del Total	,3%	,3%	,6%
	Residuos corregidos	1,2	-1,2	
OTROS ESPECIALIZADA (MANTENIMIENTO, SEGURIDAD, COCINA, ETC.)	Recuento	23	31	54
	% ACTIVIDAD	42,6%	57,4%	100,0%
	% Sexo Paciente.	2,3%	1,9%	2,1%
	% del Total	,9%	1,2%	2,1%
	Residuos corregidos	,6	-,6	
OTROS SERVICIOS ORGANIZATIVOS/ADMINISTRATIVOS	Recuento	0	7	7
	% ACTIVIDAD	,0%	100,0% p ≤ 0,02	100,0%
	% Sexo Paciente.	,0%	,4%	,3%
	% del Total	,0%	,3%	,3%
	Residuos corregidos	-2,1	2,1	
PARTOS	Recuento	1	9	10
	% ACTIVIDAD	10,0%	90,0%	100,0%
	% Sexo Paciente.	,1%	,6%	,4%
	% del Total	,0%	,3%	,4%
	Residuos corregidos	-1,9	1,9	
PET TAC	Recuento	0	1	1
	% ACTIVIDAD	,0%	100,0%	100,0%
	% Sexo Paciente.	,0%	,1%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%
	Residuos corregidos	-,8	,8	
RAYOS X	Recuento	2	7	9
	% ACTIVIDAD	22,2%	77,8%	100,0%
	% Sexo Paciente.	,2%	,4%	,3%
	% del Total	,1%	,3%	,3%
	Residuos corregidos	-1,0	1,0	

RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA	Recuento	2	8	10
	% ACTIVIDAD	20,0%	80,0%	100,0%
	% Sexo Paciente.	,2%	,5%	,4%
	% del Total	,1%	,3%	,4%
	Residuos corregidos	-1,2	1,2	
SERV. SAN. CONCERTADOS CON HOSPITALIZACION	Recuento	0	4	4
	% ACTIVIDAD	,0%	100,0%	100,0%
	% Sexo Paciente.	,0%	,2%	,2%
	% del Total	,0%	,2%	,2%
	Residuos corregidos	-1,6	1,6	
SERV. SAN. CONCERTADOS SIN HOSPITALIZACION	Recuento	7	10	17
	% ACTIVIDAD	41,2%	58,8%	100,0%
	% Sexo Paciente.	,7%	,6%	,7%
	% del Total	,3%	,4%	,7%
	Residuos corregidos	,2	-,2	
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	Recuento	195	309	504
	% ACTIVIDAD	38,7%	61,3%	100,0%
	% Sexo Paciente.	19,4%	19,3%	19,3%
	% del Total	7,5%	11,8%	19,3%
	Residuos corregidos	,1	-,1	
SIN ACTIVIDAD	Recuento	4	18	22
	% ACTIVIDAD	18,2%	81,8%	100,0%
	% Sexo Paciente.	,4%	1,1%	,8%
	% del Total	,2%	,7%	,8%
	Residuos corregidos	-2,0	2,0	
TAC SCANNER	Recuento	11	14	25
	% ACTIVIDAD	44,0%	56,0%	100,0%
	% Sexo Paciente.	1,1%	,9%	1,0%
	% del Total	,4%	,5%	1,0%
	Residuos corregidos	,6	-,6	
TRANSPORTE SANITARIO ESPECIALIZADA	Recuento	0	1	1
	% ACTIVIDAD	,0%	100,0%	100,0%
	% Sexo Paciente.	,0%	,1%	,0%
	% del Total	,0%	,0%	,0%

		Residuos corregidos	-,8	,8
URGENCIAS	Recuento	225	328	553
	% ACTIVIDAD	40,7%	59,3%	100,0%
	% Sexo Paciente.	22,4%	20,4%	21,2%
	% del Total	8,6%	12,6%	21,2%
	Residuos corregidos	1,2	-1,2	
Total	Recuento	1004	1605	2609
	% ACTIVIDAD	38,5%	61,5%	100,0%
	% Sexo paciente.	100,0%	100,0%	100,0%
	% del Total	38,5%	61,5%	100,0%

Tabla 22. Actividad por la que se reclama y sexo del reclamante

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Grados libertad	Significación asintótica (bilateral)
Chi cuadrado de Pearson	49,307(a)	31	,020
Razón de verosimilitudes	58,234	31	,002
N de casos válidos	2609		

A 30 casillas (46,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,38.

Anexo III.- SUGESAN

SUGESAN: imágenes de la base de datos corporativo de la Región de Murcia para el registro de Reclamaciones, Sugerencias y Agradecimientos de los usuarios de los centros de asistencia sanitaria.

Archivo Edición Solicitudes Gestión Proyectos Gestión de Auxiliares Indicadores Listados Documentos Ventana 2

Idioma de la Solicitud: Idioma de la Solicitud Fecha: Tipo recogido: Centro recogido:

Motivos de la Solicitud: Tipo de solicitud: Cód. Motivo Descripción

Datos del Interesado: Id. persona: Identificación: Tipo Valor
 1er Apellido: 2º Apellido: Nombre: Fecha nacimiento: Sexo:

Atenciones de la Solicitud: Id. atención: ¿Es final? Fecha Persona objeto de atención Entidad objeto Entidad gestora

Atención: Atención Datos de atención Trámites Resp. Atención Datos del interesado Notas de la solicitud

Id. Atención: Anulada Tiene trámite final
 Fecha: Es central
 Centro gestor: Centro objeto:

Domicilio: Tipo de Domicilio Dirección: Resto: Número: Resto: Código postal: Población: Tipo de domicilio:

Historial clínico: Entidad Sanitaria Tipo de entidad Número historial

Solicitud - Tipos de Recogida

Contador	Registro	Descripción
1	Registro	
2	Correos	
3	Telefónica	
4	Escrita	
5	Buzón	
6	Correo electrónico	
7	Verbal	
8	E-administración	
9	Municipio/Local	
10	OT	
11	Defensor del Pueblo	
99	Desconocido	

PA PERFORMANCA PUNTO DE ENTREGA PLANIFICADO DE COMERCIALIZACION DE PRODUCTOS Y SERVICIOS DE RESPUESTA RÁPIDA Y Eficiente del Hospital del Estado de México

Archivo Edición Solicitudes Gestión Proyectos Gestión de Auxiliares Indicadores Listados Documentos Ventana 2

Idioma de la Solicitud: Idioma de la Solicitud Fecha: Tipo recogido: Centro recogido:

Motivos de la Solicitud: Tipo de solicitud: Cód. Motivo Descripción

Datos del Interesado: Id. persona: Identificación: Tipo Valor
 1er Apellido: 2º Apellido: Nombre: Fecha nacimiento: Sexo:

Atenciones de la Solicitud: Id. atención: ¿Es final? Fecha Persona objeto de atención Entidad objeto Entidad gestora

Atención: Atención Datos de atención Trámites Resp. Atención Datos del interesado Notas de la solicitud

Id. Atención: Anulada Tiene trámite final
 Fecha: Es central
 Centro gestor: Centro objeto:

Domicilio: Tipo de Domicilio Dirección: Resto: Número: Resto: Código postal: Población: Tipo de domicilio:

Historial clínico: Entidad Sanitaria Tipo de entidad Número historial

Mantenimiento de Tipos de Incidencia

Código	Descripción de la Incidencia	Es Obliga
101	No se ha podido procesar el trámite	1
102	No se ha podido insertar el teléfono de la persona interesada	0
103	No se ha podido insertar el email de la persona interesada	0
104	Error grave al insertar la persona interesada	1
105	No se ha podido insertar el teléfono de la persona objeto de la atención	0
106	No se ha podido insertar el email de la persona objeto de la atención	0
107	No se ha podido insertar el domicilio de una persona afectada	0
108	Error grave al insertar la persona objeto de la atención	1
109	Error grave al crear la solicitud	1
110	Error grave al crear la atención	1
111	Existe más de una persona en SUGESAN con el mismo identificador (Interesado)	1
112	Existe más de una persona en PER_SAN con el mismo identificador (Interesado)	1
113	Error al actualizar el teléfono o el correo electrónico de la persona interesada	0

Crear un nuevo registro. Botón derecho, duplica registro actual. DAC20V@GMAIL, DIEGO ARANEDA, CANOVAS /La Contraloría Ciudadana el 23/07/2019 / Servicio de Atención al Usuario Mex Mérida

Archivo Edición Solicitudes Gestión Proyectos Gestión de Auxiliares Indicadores Listados Documentos Ventana 2

Ustos de la Solicitud
 Id. solicitud: [] Fecha: [] Tipo recogida: [] Centro recogida: []

Motivos de la Solicitud
 Tipo de solicitud: []
 Cód. Motivo: [] Descripción: []

Datos del interesado
 Id. persona: [] Identificación: [] Tipo: [] Valor: []
 1er Apellido: []
 2º Apellido: []
 Nombre: [] Fecha nacimiento: [] Sexo: []

Atenciones de la Solicitud
 Id. atención: [] ¿Es final?: [] Fecha: [] Persona objeto de atención: [] Entidad objeto: [] Entidad gestora: []

Atención Atención Datos de atención Trámites Resp. Atención Datos del interesado Notas de la solicitud
 Id. Atención: [] Anulada Tiene trámite final Persona objeto de atención
 Fecha: [] Es centralita Id. persona: [] Identificación: []
 Centro gestor: [] 1er Apellido: []
 Centro objeto: [] 2º Apellido: []
 Nombre: [] Fecha nacimiento: [] Sexo: []

Domicilio
 Tipo de Domicilio: [] Dirección: []
 Número: [] Resto: []
 Código postal: [] Población: []
 Tipo de domicilio: []

Historial clínico
 Entidad Sanitaria: [] Tipo de entidad: []

Actividad Tipo
 Fecha de referencia: 24/01/2018
 Mostrar registros dados de baja
 Ítem padre: [] Id. padre: []
 Ítem actual: []
 ID: []
 Código: []
 Descripción: []
 Fecha de alta: []
 Fecha de baja: []

- AF ATENCION HOSPITALARIA
- AF ATENCION PRIMARIA
- CHEMO CENTRO DE HEMODIÁLISIS
- CODIG CENTROS DE GESTION ORGANIZATIVA/ADMINISTRATIVA
- CPVIV CENTROS PRIVADOS/CONCERTADOS
- OTR OTROS
- PRIVVIV CENTROS PRIVADOS FUROS

recupera el primer registro (FB)

D:\CSD\B\MAMA_DEGO ARANDIGA CANOYAS / La contraseña caduca el 23/07/2018 / Servicio de Atención al Usuario Mar Menor

Archivo Edición Solicitudes Gestión Proyectos Gestión de Auxiliares Indicadores Listados Documentos Ventana 2

Ustos de la Solicitud
 Id. solicitud: [] Fecha: [] Tipo recogida: [] Centro recogida: []

Motivos de la Solicitud
 Tipo de solicitud: []
 Cód. Motivo: [] Descripción: []

Datos del interesado
 Id. persona: [] Identificación: [] Tipo: [] Valor: []
 1er Apellido: []
 2º Apellido: []
 Nombre: [] Fecha nacimiento: [] Sexo: []

Atenciones de la Solicitud
 Id. atención: [] ¿Es final?: [] Fecha: [] Persona objeto de atención: [] Entidad objeto: [] Entidad gestora: []

Atención Atención Datos de atención Trámites Resp. Atención Datos del interesado Notas de la solicitud
 Id. Atención: [] Anulada Tiene trámite final Persona objeto de atención
 Fecha: [] Es centralita Id. persona: [] Identificación: []
 Centro gestor: [] 1er Apellido: []
 Centro objeto: [] 2º Apellido: []
 Nombre: [] Fecha nacimiento: [] Sexo: []

Domicilio
 Tipo de Domicilio: [] Dirección: []
 Número: [] Resto: []
 Código postal: [] Población: []
 Tipo de domicilio: []

Historial clínico
 Entidad Sanitaria: [] Tipo de entidad: []

Servicio Tipo
 Fecha de referencia: 24/01/2018
 Mostrar registros dados de baja
 Ítem padre: [] Id. padre: []
 Ítem actual: []
 ID: []
 Código: []
 Descripción: []
 Fecha de alta: []
 Fecha de baja: []

- AAA SERVICIOS GENERALES
- ACL ANÁLISIS CLÍNICOS
- ACV ANGIOLÓGIA CIRUGÍA VASCULAR
- ALO SERVICIO DE ALERGIA
- ANP ANESTESIA Y REANIMACIÓN
- ASA ANATOMÍA PATOLÓGICA
- ASEBIR ASesoría BIOMÉDICA
- ATP ATENCION PRIMARIA
- CAR CARDIOLOGÍA
- CCA CIRUGIA CARDIACA
- CGD CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVO
- CDF CIRUGIA MAXILO-FACIAL
- CEF CIRUGIA ESTÉTICA

recupera el primer registro (FB)

D:\CSD\B\MAMA_DEGO ARANDIGA CANOYAS / La contraseña caduca el 23/07/2018 / Servicio de Atención al Usuario Mar Menor

Archivo Edición Solicitudes Gestión Proyectos Gestión de Auxiliares Indicadores Listados Documentos Ventana 2

Datos de la Solicitud: Id. solicitud, Fecha, Tipo recogida, Centro recogida
 Motivos de la Solicitud: Tipo de solicitud, Cód. Motivo, Descripción
 Datos del interesado: Id. persona, Identificación, Tipo, Valor, 1er Apellido, 2º Apellido, Nombre, Fecha nacimiento, Sexo

Atenciones de la Solicitud: Id. atención, ¿Es final?, Fecha, Persona objeto de atención, Entidad objeto, Entidad gestora

Atención: Id. Atención, Anulada, Tiene trámite final, Fecha, Es continúa, Centro gestor, Centro objeto, Persona objeto de atención, Datos del interesado, Notas de la solicitud, Identificación

Estamento - Tipo: Fecha de referencia: 24/12/2018, Mostrar registros dados de baja
 No tener padre, ID padre, No tener actual, ID actual, Código, Descripción, Fecha de alta, Fecha de baja

Domicilio: Tipo de Domicilio, Dirección, Número, Resto, Código postal, Población, Tipo de domicilio

Historial clínico: Entidad Sanitaria, Tipo de entidad

Recupera el primer registro (FB)

DACS0V@MAMA, DIEGO ARANDEGA CANOVAS / La contraseña caduca el 23/07/2018 / Servicio de Atención al Usuario Mar Menor

Archivo Edición Solicitudes Gestión Proyectos Gestión de Auxiliares Indicadores Listados Documentos Ventana 2

Datos de la Solicitud: Id. solicitud, Fecha, Tipo recogida, Centro recogida
 Motivos de la Solicitud: Tipo de solicitud, Cód. Motivo, Descripción
 Datos del interesado: Id. persona, Identificación, Tipo, Valor, 1er Apellido, 2º Apellido, Nombre, Fecha nacimiento, Sexo

Atenciones de la Solicitud: Id. atención, ¿Es final?, Fecha, Persona objeto de atención, Entidad objeto, Entidad gestora

Atención: Id. Atención, Anulada, Tiene trámite final, Fecha, Es continúa, Centro gestor, Centro objeto, Persona objeto de atención, Datos del interesado, Notas de la solicitud, Identificación

Trámite - Tipo: Contador, Descripción, ¿Es final?
 1 Inicio en Centro correspondiente 0
 2 Respuesta parcial al ciudadano 0
 3 Respuesta final al ciudadano 1
 4 Traslado 0
 5 Trámite único 1
 6 Remisión reclamación serv. profesional 0
 7 Recepción reclamación serv. profesional 0
 8 Remisión general/área para respuesta 0

Domicilio: Tipo de Domicilio, Dirección, Número, Resto, Código postal, Población, Tipo de domicilio

Historial clínico: Entidad Sanitaria, Tipo de entidad, Número historial

DACS0V@MAMA, DIEGO ARANDEGA CANOVAS / La contraseña caduca el 23/07/2018 / Servicio de Atención al Usuario Mar Menor

Archivo Edición Solicitudes Gestión Proyectos Gestión de Auxiliares Indicadores Listados Documentos Ventana 2

Id. solicitud: Fecha: Tipo recogida: Centro recogido:

Motivos de la Solicitud
 Tipo de solicitud: Cód. Motivo Descripción

Datos del interesado
 Id. persona: Identificación: Tipo Valor
 1er Apellido: Nombre: Fecha nacimiento: Sexo:

Atenciones de la Solicitud
 Id. atención: ¿Es final? Fecha Persona objeto de atención Entidad objeto Entidad gestora

Atención Atención Datos de atención Trámites Resp. Atención Datos del interesado
 Id. Atención: Anulada Tiene trámite final Pers. Atendida Es censurada
 Fecha: Centro gestor: Centro objeto:

Domicilio
 Tipo de Domicilio Dirección: Resto: Población: Código postal: Tipo de domicilio:

Historial clínico
 Entidad Sanitaria Tipo de entidad

Mantenimiento Área Consulta - Centro Objeto

Id Servicio	Descripción	Id Centro	Descripción
112	SECRETARIA GENERAL	69471	SECRETARIA GENERAL SALUD
118	SALON ACTOS	69471	SECRETARIA GENERAL SALUD
119	SECRETARIA GENERAL	69471	SECRETARIA GENERAL SALUD
120	EDUCACION PARA LA SALUD	69470	DIRECCION GENERAL SALUD PUBLICA Y ADICCIONES
121	EPIDEMIOLOGIA	69470	DIRECCION GENERAL SALUD PUBLICA Y ADICCIONES
124	FAMILIA NUMEROSA	12055	DIRECCION GENERAL DE POLITICA SOCIAL
126	OTROS	69599	OTROS
127	SERVICIOS MUNICIPALES DE SALUD	69599	OTROS
128	AREA SANIDAD DELEGACION DE GOBIERNO	69599	OTROS
129	CONSUMO	69599	OTROS
130	INSS	69599	OTROS
131	BOLSAS DE TRABAJO, OPOSICIONES-CARM	69599	OTROS
132	TERMALISMO SOCIAL	12055	DIRECCION GENERAL DE POLITICA SOCIAL
133	SALUD MENTAL Y DROGODEPENDENCIAS	69461	SERVICIO MURCIANO DE SALUD
		69461	
		69461	
137	BOLSAS DE TRABAJO, OPOSICIONES, SMS	69461	SERVICIO MURCIANO DE SALUD
138	PERSONAL SMS	69461	SERVICIO MURCIANO DE SALUD

Archivo Edición Solicitudes Gestión Proyectos Gestión de Auxiliares Indicadores Listados Documentos Ventana 2

Id. solicitud: Fecha: Tipo recogida: Centro recogido:

Motivos de la Solicitud
 Tipo de solicitud: Cód. Motivo Descripción

Datos del interesado
 Id. persona: Identificación: Tipo Valor
 1er Apellido: Nombre: Fecha nacimiento: Sexo:

Atenciones de la Solicitud
 Id. atención: ¿Es final? Fecha Persona objeto de atención Entidad objeto Entidad gestora

Atención Atención Datos de atención Trámites Resp. Atención Datos del interesado Notas de la solicitud
 Id. Atención: Anulada Tiene trámite final Pers. Atendida Es censurada
 Fecha: Centro gestor: Centro objeto:

Domicilio
 Tipo de Domicilio Dirección: Resto: Población: Código postal: Tipo de domicilio:

Historial clínico
 Entidad Sanitaria Tipo de entidad Número

Indicadores de Actividad sobre Reclamaciones

Fecha Desde: Fecha Hasta:

Tipo de recogida: Centro recogido: Motivo solicitud: Centro gestor: Centro objeto:

Estamento: Actividad: Servicio: Categoría: Día: 60

Reclamaciones Resueltas Reclamaciones NO Resueltas
 Demora Medida Resolución Reclamaciones en Trámite Reclamaciones Pendientes