

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO SALUD, RELACIÓN DE AYUDA Y
PSICOTERAPIA



EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE LAS
RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS SANITARIOS

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR DÑA. M^a LUISA ALONSO SANTANA
DIRIGIDA POR EL DR. JUAN FERNANDO JIMÉNEZ DÍAZ, DRA. TERESA ROSA
RAMÍREZ LORENZO, DRA. M^a DEL PINO QUINTANA MONTESDEOCA Y
DRA. BIENVENIDA DEL CARMEN RODRÍGUEZ DE VERA

DIRECTOR

DIRECTOR

DIRECTOR

DIRECTOR

Las Palmas de Gran Canaria, junio 2015

A Javier
A mis padres

AGRADECIMIENTOS

Al Profesor Dr. Juan Fernando Jiménez Díaz por haber aceptado la dirección de este trabajo y su dedicación incondicional.

A la Dra. Teresa Ramírez Lorenzo por su amistad e insistencia sin la cual no hubiese podido llevar a cabo este proyecto.

A la Dra. M^a del Pino Quintana Montesdeoca por su valiosa aportación en el tratamiento de los datos que contiene este estudio.

A la Dra. Bienvenida del Carmen Rodríguez de Vera en la labor de dirección y supervisión realizada en este trabajo.

A D. Carlos Mora Lourido por facilitar el desarrollo y finalización de esta tesis.

A D. Samuel Pérez Martín y a D. Jonatan Almeida Castellano por compartir sus conocimientos informáticos

A todos aquellos que me han apoyado en el desarrollo de este trabajo.

Finalmente, el agradecimiento más profundo para mi familia por el cariño y confianza que me ha brindado.



ÍNDICE

	Página
I.- INTRODUCCIÓN	
1. Fundamento	3
2. Concepto de Calidad	4
2.1 La Calidad en el Campo de la Salud	6
2.2 Satisfacción	9
3. El Sistema Sanitario Español. Generalidades	15
4. Legislación reguladora de las prestación de servicios sanitarios	16
4.1 Ley General de Sanidad	16
4.2 Ley Ordenación Sanitaria de Canarias	18
4.3 Ley de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica	19
4.4 Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea	20
4.5 Organización Mundial de la Salud	21
5. Derechos y Deberes de los Usuarios Sanitarios	21
5.1 Reclamaciones de los Usuarios Sanitarios. Conceptos y generalidades	28
5.2 Tramitación y gestión de las reclamaciones del usuario sanitario	30
6. Dispositivos de atención a los usuarios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Canarias	32
6.1 Oficina de Defensa de los Derechos del Usuario Sanitario	32
6.2 Servicios de Atención a los Usuarios	41

	Página
7. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI).	43
7.1 Descripción y su posición en el contexto del Servicio Canario de la Salud	44
7.2 Cartera de Servicios del CHUIMI	46
7.3 Recursos Humanos del CHUIMI	50
7.4 El SAU en el Complejo Hospitalario	50
8. Estudios sobre Reclamaciones de los Usuarios Sanitarios	58
II.- OBJETIVOS	67
III.- MATERIAL Y MÉTODO	
1. Diseño del estudio	71
2. Participantes	71
3. Instrumentos	71
4. Procedimiento	71
4.1 Captación y seguimiento	71
4.2 Variables	72
4.3. Análisis Estadístico	73
5. Consideraciones Éticas	73

IV.- RESULTADOS

1.	Resultados globales de las reclamaciones presentadas en el CHUIMI durante el periodo 2005 – 2014	77
1.1.	Resultados globales de las reclamaciones presentadas en los Servicios Médicos	78
1.2.	Resultados globales de las reclamaciones presentadas en los Servicios de Enfermería	80
2.	Resultados globales de las reclamaciones por Motivo Asistencial en el CHUIMI, Servicios Médicos y de Enfermería durante el periodo 2005 – 2014	81
2.1.	Resultado de las reclamaciones por Motivo en Demora a la Asistencia en los Servicios Médicos y de Enfermería	82
2.2.	Resultado de las reclamaciones por Motivo en Error Asistencia en los Servicios Médicos y de Enfermería	83
2.3	Resultados de las reclamaciones por Motivo en Insatisfacción con la prestación de la Asistencia en los Servicios Médicos y de Enfermería	84
2.4	Resultados de las reclamaciones por Motivo Negativa a la Prestación de la Asistencia Médicos y de Enfermería	85
3.	Resultados globales de las reclamaciones por Motivo Trato en el CHUIMI, Servicios Médicos y de Enfermería durante el periodo 2005 – 2014	86

	Página
3.1 Resultados de las reclamaciones por Motivo Trato Personal Inadecuado en los Servicios Médicos y de Enfermería	87
4. Resultados de las reclamaciones por Motivo Información en el CHUIMI, Servicios Médicos y de Enfermería durante el periodo 2005 – 2014	88
4.1 Resultados de las reclamaciones por Motivo Falta o deficiencia en la Historia y Documentación Clínica en el CHUIMI, los Servicios Médicos y de Enfermería	89
4.2 Resultados de las reclamaciones por Motivo Falta o Demora del Informe Escrito en los Servicios Médicos y de Enfermería	90
4-3 Resultados de las reclamaciones por Motivo Información Asistencial y General en los Servicios Médicos y de Enfermería	91
5. Resultados globales de las reclamaciones por Motivo Organización en el CHUIMI, Servicios Médicos y de Enfermería durante el periodo 2005 – 2014	92
5.1 Resultados de las reclamaciones por Motivo Sustracción/ Desaparición de Objetos en los Servicios Médicos y de Enfermería	93
6. Resultados globales de las reclamaciones por Motivo Hostelería/Habitabilidad/Confort en el CHUIMI, Servicios Médicos y de Enfermería durante el periodo 2005 – 2014	94
7. Resultados globales sobre la gestión de las reclamaciones en relación a los tiempos de respuesta en el CHUIMI, en el periodo 2005 – 2014	95

	Página
V.- DISCUSIÓN	99
VI.- CONCLUSIONES	111
VII.- BIBLIOGRAFÍA	115
VIII.- ANEXOS	131

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1 Expectativas del usuario y efectos en la satisfacción del servicio prestado	11
Tabla 2 Grupo 1. Asistenciales	38
Tabla 3 Grupo 2. Trato	38
Tabla 4 Grupo 3. Información	38
Tabla 5 Grupo 4. Organización y trámites	39
Tabla 6 Grupo 5. Hostelería/Habitabilidad/Confort	41
Tabla 7 Centros de atención sanitaria adscritos al CHUIMI	45
Tabla 8 Cartera de Servicios Médicos. CHUIMI	46
Tabla 9 Cartera de Servicios Quirúrgicos. CHUIMI	47
Tabla 10 Cartera de Servicios Centrales. CHUIMI	48
Tabla 11 Recursos Humanos del CHUIMI	50
Tabla 12 Gestión de las Reclamaciones en el CHUIMI	55
Tabla 13 Estudios sobre reclamaciones de los Usuarios Sanitarios	58
Tabla 14 Reclamaciones presentadas en el CHUIMI. 2005 - 2014	77
Tabla 15 Distribución de las reclamaciones en los Servicios Médicos	79
Tabla 16 Distribución de las reclamaciones en los Servicios de Enfermería	80

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página	
Gráfico 1	Total de reclamaciones presentadas en el CHUIMI. 2005 - 2014	78
Gráfico 2	Distribución global de las reclamaciones presentadas a los Servicios Médicos	79
Gráfico 3	Distribución global de las reclamaciones presentadas a los Servicios de Enfermería	81
Gráfico 4	Reclamaciones por Motivo Asistencial en el CHUIMI, Servicios Médicos y de Enfermería. 2005 - 2014	82
Gráfico 5	Reclamaciones por Motivo Demora en la Asistencia en los Servicios Médicos y de Enfermería. 2005 - 2014	83
Gráfico 6	Reclamaciones por Motivo Error Asistencial en los Servicios Médicos y de Enfermería. 2005 - 2014	84
Gráfico 7	Reclamaciones por Motivo Insatisfacción con la Prestación de la Asistencia en los Servicios Médicos y de Enfermería. 2005 - 2014	85
Gráfico 8	Reclamaciones por Motivo Negativa a la Prestación de la Asistencia en los Servicios Médicos y de Enfermería. 2005 - 2014	86
Gráfico 9	Reclamaciones por Motivo Trato en el CHUIMI, Servicios Médicos y de Enfermería. 2005 - 2014	87
Gráfico 10	Reclamaciones por Motivo Trato Personal Inadecuado en los Servicios Médicos y de Enfermería. 2005 - 2014	88
Gráfico 11	Reclamaciones por Motivo Información en el CHUIMI, Servicios Médicos y de Enfermería. 2005 - 2014	89
Gráfico 12	Reclamaciones por Motivo Falta o Deficiencia en la Historia y Documentación Clínica en el CHUIMI, Servicios Médicos y de Enfermería. 2005 - 2014	90

	Página
Gráfico 13 Reclamaciones por Motivo Falta o Demora del Informe escrito en los Servicios Médicos y de Enfermería. 2005 - 2014	91
Gráfico 14 Reclamaciones por Motivo Información Asistencial y General en los Servicios Médicos y de Enfermería. 2005 - 2014	92
Gráfico 15 Reclamaciones por Motivo Organización en el CHUIMI, Servicios Médicos y de Enfermería. 2005 - 2014	93
Gráfico 16 Reclamaciones por Motivo Sustracción/Desaparición de Objetos en el CHUIMI, Servicios Médicos y de Enfermería. 2005 - 2014	94
Gráfico 17 Reclamaciones por Motivo Hostelería / Habitabilidad / Confort en el CHUIMI, Servicios Médicos y de Enfermería. 2005 – 2014	95
Gráfico 18 Resultados globales sobre la gestión de las reclamaciones en relación a los tiempos de respuesta en el CHUIMI. 2005 - 2014	96

ABREVIATURAS

BOCA	Boletín Oficial de Canarias
BOE	Boletín Oficial de Estado
CC AA	Comunidades Autónomas
CAE	Centro de Atención Especializada
CHUIMI	Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil
EEUU	Estados Unidos
FACUA	Federación de Asociaciones de Consumidores y Usuarios en Acción,
HC	Historia Clínica
HUIGC	Hospital Universitario Insular de Gran Canaria
HUMIC	Hospital Universitario materno Infantil de Canarias
HUGC Dr.	Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor
ISO	International Organization for Standardization
LOSCA	Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias
ODDUS	Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios
OMS	Organización Mundial de la Salud
RD	Real Decreto
RAE	Real Academia Española
RR HH	Recursos Humanos
RR MM	Recursos Materiales
SAP	Servicio de Atención al Paciente
SAU	Servicio de Atención al Usuario
SCS	Servicio Canario de la Salud
SEAUS	Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad
SNS	Sistema Nacional de Salud
ULPGC	Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
USM	Unidad de Salud Mental



INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

1. Fundamento

El placer y el dolor excesivos turban de tal manera el entendimiento humano, decía Aristóteles¹, incapacitan al ser humano para decidir con prudencia. La enfermedad coloca a quien la padece en situación de impotencia y necesidad. A este papel sumiso del enfermo, asumiendo el estatus de “paciente”, ha correspondido clásicamente otro autoritario del médico, quien no sólo tiene poder para diferenciar lo correcto de lo incorrecto, sino también lo bueno de lo malo; hacer bien a los demás es bueno, aún cuando se actúa en contra de la voluntad de quien recibe el beneficio. Esta ideología paternalista y de beneficencia se ha desempeñado hasta una época no muy lejana, siendo en 1969 cuando las organizaciones de consumidores entraron en contacto con la Asociación Americana de Hospitales para que se recogiera las opiniones y los deseos de los usuarios y consumidores redactados en forma de catálogo de derechos^{2,3}.

En la actualidad, la participación de los usuarios/población en la evaluación de la calidad de una empresa de servicios, que desde el punto de vista del enfoque de usuario interno y externo, se refiere a usuario externo, está considerada como uno de los elementos fundamentales en el análisis de la misma para la mejora de las prestaciones. Como no puede ser de otra manera, en las empresas de salud, en sus distintos niveles de atención sanitaria, es imprescindible la opinión de los usuarios/población en todos los modelos que se instauren de mejora de la calidad⁴.

La sociedad ha ido experimentado grandes cambios sociales, culturales, económicos, científicos y tecnológicos, cambios que también se han producido en el sistema sanitario que ha desarrollado un nuevo modelo en el que la relación entre la población, el sistema sanitario y los profesionales de la salud es fundamental. Ya no es suficiente curar al enfermo con la técnica adecuada y con un trato humano correcto, sino que además, el enfermo debe estar satisfecho con

la atención recibida y además quiere participar más en las decisiones en el sistema sanitario.

Por todo ello y en el ejercicio de los ciudadanos de sus derechos, exigen un servicio satisfactorio, con capacidad de dar respuestas a sus necesidades y demandas, reclamando que la institución sanitaria alcance un alto nivel de sus expectativas⁵.

2. Concepto de Calidad

El concepto de calidad, con el paso del tiempo, ha tenido múltiples definiciones y aceptaciones, en las que ha variado notablemente su enfoque, cambiando desde sus inicios en el que se aplicaba en el entorno industrial hasta la actualidad en las organizaciones de servicios de salud. Así, la Real Academia Española (RAE), establece la definición de calidad como *“propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”*⁶. Asimismo la Sociedad Americana para el Control de la Calidad (ASQC), la define como el *“conjunto de características de un producto, servicio o proceso que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”*⁷.

Es en los años 50 cuando el concepto de calidad cobra importancia con Edwards Deming⁸ quien fue el más importante en el estudio de la misma, cambiando la mentalidad de los japoneses al hacerles entender que la calidad “es un arma estratégica”. Afirma que la calidad se define dependiendo de cada individuo; operario o gerente de una empresa tendrá cada uno su visión particular. Para dicho autor la gestión de la calidad es un sistema de medios para generar económicamente productos y servicios que satisfagan los requerimientos del cliente, necesitando la cooperación de todo el personal de la organización.

Joseph Juran⁹ entiende la calidad como la ausencia de deficiencias tales como el retraso en las entregas, fallos en los servicios o cancelación de servicios entre otros. Define la calidad como adecuación al uso.

Crosby¹⁰ define la calidad en términos de conformidad con los requerimientos, donde éstos tienen que estar claramente definidos para que no haya malentendidos. Deben realizarse mediciones para determinar la conformidad; entendiéndose la no conformidad como ausencia de calidad.

Feigenbaum¹¹ introduce el concepto de “control de la calidad total” concibiéndolo como una orientación hacia la excelencia antes que hacia los defectos. Para este autor el logro de la calidad es responsabilidad de toda la organización y debe estar orientada al consumidor. La calidad genera calidad.

Para Kaori Ishikawa¹² la calidad significa calidad del producto, del trabajo, del servicio, de la información, de la empresa donde incluye a todo el capital humano. Afirma que hay que controlar la calidad en todas sus manifestaciones.

La International Organization for Standardization (ISO) define la calidad como “el conjunto de propiedades o características de un producto o servicio que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades”¹³.

Debido a la presión competitiva, en la década de los ochenta, muchas compañías occidentales introdujeron la calidad; se convencieron de que los productos y servicios de calidad eran clave para el futuro de las mismas. Con esta filosofía de trabajo, los clientes son el foco central^{14,15}.

Para el estudio de la calidad de las empresas es fundamental tener en cuenta que la calidad no es un concepto aislado, no es un intangible ni algo idílico que persiguen a ciegas las empresas y las organizaciones. Además existe un aumento de la literatura en las últimas décadas, donde se refleja que la calidad ha emergido para pasar a considerarse un objetivo de estudio importante y prioritario en la mayoría de las empresas. En cualquier empresa de servicio, se debe considerar que la satisfacción del cliente se alza como uno de los principios de la calidad total, por encima incluso de los propios beneficios empresariales¹⁶.

Pero no siempre ha sido así, de hecho hace algún tiempo, ni siquiera se planteaba la cuestión de la evaluación de la calidad o era considerado como algo parecido a un misterio o de algún tipo específico de empresa¹⁷. Hoy en día, sin embargo, hablar de calidad es hablar de lo obvio, de lo que todos los profesionales y ciudadanos esperamos¹⁸.

2.1. La Calidad en el Campo de la Salud

Según la OMS, *"la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de los efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso"*.

La propia OMS, en 1983, declara textualmente: *"Para 1990 la calidad de la asistencia sanitaria ha de ser una materia de evaluación y control integrada en el funcionamiento ordinario del Hospital. Sus órganos directivos y los conocimientos técnicos y promoción han de ser conocidos y utilizados por un amplio número de profesionales como herramienta para la mejora de la asistencia prestada en los servicios. Deberán al menos existir experiencias concretas en el campo de la enfermería y de la atención primaria, capaces de generar programas de carácter generalizado"*¹⁹.

Define también como calidad asistencial el nivel de realización de objetivos intrínsecos para mejorar la salud por los sistemas sanitarios y de receptividad a las expectativas legítimas de la población mediante el desempeño adecuado, según los estándares, de intervenciones confirmadas como seguras, que sean económicamente accesibles a la sociedad y capaces de producir un impacto sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, minusvalía y desnutrición^{20,21}. Incide en que la atención centrada en la persona y la seguridad de los pacientes son los ejes en

los que se integran la efectividad, la eficiencia, las necesidades de los profesionales y la responsabilidad social²².

En el Sistema Nacional de Salud (SNS), en nuestro país, la definición de calidad asistencial está en consonancia con la de Palmer²³, para quien la calidad es *"la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario"*.

De lo que se extrae, una vez más, que la razón o eje de la atención del sistema sanitario, como empresa de servicio, es la población como usuaria del mismo²⁴, por lo que la satisfacción de los usuarios es uno de los principios de la calidad total. Por todo ello, las necesidades, expectativas y grado de satisfacción de los ciudadanos tienen un peso muy importante a la hora de construir el modelo de excelencia y un indicador crucial de la calidad de la asistencia sanitaria²⁵.

La calidad asistencial es un concepto ampliamente debatido y el interés por la misma ha ido creciendo a lo largo de los últimos 20 años, a medida que los gastos aumentaban, el interés en la calidad de los servicios también ha aumentado²⁶.

Así, en el ámbito de la salud, la búsqueda de la excelencia en la calidad asistencial se ha convertido en un reto para los responsables políticos, para las gerencias y direcciones de los centros sanitarios y para los propios profesionales de la salud²⁷.

Seguros además que la calidad asistencial guarda una fuerte y directa relación con la satisfacción de los usuarios, así se afirma que "hay que dar la respuesta más adecuada a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud, con los recursos humanos y materiales de que disponemos y el nivel de desarrollo científico actual, para lograr el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción, tanto para el usuario como para los profesionales al costo

más razonable²⁸. Fundamentada, por tanto en el conjunto de principios, métodos y estrategias que intentan motivar a los profesionales del sistema de salud, con el fin de ofrecer los mejores servicios en aras a la satisfacción del cliente y al menor coste posible. En referencia a la motivación del personal, Pérez Fernández²⁹ señala que, es imprescindible la ejemplaridad de la dirección para favorecer los cambios y la involucración de los individuos con la calidad.

Como consecuencia de ello, las instituciones en materia de salud y todas las actividades que se realizan giran en torno al paciente/usuario, actuando como eje y motor de dicha organización y cuyo producto final sería la salida del paciente en las mejores condiciones de salud para la incorporación lo antes posible a las actividades de la vida diaria. En este sentido, el grado de satisfacción desde el punto de vista del usuario es un indicador fundamental de calidad asistencial³⁰.

Para garantizar estándares de calidad que cumplan con las expectativas de los pacientes, es fundamental realizar evaluaciones continuas y sistemáticas de calidad como iniciativa en la mejora de la organización de los servicios y de la práctica profesional³¹. Dentro de los análisis de satisfacción de los pacientes hospitalizados, tiene un gran peso la información sobre su proceso.

El hecho de recibir buena comunicación y/o información sobre su proceso, se asocia en gran medida, a un alto nivel de satisfacción³⁰.

Además hay que resaltar, con respecto a esto, que la relevancia del factor humano en un centro sanitario, integrada en todos los niveles, es mayor que cualquier otra empresa de servicios^{32,33}. Todo ello cobra más importancia ya que existen autores^{34,35} que afirman que la implicación de los profesionales de la organización en el logro de los objetivos de calidad asistencial es fundamental. Ya Brief³⁶, en 1998, afirmaba que las organizaciones con empleados satisfechos tenían un mejor desempeño que aquellas con empleados insatisfechos. Como también refleja Villalba Moreno³⁷.

En relación a ello, además de que un medio válido para conseguir la satisfacción del usuario es el personal de la organización, se ha comprobado que cuando entre ellos existe una comunicación fluida favorece la motivación y esta a su vez se relaciona con la mejora de la productividad³⁸. “Empleados motivados se caracterizan por ser altamente productivos y creativos y por lo general son más propensos a responsabilizarse de su trabajo”³⁹.

En consecuencia hay que plantear modelos de calidad asistencial que contemplen estudios de clima laboral, con el fin de posicionarse en un trabajo cohesionado hacia la consecución de los objetivos de la organización sanitaria, siempre tomando como motor la atención del paciente y que todas las acciones giren en torno a esta figura.

2.2. Satisfacción

En los años ochenta se llevó a cabo un gran desarrollo de estudios para conocer la satisfacción del usuario, debido a múltiples factores entre los que se destacan la pertenencia del sector sanitario al sector servicio, la competitividad del mercado, la participación de los consumidores en cuestiones de salud o la sensibilidad cada vez mayor por parte de los gestores de salud a la hora de planificar el sistema, basándose en las necesidades y expectativas del usuario⁴⁰, por lo que, cada vez toma más fuerza el conocer y analizar las expectativas y necesidades de la población a la que se atiende, para el diseño del servicio que se ofrece y así mantener satisfechos a los receptores del mismo. Siendo este enfoque, en la práctica, poco utilizado por los servicios de salud⁴¹⁻⁴³.

En este sentido, Thompson y Suñol⁴⁴, manifiestan la importancia de reconocer y medir las necesidades y expectativas del usuario, de manera periódica, para ser sensibles a los posibles cambios de modo que los proveedores de salud puedan adecuar los cuidados en su práctica diaria, conseguir mejores resultados en sus servicios y, por ende, la satisfacción del paciente.

Galgano⁴⁵ diferencia tres tipos de necesidades y expectativas del usuario:

Calidad requerida entendiéndola como “las características que el cliente pide al especificar los elementos de su satisfacción, de manera que nosotros conocemos todos los términos necesarios para satisfacerla”.

Calidad esperada, expresándola como “los aspectos de la calidad y de satisfacción en los que el cliente ni siquiera piensa, dándolos por descontado”

Calidad latente, concebida como no conocida ni esperada pero valorada por el cliente.

La investigación en el campo de las expectativas de los usuarios, aspectos cualitativos de las personas, se suelen realizar con técnicas que requieren abordajes cualitativos, con las dificultades propias que requieren el análisis de este tipo de estudios, corriendo el riesgo de sobrevalorar lo que define como calidad percibida y sus causas, ya que se puede obviar las expectativas no expresadas por los usuarios y que son de gran importancia en las empresas de salud. Así como obtener resultados sesgados por la influencia de las mismas. Para ello es conveniente diferenciar, de forma general, tres tipos de expectativas: calidad expresada, calidad esperada y calidad inesperada. Las expectativas que va a especificar el usuario tiene mucho que ver con la visión que tiene sobre la calidad del servicio que se ofrece, es lo que denomina la calidad expresada⁴⁶.

Las expectativas denominada calidad esperada, son aquellas que se da por supuesto que se den, sobre todo aquellos aspectos de los servicios de salud que tienen que ver con las características científico-técnico y que se considera como supuesta y normal, en caso que no sea así, se produce insatisfacción⁴⁷. Y las expectativas inesperadas son aquellas que están por encima de las atenciones que esperaba recibir y que sorprenden al usuario positivamente, ejemplo de ello es la rapidez en el trato exquisito⁴⁶.

Los tres tipos de expectativas a las que se hace referencia, quedan reflejadas en la Tabla 1, así como los efectos en la satisfacción del usuario que produce en los estudios de las mismas.

Tabla 1. Expectativas del usuario y efectos en la satisfacción del servicio prestado

Tipo de Expectativa	Efecto de la Satisfacción	
Calidad esperada	Insatisfacción	Efecto nulo
Calidad expresada	Insatisfacción	Satisfacción
Calidad inesperada	Efecto nulo	Sobresatisfacción

Adaptación de: Kano N et al.⁴⁶

La evolución constante en la forma de entender las relaciones humanas en el campo sanitario, han hecho que se cambie también la forma de tratar la satisfacción general por aspectos más concretos de las experiencias sobre las expectativas del paciente. Una prestación sanitaria es de calidad cuando satisface las necesidades y expectativas del cliente, y la satisfacción con el servicio, es el resultado de la diferencia entre las expectativas de servicio y la apreciación subjetiva del servicio recibido⁴⁸.

Autores como Juran⁴⁹ y Gilmore⁵⁰, definen el concepto de calidad referida a los usuarios como la adecuación para el uso, o de otra manera, el grado en que un determinado producto satisface los deseos de un consumidor concreto.

Otros autores⁵¹⁻⁵³, concluyen que la satisfacción con el servicio se define como el resultado de la diferencia existente entre las expectativas previas y la apreciación subjetiva del servicio; siendo por consiguiente una medida sujeta a la relatividad cultural de los criterios del usuario.

Peris⁵⁴ en 1992, manifiesta que la calidad asistencial afecta tanto a los profesionales sanitarios como a los usuarios y a la propia administración. Para este autor, los intereses de los diferentes agentes mencionados, pueden generar métodos diferentes para evaluar los cuidados sanitarios, no sólo desde el punto de vista técnico sino incluyendo factores de relación asociados a la asistencia sanitaria, tales como la comunicación, confortabilidad, trato, esperas,... Por lo tanto, el análisis de las reclamaciones y quejas manifestadas por los usuarios, supone un buen indicador de calidad para evaluar estos aspectos.

Existen diferentes modelos de evaluación de mejoras de la calidad en el campo de la salud, pero lo que los caracteriza a todos ellos es que están enfocados, tradicionalmente, en dar énfasis en la participación del cliente o población adscrita a los servicios y actividades que se desarrollan en dichos centros sanitarios, y además que esto sea una realidad⁵⁵.

Las deficiencias de un producto dan como resultado reclamaciones o quejas de los usuarios del servicio y en conjunto son formas de insatisfacción manifiesta de las ofertas de la organización. Estas consideraciones no tienen por qué ser reconocidas como actuaciones denunciadoras o culpar a nadie, sino que tienen como objetivo fundamental conocer la realidad para saber qué hacer, para mejorarla a través de diseño de intervenciones factibles y realistas que eleven el nivel de calidad de la atención, optimizando los recursos disponibles; muy lejos de quedarse sólo en saber qué pasa sin pretender nada más allá. Estudios realizados⁵⁶ al respecto, concluyen que la opinión del paciente es un resultado de la asistencia sanitaria que sirve para mejorar la calidad de los servicios que prestamos.

Parasuraman et al⁵², identifican una serie de variables que influyen en el consumidor para determinar la calidad de los servicios, de tal manera que abarcan tanto los aspectos técnicos de los servicios como aquellos aspectos concernientes con las relaciones interpersonales. En los primeros incluyen lo siguiente:

Fiabilidad, lo que quiere decir que los servicios deben ser ofrecidos en tiempo determinado, de manera precisa y correcta.

Responsabilidad, relacionada con la actitud de los profesionales que ofrecen los servicios, debiendo ser positiva y facilitadora.

Competencia, definida como los conocimientos y habilidades que debe tener el profesional para ofrecer el servicio requerido.

En el segundo aspecto referido a las relaciones interpersonales, hacen constar que las variables a tener en cuenta son:

Accesibilidad, en cuanto a la facilidad para la obtención del servicio.

Cortesía, aspecto importante para establecer una relación interpersonal, destacando todos aquellos que tienen que ver con el respeto y la consideración hacia las personas.

Comunicación, acciones facilitadoras de comprensión por parte del interlocutor, utilizando lenguaje adecuado en cada caso.

Credibilidad, relacionado con el prestigio de la entidad y sus profesionales a los cuales se les solicita servicio.

Seguridad, en cuanto a los términos de ausencia de peligro y garantía de confidencialidad.

Tangibilidad, que los usuarios puedan evidenciar los recursos e infraestructura necesarios para prestar los servicios requeridos.

Así, cualquier organización que pretenda mejorar su calidad debe orientar sus servicios sanitarios hacia la satisfacción del paciente/usuario⁵⁷⁻⁶⁰ la cuál debe considerarse como un concepto multifactorial en que influye tanto la atención prestada como las expectativas, los factores personales, los resultados y su interpretación⁶¹.

La implantación de modelos de gestión empresarial en sanidad, asimilando los hospitales a empresas de servicios con capacidad para proveer una atención de calidad y eficiente en un entorno de competencia regulada, implica disponer de fuentes informativas que dimensionen todo el proceso asistencial^{62,63}.

Juran y Grynán⁶⁴ hacen referencia al círculo de Shewhart como técnica a utilizar por cualquier empresa que persiga la mejora de su actividad. Consta de cuatro etapas: planificación, ejecución, control y acción. Se planifica el objetivo a alcanzar (Plan), se ejecuta (Do), se verifica los resultados (Check) y se establecen las mejoras que sean necesarias (Action).

Por ello, el estudio de las reclamaciones presentadas por usuarios representa un parámetro de calidad asistencial que hace posible valorar la satisfacción del usuario sanitario y conocer los aspectos mejorables en el proceso de atención al usuario⁶⁵. Es una forma de valorar la imagen externa que se ofrece de las instituciones⁶⁶. Hablamos de participación activa de los ciudadanos para expresar la insatisfacción respecto al servicio recibido⁶⁷.

Los programas de evaluación y mejora de la calidad en la empresa de salud, para que sean efectivos, es incuestionable e imprescindible que se lleven a cabo con distintas formas de participación de los usuarios (Reclamaciones y Quejas, Sugerencias, Encuestas de satisfacción, Consejos de Salud, Asociaciones de Usuarios y Consumidores,...), aplicados con rigor metodológico para el desarrollo de los mismos; siendo responsabilidad, que esto sea así, de los profesionales sanitarios y de los gestores del Sistema de Salud. Los responsables de las instituciones o sistema sanitario deben seleccionar la metodología más idónea en materia de factibilidad y utilidad en su determinado contexto, sin que por ello interfiera en el rigor metodológico la opción elegida⁶⁸.

Los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas permiten identificar los aspectos que la población reconoce como satisfactorios y los que juzgan negativamente, y por tanto necesarios de corregir. Esto pone de manifiesto que el verdadero sentido de las reclamaciones es la detección de áreas susceptibles de mejora⁶⁹.

De esta manera, las reclamaciones, en el ámbito sanitario, presentadas en el Servicio de Atención al Usuario (SAU) pueden ser una fuente de información útil

para evaluar el funcionamiento de los servicios prestados, así como conocer la imagen que se ofrece a la población⁵¹.

Los SAU, se crean para facilitar la participación directa de los usuarios a través del circuito de las reclamaciones, quejas y sugerencias⁶⁹, permitiendo analizar las expectativas y necesidades no cubiertas de la población⁷⁰, y conocer el impacto que los cambios estructurales y organizativos tienen en el usuario⁷¹.

3. El Sistema Sanitario Español. Generalidades

La Constitución Española⁷², aprobada el 31 de octubre de 1978, ratificada el 6 de diciembre del mismo año y publicada, y en vigor, en el Boletín Oficial del Estado (BOE) desde el 29 de diciembre de 1978 recoge en el TÍTULO I De los derechos y deberes fundamentales, en la SECCIÓN 2.^a *De los derechos y deberes de los ciudadanos y en el* CAPÍTULO III (Artículo 41), establece que, “los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garanticen la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente, en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres”.

De la misma manera, el mencionado documento jurídico, en el Artículo 43, recoge que:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

Por otro lado, la propia Constitución Española, en el Artículo 51, por primera vez, habla de la defensa de los consumidores y usuarios que deben ejercer los poderes públicos para proteger su seguridad, su salud y sus legítimos intereses económicos, siendo esto una innovación de la llamada sociedad de consumo.

Esto deja patente la evolución sobre la denominación de enfermo a consumidor, en la actualidad, se entiende como el movimiento y relación de ambos puntos de vista, la Administración Sanitaria como proveedora de servicios y las personas que se relacionan con su ámbito o consumidores de los mismos. Así fue como, en 1969 en Estados Unidos (EE UU), las asociaciones de consumidores participaron en la elaboración de los Reglamentos de Hospitales, considerándolos como consumidores de servicios sanitarios⁷³.

4. Legislación reguladora de la prestación de servicios sanitarios

4.1 Ley General de Sanidad (LGS)

El BOE, número 102, de 29 de abril de 1986, aprueba la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, por las Cortes Generales del Estado Español⁷⁴. En la mencionada Ley, se regula y articulan, en un texto consolidado, los títulos y capítulos sobre las acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el Artículo 43 y concordantes de la Constitución Española.

El desarrollo de la mencionada Ley 14/1986, de 25 de abril, en su Artículo 9 recoge la obligación de los poderes públicos a informar a los usuarios de los servicios del Sistema Sanitario Público y, en el artículo 10, recoge los derechos de los ciudadanos respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias; mencionando en el punto 12 el derecho a utilizar las vías de reclamación y de propuestas de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan.

Para el desarrollo y ejecución de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en el año 1987, surge el Real Decreto (RD) 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la

Salud⁷⁵. Dicho RD en su Artículo 9, recoge que queda adscrito a la Gerencia del hospital las actividades relacionadas con la atención al paciente y en el apartado 1.a, se plasma la denominación del servicio al que le encomienda estas funciones como el “Servicio de Atención al Paciente” (SAP). Así, en el Artículo 32, relaciona las funciones relativas al SAP, las cuales se concretan en las siguientes:

- “1. El SAP estará a disposición de atender personalmente al mismo, o a sus parientes próximos, representantes o acompañantes.
2. En particular proporcionará información a los pacientes y a sus familiares sobre la organización del hospital, servicios disponibles, horarios de funcionamiento y de visitas y otras actividades que puedan contribuir a ayudarles, facilitarles y mejorar su estancia en el mismo.
3. Las reclamaciones a que hubiere lugar se tramitarán por escrito a través de este servicio, siendo estas sometidas a los responsables de la División que corresponda, debiendo darles respuestas por escrito, firmada por el Director Gerente, o persona en quien delegue”.

En definitiva, desde la creación de los SAP, se ha establecido un marco adecuado, dentro de la administración sanitaria y su organización, para atender las reclamaciones y sugerencias de los usuarios, de la misma manera que se pretende, no sólo la gestión de las mismas, sino que además se utilicen los datos de la misma como elemento fundamental en el control de la calidad de los servicios que se prestan en la citada administración.

Podría plantearse la duda sobre el papel que desempeñan los SAP, ya que desarrollan las funciones en un punto que se encuentra entre velar por el bienestar de los usuarios y la Administración, como empresa de servicio de los mismos. Esta situación se define como el punto de unión o zona intermedia entre ambos, ejerciendo funciones de lealtad de ambos intereses con un solo objetivo “la satisfacción de las necesidades a las que está encaminado el servicio público de la sanidad”⁷⁶. De esta manera es cuando el SAP construye canales y puentes de comunicación entre ambos. En definitiva, se pretende cumplir con el objetivo

fundamental de estos servicios, disminuir las barreras administrativas en el acceso a la asistencia.

4.2 Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSCA)

El Estatuto de Autonomía de Canarias, aprobado por Ley Orgánica 10/1982, de 10 de agosto⁷⁷ en los apartados 7 y 9 (Artículo 32), confiere a la Comunidad Autónoma competencias de desarrollo legislativo y ejecutivo en materia de sanidad e higiene, y de coordinación hospitalaria en general, en el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que la misma establezca. La Legislación básica del Estado en esta materia está contenida actualmente en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en cuya regulación destacan el protagonismo y suficiencia de las Comunidades Autónomas (CCAA), para diseñar y ejecutar una política propia en materia sanitaria.

Así, en la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSCA)⁷⁸, en el Capítulo II. Derechos y deberes de los ciudadanos en el Sistema Canario de la Salud, en la **Sección 1.ª Derechos**, Artículo 6. *Derechos de los ciudadanos*, en el apartado c) A la formulación de sugerencias y reclamaciones, así como a recibir respuesta por escrito, siempre de acuerdo con lo que reglamentariamente se establezca. Así mismo, en el apartado e) A la información suficiente, comprensible y adecuada sobre:

- 1.º Los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva.
- 2.º Los derechos y deberes de los usuarios y beneficiarios del Sistema Canario de la Salud.
- 3.º Los servicios y prestaciones sanitarios a los que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.

De la misma manera, que establece en la **Sección 3.ª Efectividad de los derechos y los deberes**, (Artículo 12, apartado 4), “Los servicios, centros y

establecimientos sanitarios, públicos y privados, deberán disponer y, en su caso, tener permanentemente a disposición de los usuarios:

- a) Información accesible, suficiente y comprensible sobre los derechos y deberes de los usuarios.
- b) Formularios de sugerencias y reclamaciones.
- c) Personal y locales bien identificados para la atención de la información, reclamaciones y sugerencias del público”.

En la misma Ley, en el apartado 5, hace constar que el Gobierno de Canarias favorecerá las condiciones materiales y organizativas necesarias, para el ejercicio del derecho a la participación de la población en el Servicio Canario de la Salud (SCS), impulsando la creación y desarrollo de los órganos de participación que se establezcan.

Como garantía para el cumplimiento de lo establecido, en el apartado 6, recoge que “en la Administración Canaria habrá una unidad administrativa específica denominada Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios (ODDUS), con dependencia orgánica y funcional de la Consejería competente en materia de sanidad. Esta unidad estará específicamente encargada de atender solicitudes y reclamaciones de los usuarios de los servicios sanitarios⁷⁸.

4.3 Ley de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica

En el año 2002, en el BOE núm. 274, se publica la LEY 41 /2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de autonomía del pacientes y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁷⁹. En el Artículo 1. Ámbito de aplicación, hace mención a que dicha Ley tiene “por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados,

en materia de autonomía del paciente y de la información y documentación clínica”.

Esta Ley⁷⁹ surge por la necesidad de complementar la LGS⁷⁴ en lo concerniente a los derechos de los usuarios sanitarios en estos conceptos. Para lo cual articula y desarrolla los distintos capítulos relativos a, **CAPÍTULO II El derecho de información sanitaria**, **CAPÍTULO III Derecho a la intimidad**, **CAPÍTULO IV El respeto a la autonomía del paciente**, **CAPÍTULO V La historia clínica** y **CAPÍTULO VI Información de alta y otra documentación clínica**.

4.4 Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea

En la Directiva 2011/24/ UE del Parlamento Europeo y del Consejo, 9 de marzo 2011⁸⁰, relativa a los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, se recoge en el **CAPÍTULO II. RESPONSABILIDADES DE LOS ESTADOS MIEMBROS EN RELACIÓN CON LA ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA**, en el *Artículo 4*. Responsabilidades del Estado miembro de tratamiento, en el punto 2 c) establece que el “Estado miembro de tratamiento garantizará que: se instauren procedimientos y mecanismos transparentes de presentación de reclamaciones para que los pacientes puedan pedir reparación, de acuerdo con la legislación del Estado miembro de tratamiento, cuando sufran daños de resultas de la asistencia sanitaria recibida”.

Y en el *Artículo 6*. Aprueba que existan puntos nacionales de contacto para la asistencia sanitaria transfronteriza recogiendo en el apartado 3, que: “A fin de permitir a los pacientes ejercer sus derechos en relación con la asistencia sanitaria transfronteriza, los puntos nacionales de contacto del Estado miembro de tratamiento les facilitarán información relativa a los prestadores de asistencia sanitaria, incluyendo, si la solicitan, información sobre el derecho de un prestador específico a prestar asistencia sanitaria y de las posibles restricciones en su práctica, información a que se refiere el artículo 4, apartado 2, letra a), así como información sobre los derechos de los pacientes y los procedimientos para

presentar reclamaciones y mecanismos para pedir reparación, de conformidad con la legislación de dicho Estado miembro, y también las opciones jurídicas y administrativas disponibles para la resolución de litigios, incluidos los casos de daños derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza”.

4.5 Organización Mundial de la Salud

La comunidad sanitaria mundial en su 51ª Asamblea de la Salud, en mayo de 1998⁸¹, ratifica la adhesión de los Estados Miembros de la OMS al principio enunciado en su Constitución. En ésta se hace constar que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano; de esa manera, afirmamos la dignidad y el valor de cada persona, así como la igualdad de derechos y deberes y la responsabilidad compartida de todo en lo que se refiere a la salud”

5. Derechos y Deberes de los Usuarios Sanitarios

El desarrollo de los derechos de los pacientes, tiene mucho que ver no sólo desde el punto de vista de los proveedores de la asistencia sanitaria, la administración en materia de salud, sino desde el punto de vista individual de los usuarios. Cuando se habla de los derechos de los pacientes, se debe diferenciar dos grandes grupos, los denominados derechos sociales y los derechos individuales; los primeros son los que están relacionados con aquellos servicios de orden general disponibles, la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria y con la no discriminación por razones económicas, geográficas, culturales, sociales, etc., y que dependen del desarrollo de la sociedad y por lo tanto influyen factores económicos, políticos, sociales y culturales. Los segundos, los derechos individuales, tienen que ver con aquellas cuestiones relacionadas con la integridad de la persona, con su dignidad, su intimidad o sus convicciones religiosas.

En España, fue en 1984, cuando el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) pone en marcha el Plan de Humanización de la Atención Sanitaria⁸², con el fin de

dar un trato y una relación más humana a los usuarios del sistema y como fruto del plan fue la carta de los derechos y deberes de los pacientes y se crearon en los hospitales para su seguimiento, comisiones de Humanización de la Asistencia y los SAP. Además, se pone en marcha llevar a cabo una encuesta a los usuarios una vez hayan sido dados de alta de la hospitalización para controlar la calidad de la asistencia.

Además, dicho Plan de Humanización, el INSALUD, lo justificaba en base a que cuando una persona enferma, ésta, genera al que la padece y a la familia una situación de indefensión por lo que necesitan un sistema sanitario lo más humano posible y que ofrezca un servicio de calidad. El eje que articularía todo ello sería, por tanto, la Carta de Derechos y Deberes, armonizando la relación entre ambos; el sistema sanitario y la población que asiste.

Posteriormente, en el año 1986, la Ley General de Sanidad⁷⁴ incorpora en el Artículo 10, la relación de los derechos y deberes actualizados. De la misma manera, en la CAC, la LOSCA⁷⁸ recoge entre los Artículos 6 y 11, los siguientes derechos y deberes de los usuarios sanitarios:

Artículo 6. Derechos de los ciudadanos

“1. Los titulares tienen los siguientes derechos:

- a) Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad y a la no discriminación por causas injustificadas. Estos valores solo podrán verse afectados en lo estrictamente indispensable para la correcta y eficaz ejecución de los procedimientos necesarios de prevención, terapia y rehabilitación.
- b) A la confidencialidad, en los términos de la legislación aplicable, de toda la información relacionada con su proceso y estancia en cualquier centro sanitario de Canarias y, en general, la derivada de su relación con los servicios del Sistema Canario de la Salud.
- c) A la formulación de sugerencias y reclamaciones, así como a recibir respuesta por escrito, siempre de acuerdo con lo que reglamentariamente se establezca.

- d) A participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias y, en particular, en la orientación y evaluación de los servicios, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen.
- e) A la información suficiente, comprensible y adecuada sobre:
 - 1.º Los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva.
 - 2.º Los derechos y deberes de los usuarios y beneficiarios del Sistema Canario de la Salud.
 - 3.º Los servicios y prestaciones sanitarios a los que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
- f) A que se les extienda certificación acreditativa de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria.
- g) A la promoción y educación para la salud.
- h) A las prestaciones y servicios de salud individual y colectiva del Sistema Canario de la Salud adecuados a las necesidades individuales y colectivas, acorde con los recursos disponibles.
- i) A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración General del Estado.
- j) A la igualdad en el acceso y uso de los servicios sanitarios.
- k) A elegir el médico de acuerdo con las condiciones contempladas en esta Ley y en las disposiciones que se dicten para su desarrollo.
- l) A elegir entre los servicios y centros que forman parte del Servicio Canario de la Salud o, en su caso, de la Red Hospitalaria de Utilización Pública, de acuerdo con lo establecido en esta Ley y en las disposiciones que se dicten para su desarrollo.
- m) A que se le asigne e identifique un médico, así como su suplente en caso de ausencia, que asumirá la responsabilidad ordinaria de la relación con el equipo asistencial durante todo el tiempo de duración de la atención de su proceso, así como de la situación de ingreso.

- n) A que se le dé, en términos comprensibles a él y, en su caso, a sus familiares, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
- ñ) A no ser objeto como paciente, sin haber otorgado previamente su libre consentimiento por escrito y conformado por el médico responsable y la dirección del centro o establecimiento, de procedimientos de diagnóstico y terapia en fase de experimentación pero debidamente autorizados, susceptibles de ser empleados, así como sus resultados, con fines docentes o de investigación. Estos procedimientos en ningún caso podrán implicar riesgo alguno adicional para el paciente de acuerdo con el estado más avanzado de los conocimientos médicos.
- o) A la libre elección entre las opciones que le presente el médico, siendo preciso el consentimiento previo por escrito del paciente para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:
 - 1.º Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
 - 2.º Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares y en el caso de no existir éstos o no ser localizados, comunicárselo a la autoridad judicial.
 - 3.º Cuando la posibilidad de lesión irreversible o peligro de fallecimiento exija una actuación urgente.
- p) A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en la letra o) del presente artículo, debiendo, para ello, solicitar y firmar el alta voluntaria.
- q) A que quede constancia por escrito o en soporte técnico adecuado de todo su proceso. Al finalizar la estancia en una institución hospitalaria, el paciente o familiar recibirá su informe de alta.
- r) A disponer de información sobre el coste económico de las prestaciones y servicios recibidos.
- s) A disponer, en todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios, de una carta de derechos y deberes por la que ha de regirse su relación con los mismos.

2. Sin perjuicio de la libertad de empresa, y respetando el peculiar régimen económico de cada servicio sanitario, los derechos anteriores rigen también en los de carácter privado y son plenamente ejercitables”.

Artículo 7. Derecho a la libre elección de médico y centro o establecimiento sanitario

“1. Respecto de los facultativos, servicios, centros y establecimientos del Servicio Canario de la Salud y, en su caso, de la Red Hospitalaria de Utilización Pública, los ciudadanos tienen los siguientes derechos:

- a) A la libre elección de médico general, pediatra hasta la edad de catorce años inclusive, tocoginecólogo y psiquiatra, de entre los que presten sus servicios en la Zona Básica de Salud o en el municipio de su lugar de residencia. Reglamentariamente se podrá ampliar el derecho a la libre elección a otras especialidades en función de los recursos y necesidades de la ciudadanía. Igualmente, se fijará reglamentariamente los supuestos excepcionales en que los ciudadanos pueden ejercer su derecho en el ámbito de otra Área o Zona Básica de la Comunidad Autónoma. Efectuada la libre elección y aceptada por el facultativo, la Administración sanitaria viene obligada a la adscripción del ciudadano a su médico sin más limitaciones que las que se establezcan para garantizar la calidad asistencial.
- b) Al libre acceso, en las condiciones generales de organización y funcionamiento de los servicios, a los facultativos del Centro de Atención Primaria que presten servicio en la Zona Básica de Salud de su lugar de residencia.
- c) A la elección, previa libre indicación facultativa, de centro o establecimiento sanitario, de entre las posibilidades que existan. No obstante, la efectividad de este derecho estará en función de los siguientes principios:
 1. Optimización de los recursos públicos.
 2. Disponibilidades en cada momento de los medios y recursos del Sistema Canario de la Salud.
 3. Ordenación eficiente y eficaz de los recursos sanitarios.
 4. Garantía de la calidad asistencial.

2. Se regulará reglamentariamente la libre elección de médico general, pediatra hasta la edad de catorce años inclusive, tocoginecólogo y psiquiatra, los cambios en la elección de médico, el régimen de aceptación por éste, el tiempo de adscripción, así como las condiciones de ejercicio de la libertad de elección de servicio, centro o establecimiento sanitario”.

Artículo 8. Derecho a una segunda opinión

“Los pacientes de los centros y servicios sanitarios integrados y adscritos al Servicio Canario de la Salud tienen el derecho a la segunda opinión facultativa. A tal fin, reglamentariamente se regularán los procedimientos de obtención de información suplementaria o alternativa ante recomendaciones terapéuticas o indicaciones diagnósticas de elevada trascendencia individual”.

Artículo 9. Derecho a programas y actuaciones especiales y preferentes

“Los niños, los ancianos, los enfermos mentales, las personas que padecen enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo tienen derecho, dentro de las disponibilidades en cada momento de medios y recursos del Sistema Canario de la Salud, a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes”.

Artículo 10. Derechos específicos de los enfermos mentales

“Los pacientes que por razón de enfermedad física o mental, sean considerados incapaces o presuntos incapaces, en el sentido que lo manifiesta el Título IX, del Libro I, del Código Civil y que estén ingresados o tuvieren que ingresar en un centro o establecimiento sanitario, gozan además de los previstos en los artículos 6 y 9, de los siguientes derechos:

- a) Cuando en los ingresos voluntarios desapareciera la plenitud de facultades durante el internamiento, la Dirección del Centro deberá solicitar la correspondiente autorización judicial en los términos regulados en el artículo 211 del Código Civil, debiendo reexaminar periódicamente la necesidad del internamiento.

- b) Los ingresos forzosos sólo podrán realizarse de acuerdo con el artículo 211 del Código Civil”.

Sección 2.ª

Deberes

Artículo 11. Deberes

“Los ciudadanos tienen los siguientes deberes:

- a) De cumplimiento de las prescripciones y órdenes sanitarias, generales y particulares, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 6 en sus apartados o) y p).
- b) De tolerancia respecto de las medidas sanitarias adoptadas para la prevención de riesgos, protección de la salud o la lucha contra las amenazas a la salud pública así como de colaboración para el éxito de las mismas especialmente en estado de necesidad.
- c) De usar, cuidar y disfrutar de manera responsable y conforme a las normas correspondientes de las instalaciones, servicios y prestaciones del Sistema Canario de la Salud.
- d) De respeto a la dignidad personal y profesional de cuantos prestan sus servicios en el Sistema Canario de la Salud.
- e) De observancia de las normas, así como de lealtad, veracidad y solidaridad, en la solicitud, obtención y disfrute de prestaciones del Sistema, en especial las aparejadas a la baja laboral, incapacidad para el trabajo y la asistencia terapéutica y social.
- f) De observancia, como paciente, del tratamiento prescrito facultativamente. En caso contrario, cuando su inobservancia sea jurídicamente legítima, debe solicitar y firmar el documento de alta voluntaria. De negarse, la Dirección del correspondiente centro sanitario, a propuesta del facultativo encargado del caso, podrá dar el alta forzosa”.

5.1 Reclamaciones de los Usuarios. Conceptos y generalidades

Según la Real Academia Española (RAE)⁸³, se define reclamación como “Acción y efecto de reclamar” y “Oposición o contradicción que se hace a algo como injusto, o mostrando no consentir en ello”.

Tradicionalmente existen varios métodos para conocer las situaciones o acciones mejorables en los servicios y percibidos por el usuario de los mismos, a través de la participación activa, siendo el método más utilizado las reclamaciones⁸⁴.

Según A. Donabedian⁸⁵, las quejas y las reclamaciones de los usuarios de los servicios de salud, es una forma de participación activa de la población en la que desempeña un papel reformador de la atención sanitaria que se ofrece a los ciudadanos y cuya utilidad es ampliamente reconocida como mecanismo de identificación de problemas y una oportunidad de mejora.

En concreto, las Reclamaciones son mecanismos de participación comunitaria con el sistema sanitario, actuando como canales de comunicación directo entre ambos con el fin de detectar las deficiencias del servicio. De tal manera que las quejas y reclamaciones son una oportunidad para las administraciones puesto que ofrecen información sobre los elementos que la organización debe mejorar y permite aumentar la satisfacción de sus clientes, así como el adecuado tratamiento de las quejas y reclamaciones supone un valor añadido para el sistema de gestión de la calidad^{86,87}.

Para Ortiga et al.⁸⁸, la reclamación es “la expresión de la opinión del usuario en relación con un acto o proceso asistencial, respecto a las relaciones interpersonales, la comunicación con los profesionales sanitarios, la organización, las condiciones de habitabilidad, el alojamiento y el confort, entre otros aspectos, derivada como consecuencia de la atención sanitaria recibida en un centro,

servicio o establecimiento sanitario que no le ha satisfecho, y de la cual el usuario espera una actuación al respecto”.

La Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad⁸⁹ (SEAUS), entiende por reclamación *“la opinión no satisfactoria de un ciudadano en relación con un acto o proceso, asistencial o administrativo. En este marco asistencial o administrativo, con la propia asistencia, las relaciones interpersonales, la información, la organización que le atiende o le presta servicio, las condiciones de accesibilidad, estructura, alojamiento y confort, documentación u otros aspectos similares relativos a los servicios, prestaciones, centros y establecimientos del sistema de salud”*.

Asimismo se reconoce, desde la propia SEAUS, que la reclamación es una oportunidad que se brinda a las instituciones sanitarias para mejorar la calidad de los servicios y que como estrategia de empresa, debe estar motivada y preparada para recibir y aceptar las reclamaciones y quejas de sus clientes y abordarlas desde una perspectiva abierta y flexible.

Las reclamaciones o manifiesto de insatisfacción de los servicios por parte de los usuarios, aporta una importante información a los gestores de las empresas para poder diseñar programas que cubran las expectativas no alcanzadas con el servicio prestado, lo que va a proporcionar un valor incalculable para programas sólidos de mejora de calidad⁹⁰.

Partiendo de lo anteriormente expuesto, unido a la importancia que implica conocer las reclamaciones o lo que es lo mismo la insatisfacción de los usuarios con el sistema de salud, es fundamental también conocer en qué nivel o situación se encuentra dicha insatisfacción; así se podrá determinar el alcance de la misma, permitiendo cuantificar los verdaderos problemas en el funcionamiento de los servicios de salud.

No obstante, a veces no es así, ya que en las instituciones sanitarias no se actúa de forma homogénea frente a las mismas y no se le da la utilidad descrita, marcando una infrautilización de los datos aportados por los usuarios, por lo tanto dista mucho de ser positivo⁹¹. Pese a ello, se debe considerar que el análisis es una herramienta para mejorar la asistencia y el conjunto de ello una información sobre los intereses de la población adscrita, demandas, ofertas y los servicios prestados.

Existen estudios que apuntan a la búsqueda de otros sistemas de detección de insatisfacción de los usuarios que ayuden a completar aquellos datos extraídos de las reclamaciones, ya que se basan en que los usuarios, a veces, no presentan reclamaciones por diversos motivos entre los que se destacan la “desconfianza” o “represalia”, a través de comentarios subjetivos de los usuarios o por análisis de las sugerencias; todo ello podría incluso aumentar la tasa de reclamaciones^{92,93}.

Por otro lado, en un estudio realizado por Díaz-Álvarez et al.⁹⁴, señala que las reclamaciones de los usuarios sanitarios serían menores cuando la relación paciente-proveedor de servicios sanitarios fuera más estrecha, en la que se lleva a cabo más acciones informativas, de ayuda y de resolución de problemas.

5.2 Tramitación y gestión de las reclamaciones de los usuarios sanitarios

Las reclamaciones o expresión de la opinión de los usuarios sobre la asistencia sanitaria recibida, a través de su análisis, ofrece un gran valor para la gestión de los centros asistenciales⁶³.

Para que el sistema de gestión de las reclamaciones sea una herramienta de medición potente y garantice alcanzar el fin último de ofrecer la máxima calidad asistencial, debe realizarse un estudio sistemático para que ofrezca oportunidades de mejoras^{95,96}.

En la Ley General de Sanidad⁷⁴, se recoge la necesidad de la instauración de los SAP, en sus artículos 9, 10, 40.13, 40.15, 40.16 y disposición adicional segunda, que establece la necesidad de adoptar criterios y sistemas de información que faciliten la relación de los pacientes con la administración sanitaria.

Debido a ello, se establece en el RD 521/1987⁷⁵, en el artículo 32, el SAP, otorga funciones de información a los pacientes o familiares sobre la organización del hospital, servicios disponibles, horarios de funcionamiento de visitas y todas aquellas actividades que puedan contribuir a ayudar, facilitar y mejorar su estancia en el mismo. Así mismo será la unidad gestora de la tramitación de reclamaciones que presente el usuario sanitario.

El ámbito de actuación de los SAP, se desarrollará en aquellas dependencias del centro sanitario donde se precise realizar una acción mediadora entre el paciente y las áreas asistenciales. Dichos servicios trabajan con marcos normativos de las Administraciones Sanitarias, como instrumentos muy útiles que recogen aspectos organizativos y funcionales para la tramitación y gestión de las reclamaciones. Todo ello aporta datos cuantitativos que ofrece información para el análisis sistemático y comparativo de las reclamaciones interpuestas, orientando a la administración sanitaria sobre la satisfacción de la población atendida^{97,98}.

En la Comunidad Autónoma de Canarias, una vez transferidas las competencias en materia de sanidad, la LOSCA en el Decreto 94/1999, de 25 de mayo⁹⁹ Artículo 11, regula la presentación de las reclamaciones interpuestas por los usuarios sanitarios, para lo cual especifica que debe existir los impresos normalizados para tal fin, así como que debe constar de original y dos copias, dando al usuario la posibilidad de utilizar dicho formato oficial o cualquier formato que estime oportuno.

Es en el año 2000, cuando por Orden de 7 de abril¹⁰⁰ se aprueban los impresos y modelos de hojas de reclamaciones en el ámbito sanitario. Se

establece que dicho modelo contendrá hojas numeradas y autocopiativas, de un original y dos copias, todo en cumplimiento del Decreto 94/1999 (Anexo 3).

Este modelo se utiliza por las unidades funcionales y SAU de la ODDUS hasta el año 2001, que por Orden de 20 de septiembre del mismo año¹⁰¹, queda modificado por otro impreso que se adapta a las modificaciones que se han ido realizando a partir del Decreto 94/1999, en relación a la estructura y funcionamiento de la ODDUS, desde su creación. (Anexo 4).

En cuanto a la contestación de las reclamaciones interpuestas por los usuarios sanitarios, el Artículo 16 del Decreto 94/1999⁹⁹ hace constar que deben ser contestadas en el plazo máximo de tres meses, pero en el año 2001, la modificación de este plazo, acorta el periodo de respuesta en dos meses, Decreto 147/2001¹⁰².

6. Dispositivos de atención a los Usuarios Sanitarios en la Comunidad Autónoma de Canarias

6.1 Oficina de Defensa de los Derechos del Usuario Sanitario (ODDUS)

Transferidas las competencias en materia de sanidad en la Comunidad Autónoma Canaria, la LOSCA, regula en el Capítulo II de su Título Primero los Derechos y Deberes de los Ciudadanos Españoles, en el marco del Sistema Canario de Salud, Artículo 12, se dispone la creación de la ODDUS, anteriormente mencionada.

La primera regulación de la ODDUS, fue recogida por el Decreto 94/1999⁹⁹ donde se define la estructura y funcionamiento de la mencionada oficina, que será la encargada de atender y tramitar las reclamaciones, solicitudes, iniciativas y sugerencias de los usuarios en el ámbito sanitario, de centros públicos y privados.

La ODDUS tiene la misión de servir de apoyo y asistencia directa y permanente al Consejero competente en materia sanitaria en la función de velar y garantizar el cumplimiento y efectividad de los derechos y deberes reconocidos a los usuarios sanitarios del SCS. Por lo tanto la ODDUS es la unidad responsable del cumplimiento con efectividad del régimen de los derechos reconocidos a los usuarios del SCS por la LOSCA.

De la misma manera que, en el Artículo 5 del mencionado Decreto, especifica las funciones que desempeña dicha oficina directamente o a través de sus unidades funcionales que se creen y que son dependientes de la misma. Las actividades de forma coordinada de las unidades funcionales, dependientes de la ODDUS, es una actividad de gran interés para el enriquecimiento de las funciones con un mismo aspecto fundamental, no generar quejas innecesarias y agrupar las reclamaciones de forma normalizada que permitan un estudio correcto de las mismas. Las funciones que se contemplan en dicho artículo son modificadas en el año 2001 por el Decreto 147/2001¹⁰², quedando determinadas en los siguientes apartados o áreas de reclamaciones, de solicitudes, de iniciativas y sugerencias y de información. Estas áreas contemplan las siguientes funciones específicas:

Área de reclamaciones:

“a) Atender, tramitar y elevar al órgano competente la propuesta de contestación de las reclamaciones presentadas por los usuarios sanitarios.

b) Gestionar y custodiar un Registro de reclamaciones de los usuarios sanitarios, en coordinación con los registros que al efecto se constituyan en las unidades funcionales dependientes.

c) Elaborar estadísticas sobre las reclamaciones presentadas, clasificándolas de acuerdo con criterios geográficos, materiales, sectoriales o cualquier otro que estime pertinente.

d) Apoyar y asesorar a los órganos y unidades competentes en sus relaciones con todas aquellas entidades públicas y privadas, para la investigación y contestación de las reclamaciones presentadas por los usuarios sanitarios.

e) Emitir los informes que sobre esta materia le encomiende el Consejero competente en materia de sanidad.

f) Comunicar al órgano competente del Servicio Canario de la Salud la posible comisión de hechos o conductas que supongan desconocimiento e incumplimiento de los derechos de los usuarios sanitarios reconocidos por la normativa sanitaria, a los efectos de la iniciación de los procedimientos disciplinarios o sancionadores que procedan.

g) Cualesquiera otras funciones que el Consejero competente en materia de sanidad le encomiende dentro del ámbito de esta área”.

Área de solicitudes:

“a) Atender, tramitar, responder y proponer, en su caso, al órgano competente, la respuesta de las solicitudes presentadas por los usuarios sanitarios, pacientes o familiares.

b) Gestionar y custodiar un Registro de solicitudes presentadas por los usuarios sanitarios, en coordinación con los registros que al efecto se constituyan en las unidades funcionales dependientes.

c) Cualesquiera otras que el titular de la Consejería competente en materia de sanidad le encomiende dentro de esta área”.

Área de iniciativas y sugerencias:

“a) Atender, valorar y tramitar las iniciativas y sugerencias presentadas por los usuarios sanitarios para un mejor funcionamiento de los servicios y eficaz cumplimiento de sus derechos, recabando para ello de cualquier entidad, organismo, centro o servicio público o privado los informes y estudios de viabilidad, así como las propuestas o alternativas que dichas iniciativas y sugerencias pudieran dar lugar.

b) Gestionar, guardar y custodiar un Registro de iniciativas y sugerencias, en coordinación con los registros que al efecto se constituyan en las unidades funcionales dependientes.

c) Cualesquiera otras que se le encomiende dentro del área”.

Área de información:

“a) Velar por el eficaz cumplimiento del deber de información y asesoramiento a los usuarios sanitarios y beneficiarios del Sistema Canario de la Salud, de sus derechos y deberes sanitarios, de los servicios y prestaciones sanitarias a las que pueden acceder, así como de los requisitos necesarios para su ejercicio.

b) Emitir los informes que sobre la materia objeto de su ámbito de actuación le encomiende el titular del Departamento competente en materia de sanidad, por haberlo requerido alguna entidad y organismo público o privado del sector sanitario.

c) Recabar de las entidades y organismos públicos y privados del sector sanitario, cualquier tipo de información que considere oportuna para un mejor cumplimiento de sus funciones.

d) Divulgar y difundir información sobre determinados procesos sanitarios que a juicio del titular del Departamento competente en materia de sanidad, resulten ser de interés para los usuarios sanitarios en general.

e) Analizar, confeccionar, difundir y comunicar los resultados de las encuestas dirigidas a los usuarios.

f) Elaborar la Memoria Anual de la Oficina.

g) Elaborar los resúmenes mensuales de actuación.

h) Elaborar y difundir la Carta de los Derechos y Deberes de los Usuarios Sanitarios.

i) Cualquier otra que dentro del ámbito del área se le encomiende”.

En cuanto a las contestaciones y respuestas a las reclamaciones interpuestas, solicitudes, iniciativas y sugerencias de los usuarios sanitarios, de la ODDUS, en el **Capítulo II. Estructura**. Artículo 8 del Decreto 94/1999⁹⁹, contempla que es responsabilidad del Consejero en materia sanitaria. No obstante, es modificado dicho artículo por la Orden de 4 de Octubre de 1999¹⁰³, siendo motivo de modificación el agilizar la gestión de las reclamaciones y sus respuestas. Así, delega el ejercicio de la competencia de contestación de las

mismas a un órgano más cercano, la Secretaría General Técnica del Departamento.

Es en el año 2001, por publicación, de la Orden de 20 de septiembre¹⁰¹, la que desarrolla el Decreto 94/1999, de 25 de mayo⁹⁹, regulando la estructura y funcionamiento de la ODDUS en la tramitación de las reclamaciones, solicitudes, iniciativas y sugerencias en el ámbito sanitario. Así como, aprueba los impresos y modelos de hojas de reclamaciones y de solicitudes, iniciativas y sugerencias en el ámbito sanitario para la utilización de dichos modelos por los usuarios sanitarios, en toda la Comunidad Autónoma Canaria.

Por otro lado, y partiendo de la premisa de que una reclamación, como medida de calidad de un servicio, es una manifestación de no-conformidad con los requerimientos esperados, el estudio y análisis de las mismas forma parte de un proceso de evaluación de la calidad de un centro sanitario, y como tal deben cumplir condiciones adecuadas para el registro y clasificación, que permitan ordenarlas según criterios previamente establecidos. En éste caso, habrá que identificar como mínimo el tipo de problema denunciado, servicio/unidad de procedencia, profesionales implicados y momento o periodo del conflicto.

En este sentido, para el estudio y clasificación homogénea de las reclamaciones y solicitudes de los usuarios sanitarios, que permitan conocer las mismas de forma reglada, en toda la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Canarias, se adjunta, la Orden de 20 de septiembre¹⁰¹, regula la definición y la clasificación que se establece de la forma siguiente:

- “1.- Asistenciales.** Son las referidas a un acto o proceso asistencial en su totalidad efectuado por un equipo sanitario para tratar de dar solución a un problema de salud (Tabla 2).
- 2.- De trato.** Son las referidas a las relaciones entre personas propias de cualquier organización que presta un servicio (Tabla 3).

- 3.- De información.** Son las referidas a la comunicación oral o escrita, tanto de los servicios o prestaciones sanitarias, como de los derechos y deberes de los usuarios, procedimientos, normativa y demás cuestiones de naturaleza sanitaria (Tabla 4).
- 4.- De organización.** Son las referidas a la planificación, ordenación, coordinación o resolución de las diferentes estructuras y circuitos de la red asistencial (Tabla 5).
- 5.- De hostelería/habitabilidad/confort.** Son las referidas a las condiciones de hostelería, habitabilidad, alojamiento y confort de los usuarios en el centro asistencial (Tabla 6).
- 6.- Otros.** Son las reclamaciones y solicitudes referidas a los aspectos no catalogados en los grupos anteriores. Su utilización debe ser residual, sólo aplicable en los casos de no proceder otra anterior”.

La clasificación y categorización de las reclamaciones requiere, para poder hacer uso de ellas como evaluación de la calidad de los servicios sanitarios, de una metodología rigurosa para el análisis eficaz de las mismas y garantizar la objetividad del tratamiento del contenido de cada una de las reclamaciones interpuestas por los usuarios. Además conocer esta realidad es fundamental para saber qué hacer en relación a la mejora de la calidad, a través de introducir intervenciones factibles y realistas, optimizando los recursos disponibles.

En base a ello, en la Orden anteriormente señalada de 20 de septiembre de 2001¹⁰¹, se establece que para la realización de la memoria anual de la ODDUS, los datos relativos a las reclamaciones y solicitudes se catalogarán según una relación de códigos específicos, ateniéndose a las clasificaciones descritas, con el fin de homogeneizar los resultados de los mismos en aras a la elaboración de la memoria. Quedando definidos de la siguiente manera:

Tabla 2. Grupo 1. Asistenciales	
Código	Motivo
101	Negativa a la prestación de la asistencia
102	Insatisfacción con la prestación de la asistencia
103	Demora en la asistencia
104	Infección nosocomial
105	Error asistencial, supuestos:
105.1	de diagnóstico
105.2	de tratamiento o medicación
105.3	de intervención quirúrgica
105.4	otros
106	Incumplimiento de la dieta alimenticia
107	Imputación de mala praxis
108	Negativa a la elaboración de bajas y altas de Incapacidad temporal y prestaciones complementarias
109	Recetas médicas
110	Otros

Tabla 3. Grupo 2. Trato	
Código	Motivo
201	Trato personal inadecuado
202	Falta de intimidad
203	Falta de confidencialidad
204	Represalia por reclamación
205	Actuaciones contra la integridad de las personas
206	Otros

Tabla 4. Grupo 3. Información	
Código	Motivo
301	Información general
302	Información asistencial
303	Falta/Demora en la elaboración del informe escrito
304	Denegación de informe escrito
305	Falta o deficiencia en la historia y documentación clínica
306	Falta de consentimiento informado
307	Otros

Tabla 5. Grupo 4. Organización y trámites	
Código	Motivo
401	Listas de espera, supuestos:
401.1	de consulta
401.2	de ingreso hospitalario
401.3	de intervención quirúrgica
401.4	de pruebas diagnósticas
401.5	de pruebas terapéuticas
402	Suspensión/anulación, supuestos:
402.1	de consulta
402.2	de ingreso programado
402.3	de intervención quirúrgica
402.4	de pruebas diagnósticas
402.5	de pruebas terapéuticas
403	Citación
404	Cita previa centralizada
405	Deficiencias en el traslado interno
406	Transporte sanitario externo
407	Incumplimiento de horario

Tabla 5. Grupo 4. Organización y trámites (Continuación)	
Código	Motivo
408	Deficiencias en el proceso de ingreso/acceso
409	Listas de espera, supuestos:
410	Desaparición de objetos
411	Sustracción
412	Deficiencia en la coordinación
413	Trámites dificultosos
414	Solicitud de segunda opinión
415	Derivación a otros centros
416	Demora en el abono de prestaciones complementarias, reintegro de gastos, etc.
417	Denegación en el abono de prestaciones complementarias, reintegro de gastos, etc.
418	Error de facturación
419	Desacuerdo con el coste de asistencia
420	Incumplimiento de las normas sectoriales y en especial las relativas al consumo del tabaco
421	Desacuerdo con las normas instituciones
422	Huelga
423	Compensación económica por extravío de objetos personales
424	Cobro indebido de honorarios
425	Otros

Tabla 6. Grupo 5. Hostelería/Habitabilidad/Confort	
Código	Motivo
501	Insatisfacción, supuestos:
501.1	consultorios
501.2	habitación
501.3	infraestructura y locales
501.4	equipamiento
501.5	mantenimiento
501.6	alimentación
501.7	limpieza
501.8	lencería
501.9	televisión
502	Falta de silencio
503	Problemas con la comunicación/teléfono
504	Falta de seguridad
505	otros

6.2 Servicios de Atención a los Usuarios (SAU)

La relación de los usuarios sanitarios con los centros de atención sanitaria, se establece a través de los Servicios de Atención al Usuario (SAU). Esta relación debe ser ágil, inmediata y sencilla, de tal manera que se facilite al usuario actuar como auditor del sistema sanitario con las sugerencias, quejas y reclamaciones sobre el funcionamiento del mismo.

Atención al Usuario es el conjunto de actividades y acciones que acompaña a la actividad asistencial, y también elementos concretos derivados de dicha actividad. Además añade valor a la propia asistencia, al servicio y a la organización y que comporta la satisfacción del usuario sanitario⁵.

Según hace constar Ruiz Legido¹⁰⁴, del Gabinete Técnico-Jurídico de FACUA, Federación de Asociaciones de Consumidores y Usuarios en Acción, para que lo anteriormente se cumpla, es necesario que los usuarios tengan información correctamente administrada y gestionada, de tal manera que sea el pilar básico para que la relación entre ambos se establezca de forma óptima. Además afirma que se reducirían las reclamaciones que presenta el usuario a los servicios de salud, cuando el usuario está bien informado, ya que impulsa las mejoras e innovaciones necesarias del sistema.

En este sentido, la LOSCA⁷⁸, especifica en el apartado 4º, Artículo 12, que los servicios, centros y establecimientos públicos y privados, deberán disponer y tener a disposición de los usuarios:

- Información accesible, suficiente y comprensible sobre los derechos y deberes de los usuarios.
- Formularios de sugerencias y reclamaciones.
- Personal y locales bien identificados para desarrollar estas funciones.

El propio Decreto 94/1999⁹⁹, en el Artículo 10, especifica las unidades que dependen funcionalmente de la ODDUS, y así determina que:

“Los Servicios de Atención al Paciente o Unidades equivalentes a los mismos existentes en los establecimientos integrados o adscritos en la Red Hospitalaria de Utilización Pública. Dichos Servicios y unidades coordinarán la emisión y remisión de los informes solicitados por la Oficina y garantizarán la ejecución de cualquier tipo de actuación, investigación o estudio que le encomiende la Oficina para la contestación final de las reclamaciones y solicitudes y la respuesta a las iniciativas o sugerencias sometidas a su conocimiento. - Las Unidades Insulares de la Oficina que se creen y se integren en la estructura orgánica de las Direcciones de las Áreas de Salud que tramitarán los asuntos asignados por el presente Decreto hasta la fase anterior a la formulación de la propuesta de contestación o respuesta, elevando el expediente con un informe comprensivo de lo actuado”.

El Decreto anteriormente mencionado, en el año 2001 queda modificado el artículo dedicado a la estructura de la misma, de tal manera que el Decreto 147/2001¹⁰², especifica en el Artículo 10, que dependerán funcionalmente de la Oficina:

“Los Servicios de Atención al Usuario o Unidades equivalentes a los mismos existentes en los establecimientos integrados o adscritos en la Red Hospitalaria de Utilización Pública.

Los Servicios análogos a los anteriores que existan o puedan crearse en las Gerencias de Atención Primaria y en las Gerencias de Servicios Sanitarios.

Las Unidades Insulares de la Oficina que se creen y se integren en la estructura orgánica de las Direcciones de las Áreas de Salud, así como las unidades de éstas destinadas al cumplimiento de las obligaciones contenidas en este Decreto en su área material de actividad”.

De esta manera, pasa a denominarse, de SAP a SAU. Es a partir de ahí cuando los establecimientos adscritos a las Direcciones de Área de Salud, Gerencias de Atención Primaria, de Hospitales y de Servicios Sanitarios se denominan SAU.

7. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI)

A partir de las transferencias sanitarias en el año 1994, el Gobierno de Canarias a través de la LOSCA⁷⁸, crea el SCS, para el desarrollo de las competencias de la Comunidad Autónoma de Canarias en materia de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad, así como de la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios integrados o adscritos funcionalmente al propio Servicio, que se configura como Organismo Autónomo de carácter administrativo.

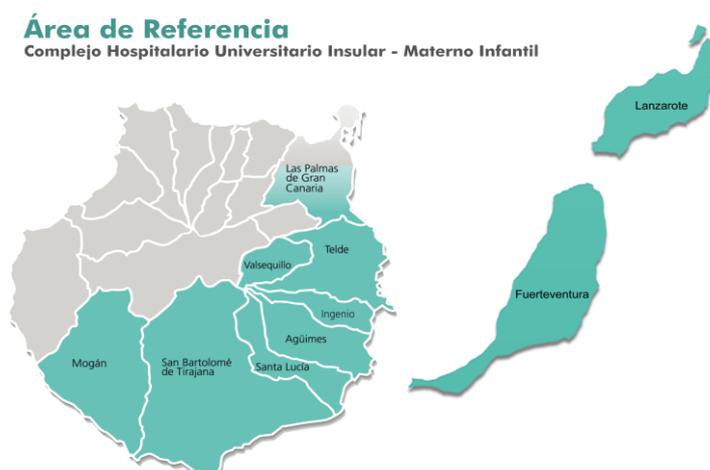
El Servicio Canario de la Salud, como organismo autónomo de carácter administrativo para la ejecución de la política sanitaria y para la gestión de las prestaciones y centros, servicios y establecimientos de la Comunidad Autónoma encargados de las actividades de salud pública y asistencia sanitaria, se organiza territorialmente en Áreas de Salud¹⁰⁵.

7.1 Descripción y su posición en el contexto del SCS

El Área de Salud de Gran Canaria abarca los distintos centros de prestación sanitaria constituidos por: 40 Zonas Básicas de Salud, 86 Centros Asistenciales (Centros de Salud, Consultorios Locales, Puntos de Urgencias), 7 Centros de Atención Especializada (CAE) y 2 Hospitales Universitarios. Los Hospitales de referencia son el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGC Dr. Negrín) que tiene competencia sobre los municipios de la zona norte de la isla y del sector septentrional de la capital y el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Canarias (CHUIMI), que abarca a los municipios del sur de la isla y la zona meridional de la capital; así como a otras áreas de referencia en la atención en Obstetricia y Ginecología y la atención Materno-Infantil que abarca a toda la Isla de Gran Canaria y las de las Islas de Lanzarote y Fuerteventura (Figura 1).

La denominación del CHUIMI se produce en el año 2006, es un Complejo Hospitalario público de tercer nivel, con acreditación para la docencia pre-grado, según Convenio de 23 de mayo de 1997 con la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC) y post-grado con acreditación del Ministerio de Sanidad, en virtud al cumplimiento de los requerimientos establecidos para tal fin.

Figura 1. Área de Salud



Los servicios sanitarios que ofrece el CHUIMI están repartidos en una estructura física compuesta por distintos centros de atención sanitaria, atención especializada hospitalaria y atención especializada extrahospitalaria, los cuales quedan reflejados en la Tabla 7:

Tabla 7. Centros de atención sanitaria adscritos al CHUIMI

	General	Monográfico	CAE	USM
Hospitales Universitarios	Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (HUIGC)	Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias (HUMIC)		
Atención Especializada Extrahospitalaria (CAE)			Vecindario Telde Prudencio Guzmán	
Unidades de Salud Mental (USM)				Vecindario Telde Triana El Lasso Hospital de Día Infanto Juvenil

7.2 Cartera de Servicios del CHUIMI

La cartera de servicios, según la Ley de 16/2003, de 28 de mayo¹⁰⁶, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias, en este caso del CHUIMI y sus diferentes servicios médicos, quirúrgicos y centrales (Tablas 8, 9 y 10).

Una cartera de servicios resulta de utilidad tanto para el usuario (cliente externo), como para los profesionales del centro o del sistema de salud (cliente interno) e incluso, al resto de la organización en la que se encuadra el centro asistencial. Los servicios contenidos tienen la consideración de básicos y comunes, entendiendo por tales los necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos los usuarios.

Tabla 8. Cartera de Servicios Médicos. CHUIMI

	SERVICIOS CENTRALES	HOSPITALIZACIÓN	AMBULATORIA HOSPITAL	C.A.E.
ALERGIA			✓	
CARDIOLOGÍA		✓	✓	✓
- Hemodinámica Diagnóstica		✓	✓	
- Hemodinámica Terapéutica		✓	✓	
- Ecocardiografía	✓	✓	✓	
- Holter		✓	✓	
- Prueba de esfuerzo		✓	✓	
- Electrofisiología		✓	✓	
DERMATOLOGÍA		✓	✓	✓
DIGESTIVO		✓	✓	✓
- Endoscopia	✓	✓	✓	
ENDOCRINOLOGÍA		✓	✓	✓
HEMATOLOGÍA	✓	✓	✓	✓
MEDICINA INTERNA		✓	✓ (HD)	
NEFROLOGÍA		✓	✓	

Tabla 8. Cartera de Servicios Médicos. CHUIMI (Continuación)

	SERVICIOS CENTRALES	HOSPITALIZACIÓN	AMBULATORIA HOSPITAL	C.A.E.
NEUMOLOGÍA		✓	✓	✓
- Unidad del Sueño		✓	✓	
NEUROLOGÍA		✓	✓	✓
ONCOLOGÍA		✓	✓ (HD)	
PSIQUIATRÍA		✓	✓	✓
REHABILITACIÓN		✓	✓	✓
REUMATOLOGÍA		✓	✓	

Tabla 9. Cartera de Servicios Quirúrgicos. CHUIMI

	SERVICIOS CENTRALES	HOSPITALIZACIÓN	AMBULATORIA HOSPITAL	C.A.E.
ANGIOLOGÍA Y C. VASCULAR		✓	✓	
CIRUGIA CARDIACA INFANTIL		✓	✓	
C. GENERAL Y AP. DIGESTIVO		✓	✓	✓
- C. Laparoscópica		✓		
- C. de la Obesidad		✓		
C. MAXILOFACIAL		✓	✓	
CIRUGIA PEDIATRICA		✓	✓	
- Cirugía neonatológica		✓	✓	
C. PLÁSTICA		✓	✓	
C. TORÁCICA		✓	✓	
NEUROCIRUGÍA		✓	✓	
OFTALMOLOGÍA		✓	✓	✓
ORL		✓	✓	✓
- ORL Pediátrica		✓	✓	✓
TRAUMATOLOGÍA		✓	✓	✓
CIRUGIA ORTOPEDICA		✓	✓	✓
- Ortopedia infantil		✓	✓	✓
UROLOGÍA		✓	✓	✓
- Litotricia	✓		✓	
GINECOLOGIA		✓	✓	✓
OBSTETRICIA		✓	✓	✓
PEDIATRIA		✓	✓	
- Diagnóstico Prenatal			✓	
NEONATOS		✓	✓	

Tabla 9. Cartera de Servicios Quirúrgicos. CHUIMI (Continuación)

	SERVICIOS CENTRALES	HOSPITALIZACIÓN	AMBULATORIA HOSPITAL	C.A.E.
U. PLANIFICACIÓN FAMILIAR			✓	
- Consejo Genético			✓	
- I.V.E.		✓		
- Ligaduras de Trompas		✓		
- Vasectomías		✓		

Tabla 10. Cartera de Servicios Centrales. CHUIMI

	SERVICIOS CENTRALES	HOSPITALIZACIÓN	AMBULATORIA HOSPITAL	C.A.E.
ANESTESIA	✓	✓	✓	
ANATOMÍA PATOLÓGICA	✓			
HEMOTERAPIA				
- Banco de Sangre	✓			✓
- Aféresis		✓	✓	
- Banco de Huesos	✓			
LABORATORIOS				
- Hematología	✓	✓	✓	✓
- Bioquímica	✓			✓
- Análisis Clínicos	✓			✓
FARMACIA HOSPITALARIA	✓		✓	
FARMACOLOGÍA CLÍNICA	✓			
GENÉTICA	✓			
- Citogenética	✓			
- Genética Molecular	✓			
HISTOCOMPATIBILIDAD	✓			
INMUNOLOGÍA	✓			
MEDICINA NUCLEAR	✓	✓		
MEDICINA PREVENTIVA	✓		✓	
MICROBIOLOGÍA	✓			
NEUROFISIOLOGÍA	✓	✓	✓	
- Potenciales evocados	✓		✓	
RADIODIAGNÓSTICO:	✓	✓	✓	
- Radiología General	✓		✓	✓
- Ecografía	✓		✓	✓

Tabla 10. Cartera de Servicios Centrales. CHUIMI (Continuación)

	SERVICIOS CENTRALES	HOSPITALIZACIÓN	AMBULATORIA HOSPITAL	C.A.E.
- Mamografía	✓		✓	✓
- TAC	✓		✓	
- RNM	✓		✓	
- Angiografía Digital	✓		✓	
- Gammacámara	✓		✓	
- Densitometría ósea	✓		✓	
- Radiología vascular intervencionista	✓	✓	✓	
RADIO FÍSICA HOSPITALARIA	✓			
CUIDADOS CRÍTICOS	✓	✓		
- UVI	✓	✓		
- UMIP	✓	✓		
- UCIN	✓	✓		
- URPA	✓	✓		
CUIDADOS PALIATIVOS		✓	✓	
LESIONADOS MEDULARES		✓	✓	
UNIDAD REHABILITACIÓN ACTIVA		✓		
UNIDAD DE ICTUS		✓	✓	
UNIDAD DE INFECCIOSOS		✓	✓	
UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS			✓	
UNIDAD DEL DOLOR	✓	✓	✓	
DIÁLISIS	✓	✓	✓	
URGENCIAS	✓	✓	✓	
HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA			✓	
DIETÉTICA Y NUTRICIÓN	✓	✓	✓	
TRASPLANTES				
- Córnea		✓	✓	
- Médula Ósea Autólogo		✓	✓	
- Renal		✓	✓	
- Progenitores hematopoyéticos	✓			
CONSULTORES A. PRIMARIA				✓
INVESTIGACIÓN	✓			
DOCENCIA				
- Medicina Pregrado	✓			
- Medicina Postgrado	✓			
- Enfermería Pregrado	✓			
- Otros (FP)	✓			

7.3 Recursos Humanos del CHUIMI

La plantilla orgánica del Complejo Hospitalario está compuesta por personal directivo, personal facultativo (médicos, farmacéuticos, psicólogos, biólogos), personal sanitario no facultativo (enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos especialistas) y personal no sanitario (Tabla 11).

Tipología	Número	Porcentaje
Personal Directivo	16	0.3%
Personal Facultativo	701	15.2%
Personal Sanitario no Facultativo	2.675	57.8
Personal no sanitario	1.237	26.7%
Total	4.629	100.0%

7.4 El SAU en el Complejo Hospitalario

De forma general, los usuarios pueden participar en la evaluación de mejora del servicio sanitario, de dos formas claramente diferenciadas, por iniciativa propia o por requerimiento de la institución, la cuál es conocida a través de encuestas de satisfacción. En la primera, el usuario actúa más activamente y no es excluyente de la segunda, siendo metodológicamente menos conocida, el resultado del estudio de quejas y reclamaciones, y por tanto presenta más dificultad a la hora de incorporar y aprovechar dichos resultados ⁶⁸.

Las dependencias donde se encuentran los puntos de recepción y gestión de las quejas y reclamaciones de los usuarios en todos los centros de asistencia sanitaria, cuentan con infraestructura diferente según el centro al que pertenezca. En el CHUIMI, y en reconocimiento a los derechos recogidos en la LOSCA⁷⁸, disponen de un SAU, donde pueden presentar agradecimientos, sugerencias y reclamaciones que estimen oportunas. La principal característica del SAU, es el contacto personal con el reclamante, pudiendo así mejorar la imagen que éste

tiene del centro hospitalario y que el SAU es el interlocutor válido entre el paciente y la dirección de la institución, para así hacer llegar a ésta los problemas derivados de la relación diaria del usuario. Actuando como protector de los intereses legítimos de los usuarios, haciéndolos valer ante la dirección del centro, y a la vez conciliar tales derechos con los de los profesionales y los de la propia institución, preservando en todo momento la objetividad y autonomía del SAU.

Además, el SAU ha de ser un servicio asesor y no ejecutivo en la institución sanitaria, dejando la línea ejecutiva a los responsables correspondientes.

Como se hace referencia anteriormente, el CHUIMI está constituido por los centros sanitarios HUIGC y el HUMIC, además de los Centros de Atención Especializada (CAE) y las Unidades de Salud Mental (USM).

Antes del año 2011, existían un SAU por cada centro adscrito al mencionado complejo hospitalario, fue en el primer trimestre del año 2011 y en cumplimiento de la política y la misión del CHUIMI, cuando los SAU del HUIGC y HUMIC, se fusionan, constituyéndose sólo un SAU, pero manteniendo su ubicación estructural en ambos hospitales. Quedando adscritas las siguientes Áreas y Unidades¹⁰⁷.

Área de Atención al Usuario.

Objetivos:

1. Informar y orientar a los usuarios sanitarios, sobre los aspectos concernientes a su estancia en el hospital.
2. Velar por el cumplimiento de la carta de los derechos y deberes de los usuarios según LOSCA.
3. Atender las demandas, dando prioridad a la resolución inmediata de las mismas, y en su defecto gestionar las reclamaciones pertinentes.
4. Colaborar con la recogida de los datos de las encuestas de satisfacción al usuario sanitario, emitidas por el SCS.

Área de información y atención al ingreso.

Objetivos:

1. Informar y orientar a los usuarios sanitarios, sobre los aspectos concernientes a los derechos y deberes durante su estancia en el hospital.
2. Facilitar la guía del usuario sanitario en el CHUIMI, la cual contiene: carta de derechos y deberes de los pacientes y usuarios en el Sistema Canario de Salud, información general de funcionamiento del Complejo Hospitalario, información sobre el uso de la biblioteca de pacientes del Complejo Hospitalario (*Anexo 5*).

Unidad de Traslados.

Objetivo: Tramitar y gestionar la derivación de pacientes del CHUIMI a centros y servicios sanitarios distintos de los de referencia.

Unidad de Trabajo Social.

Objetivo: Informar sobre los dispositivos sociosanitarios a los que puede acceder el usuario.

En cumplimiento del DECRETO 147/2001¹⁰², por el que se modifica el Decreto 94/1999⁹⁹, que regula la estructura y el funcionamiento de la ODDUS y la tramitación de las reclamaciones, solicitudes, iniciativas y sugerencias en el ámbito sanitario, Artículo 10.- Estructura, en el apartado 3 donde dice que "los SAU, elaborarán las propuestas de contestaciones y respuestas que deban asumir los Directores de Áreas de Salud, Gerentes de Atención Primaria, Gerentes de Servicios Sanitarios y los Directores Gerentes de los Hospitales, de conformidad con lo establecido en el apartado 2 del artículo 8 del presente Decreto. Además, coordinarán la emisión y remisión de los informes solicitados por la Oficina y garantizarán la ejecución de cualquier tipo de actuación, investigación o estudio que les encomiende la Oficina para la contestación final de las reclamaciones y solicitudes y la respuesta a las iniciativas o sugerencias presentadas en cualquier nivel de actuación."

Por tanto, el SAU, es el encargado de recibir, evaluar y hacer propuestas de todos los asuntos que reflejan la opinión del usuario, así como la tramitación de reclamaciones, solicitudes, sugerencias, información de los servicios del CHUIMI y otras gestiones; relacionándose con los servicios, unidades, Direcciones y Subdirecciones Médicas, de Enfermería y de Gestión, a través de la Coordinación del Área de Gestión de la Calidad. De todo ello cuenta con la siguiente cartera de servicios:

- Solicitud de documentación clínica: Segunda opinión médica, Cambio de especialista, Informe Médico, Manifestaciones Anticipadas de Voluntad, ...
- Información general (transporte, citaciones, servicios religiosos,
- Información sobre los Derechos y Deberes de los usuarios sanitarios.
- Tramitación de reclamaciones, quejas y sugerencias.
- Tramitación de interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos que contempla la ley.
- Información y valoración de prestaciones sanitarias.
- Proporcionar información sobre la organización y funcionamiento del CHUIMI.
- Orientación sobre listas de espera, consultas, pruebas funcionales, prestaciones,
- Facilitar información de alojamientos a pacientes trasladados.
- Gestión de pacientes desplazados de otras islas (modificación de las condiciones de viaje y trámites con la Dirección de Área).

En cuanto a las instalaciones, los centros sanitarios HUIGC y el HUMIC, tienen incorporado un espacio que abarca los recursos humanos (RR HH) y recursos materiales (RR MM) necesarios para cumplir con la cartera de servicios descrita anteriormente. De la misma manera que en los CAE y USM, existe una oficina para el cumplimiento de los objetivos marcados en materia de atención al usuario sanitario.

Para la gestión de las reclamaciones presentadas, el SAU determina como objetivo general “Gestionar las reclamaciones, sugerencias y solicitudes de los usuarios del CHUIMI y las contestaciones a éstas de manera adecuada según la legislación vigente, manteniendo un alto índice de trazabilidad en el procedimiento”, y como procedimiento o circuito general a llevar a cabo:

- 1º. Atender la recepción de las reclamaciones presentadas por el usuario, de forma personalizada y de manera confidencial, en el SAU.
- 2º Codificar las reclamaciones que serán valoradas por el responsable de la Coordinación del Área de Calidad del CHUIMI.
- 3º Remisión de la reclamación al servicio reclamado o persona concreta, si la hubiese, solicitando informe al respecto.
- 4º. Informe de los responsables de la reclamación interpuesta, valorada por el responsable de la Coordinación del Área de Calidad del CHUIMI.
- 5º. Elaborar la respuesta definitiva y enviar por carta certificada al usuario sanitario.
- 6º. Archivar la documentación generada.
- 7º. Registro estadístico para el estudio de las mismas.

Como se ha hecho mención anteriormente, las actividades que realiza el SAU son múltiples, pero es la gestión de las reclamaciones el grueso de su contenido y donde cobra todas sus fuerzas, ya que el papel que se realiza en cuanto al análisis y tratamiento de las quejas y reclamaciones es fundamental para buscar, a través de las mismas, soluciones y mejoras del servicio de salud.

Por ello, y con el fin de reducir la variabilidad en la forma de proceder ante la gestión de las quejas y reclamaciones, el procedimiento anteriormente mencionado del CHUIMI, está regulado como normativa interna y de la cual se exponen las acciones más relevantes y específicas de la gestión de las mismas en la Tabla 12:

Tabla 12. Gestión de las Reclamaciones en el CHUIMI

Quién	Qué	Cómo
Usuario	Presenta reclamación mediante “Impreso Oficial Reclamaciones en el Ámbito Sanitario”	En el SAU de los distintos centros sanitarios del CHUIMI o Registros Institucionales (Registro General, ODDUS y Atención Primaria)
SAU / CAE	Registra la reclamación y nº de referencia asignado	Libro de Registro del SAU
SAU / CAE	Clasifica y remite la reclamación a la Unidad de Gestión de Reclamaciones	Correo interno
Unidad de Gestión de Reclamaciones	Verifica la clasificación de la reclamación remitida	Identificando el servicio y motivo de reclamación
Unidad de Gestión de Reclamaciones	Registra la reclamación en tabla de Access	Introduciendo datos de identificación: -Nº de referencia. -Nombre y apellidos del reclamante. -Servicio/Unidad a la que dirigida. -Fecha de entrada y salida de la Unidad.
Unidad de Gestión de Reclamaciones	Asigna Registro de salida	El nº asignado se genera en la tabla de Access de forma automática.
Unidad de Gestión de Reclamaciones	Emite escrito para valoración del Coordinador del Área de Calidad y SAU	
Unidad de Gestión de Reclamaciones	Procesamiento de datos en el Programa SAUCE (Sistema al Usuario Centralizado) http://sanidad3.gobiernodecanarias.net/sauce2	Introduciendo los datos insertados en la tabla de Access y añadiendo: DNI, dirección, teléfono, sexo, centro de presentación de la reclamación, código del grupo relativo a la reclamación, centro y servicio reclamado, fecha de emisión y llegada del escrito al Jefe de Servicio/Unidad

Tabla 12. Gestión de las Reclamaciones en el CHUIMI (Continuación)		
Quién	Qué	Cómo
Unidad de Gestión de Reclamaciones	Respuesta directamente al usuario de determinadas reclamaciones relacionadas con la Lista de Espera	Reclamaciones de Lista de Espera Quirúrgica o de citación de Consultas Externas
Unidad de Gestión de Reclamaciones	Envía listado de las reclamaciones contestadas al usuario desde la propia Unidad a los Jefes de Servicio/Unidad correspondiente.	Mensualmente
Unidad de Gestión de Reclamaciones	Envía escrito con la reclamación al Jefe del Servicio/Unidad correspondiente.	Correo interno
Secretaría del Servicio/Unidad correspondiente.	Recibe la reclamación y firma recibí de la misma	
Unidad de Gestión de Reclamaciones	Recibe y archiva el recibí de la reclamación	
Jefe del Servicio/Unidad correspondiente.	Contesta la reclamación	En un plazo de 20 días
Unidad de Gestión de Reclamaciones	Dando registro de entrada y recibí al escrito de respuesta de reclamación enviada por el Servicio/Unidad	
Supervisora del SAU y Coordinador del Área de Gestión de Calidad y SAU	Valora la respuesta de la reclamación	Verificando la idoneidad del documento

Tabla 12. Gestión de las Reclamaciones en el CHUIMI (Continuación)		
Quién	Qué	Cómo
Unidad de Gestión de Reclamaciones	Elabora la respuesta escrita de comunicación, dirigida al usuario reclamante	Redacción en documento normalizado, según Manual de Estilo Corporativo
Unidad de Gestión de Reclamaciones	Registro de entrada de la respuesta a la reclamación en el Programa Informático SAUCE	Se introduce la fecha de entrada del escrito en la Unidad, Servicio que contesta la reclamación y fecha de envío al usuario
Unidad de Gestión de Reclamaciones	Remite contestación del Servicio/unidad correspondiente al usuario	Mediante carta certificada con acuse de recibo
Unidad de Gestión de Reclamaciones	Archiva el expediente	

8. Estudios sobre Reclamaciones de los Usuarios Sanitarios

En los últimos años, ha cobrado gran importancia el estudio de las reclamaciones de los usuarios sanitarios y además forman parte de la política de calidad de los Sistemas de Salud. Así a continuación se exponen aquellos estudios publicados que tienen que ver con los objetivos planteados en el presente trabajo. Se presentarán teniendo en cuenta los siguientes apartados: Autor, título y medio donde se realiza el estudio, tipo de estudio, población o muestra y resultados (Tabla 13).

Tabla 13. Estudios sobre reclamaciones de los Usuarios Sanitarios	
Rodríguez A.I. et al. ¹⁰⁸	Ámbito: Área de Atención Primaria. Santiago de Compostela (2007 – 2008)
	Tipo de estudio: Descriptivo transversal retrospectivo.
	Población o muestra: 3.431 reclamaciones
	Resultados: Trato personal 18.2%. Falta de RRHH 18.0%. Problemas cita previa 13.7%. Retraso en la asistencia y Lista de Espera 13.0%. Organización de la asistencia 13.0%. Respuesta por escrito. 96.4%. Tiempo de respuesta. 23.3±19.9 días. 72.2% se contesta en un plazo<30días.
Rodríguez-Fernández J.et al ¹⁰⁹	Ámbito: Hospital Universitario Puerta de Hierro (2001-2005)
	Tipo de estudio: Descriptivo transversal retrospectivo
	Población o muestra: 3.756 reclamaciones
	Resultados: Trato personal 7.9%. Demora en la asistencia 12.6%. Disconformidad con la asistencia 7.9%. Suspensión del acto asistencial 5.5%. Lista de Espera 9.3%. Organización y normas 8.5%. Habitabilidad 5.6%.

Tabla 13. Estudios sobre reclamaciones de los Usuarios Sanitarios (*Continuación*)

Ortiga B. et al. ¹¹⁰	Ámbito: Hospital Universitario de Bellvitge (1992 – 2004)
	Tipo de estudio: Descriptivo retrospectivo.
	Población o muestra: 1.293 reclamaciones
	Resultados: Organización y trámites 59.6% y Asistenciales 29.6%: Demora excesiva para ser atendidos (48.9%), Insatisfacción con la asistencia (14.7%). Trato 5.5%. Información y documentación 3.7%. Alojamiento y confort 1.5%.
	Respuesta por escrito. 100.0%. Tiempo de respuesta. 47±40.8 días. 35.0%<30 días.
López A. et al. ¹¹¹	Ámbito: Área IV de Atención Primaria del INSALUD, Madrid (2001)
	Tipo de estudio: Descriptivo
	Población o muestra: 1.234 reclamaciones
	Resultados: Desacuerdo con el proceso asistencial 20.3%. Dificultad con el programa de cita previa 17.9%. Desacuerdo con la asignación y/o cambio de centro y/o médico 13.2%. Dificultad de accesibilidad 10.5%. Trato 7.7%. Deficiencia de equipamiento e instalaciones 6.6%. Demora en la asistencia 5.3%. RRHH 4.7%. Trámites administrativos 4.3%. Demora o extravío de pruebas complementarias 2.0%. Información insuficiente 1.5%. Falta de higiene del centro 0.6%.
	Respuesta por escrito. 100.0%. Tiempo de respuesta. 12.9 (0±46). 97.3%<30 días.

Tabla 13. Estudios sobre reclamaciones de los Usuarios Sanitarios <i>(Continuación)</i>	
Alonso R. ⁶⁷	Ámbito: Área sanitaria 10 de la Comunidad de Madrid (2000 – 2005)
	Tipo de estudio: Descriptivo retrospectivo
	Población o muestra: 4.500 reclamaciones
	Resultados: Citación 3.1%. Demora con la asistencia 4.0%. Desacuerdo con organización y normas 6.9%. Disconformidad con la asistencia sanitaria 18.8%. Extravío o desaparición de documentos, muestras u objetos 7.7%. Falta de asistencia 0.2%. Habitabilidad 0.9%. Incumplimiento de horario 1.1%. Información clínica 12.0%. Información general 0.7%. Limpieza 0.3%. Lista de espera no quirúrgica 15.1%. Lista de espera quirúrgica 7.0%. RHH 1.3%. Suspensión de actos asistenciales 5.2%. Trato 6.5%.
	Respuesta por escrito. 98.7% (2004). 98.8% (2005). Tiempo de respuesta. 58 días (2004):76.2%>30 días. 47 días (2005): 62.0%>30 días.
Fernández C. et al. ¹¹²	Ámbito: Servicio de radiología. Hospital Torre Cárdenas. Almería (2000 – 2003)
	Tipo de estudio: Observacional retrospectivo
	Población o muestra: 55 reclamaciones
	Resultados: Demora asistencial 56.0%. Material y equipamiento 11.0%. Información y trato 9.0%. Pérdida 10.0%.

Tabla 13. Estudios sobre reclamaciones de los Usuarios Sanitarios (*Continuación*)

González M. et al. ¹¹³	Ámbito: Hospital Clínico Universitario de Barcelona (1997 – 1999)
	Tipo de estudio: Epidemiológico descriptivo
	Población o muestra: 2.469 reclamaciones
	Resultados: Asistencial 18.5%. Trato 9.0%. Información 16.0%. Organización y trámite 49.1%. Habitabilidad 7.6%. Tiempo de respuesta. 20 días (1997), 16 días (1998) y 13 días (1999).
Domingo A. et al. ¹¹⁴	Ámbito: Hospital Sant Joan de Déu (1996 – 1999)
	Tipo de estudio: Descriptivo retrospectivo
	Población o muestra: 61 reclamaciones
	Resultados: Demora excesiva en la atención 37.0%. Insatisfacción asistencial 30.1%. Trato 12.3%. Deficiencia en el proceso 4.1%. Falta de coordinación 2.7%. Confusión de medicación 2.7%. Información 1.4%. Rigidez de las normas 1.4%. Denegación de informes 1.4%. Pérdida de objetos personales 1.4%.
Gómez-Pajares F. et al. ⁵⁷	Ámbito: Hospital Universitario Doctor Peset (1994 – 1999)
	Tipo de estudio: Observacional analítico retrospectivo
	Población o muestra: 1.383 reclamaciones
	Resultados: Lista de espera 28.1%. Demora en la asistencia 18.8%. Comunicación con el personal 12.5%. Trato 12.0%. Organización 11.2%. Ambiental y hostelería 8.9%. Tiempo de respuesta. Mediana de 41 días (32-62 días).

Tabla 13. Estudios sobre reclamaciones de los Usuarios Sanitarios <i>(Continuación)</i>	
Nebot C. et al. ¹¹⁵	Ámbito: Centro de Atención Especializada de la Dirección de Atención Primaria Nou Barris de Barcelona ciudad (1996 – 1998)
	Tipo de estudio: Observacional analítico retrospectivo
	Población o muestra: 220 reclamaciones
	Resultados: Insatisfacción asistencia 28.2%. Insatisfacción trato 14.1%. Desacuerdos normas institucionales 9.5%. Otros 48.2% Tiempo de respuesta. 12.3 días
Bernal M. et al. ¹¹⁶	Ámbito: Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (1996)
	Tipo de estudio: Observacional analítico retrospectivo
	Población o muestra: 1816 reclamaciones
	Resultados: Demora en la asistencia 62.7%. Listas de espera 17.3%. Suspensión del acto asistencial 3.2%. Extravío de documentos 2.7%. Habitabilidad 1.4% Tiempo de respuesta. No valorado
Bautista D. et al. ⁵⁸	Ámbito: Hospital “Dr. Peset” de Valencia (1994)
	Tipo de estudio: Observacional analítico retrospectivo
	Población o muestra: 200 reclamaciones
	Resultados: Motivos. Lista de espera 29%. Demora en asistencia 26%. Trato recibido 10% Tiempo de respuesta. 97 días

Tabla 13. Estudios sobre reclamaciones de los Usuarios Sanitarios (*Continuación*)

Pociello V. ⁹¹	Ámbito: Hospital nivel C (1000 camas) Barcelona (cinturón industrial) (1986)
	Tipo de estudio: Observacional analítico retrospectivo
	Población o muestra: 162 reclamaciones
	Resultados: Motivos. Habitabilidad 32.1%. Medico 19.7%. Esperas 17.9%. Enfermería 13.6% Tiempo de respuesta. No valorado



OBJETIVOS

II. OBJETIVOS

Nuestro estudio va dirigido fundamentalmente a analizar la evolución de las reclamaciones presentadas por los usuarios sobre la atención sanitaria percibida por estos. De tal manera que se pretende, por un lado, identificar los motivos por los que reclaman los usuarios sanitarios y por otro, ofrecer resultados que permitan introducir medidas de mejoras en la atención sanitaria que se ofrece a la población, orientadas hacia la satisfacción de la misma en los procesos asistenciales, lo que sin duda conduciría a mejores resultados para todos, tanto para usuarios como para profesionales, y a una mayor eficiencia del sistema sanitario.

El **Objetivo Principal** de este estudio consiste en describir la percepción del usuario sobre el modelo sanitario en un Área de Salud, analizando la evolución de las reclamaciones presentada por los mismos en el periodo comprendido entre los años 2005 - 2014.

Objetivos Específicos:

1. Cuantificar las reclamaciones presentadas por los usuarios sanitarios.
2. Conocer los motivos por los que reclaman los usuarios sanitarios.
3. Detallar los motivos de las reclamaciones presentadas en las diferentes Unidades Asistenciales Médicas.
4. Identificar las reclamaciones que estén relacionadas con las Unidades Asistenciales de Enfermería.
5. Examinar la gestión de las reclamaciones en relación a los tiempos de respuestas.
6. Constatar la evolución experimentada en las reclamaciones.



MATERIAL Y MÉTODO

III. MATERIAL Y MÉTODO

1. Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo.

2. Participantes

Para la realización de este estudio, hemos utilizado los casos tratados, reclamaciones, en los SAU como unidades gestoras de las mismas en el CHUIMI y ODDUS, durante el periodo comprendido entre los años 2005 – 2014.

Quedando representada la población de estudio por las reclamaciones a los distintos servicios/unidades que conforman dicho Complejo Hospitalario, lo que hacen un total de 49.335 reclamaciones gestionadas y comprendidas durante el periodo anteriormente señalado.

3. Instrumentos

Para la recogida de datos se procede a extraer, de cada base de datos de las distintas Memorias de Gestión del CHUIMI, aquellos relacionados con los objetivos propuestos y se introducen en una hoja diseñada para tal fin (Anexo1). Posteriormente fueron introducidos en una hoja de datos de Microsoft Excel 2007.

4. Procedimiento

4.1 Captación y seguimiento

Se incluyeron las reclamaciones presentadas por los usuarios sanitarios en los distintos puntos de atención, SAU y ODDUS, entre los años 2005 – 2014. El seguimiento se llevó a cabo con los registros de las mismas según las dimensiones e ítems que se relacionan y en base a la codificación existente en el SAU:

Dimensión sobre la asistencia sanitaria prestada y percibida por el usuario.

Dimensión sobre el trato percibido.

Dimensión sobre la información recibida sobre su proceso.

Dimensión de los aspectos organizativos del centro sanitario.

Dimensión sobre el confort, habitabilidad y hostelería percibidos.

El proceso de recogida de datos se realizó a través de los registros que conformaron las Memorias Anuales de Gestión del CHUIMI. Otros datos necesarios para el estudio se obtuvieron a través de los registros y normativas de funcionamiento de la Unidad de Gestión de Calidad del Complejo Hospitalario.

4.2 Variables

De cada reclamación se obtuvieron los siguientes datos que constituyeron las variables estudiadas y que coinciden con los motivos de reclamación:

- Servicio Unidad reclamada.
- Fecha de la reclamación interpuesta por el usuario sanitario.
- Demora en la asistencia. Sanitaria.
- Error asistencial de tratamiento y/o medicación.
- Insatisfacción con la prestación de asistencia.
- Negativa a la prestación sanitaria.
- Trato personal inadecuado.
- Falta o deficiencia en la historia y documentación clínica.
- Falta/demora en la elaboración del informe escrito.
- Información asistencial inadecuada.
- Deficiencias en la coordinación.
- Denegación de prestaciones complementarias, reintegro de gastos.
- Desaparición de objetos personales.
- Suspensión/anulación.
- Suspensión/anulación de consultas.
- Suspensión/anulación de pruebas diagnósticas.

- Lista de espera de intervención quirúrgica.
- Lista de espera de pruebas diagnósticas.
- Lista de espera terapéutica.
- Suspensión/anulación de pruebas diagnósticas.
- Sustracción.
- Tiempos de respuesta de la reclamación.

4.3 Análisis Estadístico

Las variables estudiadas en la muestra se han resumido mediante frecuencias absolutas y porcentajes relativos. Para mostrar la evolución temporal de dichas variables se han utilizado gráficos de líneas

Los resultados se han analizado utilizando los recursos de Microsoft Office Excel 2010

5. Consideraciones Éticas

El estudio se ha regido por los principios básicos contenidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial¹⁷. Se ha mantenido los niveles más altos de conducta profesional y confidencialidad y se ha seguido la legislación nacional aplicable en materia de protección de datos.

El derecho a la confidencialidad de los usuarios sanitarios está garantizado, ya que sólo se trabajó con los documentos y datos extraídos de las reclamaciones presentadas en el Complejo Hospitalario y en ningún momento se accedió a datos de identificación del usuario reclamante.

El estudio fue autorizado por la Coordinación del Área de Gestión de la Calidad y Atención al Usuario del CHUIMI y comunicado a la Dirección de Enfermería del mismo (Anexo2).



RESULTADOS

V. RESULTADOS

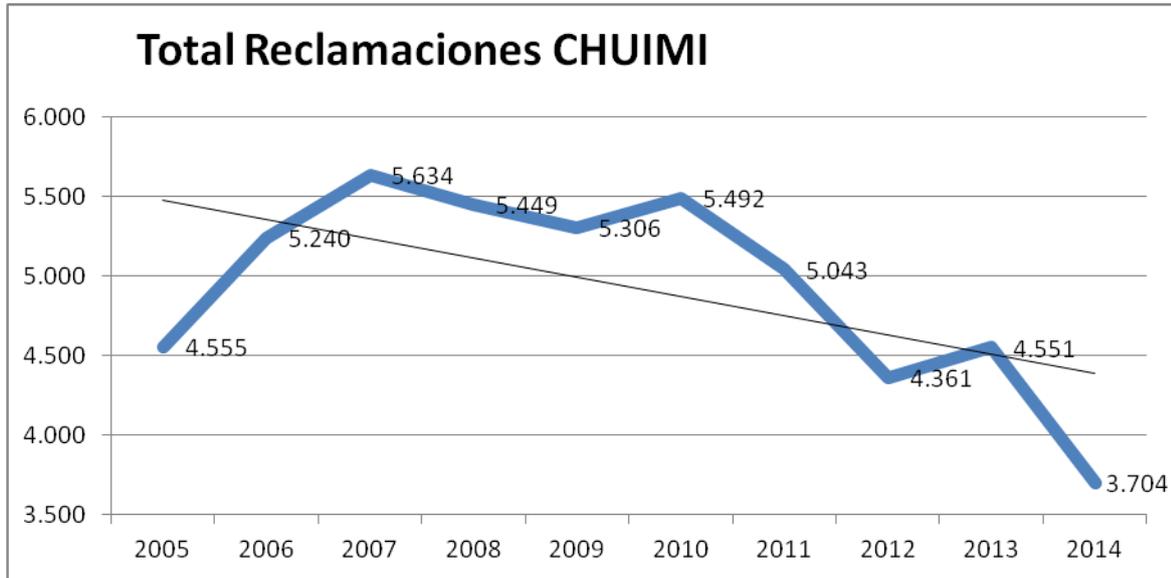
1. Resultados globales de las reclamaciones presentadas en el CHUIMI durante el periodo 2005 - 2014

Como se puede observar en la Tabla 14, durante el periodo comprendido entre los años 2005 y 2014, se presentaron un total de 49.335 reclamaciones en el CHUIMI, siendo el año 2007 en el que se registran mayor número de ellas representando un 11.4% del total estudiado y el año 2014 es el que representa el menor número de reclamaciones con un 7.5% del total.

Tabla 14. Reclamaciones presentadas en el CHUIMI. 2005 – 2014	
Año	Número/Porcentajes
2005	4.555 (9.2%)
2006	5.240 (10.6%)
2007	5.634 (11.4%)
2008	5.449 (11.0%)
2009	5.306 (10.7%)
2010	5.492 (11.1%)
2011	5.043 (10.2%)
2012	4.361 (8.8%)
2013	4.551 (9.2%)
2014	3.704 (7.5%)
Total: 49.335	

De la misma manera en el Gráfico 1, se aprecia la evolución, de forma global, que ha experimentado las reclamaciones presentadas en el Complejo Hospitalario, en los diez años estudiados.

Gráfico 1. Total de las reclamaciones presentadas en el CHUIMI. 2005 – 2014

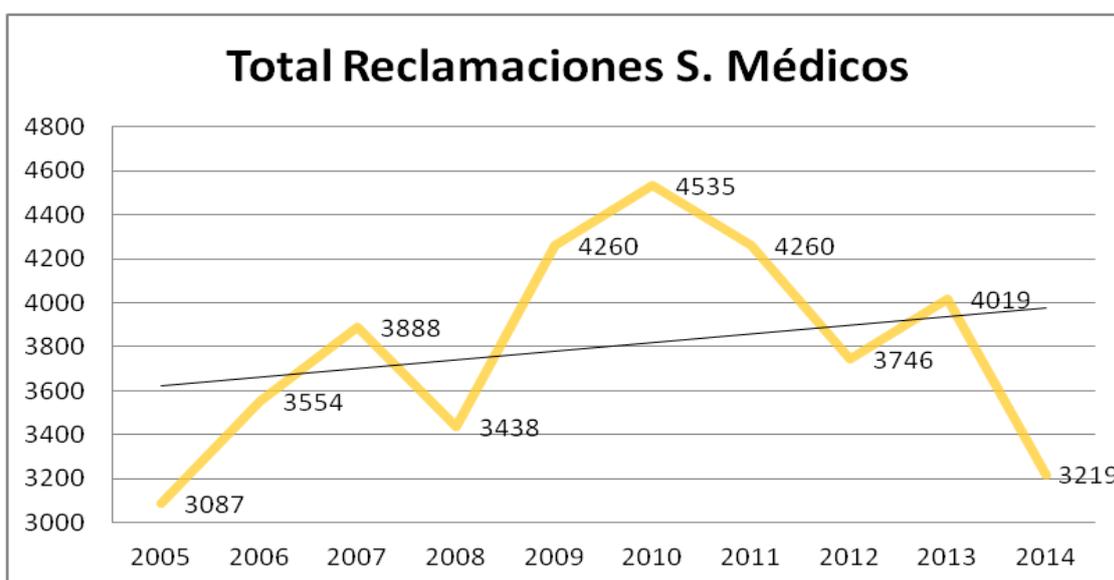


1.1 Resultados globales de las reclamaciones presentadas a los Servicios Médicos

Al analizar los resultados obtenidos en cuanto a las reclamaciones que han presentado los usuarios a los Servicios Médicos durante estos años, con un total de 38.006, se identifica el año 2010 con un 12.0% del total, siendo el número de mayor volumen de reclamaciones, frente al 2005 como el menor con un 8.1% del total (Tabla 15 y Gráfico 2).

Tabla 15. Distribución de las Reclamaciones de Servicios Médicos	
Año	Número/Porcentajes
2005	3.087 (8.1%)
2006	3.554 (9.3%)
2007	3.888 (10.2%)
2008	3.438 (9.0%)
2009	4.260 (11.2%)
2010	4.535 (11.9%)
2011	4.260 (11.2%)
2012	3.746 (9.8%)
2013	4.019 (10.6%)
2014	3.219 (8.5%)
Total	38.006

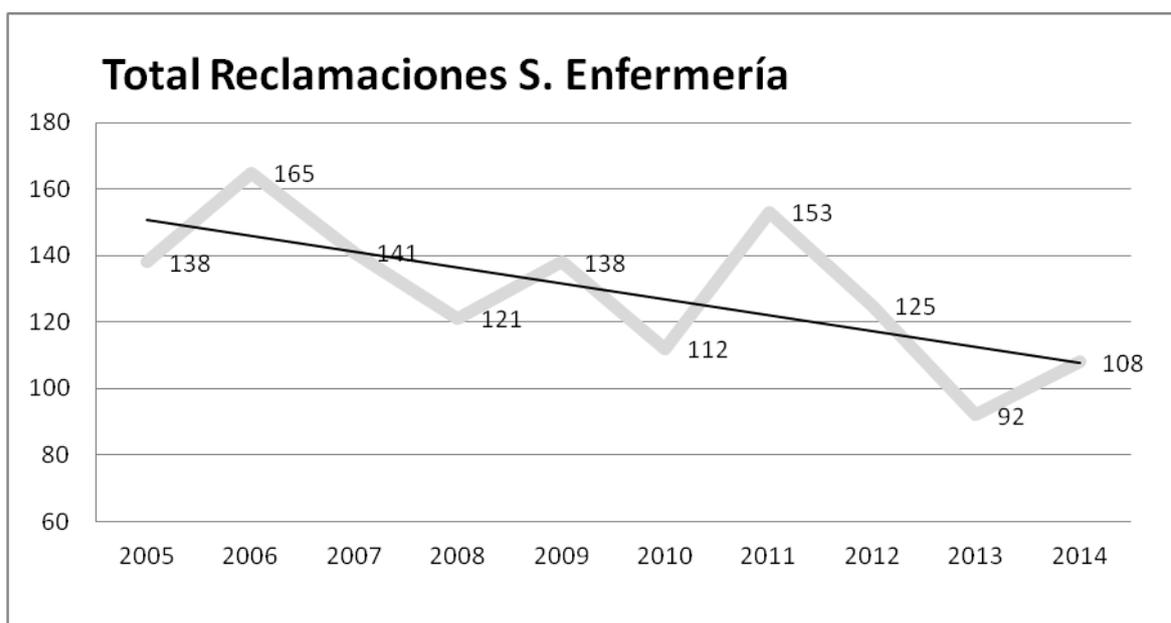
Gráfico 2. Distribución global de las reclamaciones presentadas a los Servicios Médicos



1.2 Resultados globales de las reclamaciones presentadas a los Servicios de Enfermería

En cuanto a los resultados obtenidos de las reclamaciones presentadas a los Servicios de Enfermería, se puede observar en la Tabla 16 que suman un total de 1.293, siendo el año con mayor número de ellas el 2006, con un total de 165 (12.8%) y el menor el año 2013 con 92 (7.1%). Así mismo, en el Gráfico 3, se puede apreciar la evolución global que presentan las mismas en el periodo estudiado.

Tabla 16. Distribución de las Reclamaciones de Servicios de Enfermería	
Año	Número/ Porcentajes
2005	138 (10.7%)
2006	165 (12.8%)
2007	141 (10.9%)
2008	121 (9.3%)
2009	138 (10.7%)
2010	112 (8.7%)
2011	153 (11.8%)
2012	125 (9.7%)
2013	92 (7.1%)
2014	108 (8.3%)
Total: 1.293	

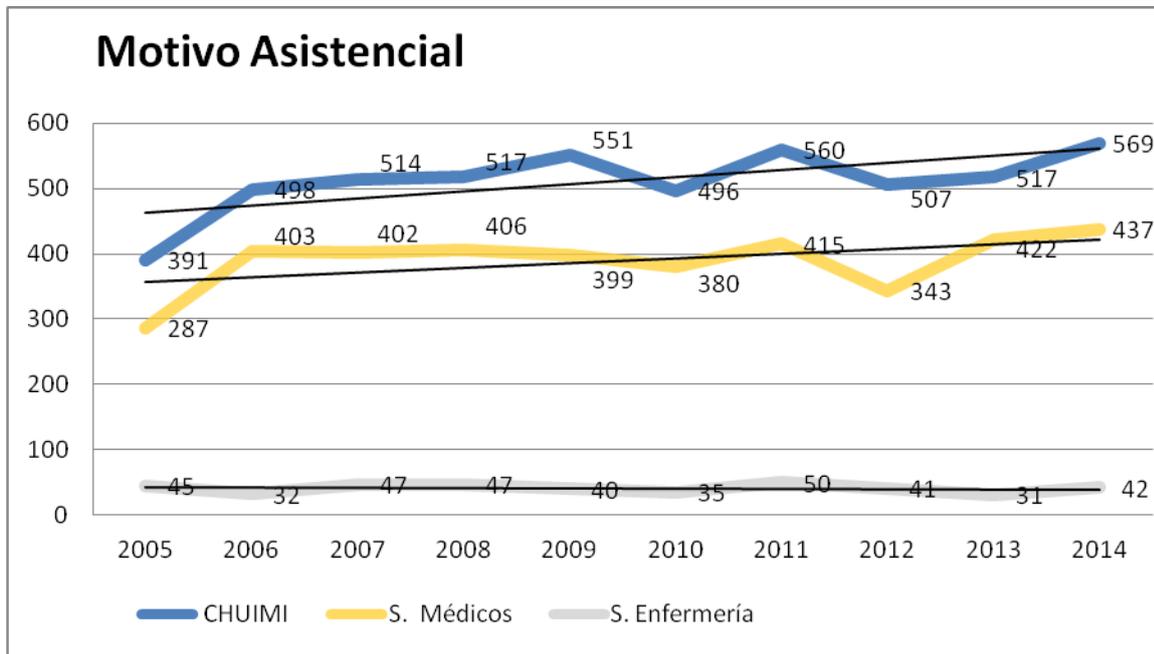
Gráfico 3. Total de las reclamaciones presentadas a los Servicios de Enfermería

2. Resultados globales de las reclamaciones por Motivo Asistencial en el CHUIMI, Servicios Médicos y de Enfermería durante el periodo 2005 – 2014

Al estudiar las reclamaciones presentadas por Motivos Asistenciales a nivel global en el CHUIMI (**5.090**), en el Gráfico 4, se puede evidenciar que si se muestran los datos obtenidos identificados por los Servicios Médicos y de Enfermería, se aprecia que la cifra obtenida en las de Enfermería es inferior a la de Médicos y además manifiestan un ascenso de las mismas en el año 2011 en ambas, como consecuencia de ello, también en el número total en el CHUIMI con respecto al resto de los años estudiados. Asimismo en el 2013, existe una disminución general en el CHUIMI que se manifiesta con una disminución en los Servicios de Enfermería, no siendo así en los Servicios Médicos que registra un aumento de las mismas.

Asimismo, se observa que las reclamaciones en los Servicios de Enfermería reflejan una tendencia homogénea en todos los años.

Gráfico 4. Reclamaciones por Motivo Asistencial en el CHUIMI, Servicios Médicos y de Enfermería. 2005-2014

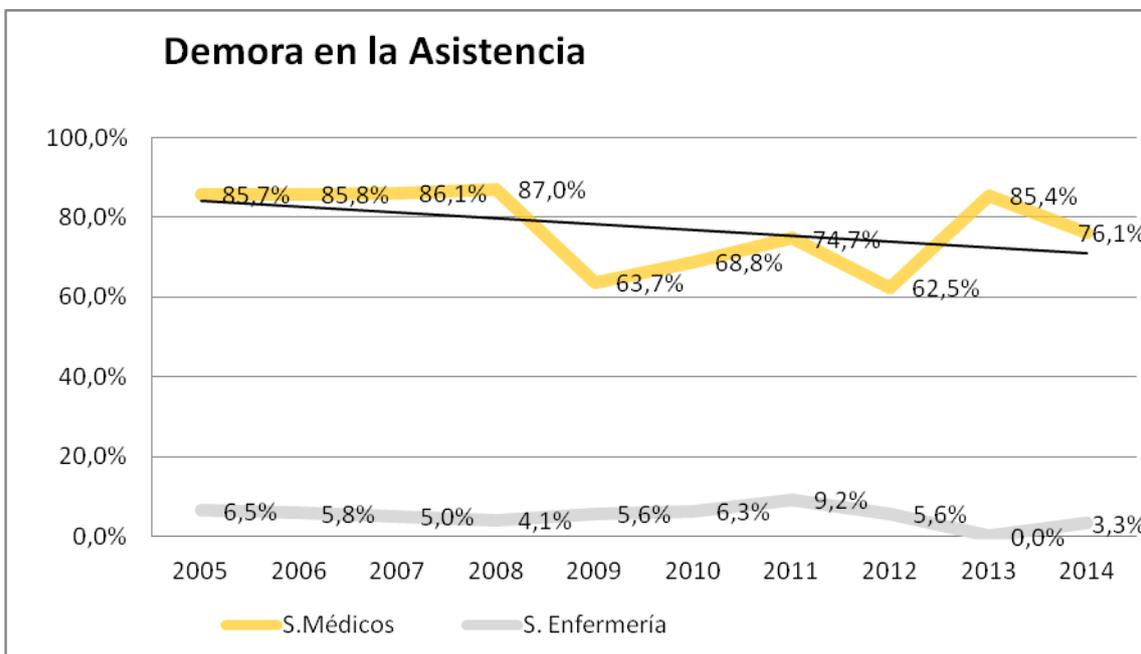


Del total de las 49.335 reclamaciones estudiadas en este periodo, un 10.4% de ellas corresponden al motivo Asistencial en el CHUIMI, de las cuales el 7.9% conciernen a los Servicios Médicos y el 0.8% a los Servicios de Enfermería.

2.1 Resultados de las reclamaciones por Motivo en Demora a la Asistencia en los Servicios Médicos y de Enfermería

En cuanto a las reclamaciones presentadas en el apartado Demora en la Asistencia, los Servicios Médicos reflejan una mayor incidencia de reclamaciones a este respecto en relación a las presentadas a los Servicios de Enfermería en la que incluso en el año 2013 no registra ninguna reclamación por este motivo. (Gráfico 5)

Gráfico 5. Reclamaciones por Motivo Demora en la Asistencia en los Servicios Médicos y de Enfermería. 2005-2014

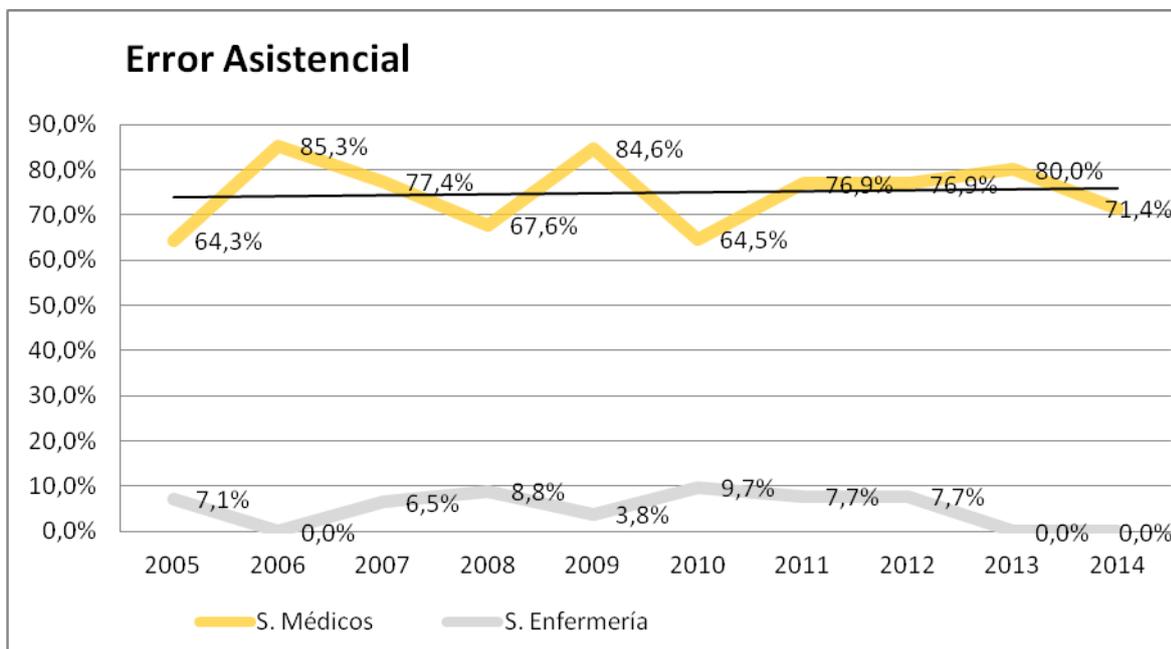


Así, del total de las 49.335 reclamaciones estudiadas, un 1.5% de las mismas corresponden al apartado Demora en la Asistencia en los Servicios Médicos y 0.1% a los Servicios de Enfermería. (Tabla de datos en Anexo).

2.2 Resultados de las reclamaciones por Motivo en Error Asistencial en los Servicios Médicos y de Enfermería

El Error Asistencial, como objeto de reclamación dentro de los motivos Asistenciales, tiene en los datos obtenidos los Servicios Médicos un mayor número de reclamaciones frente a las registradas en los Servicios de Enfermería a lo largo de los años estudiados, siendo en los años 2006, 2013 y 2014 cuando no se produce ningún tipo de reclamación por Error Asistencial en estos últimos (Gráfico 6).

Gráfico 6. Reclamaciones por Motivo Error Asistencial en los Servicios Médicos y de Enfermería. 2005-2014

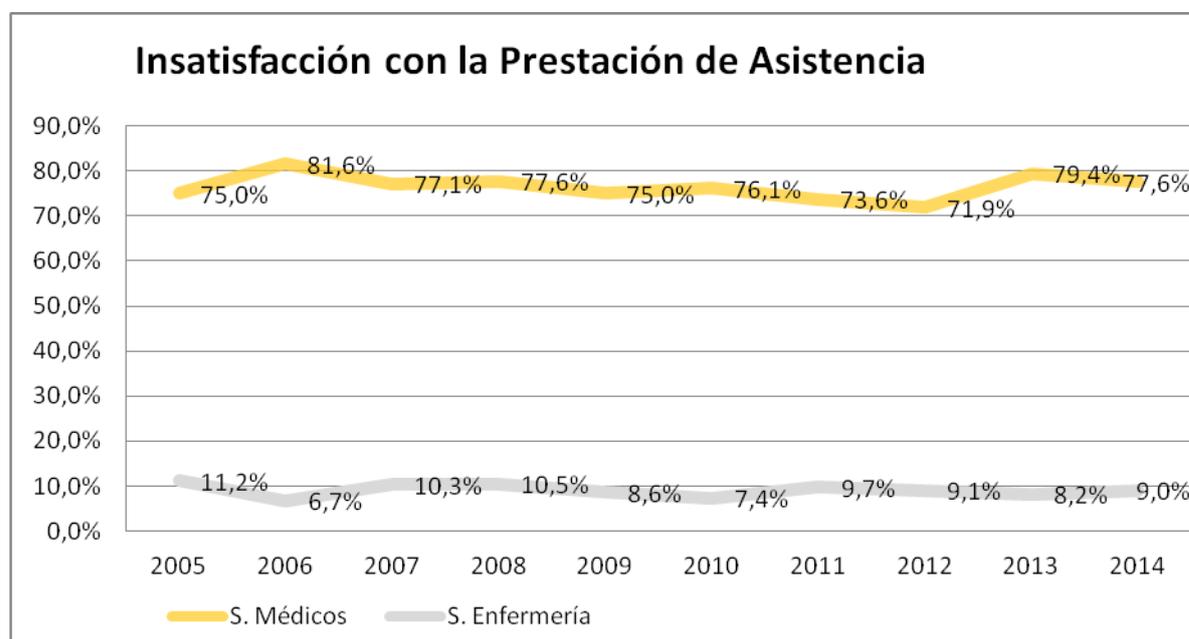


Sobre el Error Asistencial las reclamaciones presentadas representan un 0.3% a los Servicios Médicos y 0.02% a los Servicios de Enfermería, del total de las mismas (49.335). (Tabla de datos en Anexo).

2.3 Resultados de las reclamaciones por Motivo en Insatisfacción con la Prestación de la Asistencia en los Servicios Médicos y de Enfermería

En cuanto a las reclamaciones presentadas por los usuarios sanitarios por motivo de Insatisfacción con la Prestación de la Asistencia en el CHUIMI y en el periodo estudiado, en el Gráfico 7, se aprecia que el año 2006 es el que presenta el mayor número de ellas y en relación a los Servicios Médicos (81.6%), seguido por el año 2013 (79.4%). Asimismo, en cuanto a la distribución en los distintos años, se aprecia que las reclamaciones presentadas por este motivo son dirigidas, mayoritariamente a los Servicios Médicos.

Gráfico 7. Reclamaciones por Motivo Insatisfacción con la Prestación de la Asistencia en los Servicios Médicos y de Enfermería. 2005-2014

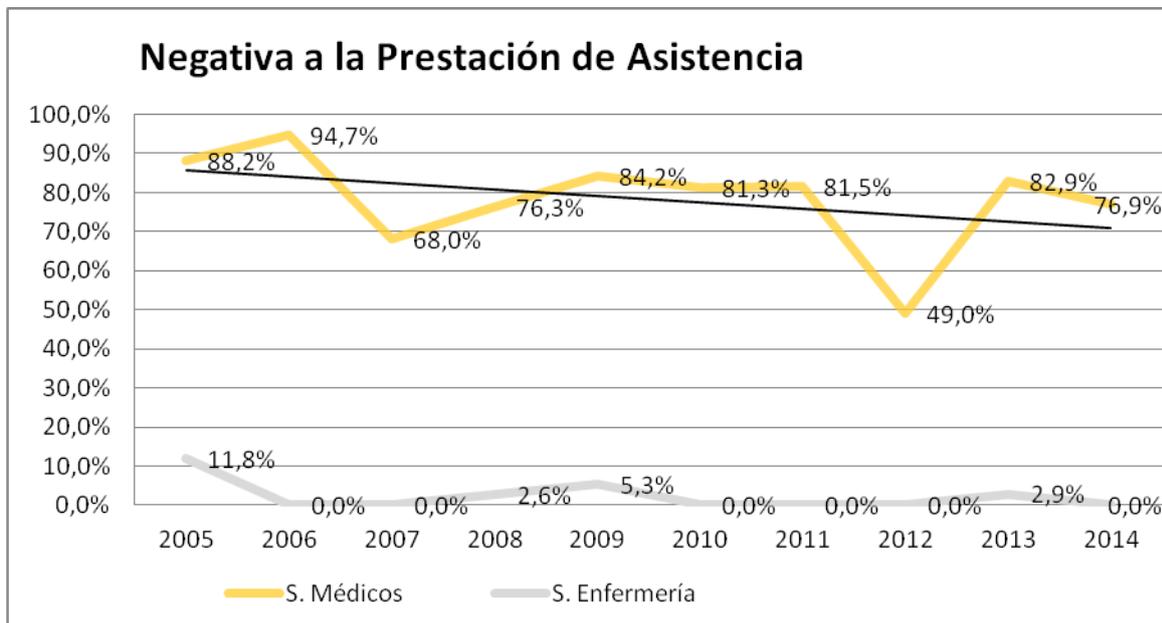


De forma global, de las 49335 reclamaciones estudiadas, en el apartado Insatisfacción con la Prestación de Asistencia, el 5.1% corresponden a los Servicios Médicos y 0.6% a los de Enfermería. (Tabla de datos en Anexo).

2.4 Resultados de las reclamaciones por Motivo Negativa a la Prestación de la Asistencia en los Servicios Médicos y de Enfermería

El Gráfico 8, muestra una distribución mayor en las reclamaciones presentadas por motivos Negativa a la Prestación de la Asistencia a los Servicios Médicos que a los de Enfermería, existiendo años en los que no se presentan reclamaciones por este motivo a los Servicios de Enfermería (2006, 2007, 2010, 2011, 2012 y 2014). En cuanto al número de ellas ha sido superior en el año 2006 (94.7%) que en el resto de los años.

Gráfico 8. Reclamaciones por Motivo Negativa a la Prestación de la Asistencia en los Servicios Médicos y de Enfermería. 2005-2014

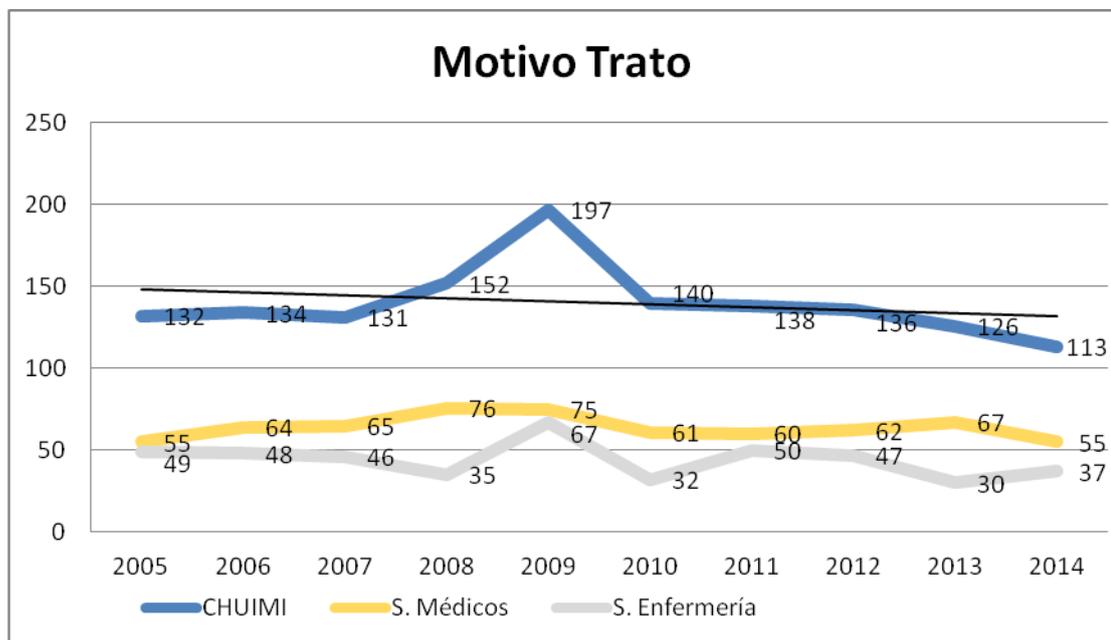


Se observa que un 0.5% de las reclamaciones presentadas corresponden al apartado Negativa a la Prestación de Asistencia en los Servicios Médicos y 0.01% a los de Enfermería, del total de las reclamaciones estudiadas. (Tabla de datos en Anexo).

3. Resultados globales de las reclamaciones por Motivo Trato en el CHUIMI, Servicios Médicos y de Enfermería durante el periodo 2005 – 2014

En el Gráfico 9 se presentan las reclamaciones por Motivo Trato en el que se refleja que el número de reclamaciones en los Servicios Médicos se comporta por igual a lo largo de los años, mientras que en los Servicios de Enfermería presenta un pico más alto en el año 2009 y más bajo en los años 2008, 2010 y 2013. Asimismo, se aprecia una disminución de forma progresiva, en el Complejo Hospitalario a partir del año 2010.

Gráfico 9. Reclamaciones por Motivo Trato en el CHUIMI, Servicios Médicos y de Enfermería. 2005-2014

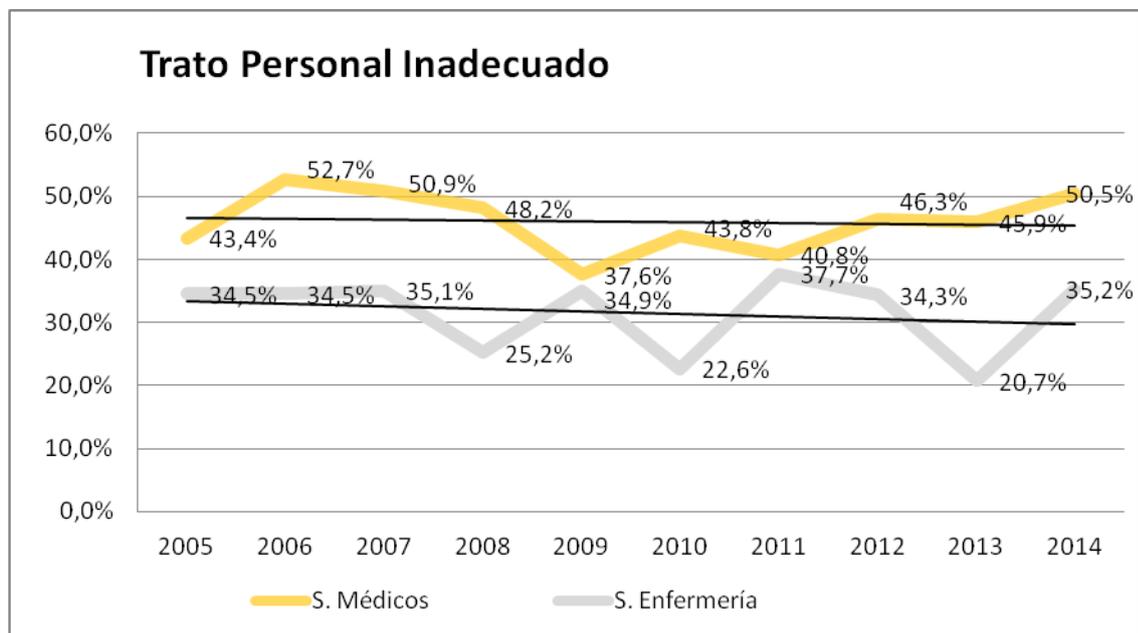


En los años de estudio y del total de las reclamaciones presentadas (49.335), el 2.8% corresponden al Motivo Trato en el CHUIMI, de los que el 1.3% corresponde a los Servicios Médicos y un 0.9% a los de Enfermería.

3.1 Resultados de las reclamaciones por Motivo Trato Personal Inadecuado en los Servicios Médicos y de Enfermería

En cuanto al Trato Personal Inadecuado ha sido motivo de reclamación en ambos servicios, Médicos y Enfermería, manteniéndose durante los años menor número en los Servicios de Enfermería que en los Servicios Médicos y éstos a su vez registran menos reclamaciones en el año 2009 (37.5%).(Gráfico 10).

Gráfico 10. Reclamaciones por Motivo Trato Personal Inadecuado en los Servicios Médicos y de Enfermería. 2005-2014



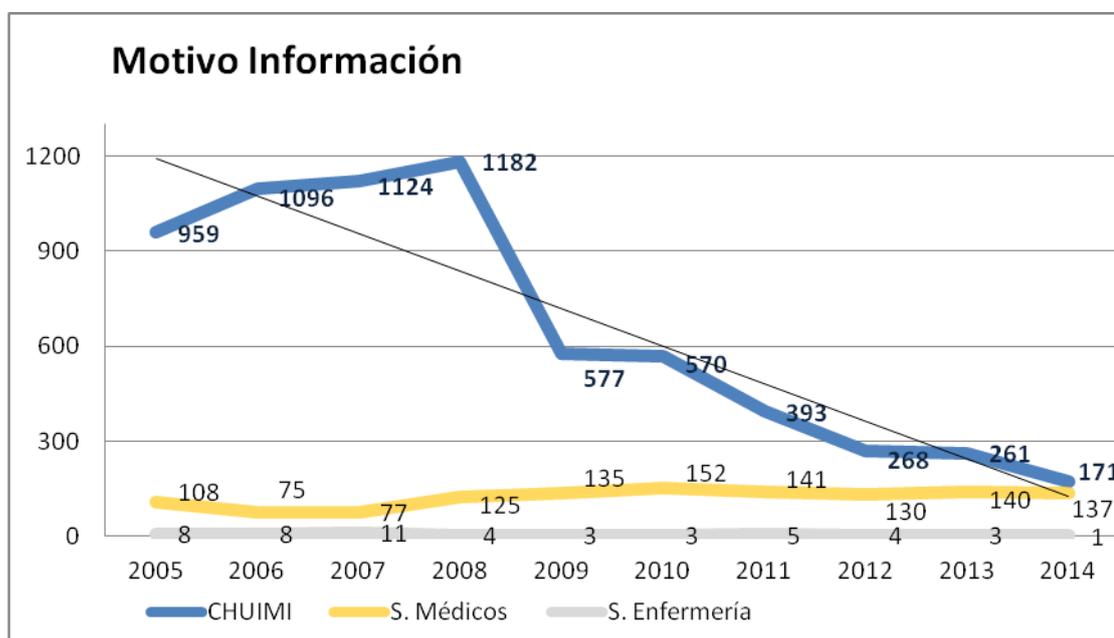
Del total de las 49.335 reclamaciones estudiadas se extrae que el 1.2% corresponden al Motivo Trato Personal Inadecuado en los Servicios Médicos y 0.8% a los de Enfermería. (Tabla de datos en Anexo).

4. Resultados globales de las reclamaciones por motivo Información en el CHUIMI, Servicios Médicos y de Enfermería durante el periodo 2005 – 2014

Con respecto a las reclamaciones por Motivo Información, en el Gráfico 11 se aprecia un descenso de las mismas a partir del año 2008, pasando de un total 1.182 reclamaciones a nivel global en el Complejo Hospitalario a 171 en el año 2014.

En cuanto al total de las reclamaciones estudiadas un 13.4% corresponden al Motivo Información en el CHUIMI, dentro de los cuales el 2.5% pertenece a los Servicios Médicos y el 0.1% a los de Enfermería. (Tabla de datos en Anexo).

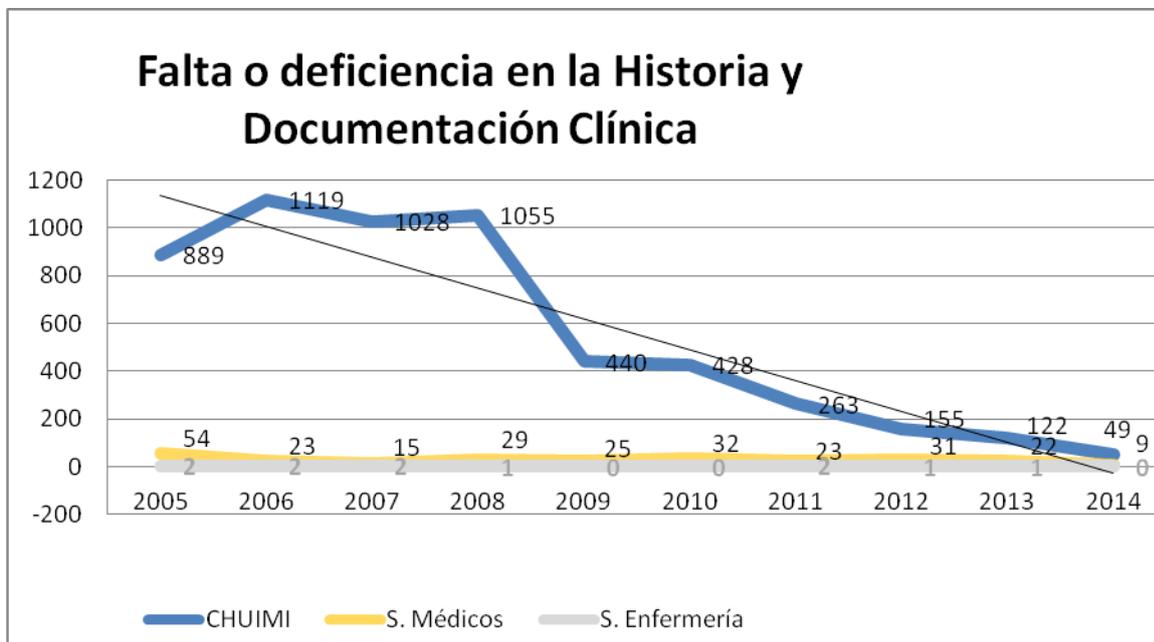
Gráfico 11. Reclamaciones por Motivo Información en el CHUIMI, Servicios Médicos y de Enfermería. 2005-2014



4.1 Resultados de las reclamaciones por Motivo Falta o Deficiencia en la Historia y Documentación Clínica en el CHUIMI, los Servicios Médicos y de Enfermería

El Motivo Falta o Deficiencia en la Historia y Documentación Clínica en el CHUIMI, en el Gráfico 12, representa un valor en el año 2005 de 889 reclamaciones, sufriendo un ascenso de las mismas en el 2006 alcanzando un valor de 1.119 y a partir de ahí se aprecia una línea descendente a medida que pasan los años de estudio, hasta el año 2014, en el que el número total de reclamaciones por dicho motivo es de 49.

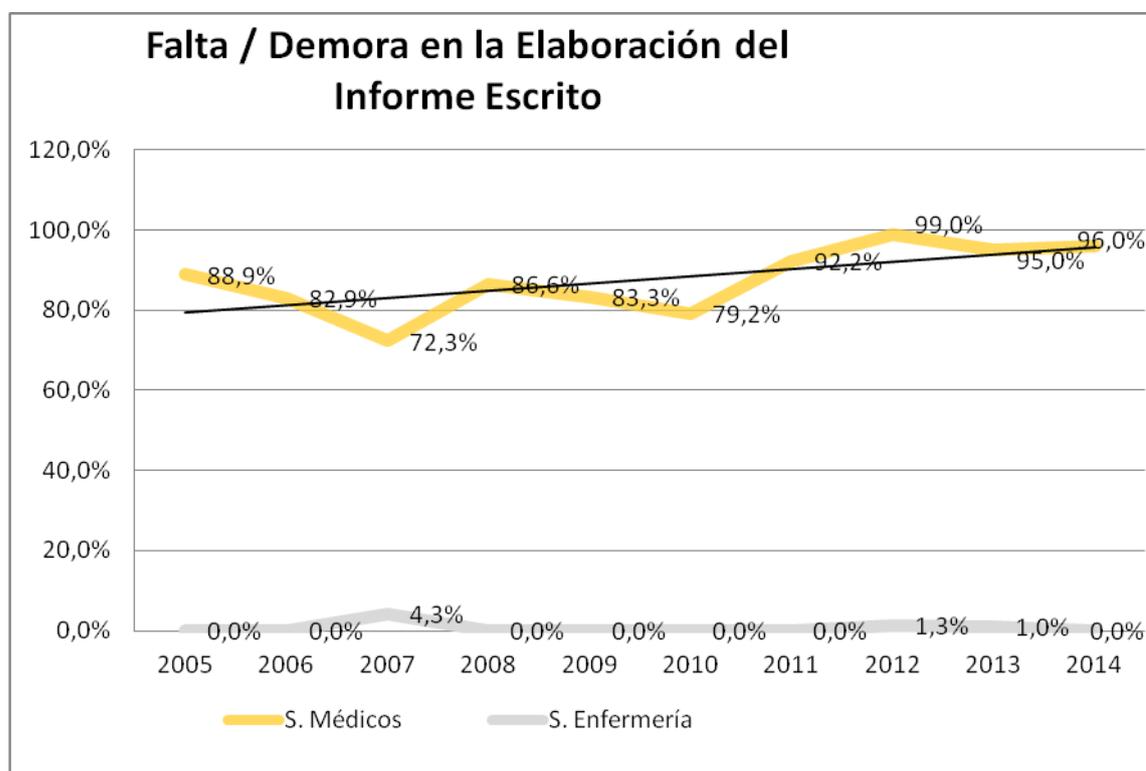
Gráfico 12. Reclamaciones por Motivo Falta o Deficiencia en la Historia y Documentación Clínica en el CHUIMI, los Servicios Médicos y de Enfermería. 2005 – 2014



4.2 Resultados de las reclamaciones por Motivo Falta o Demora del Informe Escrito en los Servicios Médicos y de Enfermería

Los registros que se presentan en el Gráfico 13, de los resultados obtenidos de las reclamaciones como motivo de Falta o Demora del Informe Escrito en el CHUIMI, muestran un mayor número en los Servicios Médicos que en los de Enfermería, en los que sólo en los años 2007, 2012 y 2013, presentan un 4.3%, 1.3% y un 1.0%, respectivamente de reclamaciones. (Tabla de datos en Anexo).

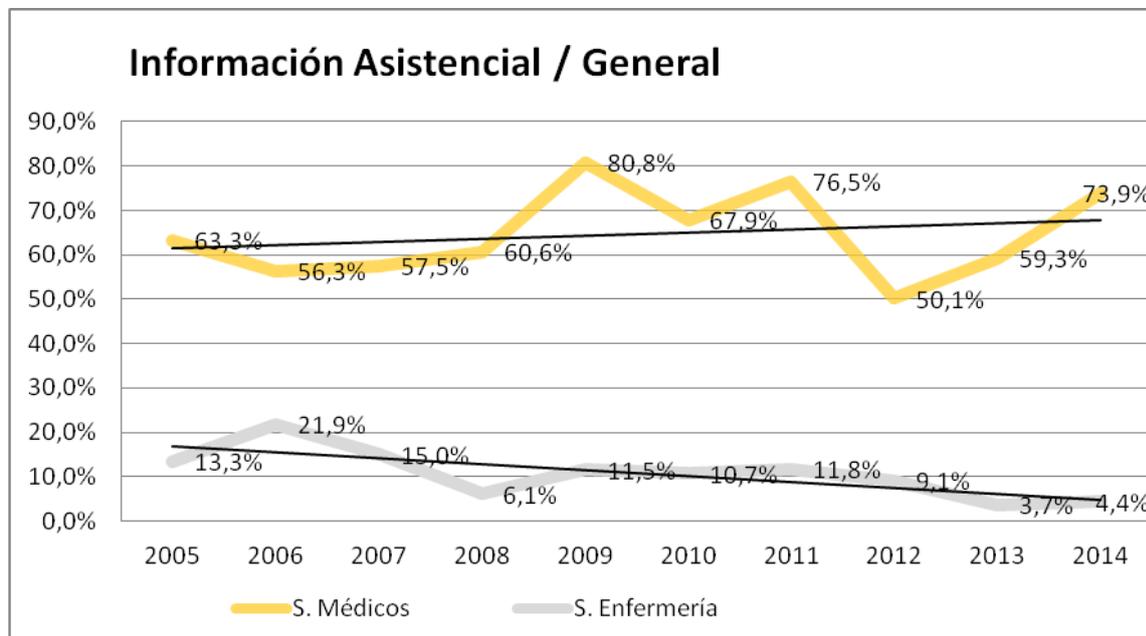
Gráfico 13. Reclamaciones por Motivo Falta o Demora del Informe Escrito en los Servicios Médicos y de Enfermería. 2005 – 2014



4.3 Resultados de las reclamaciones por Motivo Información Asistencial y General en los Servicios Médicos y de Enfermería

En el Gráfico 14, se presentan los resultados de las reclamaciones estudiadas como motivo de Información Asistencial y General, en el que se muestra un número más elevado en los Servicios Médicos que en los de Enfermería, siendo el año 2007 en el que se presentan más reclamaciones por este motivo. (Tabla de datos en Anexo).

Gráfico 14. Reclamaciones por Motivo Información Asistencial y General en los Servicios Médicos y de Enfermería. 2005 – 2014

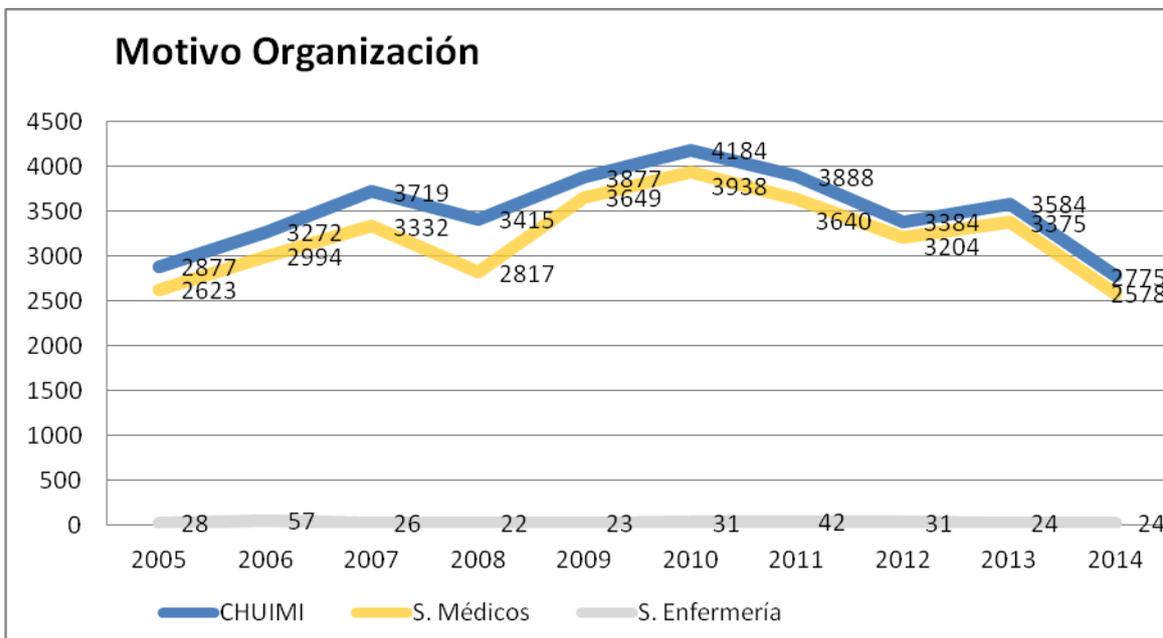


5. Resultados globales de las reclamaciones por Motivo Organización en el CHUIMI, Servicios Médicos y de Enfermería durante el periodo 2005 – 2014

Los resultados obtenidos en cuanto a las reclamaciones por motivos de Organización, muestran que las interpuestas a los Servicios Médicos, marcan la tendencia de las del Complejo Hospitalario, apreciándose que el pico más relevante es en el año 2010. Siendo el número de reclamaciones las que corresponden a los aspectos relacionados con las diferentes Listas de Espera (Quirúrgica, Consulta, Pruebas Diagnósticas, Terapéuticas, Ingreso Hospitalario) que alcanza un total de 31.443 en total de los años estudiados (Gráfico 15).

Cabe destacar que en el estudio realizado por los distintos servicios, se aprecia un número de 10.679 reclamaciones interpuestas al servicio de radiología en el Motivo Organización en el periodo analizado

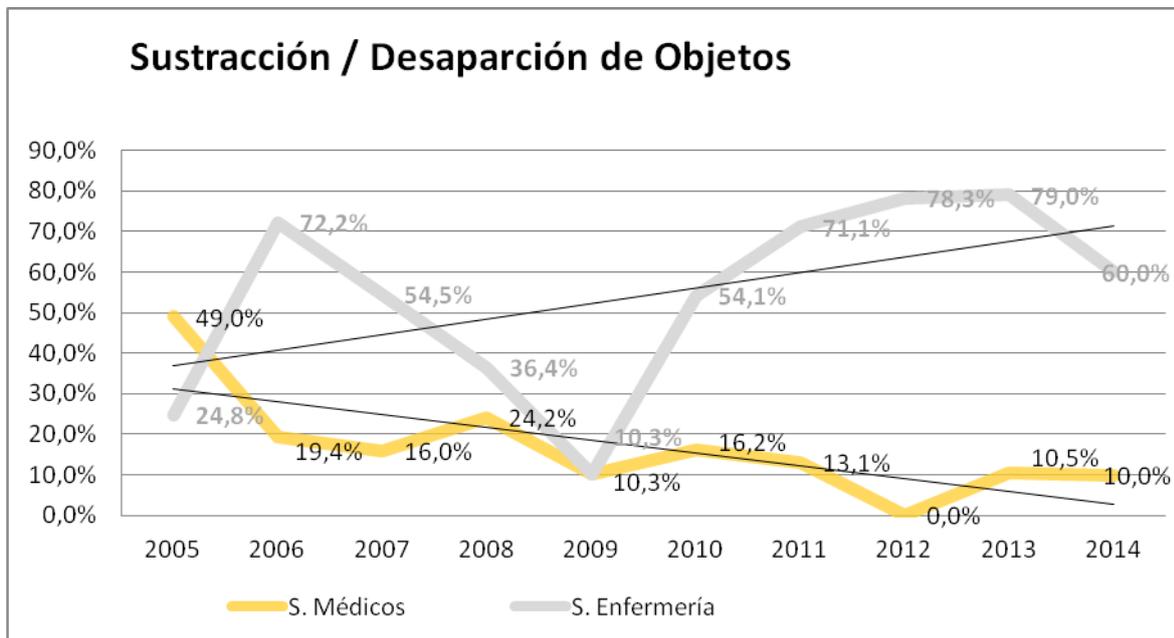
Gráfico 15. Reclamaciones por Motivo Organización en el CHUIMI, Servicios Médicos y de Enfermería. 2005-2014



5.1 Resultados de las reclamaciones por Motivo Sustracción/Desaparición de Objetos en los Servicios Médicos y de Enfermería.

Las reclamaciones relacionadas con la sustracción o desaparición de objetos, en el modelo de codificación actual, se imputa a los Servicios Médicos y de Enfermería, siendo esta última, la que mayor porcentaje presenta de manera generalizada, como se puede observar en el Gráfico 16. El análisis de los resultados por este motivo se debe considerar como una percepción de los usuarios de un servicio deficiente en el conjunto de la atención y por lo tanto un significado negativo. (Tabla de datos en Anexo).

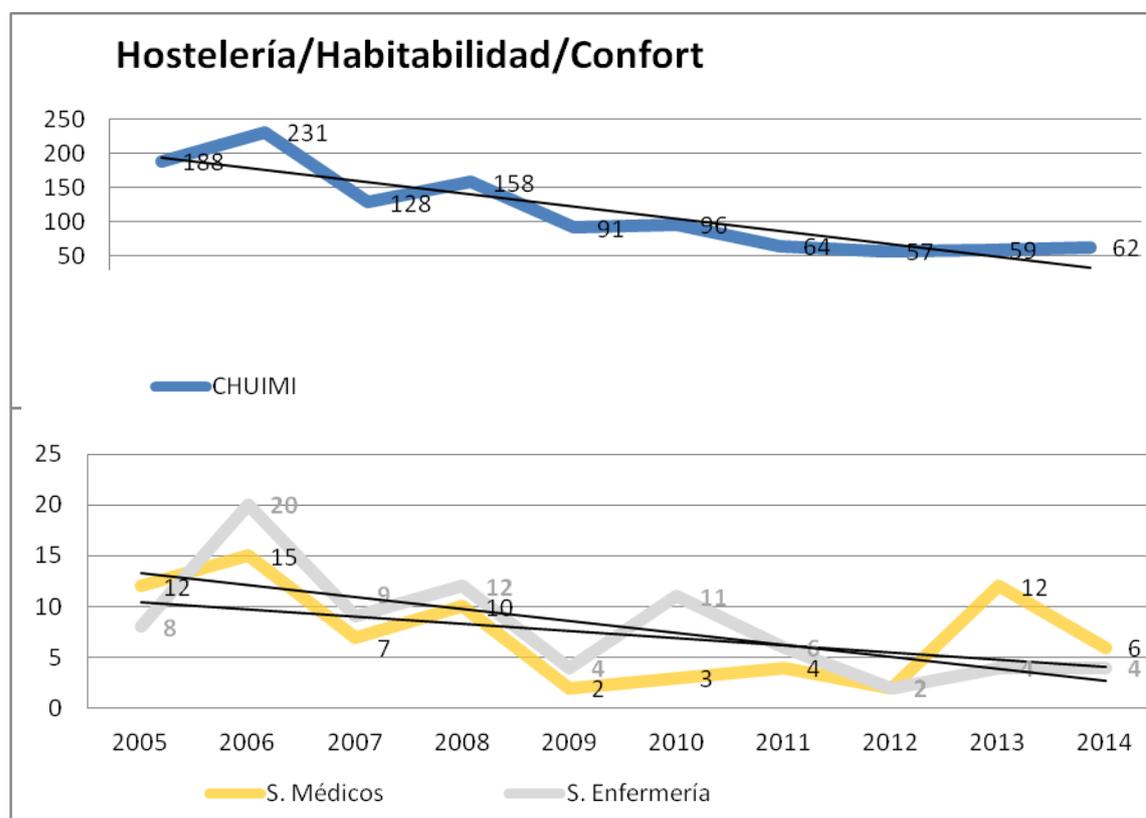
Gráfico 16. Reclamaciones por Motivo Sustracción/Desaparición de Objetos en el CHUIMI, Servicios Médicos y de Enfermería. 2005-2014



6. Resultados globales de las reclamaciones por Motivo Hostelería/Habitabilidad/Confort en el CHUIMI, Servicios Médicos y de Enfermería durante el periodo 2005 – 2014

En cuanto a los resultados de las reclamaciones por motivos Hostelería/Habitabilidad y Confort en el CHUIMI, a lo largo de los años estudiados, se constata en los datos obtenidos que han ido reduciéndose (Gráfico 17).

Gráfico 17. Reclamaciones por Motivo Hostelería/Habitabilidad/Confort en el CHUIMI, Servicios Médicos y de Enfermería. 2005 – 2014



7. Resultados globales sobre la gestión de las reclamaciones en relación a los tiempos de respuesta en el CHUIMI durante el periodo 2005 – 2014

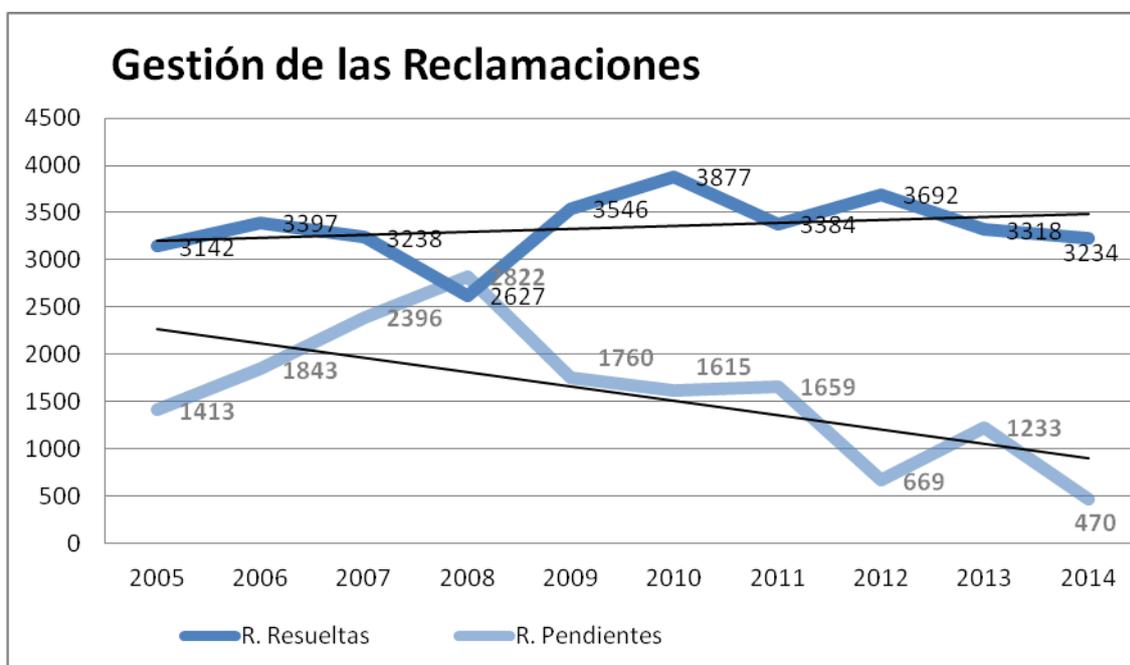
Del total de las 49.335 reclamaciones interpuestas por los usuarios sanitarios al CHUIMI, se resuelven 33.455 (67.8%) y quedan 15.880 (32.2%) pendientes de resolver.

El tiempo establecido por los responsables de la gestión de las reclamaciones en el CHUIMI, para dar respuesta a las reclamaciones es inferior a 2 meses. En el estudio de los datos en relación a ello, quedan diferenciados tres periodos de tiempo de respuesta: 15 días, 20 días y más de 20 días. De las reclamaciones resultas o contestadas, 13.360 (39.9%) ha sido en un plazo de 15 días, 1.946

(5.8%) en 20 días y en un periodo superior a 20 días, corresponde un total de 18.149 (54.2%).

En Gráfico 18, se presenta la distribución por años estudiados de las reclamaciones resueltas y las pendientes de contestar del periodo de estudio, donde se puede observar que en el año 2008 existe un mayor número de ellas sin resolver. Es a partir de este año cuando desciende progresivamente el número de reclamaciones pendientes de resolver.

Gráfico 18. Resultados globales sobre la gestión de las reclamaciones en relación a los tiempos de respuesta en el CHUIMI. 2005 – 2014



Los mecanismos habituales de la gestión, sobre todo cuando se habla de los tiempos entre la recepción y la resolución de las mismas, no siempre resultan ágiles para alcanzar la satisfacción de los usuarios en este sentido.

DISCUSIÓN

V. DISCUSIÓN

La satisfacción final de los usuarios sanitarios responde a una experiencia personal que percibe respecto a la asistencia sanitaria recibida; es un proceso en el que se relaciona la expectativa, la percepción y aquellos aspectos que tienen que ver con la política de calidad de los centros sanitarios.

En la actualidad, la participación de los ciudadanos en el Sistema Sanitario, es un hecho que se ha asimilado políticamente por la Organización Sanitaria, consiguiendo una relación articulada entre usuarios, profesionales e instituciones. Dentro de esta evolución se consideran las reclamaciones, un derecho recogido en la Ley General de Sanidad⁷⁴ y en las de diferentes Comunidades Autónomas, específicamente en Canarias en la LOSCA⁷⁸.

El desarrollo de las distintas Leyes del Sistema Sanitario Español, ha permitido hoy en día que los usuarios sanitarios se hagan oír y participen en las decisiones que tienen que ver con la prestación de servicios en materia de salud. Este cambio estructural del Modelo Sanitario, ha puesto al servicio de la sociedad mecanismos por medio de los cuales, el ciudadano puede hacer valer su opinión de la atención recibida y de la deseada.

El mecanismo que facilita la participación del usuario se estructura a través de la Unidades Administrativas existentes en todos los centros que pertenecen al Sistema Sanitario, denominadas Servicio de Atención al Usuario. Una de las herramientas de las que se valen estas unidades son las Reclamaciones presentadas por los usuarios sanitarios.

En este estudio se ha incluido un total de 49.335 reclamaciones de los pacientes atendidos en los centros adscritos al CHUIMI, interpuestas en un periodo de diez años, siendo la media de reclamaciones al año de 4.933,5. Para su análisis, se ha utilizado la codificación de las mismas a tal fin: Motivo Asistencial, Motivo Trato, Motivo Información, Motivo Organización y Motivo

Hostelería/Habitabilidad/Confort. Éstas a su vez tienen subapartados que especifican aspectos más concretos.

Una valoración de la asistencia no se puede fundamentar exclusivamente en criterios de efectividad, eficiencia y equidad, sino que tiene que incorporar de forma reglada la visión los usuarios sanitarios sobre la aceptabilidad y satisfacción de las prestaciones recibidas. En este sentido se estudian las reclamaciones por **Motivo Asistencial**; trabajos previos como el de Ortiga y colaboradores¹¹⁰ en el periodo comprendido entre los años 1992 y 2004 en el que estudia un total de 1.293 reclamaciones, observa que el 29.6% pertenecían a este motivo, y González M. et al.¹¹³, en su estudio epidemiológico con 2.469 reclamaciones obtenidas en los años 1997 – 1999, refleja unos resultados por este motivo del 18.5%. En nuestra serie los hallazgos son inferiores a ambos con un 10.4% de las mismas con respecto al total de reclamaciones analizadas. Comparando los Servicios Médicos y los de Enfermería, se aprecia que el número de reclamaciones en este último es muy inferior a las presentadas a los Médicos, ello puede estar motivado porque las enfermeras están siempre en presencia física en las unidades y servicios sanitarios.

Dentro del contexto asistencial, se analiza entre otros aspectos, la **Demora en la Asistencia**, que en estudios realizados al respecto^{57,58,67,109-111,114,116}, presentan resultados similares a los encontrados en nuestro estudio, en el que a modo global se obtiene un 18.8% de las reclamaciones por este motivo y de 1.9% del total de las reclamaciones presentadas. En cuanto a nuestros grupos de estudio, Médicos y Enfermería, se observa que el pico mayor en Enfermería no llega al 10% mientras que en los Servicios Médicos llega a alcanzar un 86.1%; pudiendo ser la causa de esta diferencia la presencia continua del personal de enfermería en la asistencia.

Otro aspecto que se contempla en la dimensión Asistencial, es el **Error en la Asistencia**, que en los datos del estudio del CHUIMI, es de un 4.4% respecto a este motivo y un 0.5 % del total de reclamaciones. No se manifiesta este motivo

en el resto de los artículos consultados. Encontrando en el trabajo realizado por Domingo A. et al¹¹⁴, el ítem confusión de medicación con un resultado del 2.7% de las reclamaciones presentadas en el Hospital Sant Joan de Déu. Por este motivo nosotros hemos detectado un 0.07% del total de reclamaciones. Con respecto a la diferencia de reclamaciones interpuestas, por este motivo, entre los dos servicios estudiados entendemos que es debido a que el trabajo de Enfermería está imbricado en un conjunto de actividades específicas y cuyo error pasa más desapercibido que el error Médico.

En cuanto a los hallazgos de la **Insatisfacción con la Prestación de la Asistencia**, en nuestro estudio alcanza el 65.1 % respecto al motivo y un 6.7% del total de reclamaciones; diferentes autores^{67,108-110,114,115}, presentan mayor porcentajes por este motivo.

La **Negativa a la Prestación de Asistencia** en la serie estudiada se demuestra que los usuarios no suelen presentar reclamaciones por este motivo al Servicio de Enfermería sin embargo en la División Médica recibe un porcentaje muy alto por este concepto pudiéndose atribuir a la atención sanitaria en el área de consultas externas.

Del análisis de las reclamaciones, se desprende que el **Motivo Trato** representa un porcentaje del 2.8% del total y el 93.1% de las mismas pertenecen al **Trato Personal Inadecuado**; datos inferiores a los obtenidos en los estudios realizados por otros autores^{57,58,108-110,113-115}, incluso cabe destacar que se alcanza hasta un 18.2% de las reclamaciones presentadas, en el caso del trabajo llevado a cabo en el Área de Atención Primaria de Santiago de Compostela (2007-2008)¹⁰⁸. Parece que se refleja, con estos datos, la imagen que de manera tradicional ha tenido este Complejo Hospitalario sobre el buen trato a la población que asiste.

Como consecuencia de la evolución de los derechos y deberes de los usuarios sanitarios, en la actualidad, cada vez más los ciudadanos pueden y

deben participar y decidir sobre su proceso; siendo responsables a su vez de las decisiones clínicas que le afecten, por lo que la información es un derecho indiscutible y necesario que les sea suministrada por los profesionales de la salud. Todo ello basado en que la información es un derecho básico de los ciudadanos, además un deber de los profesionales sanitarios, según los códigos éticos y deontológicos. Este aspecto está estudiado en la dimensión **Motivo Información**, que en nuestro estudio alcanza un valor del 13.4% del total de las reclamaciones. Dentro de este motivo, las que mayor porcentaje presentan son las que están englobadas en el subapartado **Deficiencia en Historia Clínica y Documentación Clínica** que marca un 84.0% y un 11.2% con respecto al global de las reclamaciones presentadas, superiores a los obtenidos por Ortiga B. et al.¹¹⁰ con un 3.7%. En el subapartado **Información general/asistencia** alcanza un 4.2% en el motivo Información y un 0.6 % del total de reclamaciones presentadas. En este último, en cuanto a la información, se contrasta con valores más altos obtenidos en el caso del estudio realizado por Alonso R.⁶⁷ con un 12.0% en información general y 0.7 información clínica; González M. et al.¹¹³ presentan un 16.0% en información general y como valores más bajos los alcanzados por López A. et al.¹¹¹ y Domingo A. et al.¹¹⁴ que constatan un 1.5% y un 1.4%, respectivamente.

Actualmente se resalta la necesidad y conveniencia de que los pacientes se involucren en la toma de decisiones de su proceso asistencial y en consecuencia se debe facilitar que los pacientes tomen decisiones en el ejercicio de su autonomía en lo referido a su situación de salud; para que esto se cumpla es fundamental un correcto acceso a la información adecuada y veraz. Para ello, los canales de comunicación de las instituciones sanitarias unidos a las habilidades de comunicación de sus profesionales son elementos imprescindibles para el logro de los objetivos de una organización eficaz y de calidad.

Llama la atención el alto porcentaje alcanzado en el CHUIMI, en la **Deficiencia en la Historia y Documentación Clínica**, si bien analizada la evolución que presentan nuestros datos (Gráfico 12) hay un gran descenso a

partir del año 2008 del número de reclamaciones por este concepto, lo que interpretamos que ha sido por la mejora de la gestión de las Historia Clínica a través de la incorporación de las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación en el Complejo Hospitalario, con la implantación de la Historia Clínica Electrónica en todo los servicios del CHUIMI.

En el motivo de reclamación debido a la **Falta o Demora en la Elaboración del Informe Escrito**, en nuestro estudio se pone de manifiesto que el mayor número de reclamaciones corresponde al Servicio Médico. A este respecto consideramos que no hay cultura, por parte de los ciudadanos e incluso de los profesionales, del derecho de los usuarios a recibir un informe por parte de Enfermería.

Analizados y comparados los datos obtenidos en la dimensión **Organización**, sorprende el alto número de reclamaciones presentados (34.975), con un 70.9% del total. Examinando de forma más exhaustiva los datos obtenidos se constata que el servicio de radiología agrupa un total de 10.679 reclamaciones por este concepto en los años estudiados, ahondando más en ello, se ha tenido en cuenta de forma pormenorizada las mismas, detectando que 10.290 corresponden a la lista de espera para la realización de pruebas diagnósticas. Si se estudia de manera más concreta la dimensión Organización, el concepto Lista de Espera engloba un total de 31.443 reclamaciones conformadas por Lista de Espera Quirúrgica, Consultas, Pruebas Diagnósticas, Terapéuticas e Ingreso Hospitalario. Todo ello indica que la Lista de Espera en el Sistema Sanitario sigue siendo el problema a resolver por los políticos y gestores sanitarios ya que, en nuestro caso, constituyen el 63.7 % del total de las reclamaciones interpuestas por la población adscrita al CHUIMI durante los años estudiados. Además, otros estudios consultados ^{57,58,67,108,109,116}, también ponen de manifiesto la poca fluidez en las listas de espera, lo que es resultado de un desfase entre la demanda de los servicios y la oferta existente.

Esto lleva a recapacitar que aunque se han desarrollado mecanismos de mejoras con distintas iniciativas de respuestas entre los niveles asistenciales, atención primaria y especializada, no se ha conseguido solventar o eliminar este motivo de reclamación, quizás no se ha logrado un sistema adecuado que aborde los criterios de acceso a un determinado nivel asistencial, que facilite la continuidad y una relación fluida entre ellos.

Por otro lado, se desglosan los distintos aspectos que componen esta Dimensión Organización, en la que se destaca que en **Citación**, los estudios revisados registran datos superiores a los obtenidos en nuestro medio donde alcanzan un 0.4% de las reclamaciones. En el estudio de López A. et al.¹¹¹ se obtiene un 17.9% de las reclamaciones estudiadas y en el de Rodríguez et al.¹⁰⁸ un 13.7%. En el resto de los estudios no se especifican reclamaciones por este concepto, pudiéndose interpretar que los mecanismos, en estos casos, satisfacen a los usuarios sanitarios o no han sido considerados.

En esta misma dimensión, el **Desacuerdo con las Normas y Desaparición / Sustracción de objetos**, en la serie estudiada obtiene un 0.6 % y un 0.9% respectivamente, lo que representa un 0.4% y un 0.7% del total de las reclamaciones. Fernández C. et al.¹¹², alcanza un 10.0% de las reclamaciones estudiadas y Domingo A. et al.¹¹⁴ un 1.4%, ambos superiores a los del CHUIMI.

En cuanto a la desaparición / sustracción de objetos, cabe destacar que son imputadas, en su mayor parte, a los Servicios de Enfermería. Esta es una cuestión de debate y en absoluto una novedad entre el colectivo de Enfermería, ya que se considera por una parte, que no es una responsabilidad total del colectivo asistencial y por otro que puede ser entendido como una falta de cuidados integrales a los pacientes. Así afirmar que en el origen de las pérdidas se encuentra un cuidado insuficiente, en algún momento del proceso asistencial, no es desacertado desde una perspectiva de mejora continua, por lo que habría que rediseñar protocolos de protección de los objetos personales y facilitar los recursos necesarios para ello. Desde nuestro punto de vista debe ser una

responsabilidad compartida entre la institución sanitaria, que debe poner al servicio de la población estos protocolos que garanticen la custodia de los objetos personales, y los profesionales de Enfermería que deben contemplar los mismos como parte de la atención holística de la persona.

Como última dimensión analizada **Motivo Hostelería / Habitabilidad / Confort**, representa un 2.3% de las reclamaciones totales presentadas en el CHUIMI, datos inferiores que los obtenidos por Rodríguez-Fernández J. et al.¹⁰⁹ del Hospital Universitario Puerta de Hierro (5.6%) y del estudio realizado por Pociello V.⁹¹, en el Hospital nivel C de Barcelona con un 32.1%, González M. et al.¹¹³ del Hospital Clínico de Barcelona (7.6%); y superiores a los de Ortiga B. et al.¹¹⁰ del Hospital de Bellvitge (1.5%), Bernal C. et al.¹¹⁶ del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza que alcanzó un 1.4% de las reclamaciones presentadas.

Se destaca que en los registros de datos del CHUIMI, se aprecia un descenso progresivo de las reclamaciones en hostelería en el año 2007 – 2008, hasta la actualidad, lo que obedece a la coincidencia de un cambio en el modelo del procesamiento de los alimentos con nuevas instalaciones.

Cabe resaltar que en este apartado de Hostelería / Habitabilidad / Confort se le atribuye a Enfermería reclamaciones referentes a la insatisfacción con las estructuras y locales, insatisfacción con el equipamiento, insatisfacción con la alimentación, limpieza, mantenimiento y falta de seguridad; cuestión ésta que, aunque también podría interpretarse como parte del cuidado integral del paciente, la Enfermería no participa en la toma de decisiones de esta dimensión. Sí se contempla como competencia de la supervisión de enfermería elaborar informes al respecto a los servicios responsables y llevar un seguimiento de los mismos.

En cuanto a la **Gestión de las Reclamaciones** en el CHUIMI, hay que destacar que la respuesta escrita a las reclamaciones es de obligado cumplimiento y ejecutar con los plazos previstos y estipulados en cada caso, de

tal manera que el proceso desde que el ciudadano interpone la reclamación y se efectúen los mecanismos establecidos para dar respuesta, no superen los tiempos previstos. En este sentido, en el estudio realizado se pone de manifiesto que sobre el total de 49.335 reclamaciones interpuestas por los usuarios sanitarios, 33.455 (67.8%) fueron respondidas, quedando por resolver un total de 15.880 (32.2%).

No parece cumplir con la normativa vigente y el derecho de los ciudadanos a que sean contestadas al 100%, aspecto importante en la toma de decisiones y medidas correctoras de los políticos sanitarios, responsables últimos de velar por su cumplimiento, donde se refiere a que el periodo de respuesta como máximo en dos meses, desde que se interpone la reclamación, Decreto 147/2001¹⁰². Por otro lado, cuando un ciudadano interpone una reclamación es porque percibe que han sido vulnerados sus derechos y de su reclamación espera siempre una acción desde la organización y sus responsables, en caso que no fuera así surgiría un descontento o insatisfacción mayor.

Por otro lado, al analizar nuevamente el cumplimiento de lo establecido sobre el tiempo máximo para respuesta por los servicios, se puede observar que del total gestionada favorablemente, el 39.9% (13.360) cumple con este requisito en un periodo de 15 días, un número de 1.946 se contestan a los 20 días y más de 20 días 18.149 (54.2%).

Aunque de las reclamaciones contestadas los tiempos medios cumplen con las normativas, consideramos que este aspecto puede ser mejorado reduciendo los tiempos de respuestas. Además habría que incorporar la concienciación de los profesionales en la gestión de las reclamaciones, en definitiva son ellos los que, en la mayoría de los casos, aportan la explicación de los hechos denunciados por los usuarios para resolverlas; de esta manera se incorpora conocer también la opinión de los profesionales en cuanto a la política del centro sanitario al respecto de las reclamaciones y por otro involucrarlos en la idea de que las reclamaciones es una herramienta de mejora, oportunidad que nos brindan los ciudadanos y que

debe aprovechar los responsables y profesionales de la empresa salud para ofrecer mejores servicios a los verdaderos protagonistas “los usuarios”.

Un aspecto que no se ha estudiado y que sería de interés para futuras evaluaciones es el contenido de las respuestas dadas al usuario y si realmente la misma ha satisfecho. Toda respuesta debe ser personalizada y explicativa de los hechos con coherencia sobre el problema planteado, aportando soluciones al mismo, evitando respuestas preparadas previamente o modelo de respuesta. En definitiva, debe ser personalizada, respetuosa, ágil y eficaz para el usuario sanitario.

Por todo ello, de acuerdo con las manifestaciones de Corbacho y colaboradores⁶⁹, el análisis de memorias anuales sobre las reclamaciones, motivos de las mismas y las respuestas dadas, tienen un impacto en la organización sanitaria y en los servicios sanitarios como elementos de ayuda para un análisis global de la situación, facilitando la reflexión y una oportunidad de mejora con la toma de decisiones correctoras tendentes a garantizar una prestación sanitaria eficaz, humana y participativa a los ciudadanos que dé respuesta a los problemas de salud; por lo que consideramos que invertir esfuerzo en esta labor será siempre beneficioso y rentable.



CONCLUSIONES

VI. CONCLUSIONES

1. La muestra estudiada corresponde a las reclamaciones interpuestas por los usuarios sanitarios entre los años 2005 y 2014, en el CHUIMI, alcanzando un total de 49.335 reclamaciones, siendo el año 2014 en el que se presentan menor número de ellas con un total de 3.704 reclamaciones. De las reclamaciones presentadas, las dirigidas a los servicios Médicos han sido 38.006 y a los servicios de Enfermería 1.287. Correspondiendo el resto a servicios no asistenciales.
2. Los motivos por los que reclaman los usuarios del CHUIMI, mayoritariamente son por Organización (34.975), seguido por Información (6.601), Asistencial (5.090), Trato (1.399), Hostelería / Habitabilidad / Confort (1.134) y Otros/ Sin determinar (136). Siendo el mayor concepto de reclamación las Listas de Espera.
3. En los Servicios Médicos las reclamaciones presentadas por los usuarios por los diferentes **motivos** en orden decreciente son: Organización (32150), Asistencial (3894), Información (1220), Trato (640) y Hostelería /Habitabilidad/ Confort (73).
4. Las reclamaciones relacionadas con el Servicio Enfermería se distribuyen siguiendo los diferentes motivos en orden descendiente: Trato (441), Asistencial (410), Organización (308), Hostelería/Habitabilidad/Confort (80) e Información (50).
5. Sobre el total de 49.335 reclamaciones interpuestas por los usuarios sanitarios en el CHUIMI, 33.455 (67.8%) fueron respondidas, quedando por resolver un total de 15.880 (32.2%).
6. La evolución experimentada en las reclamaciones por el motivo “**Información**” ha disminuido de manera relevante al igual que en el motivo “**Hostelería/Habitabilidad/Confort**”. El motivo “**Organización**” ha sufrido

fluctuaciones en cuanto al número de reclamaciones presentando en el año 2014 valores similares al primer año de estudio.

Propuestas de Innovación:

El Sistema de Salud debe utilizar las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación como una herramienta para agilizar, simplificar y economizar la gestión de las reclamaciones.

Es preciso incorporar sistemas de retroalimentación que permitan conocer la opinión de los receptores sobre las respuestas o soluciones ofrecidas a las reclamaciones interpuestas.

A la administración corresponde fomentar entre los profesionales la visión en la que el paciente es el centro único del sistema e integrar una mirada antropológica y social en el desarrollo de sus funciones.

Los SAU deberían ser auditados de manera externa por agencias certificadoras de calidad.

La institución sanitaria podría configurar una guía de práctica clínica “para todos los profesionales” al respecto de cómo gestionar las quejas y reclamaciones de los ciudadanos.

BIBLIOGRAFÍA

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Aristóteles. Ética a Nicómaco, VI, 5:1.140b:15-20
2. D. Gracia. Los cambios en la relación médico-paciente. Med Clin (Barc)1989, 93:100-102
3. Cobreros E. Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud. Estudio sistemático de los ordenamientos italiano y español. Ed. HAEE/IVAP Colección Tesis Bilbao, 1988. En: Pacheco M.V. Los derechos humanos y los del paciente desde el punto de vista de un servicio de reclamaciones hospitalarias. Rev. Todo Hospital/62.1989 Dic;37-9
4. Gómez Castro MJ, Bernal Blasco I, Guerra Cabrera F, Mirabal Sánchez V, Lorenzo Riera A. Satisfacción de los usuarios de una zona de salud. Diferencias según modelo asistencial. Aten Primaria 1997;20:90-4
5. Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad Guía SEAUS. La atención al usuario: marco conceptual y organizativo.[Internet].2009 May.[citado el 20 de Oct de 2014] Disponible desde: http://www.seaus.net/images/stories/pdf/Guia_Marco_Conceptual_y_Organizativo.pdf
6. Diccionario de la lengua española-Vigésima segunda edición [Internet] [citado 27 Sep 2013]. Disponible desde: <http://lema.rae.es/drae/?val=calidad>
7. Climent S. Los costes de calidad como estrategia empresarial en las empresas certificadas en la norma ISO 9000 de la CV 1ª Ed Universidad de Valencia [Internet] 2003 [citado 20 Nov 2014]. Disponible desde: <http://www.cyta.com.ar/biblioteca/bddoc/bdlibros/tqm/ediriciones/ediciones.htm>
8. Deming W E."Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis Ediciones Díaz de Santos, SA Madrid 1989
9. Juran JM "Juran y la planificación para la calidad". Ediciones Díaz de Santos S A. Madrid 1990
10. Crosby P. "Quality is free: The Art of Making Quality Certain" Mc Graw-Hill New York 1979

11. Feigenbaum A. Control Total de la Calidad. Compañía Editorial Continental 3ª ed.1994
12. Ishikawa K. ¿Qué es el control de calidad total?: La modalidad japonesa. Editorial Bogotá 1986
13. Curso de Calidad y Normas ISO. La gestión de la calidad en la empresa. Sistemas de calidad. Unidad didáctica 1 Primera edición: junio 2005. Centro de Estudios CEAC SL. Barcelona 2005
14. Tarí Guilló J.J. Calidad total: fuente de ventaja competitiva. Publicaciones Universidad de Alicante. Compobell, SL Murcia 2000
15. Fernández Sánchez E. Dirección de la producción. Fundamentos estratégicos. Civitas. Madrid 1993
16. Morales JM, Bonill de las Nieves C, Mañas MC, Morilla JC, Martín FJ, Contreras E, et al. Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD. Gac Sanit [Internet]. 2007 Abril [citado 30 de Oct de 2013]; 21(2):106-13. Disponible desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000200004&lng=es&nrm=iso
17. Donabedian A. La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? Rev Calidad Asistencial [Internet] 2001 [citado 15 de Oct de 2013]; 16:S80-S87. Disponible desde: <http://fadq.org/Portals/0/Investigacion/Monografico%20Avedis%20parte.pdf>
18. Pérez Company P. Pensando en la calidad de los cuidados. Enf Global. 2002 Nov;(1):1-8
19. Rodríguez MJ. Metodología de la calidad aplicada a los profesionales [Internet]. 2009 Marzo [citado 5 de Nov de 2013]; Disponible desde: <http://hdl.handle.net/10498/6905>
20. La calidad asistencial en la Unión Europea [Internet] 2005 [citado 5 de Nov de 2013] Disponible desde: <http://www.msssi.gob.es/gl/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/Cap3CalidadAsistencialEuropa.pdf>

21. Astur Salud. Calidad en la asistencia sanitaria [Internet] [citado 7 de Nov de 2013] Disponible desde:
<http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=c600cef606723210VqnVCM10000097030a0aRCRD>
22. WHO EURO, Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: A need for clarifying the concepts and defining the main dimensions [Internet] 2003 Jan, [consultado 18 de Nov de 2013] Disponible desde:http://wido.de/fileadmin//wido/downloads/pdf_krankenhaus/wido_kra_who_1204.pdf
23. Palmer, RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989; 17-20
24. Euskalit. Fundación vasca para la excelencia. Modelo de gestión avanzada [Internet]. 2014 [citado 8 de noviembre de 2014]. Disponible desde:<http://www.euskalit.net/nueva/images/stories/documentos/queofrecemos/modelo2014.pdf>
25. García Alcaraz F, Alfaro Espín A, Moreno Sotos JL. Evaluación de Resultados de Salud: Panorama sobre el uso de medidas de Resultados de Salud basadas en el paciente en la práctica clínica. Rev Clin Med Fam [Internet] 2009 Feb [citado 30 de Nov de 2013]; 2(6): 286-93. Disponible desde:http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699695X2009000100007&script=sci_arttext
26. Donabedian A, Wheeler J, Wyszewianski L. Calidad, coste y salud: un modelo integrador. Rev Calidad Asistencial. 2001; 16 (Suplemento 1): 40-52
27. El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, Tchaghchaguian V. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. International Journal for Quality in Health Care. 2008 Jul; 20(5): 363-71
28. Moreno Rodríguez A. La calidad de la acción de enfermería. Enf Global. 2005 May; (6):1-9

29. Pérez Fernández J.A. Gestión de la calidad empresarial. Calidad en los servicios y atención al cliente. Calidad total. Esic. Madrid.1994
30. Dierssen-Sotos T, Rodríguez-Cundín P, Robles-García M, Brugos-Llamazares V, Gómez-Acebo I, Llorca J. Factores que determinan la alta satisfacción del usuario con la asistencia sanitaria. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Internet]. 2009 Set-Dic [citado 4 de septiembre de 2013]; 32(3): 317-25. Disponible desde:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113766272009000500002&script=sci_arttext
31. Campozana G, Viera de Souza W, Luna C, Borges de Souza-Júnior P, Landmann Szwarcwald C. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. Cad Saude Publica [Internet]. 2005 [citado 28 de agosto de 2013]; 21 (Supl 1): S109-S118. Disponible desde:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000700012
32. Mengíbar Torres M, del Río Urenda S, Terol Fernández FJ. Gestión del cambio. Gestión Hospitalaria. 5ª ed. Mc Graw Hill; 2011. p. 768
33. Shiba S. Graham A.y Whalden D. TQM: Desarrollos avanzados. TGP Hoshin. Madrid 1995
34. Pérez Castillo J.G. Calidad y alta dirección. Rev Alta Dirección 1990;149: 57-64
35. Domínguez J. García S. Ruiz A. Domínguez M. Álvarez M. Dirección de operaciones. Aspectos tácticos y operativos en la producción y los servicios. McGraw-Hill. Madrid. 1995
36. Brief A.P. Attitudes in and around organizations thousand oaks. CA: Sage. 1998
37. Villalba Moreno O. Incremento de la satisfacción y del compromiso organizacional de los empleados a través del liderazgo efectivo. Rev Latinoamericana de Administración. 2001;(026):5-17

38. Mora Vanegas C. La motivación en la productividad [Internet]. 2009 Nov [citado 27 Oct de 2013]; Disponible desde:
<http://www.gestiopolis.com/administración-en-la-productividad.htm>
39. Yucan QM. La Motivación Organizacional [Internet]. 2012. [citado 24 de octubre de 2012]. Disponible desde:
<http://www.yucan.es/es/news/Yucan+y+la+Motivaci%C3%B3n+Organizacional/>
40. González-Llinares, R., Arrúe-Aldanondo B., Pérez-Boillos M., Sánchez-González E., Ansótegui-Pérez J., Letona-Aramburu J. La gestión de la información sobre quejas y reclamaciones en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Rev Calidad Asistencial 2003; 18 (7): 591-7
41. Ross CK, Steward CA, Sinacore JM. The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. Med Care 1993; 31: 1138-149
42. Koska MT. Surveying customer needs, not satisfaction, is crucial to CQI. Hosp 1992; Nov; 50-53
43. Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry L: Calidad Total en la gestión de servicios. Madrid: Díaz de Santos, 1993
44. Thompson AGH, Suñol R. Las expectativas como factores determinantes en la satisfacción de los pacientes: Conceptos, teoría y pruebas. Rev Calidad Asistencial. 1994; 11: 74-86
45. Galgano A. Calidad total. Clave estratégica para la competitividad de la empresa. Díaz de Santos. Madrid 1993
46. Kano N, Seraku N, Takahashi F, Tsuji S. Attractive Quality and Must Be Quality. Quality 1984, 14:39-48
47. Da Silva MR. Avaliação da qualidade na perspectiva do utente-importância dos aspectos não técnicos da prestação. Rev Port Saúde Pública 1993; 11(4):29-45
48. Pidal M^a V. Análisis de las reclamaciones efectuadas en los Hospitales Carlos Haya y el Civil de Málaga. Visión de los responsables de su gestión. Rev. Todo Hospital. Enero-Febrero 2003/193

49. Juran JM. Quality control handbook. 3ª Ed. Nueva York: McGraw Hill, 1974
50. Gilmore HI. Product Conformance Cost. Quality Progress, Jun 1974; 16-19
51. Sasser WE, Olsen RP, Wyckoff DD. Management of Service Operations: Text and Cases, Boston: Allyn & Bacon, 1918
52. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. Journal of Marketing, 1985; 49: 41-50
53. Nelson P. Advertising as Information. Journal of Political Economy, 1974; 81: 729-54
54. Peris i Pascual A. El control de calidad y el análisis de las reclamaciones del usuario. Todo Hospital/90. 1992; 25-31
55. Lehr H, Strosberg M: Quality Improvement in Health Care: Is the Patient Still Left Out?. QRB 1991; Oct; 326-329
56. Camacho JJ, Ras X, Díaz-Alfonso MC, Coronas EN. La opinión de los usuarios a través de las reclamaciones. Rev San Hig Pub 1991; 65:215-21
57. Gómez-Pajares F, Pérez-Bermúdez B, Fernández-Martínez S, Sanchís J, Zanón V. Análisis de supervivencia y tiempos de respuesta de las reclamaciones en un hospital de agudos. Rev Calidad Asistencial 2001;16:10-14
58. Bautista D, Tenias JM, Pérez Bermúdez B, Sabater A, Zanón V. Análisis de las reclamaciones de los usuarios en el Hospital Dr. Peset de Valencia durante 1994. Rev. Calidad Asistencial 1996;11(3):108-12
59. Cuenca AH, Crespo R, Ondiviela MA, Pou R, Requesens N, Cortés X. Reclamaciones de los usuarios: ¿qué opinan los profesionales? Rev Calidad Asistencial. 1996; 11: 203-7
60. Badia X, del Llano J. Investigación de resultados en salud. Rev. Med. Clin. (Barc) 2000;114(Supl 3):1-7

61. Jovell A. El paciente "impaciente", ¿gobernarán los ciudadanos los sistemas sanitarios? *Médico*. 2003; 25: 66-72. En: Rodríguez – Fernández J., Ramón Martínez J., Monserrat-Capella D., Sáinz A., Cebrián M., García-Artiaga C., Muñoz V. Utilización de la opinión de los pacientes para la mejora: 5 años de seguimiento "2001-2005". *Rev Calidad Asistencial*. 2008; 23 (2): 57-64
62. Asenjo Sebastián M.A. El hospital como empresa. *Med Clin (Barc)*. 1991; 96: 780-3
63. González M., Prat A., Matiz MC, Carreño J., Adell C., Asenjo M. La gestión de las reclamaciones en el plan de calidad hospitalario. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16:700-704.
64. Juran J.M., Gryna F.M. Análisis y planeación de la calidad: del desarrollo del producto al uso. McGraw-Hill. México. 1995
65. Domingo A., Luaces C., Mañosa A., García J., Serra M., Pou J. Evaluación de las reclamaciones presentadas en un servicio de urgencias pediátrica en un hospital materno infantil. *Rev Calidad* 2001; 16: 404-8
66. Caballero Oliver A., Montilla Sanz M., Fernández de Simón Almela A., Garrido Cruz I., Montero Romero E., Navarro Rodríguez A. Análisis de las reclamaciones presentadas en un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Calidad Asistencial*. 1998; 13: 426-30
67. Alonso R., Llanes L. 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 Calidad Asistencial*. 2009; 24 (2): 88-90
68. Saturno Hernández PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Pública* 1995; 69: 163-175
69. Corbacho MS, García-Mata JR, Blecua MJ. Equipo de mejora en atención al usuario. La reclamación en cubierta. Identificando problemas de calidad. *Rev Calidad Asistencial*. 2001; 16: 29-34

70. Valdivia A., Arteaga L., Escortell E., Monge S., Villares JE. Análisis de las reclamaciones en Atención Primaria mediante el control estadístico de procesos. Rev Calidad Asistencial. 2009; 24 (4): 155-61
71. Calluela A., Camacho JJ., Ras X., Díaz MC., Corona E. La opinión de los usuarios a través de las reclamaciones. Rev San Hig Púb. 1991; 65: 215-21
72. Constitución Española. BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978, páginas 29313 a 29424
73. Gracia D., Fundamentos de Bioética. Eudema Universidad. Madrid. 1989. p. 174
74. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Jefatura del Estado. BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986. Referencia: BOE-A-1986-1049
75. Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 91 de 16 de Abril de 1987
76. Sánchez J., Gallego S., Rodríguez JA., Hinojal R. Aspectos técnicos y jurídicos del usuario en relación con el sistema sanitario: pasado, presente y futuro de los servicios de atención al paciente. Rev Todo Hospital. 1994; 103: 41-47
77. Ley Orgánica 10/1982 de Estatuto de Autonomía de Canarias. BOE núm. 195, de 16 de agosto de 1982, páginas 22047 a 22053
78. Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias. BOC Nº 204. Viernes 26 de agosto de 1994
79. 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. BOE núm. 274. Viernes 15 de noviembre de 2002

80. Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 9 de marzo de 2011 relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. 4.4.2011 Diario Oficial de la Unión Europea L 88/45- 65
81. Salud para todos en el Siglo XXI Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid [Internet] 1999 [citado el 20 Nov de 2014] Disponible desde: http://www.famp.es/racs/intranet/otras_secciones/documentos/SALUD%2021.pdf
82. INSALUD. Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria. Madrid, 1984
83. RAE [Internet] 2012 [citado el 6 de mar. de 2014]. Disponible desde: <http://lema.rae.es/drae/?val=reclamaci%C3%B3n>
84. Saturno PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los Servicios Sanitarios. Rev Esp Salud Pública 1995; 69: 163-75.
85. Donabedian A. Quality Assurance in health care: Consumer's role. Qual Health Care 1992; 1(4): 247-251
86. Jain A., Ogden J. General practitioners, experiences of patients complaints: qualitative study. MBJ 1999; 318: 1596-9
87. Delgado A. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. Cuadernos de gestión 1997; 3:90-101
88. Ortega B., Salazar A., Masip J., Rodríguez E., Escarrabilld J., Corbella X. Reclamaciones en un servicio de urgencias: estudio de 13 años en un hospital universitario. Rev Calidad Asistencial. 2006; 21: 25-30
89. Guía SEAUS Recomendaciones para el ejercicio del consentimiento informado. Documento de voluntades anticipadas. Reclamaciones y Quejas [Internet] 2010, Abril [citado el 20 de Oct de 2014] Disponible desde: http://www.seaus.net/~seaus86g/images/stories/pdf/Guia_Recomendaciones_CI_DVA-Reclamaciones.pdf
90. Sanes C. Complaints are hidden treasure. Journal for Quality and Participation 1993; 16: 78-82

91. Pociello V. Las reclamaciones y quejas de los usuarios: análisis y estudio de su influencia sobre la organización de los hospitales. *Hosp* 2000 1987; 2:113–124
92. Huertas I., Pereiro I., Andreu C., Sanfelix J. ¿De qué se quejan nuestros pacientes? *Rev Calidad Asistencial* 1996; 1: 37-40
93. Pascual-López L., Uris J., Alfonso-Domenech MD., Sanmartin D., Sanz-Sanz J., Campos-Malo C. Las reclamaciones y las hojas de sugerencias como método de incorporación de la opinión del usuario en atención primaria. Comparación con la perspectiva de los profesionales. *Aten Primaria* 1995;7:421-5
94. Díaz-Álvarez A., Castaño-Barroeta C., Menéndez-García M., Fanjul MJ. Las reclamaciones de los usuarios: un instrumento de control de calidad. *Aten Primaria* 1987; 4:184-8
95. Mira JJ., Rodríguez-Marín J., Peset R., Ybarra J., Pérez-Jover V., Palazón I., Llorca E. Causas de satisfacción e insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17:273-83
96. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 276-9
97. Ministerio de Administraciones Públicas Madrid: Guía para la gestión de quejas y sugerencias.[Internet] 2006. [consultada 18 marzo 2014]. Disponible desde:
http://www.aeval.es/comun/pdf/Guia_Gestion_de_O_y_S_03_06.pdf
98. Servicio Vasco de Salud. Actualización de de la gestión y de los sistemas de información y de quejas, reclamaciones y sugerencias en las organizaciones de los servicios de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Instrucción nº 2/2001 [Internet] 2001 [consultada 20 marzo de 2014]. Disponible desde:
<http://www.saludmentalalava.org/Cas/docum/Instrucci%F3n%20de%20Quejas%20y%20Reclamaciones.pdf>

99. Gobierno de Canarias. Comunidad Autónoma de Canarias. Consejería de Sanidad y Consumo. Decreto 94/1999, de 25 de mayo. BOC N° 078. Miércoles 16 de junio de 1999-989
100. Gobierno de Canarias. Comunidad Autónoma de Canarias. Consejería de Sanidad y Consumo. Orden 7 de abril de 2000. BOC Nª 072. Lunes 12 de junio 2000-7799
101. Gobierno de Canarias. Comunidad Autónoma de Canarias. Consejería de Sanidad y Consumo. ORDEN de 20 de septiembre de 2001, por la que se desarrolla el Decreto 94/1999, de 25 de mayo, que regula la estructura y funcionamiento de la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios y la tramitación de las reclamaciones, solicitudes, iniciativas y sugerencias en el ámbito sanitario y se aprueban los impresos y modelos de hojas de reclamaciones y de solicitudes, iniciativas y sugerencias en el ámbito sanitario BOC N° 127, viernes 28 de septiembre de 2001-1364
102. Gobierno de Canarias. Comunidad Autónoma de Canarias. Consejería de Sanidad y Consumo. Decreto 147/ 2001, de 9 de julio. BOC 088. Miércoles de 18 de julio de 2001-1046
103. Gobierno de Canarias. Comunidad Autónoma de Canarias. Consejería de Sanidad y Consumo. Orden de 4 de octubre de 1999.. BOC N° 153, viernes 19 de noviembre 1999-15743
104. Ruíz Legido O. Sanidad Pública: ¿Qué reclaman los usuarios andaluces? Medicina de Familia (And) Vol 1, N° 2, Noviembre 2000
105. Gobierno de Canarias. Comunidad Autónoma de Canarias. Consejería de Sanidad y Consumo. Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud B.O.C. 32, de 15.3.1995
106. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE N° 128, de 29 de abril. 2003-10715

107. Guía de funcionamiento del Servicio de Atención al Usuario. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Guía-SAU001[Intranet] 2009 [consultada el 4 de febrero de 2012] Disponible desde: www.CHUIMI.es/WEBCENTER/MENUS/mostrararchivo.php?ver=/ATPA/DIA_SAU_chuimi.pdf
108. Rodríguez Pérez A.I, Do Muíño Joga M. Análisis de las reclamaciones de los usuarios de un área de atención Primaria. *Cad Aten Primaria* 2010;17:92-6
109. Rodríguez-Fernández J, Martínez J, Montserrat-Capella D, Sainz A, Cebrián M, García-Artiaga C, Muñoz C. Utilización de la opinión de los pacientes para la mejora: 5 años de seguimiento (2001–2005). *Rev Calidad Asistencial*. 2008;23(2):57-64
110. Ortega B, Salazar A, Masip J, Rodríguez E, Escarrabill J, Corbella X. Reclamaciones de 13 años en un hospital universitario. *Rev Calidad Asistencial*. 2006;21(1):25-30
111. López A, Ortiz H, De Miguel C. Análisis de las reclamaciones presentadas en un área de atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 2003;18(3):153-8
112. Fernández C, Granero J. Reclamaciones del usuario. Un instrumento evaluador de los cuidados enfermeros. *Index Enferm (Gran)* 2004; 47:21-25
113. González M, Prat a, Matiz M.C, Carreños J, Adell C, Asenjo M. La Gestión de las reclamaciones en el Plan de Calidad Hospitalario. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16:700-4
114. Domingo A, Luaces C, Mañosa A, García J, Serrat m, Pou J. Evaluación de las reclamaciones presentadas en un servicio de urgencias pediátricas en un hospital materno-infantil. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:404-8
115. Nebot C, Juvanet N, Orfila F. Abós R, Soler J. Análisis de las reclamaciones en un centro de atención primaria de salud de especialidades. *Aten Primaria* 2000; 26: 107-10
116. Bernal M, Navarro C. Estudio de las reclamaciones procedentes del servicio de Atención al Paciente. *Todo Hospital /139* 1997; 39-43

117. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones con seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013 [en línea]. [Fecha de consulta: 29 enero 2014]. Disponible desde:
[http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])



ANEXOS

VIII. Anexos

Anexo 1. Hoja de Recogida de Datos

Anexo 2. Autorización Institucional

Anexo 3. Modelo Normalizado de Impreso de Reclamaciones
(1999)

Anexo 4. Modelo Normalizado de Impreso de Reclamaciones
(2001)

Anexo 5. Tablas de Datos

ANEXO 1: HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

Título del Estudio: *EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS SANITARIOS*

SERVICIO/UNIDAD:

FECHA:

Reclamaciones Grupo 1. Asistencial		
Código	Motivo	Nº
101	Negativa a la prestación de la asistencia	
102	Insatisfacción con la prestación de la asistencia	
103	Demora en la asistencia	
104	Infección nosocomial	
105	Error asistencial, supuestos:	
105.1	de diagnóstico	
105.2	de tratamiento o medicación	
105.3	de intervención quirúrgica	
105.4	otros	
106	Incumplimiento de la dieta alimenticia	
107	Imputación de mala praxis	
108	Negativa a la elaboración de bajas y altas de Incapacidad temporal y prestaciones complementarias	
109	Recetas médicas	
110	Otros	

Reclamaciones. Grupo 2. Trato		
Código	Motivo	Nº
201	Trato personal inadecuado	
202	Falta de intimidad	
203	Falta de confidencialidad	
204	Represalia por reclamación	
205	Actuaciones contra la integridad de las personas	
206	Otros	

Reclamaciones. Grupo 3. Información		
Código	Motivo	Nº
301	Información general	
302	Información asistencial	
303	Falta/Demora en la elaboración del informe escrito	
304	Denegación de informe escrito	
305	Falta o deficiencia en la historia y documentación clínica	
306	Falta de consentimiento informado	
307	Otros	

Reclamaciones. Grupo 4. Organización y trámites		
Código	Motivo	Nº
401	Listas de espera, supuestos:	
401.1	de consulta	
401.2	de ingreso hospitalario	
401.3	de intervención quirúrgica	
401.4	de pruebas diagnósticas	
401.5	de pruebas terapéuticas	
402	Suspensión/anulación, supuestos:	
402.1	de consulta	
402.2	de ingreso programado	
402.3	de intervención quirúrgica	
402.4	de pruebas diagnósticas	
402.5	de pruebas terapéuticas	
403	Citación	
404	Cita previa centralizada	
405	Deficiencias en el traslado interno	
406	Transporte sanitario externo	
407	Incumplimiento de horario	
408	Deficiencias en el proceso de ingreso/acceso	

Reclamaciones. Grupo 4. Organización y Trámites (Continuación)		
Código	Motivo	Nº
409	Listas de espera, supuestos:	
410	Desaparición de objetos	
411	Sustracción	
412	Deficiencia en la coordinación	
413	Trámites dificultosos	
414	Solicitud de segunda opinión	
415	Derivación a otros centros	
416	Demora en el abono de prestaciones complementarias, reintegro de gastos, etc.	
417	Denegación en el abono de prestaciones complementarias, reintegro de gastos, etc.	
418	Error de facturación	
419	Desacuerdo con el coste de asistencia	
420	Incumplimiento de las normas sectoriales y en especial las relativas al consumo del tabaco	
421	Desacuerdo con las normas instituciones	
422	Huelga	
423	Compensación económica por extravío de objetos personales	
424	Cobro indebido de honorarios	
425	Otros	

Reclamaciones. Grupo 5. Hostelería/habitabilidad/Confort		
Código	Motivo	Nº
501	Insatisfacción, supuestos:	
501.1	consultorios	
501.2	habitación	
501.3	infraestructura y locales	
501.4	equipamiento	
501.5	mantenimiento	
501.6	alimentación	
501.7	limpieza	
501.8	lencería	
501.9	televisión	
502	Falta de silencio	

Reclamaciones. Grupo 5. Hostelería/habitabilidad/Confort (Continuación)		
Código	Código	Código
503	Problemas con la comunicación/teléfono	o
504	Falta de seguridad	
505	otros	

ANEXO 2: AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL

Título del Estudio: **EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS SANITARIOS**



Gobierno de Canarias

Las Palmas de Gran Canaria a, 14 de febrero de 2014

DE: COORDINACIÓN DEL ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y ATENCIÓN AL USUARIO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNAL INFANTIL

A: D^a M^a LUISA ALONSO SANTANA (ENFERMERA DE LA UNIDAD DE PRUEBAS FUNCIONALES DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA)

N.Ref: CM./ Jo.

Asunto: respuesta a solicitud

Como respuesta a su escrito de fecha de entrada en el registro de este Complejo de 7 de febrero, le informo de lo siguiente:

Por parte de esta Coordinación no existe inconveniente alguno para que haga uso de los datos que sobre las reclamaciones aparecen en la Intranet con motivos de su formación académica. No obstante le sugiero haga extensiva su petición a la Dirección de Enfermería de este Complejo a efectos informativos.

Atentamente,

EL COORDINADOR DEL ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y ATENCIÓN AL USUARIO



Carlos Mora Lourido

COPIA

Las Palmas de Gran Canaria a, 17 de febrero de 2014

M^a Luisa Alonso Santana con DNI 43664200 B, de profesión enfermera, que presta servicios en el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, en la Unidad de Pruebas Funcionales de Gastroenterología y en la actualidad en fase de desarrollo del protocolo para llevar a cabo la Tesis Doctoral.

Pone en su conocimiento que se pretende abordar la temática sobre las reclamaciones de los usuarios sanitarios, su evolución en cuanto a los motivos de las mismas. Con la metodología que se plantea, el derecho a la confidencialidad de los usuarios sanitarios está garantizado, ya que sólo se trabajará con datos extraídos de las reclamaciones presentadas y publicadas en la Intranet del Complejo Hospitalario y en ningún momento se accederá a datos de identificación del usuario reclamante.

Motivo por el que se ha solicitado permiso para el uso de los datos que están publicados en la Intranet a la Coordinación del Área de Gestión de la Calidad y Atención al Usuario del Complejo Hospitalario, la cuál ha dado su autorización con fecha 14 de febrero del presente año.

Lo que comunico para su conocimiento y lo que estime oportuno.

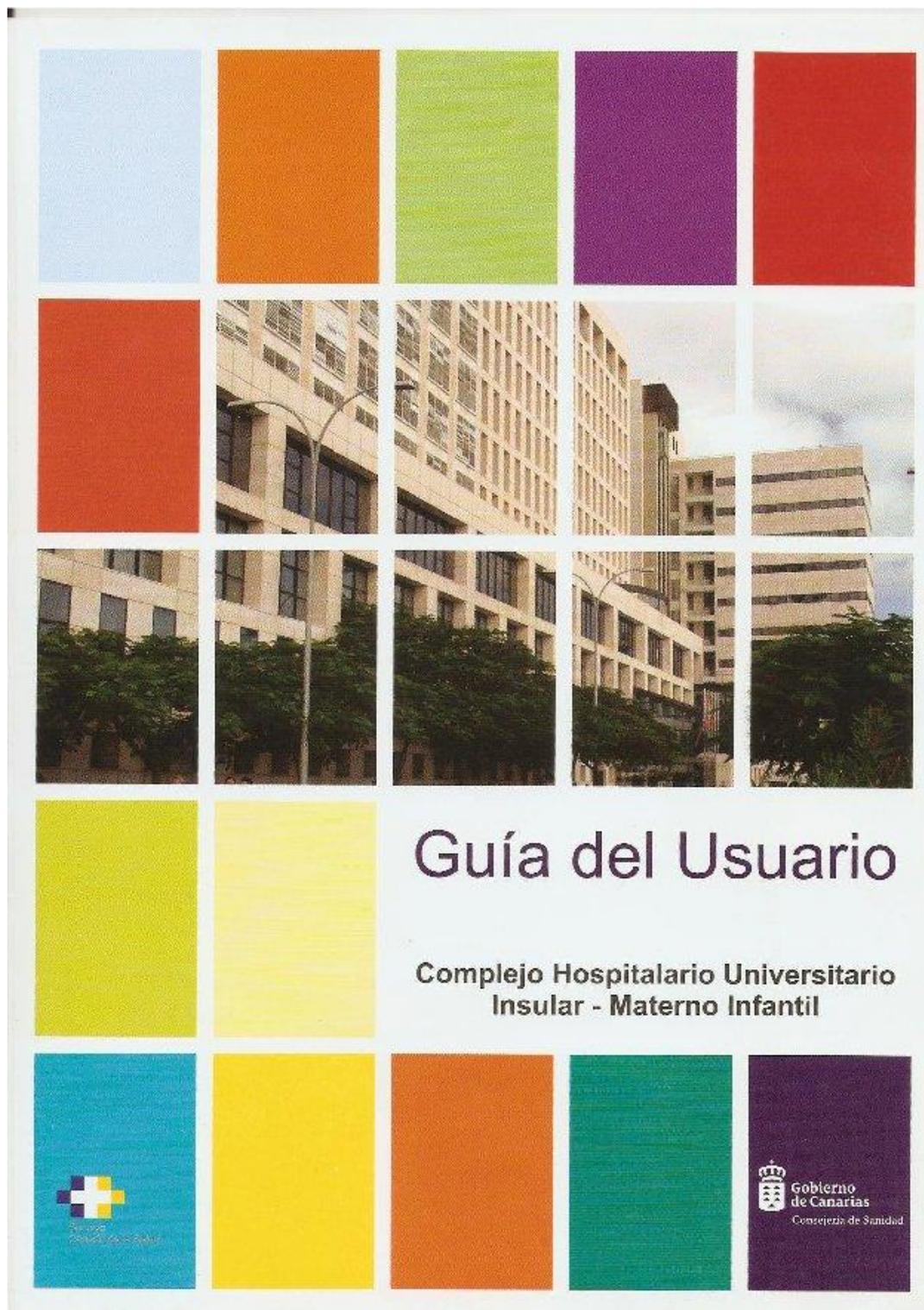
Agradecida de antemano,

M^a Luisa Alonso Santana

A/A D^{ÑA}. BEGOÑA MARTÍNEZ SANJURJO DIRECTORA DE ENFERMERÍA
DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR
MATERNO INFANTIL



Anexo 5. Guía del Usuario Sanitario. CHUIMI



Anexo 5. Tablas de Datos

RECLAMACIONES POR MOTIVOS Y AÑOS. CHUIMI

Tabla Año 2005. Reclamaciones por Motivos. CHUIMI		
MOTIVO	NÚMERO	%
Asistencial	391	8.58
Trato	132	2.90
Información	959	21.05
Organización	3.321	72.91
Hostelería/Habitabilidad/Confort	188	4.13
Otros	5	0.11
Sin Determinar	3	0.06
Total Reclamaciones	4.555	100

Tabla Año 2006. Reclamaciones por Motivos. CHUIMI		
MOTIVO	NÚMERO	%
Asistencial	498	9.50
Trato	134	2.56
Información	1.096	20.92
Organización	3.272	62.44
Hostelería/Habitabilidad/Confort	231	4.41
Otros	1	0.02
Sin Determinar	8	0.15
Total Reclamaciones	5.240	100

Tabla Año 2007. Reclamaciones por Motivos. CHUIMI		
MOTIVO	NÚMERO	%
Asistencial	514	9.12
Trato	133	2.36
Información	1.124	19.95
Organización	3719	66.01
Hostelería/Habitabilidad/Confort	128	2.27
Otros	12	0.21
Sin Determinar	6	0.11
Total Reclamaciones	5.634	100

Tabla Año 2008. Reclamaciones por Motivos. CHUIMI		
MOTIVO	NÚMERO	%
Asistencial	517	9.49
Trato	152	2.79
Información	1.182	21.69
Organización	3.415	62.67
Hostelería/Habitabilidad/Confort	158	2.90
Otros	20	0.37
Sin Determinar	5	0.09
Total Reclamaciones	5.449	100

Tabla Año 2009. Reclamaciones por Motivos. CHUIMI		
MOTIVO	NÚMERO	%
Asistencial	551	10.38
Trato	197	3.71
Información	577	10.87
Organización	3.877	73.07
Hostelería/Habitabilidad/Confort	91	1.71
Otros	10	0.19
Sin Determinar	3	0.06
Total Reclamaciones	5.306	100

Tabla Año 2010. Reclamaciones por Motivos. CHUIMI		
MOTIVO	NÚMERO	%
Asistencial	496	9.03
Trato	140	2.55
Información	570	10.38
Organización	4.184	76.18
Hostelería/Habitabilidad/Confort	96	1.75
Otros	2	0.04
Sin Determinar	4	0.07
Total Reclamaciones	5.492	100

Tabla Año 2011. Reclamaciones por Motivos. CHUIMI		
MOTIVO	NÚMERO	%
Asistencial	560	11.10
Trato	138	2.74
Información	393	7.79
Organización	3.888	77.10
Hostelería/Habitabilidad/Confort	64	1.27
Otros	0	0
Sin Determinar	0	0
Total Reclamaciones	5.043	100

Tabla Año 2012. Reclamaciones por Motivos. CHUIMI		
MOTIVO	NÚMERO	%
Asistencial	507	11.62
Trato	136	3.12
Información	268	6.14
Organización	3.384	77.60
Hostelería/Habitabilidad/Confort	57	1.31
Otros	3	0.07
Sin Determinar	5	0.11
Total Reclamaciones	4.361	100

Tabla Año 2013. Reclamaciones por Motivos. CHUIMI		
MOTIVO	NÚMERO	%
Asistencial	517	11.36
Trato	126	2.77
Información	261	5.73
Organización	3.584	78.75
Hostelería/Habitabilidad/Confort	59	1.30
Otros	0	0
Sin Determinar	4	0.09
Total Reclamaciones	4.551	100

Tabla Año 2014. Reclamaciones por Motivos. CHUIMI		
MOTIVO	Número	%
Asistencial	569	15.36
Trato	113	3.05
Información	171	4.62
Organización	2775	74.92
Hostelería/Habitabilidad/Confort	62	1.67
Otros	1	0.03
Sin Determinar	13	
Total Reclamaciones	3.704	100

RECLAMACIONES POR MOTIVOS Y AÑOS. SERVICIOS MÉDICOS

Tabla Año 2005. Reclamaciones por Motivos Servicios Médicos-CHUIMI.			
MOTIVO	Número	S. Médicos (%)	CHUIMI (%)
Asistencial	287	9.30	6.30
Trato	55	1.78	1.21
Información	108	3.50	3.95
Organización	2.623	84.97	57.58
Hostelería/Habitabilidad/Confort	12	0.39	0.26
Otros	0	0	0
Sin Determinar	2	0.06	0.04
Total Reclamaciones	3.087		

Tabla Año 2006. Reclamaciones por Motivos Servicios Médicos-CHUIMI			
MOTIVO	Número	S. Médicos (%)	CHUIMI (%)
Asistencial	403	11.34	7.69
Trato	64	1.80	1.22
Información	75	2.11	1.43
Organización	2.994	84.24	57.14
Hostelería/Habitabilidad/Confort	15	0.42	0.29
Otros	0	0	0
Sin Determinar	3	0.08	0.06
Total Reclamaciones	3.554		

Tabla Año 2007. Reclamaciones por Motivos Servicios Médicos-CHUIMI			
MOTIVO	Número	S. Médicos (%)	CHUIMI (%)
Asistencial	402	10.34	7.13
Trato	65	1.67	1.15
Información	77	1.98	1.37
Organización	3.332	85.70	59.14
Hostelería/Habitabilidad/Confort	7	0.18	0.12
Otros	3	0.08	0.05
Sin Determinar	2	0.05	0.03
Total Reclamaciones	3.888		

Tabla Año 2008. Reclamaciones por Motivos Servicios Médicos-CHUIMI			
MOTIVO	Número	S. Médicos (%)	CHUIMI (%)
Asistencial	406	11.81	7.45
Trato	76	2.21	1.39
Información	125	3.63	2.29
Organización	2.817	81.94	51.70
Hostelería/Habitabilidad/Confort	10	0.29	0.18
Otros	3	0.09	0.05
Sin Determinar	1	0.03	0.02
Total Reclamaciones	3.438		

Tabla Año 2009. Reclamaciones por Motivos Servicios Médicos-CHUIMI			
MOTIVO	Número	S. Médicos (%)	CHUIMI (%)
Asistencial	399	9.37	7.52
Trato	75	1.76	1.41
Información	135	3.17	2.54
Organización	3.649	85.66	68.77
Hostelería/Habitabilidad/Confort	2	0.05	0.04
Otros	0	0	0
Sin Determinar	0	0	0
Total Reclamaciones	4.260		

Tabla Año 2010. Reclamaciones por Motivos Servicios Médicos-CHUIMI			
MOTIVO	Número	S. Médicos (%)	CHUIMI (%)
Asistencial	380	8.38	6.92
Trato	61	1.34	1.11
Información	152	3.35	2.77
Organización	3.938	86.83	71.70
Hostelería/Habitabilidad/Confort	3	0.07	0.05
Otros	0	0	0
Sin Determinar	1	0.02	0.02
Total Reclamaciones	4.535		

Tabla Año 2011. Reclamaciones por Motivos Servicios Médicos-CHUIMI			
MOTIVO	Número	S. Médicos (%)	CHUIMI (%)
Asistencial	415	9.74	0.08
Trato	60	1.41	1.20
Información	141	3.31	2.80
Organización	3.640	85.45	72.20
Hostelería/Habitabilidad/Confort	4	0.10	0.08
Otros	0	0	0
Sin Determinar	0	0	0
Total Reclamaciones	4.260		

Tabla Año 2012. Reclamaciones por Motivos Servicios Médicos-CHUIMI			
MOTIVO	Número	S. Médicos (%)	CHUIMI (%)
Asistencial	343	9.16	7.90
Trato	62	1.65	1.42
Información	130	3.50	2.98
Organización	3.204	85.53	73.50
Hostelería/Habitabilidad/Confort	2	0.05	0.04
Otros	2	0.05	0.04
Sin Determinar	3	0.08	0.07
Total Reclamaciones	3.746		

Tabla Año 2013. Reclamaciones por Motivos Servicios Médicos-CHUIMI			
MOTIVO	Número	S. Médicos (%)	CHUIMI (%)
Asistencial	422	10.50	9.30
Trato	67	1.67	1.50
Información	140	3.50	3.10
Organización	3.375	83.98	74.16
Hostelería/Habitabilidad/Confort	12	0.30	0.26
Otros	0	0	0
Sin Determinar	3	0.10	0.06
Total Reclamaciones	4.019		

Tabla Año 2014. Reclamaciones por Motivos Servicios Médicos-CHUIMI			
MOTIVO	Número	S. Médicos (%)	CHUIMI (%)
Asistencial	437	13.57	11.77
Trato	55	1.70	1.50
Información	137	4.25	3.70
Organización	2.578	80.09	69.50
Hostelería/Habitabilidad/Confort	6	0.19	0.16
Otros	1	0.03	0.02
Sin Determinar	5	0.34	0.29
Total Reclamaciones	3.219		

RECLAMACIONES POR MOTIVOS / AÑOS. SERVICIOS ENFERMERÍA

Tabla Año 2005. Reclamaciones por Motivos Servicios Enfermería-CHUIMI			
MOTIVO	Número	S. Enfermería (%)	CHUIMI (%)
Asistencial	45	32.85	0.99
Trato	49	35.77	1.07
Información	8	5.84	0.17
Organización	28	20.44	0.61
Hostelería/Habitabilidad/Confort	8	5.84	0.17
Otros	0	0	0
Sin Determinar	0	0	0
Total Reclamaciones	138		

Tabla Año 2006. Reclamaciones por Motivos Servicios Enfermería-CHUIMI			
MOTIVO	Número	S. Enfermería (%)	CHUIMI (%)
Asistencial	32	19.51	0.61
Trato	48	29.26	0.91
Información	8	4.87	0.15
Organización	57	34.75	1.08
Hostelería/Habitabilidad/Confort	20	12.19	0.38
Otros	0	0	0
Sin Determinar	0	0	0
Total Reclamaciones	165		

Tabla Año 2007. Reclamaciones por Motivos Servicios Enfermería-CHUIMI			
MOTIVO	Número	S. Enfermería (%)	CHUIMI (%)
Asistencial	47	34.05	0.83
Trato	46	33.33	0.81
Información	11	7.97	0.19
Organización	26	18.84	0.46
Hostelería/Habitabilidad/Confort	9	6.52	0.15
Otros	2	1.44	0.03
Sin Determinar	0	0	0
Total Reclamaciones	141		

Tabla Año 2008. Reclamaciones por Motivos Servicios Enfermería-CHUIMI			
MOTIVO	Número	S. Enfermería (%)	CHUIMI (%)
Asistencial	47	38.84	0.86
Trato	35	28.92	0.64
Información	4	3.30	0.07
Organización	22	18.18	0.40
Hostelería/Habitabilidad/Confort	12	9.91	0.22
Otros	1	0.82	0.01
Sin Determinar	0	0	0
Total Reclamaciones	121		

Tabla Año 2009. Reclamaciones por Motivos Servicios Enfermería-CHUIMI			
MOTIVO	Número	S. Enfermería (%)	CHUIMI (%)
Asistencial	40	28.98	0.75
Trato	67	48.55	1.26
Información	3	2.17	0.05
Organización	23	16.66	0.43
Hostelería/Habitabilidad/Confort	4	2.89	0.07
Otros	1	0.72	0.01
Sin Determinar	0	0	0
Total Reclamaciones	138		

Tabla Año 2010. Reclamaciones por Motivos Servicios Enfermería-CHUIMI			
MOTIVO	Número	S. Enfermería (%)	CHUIMI (%)
Asistencial	35	31.25	0.63
Trato	32	28.57	0.58
Información	3	2.67	0.05
Organización	31	27.67	0.56
Hostelería/Habitabilidad/Confort	11	9.82	0.20
Otros	0	0	0
Sin Determinar	0	0	0
Total Reclamaciones	112		

Tabla Año 2011. Reclamaciones por Motivos Servicios Enfermería-CHUIMI			
MOTIVO	Número	S. Enfermería (%)	CHUIMI (%)
Asistencial	50	32.89	0.99
Trato	50	32.89	0.99
Información	5	3.28	0.09
Organización	42	27.63	0.83
Hostelería/Habitabilidad/Confort	6	3.94	0.11
Otros	0	0	0
Sin Determinar	0	0	0
Total Reclamaciones	153		

Tabla Año 2012. Reclamaciones por Motivos Servicios Enfermería-CHUIMI			
MOTIVO	Número	S. Enfermería (%)	CHUIMI (%)
Asistencial	41	3.28	0.94
Trato	47	37.60	1.07
Información	4	3.20	0.09
Organización	31	24.80	0.71
Hostelería/Habitabilidad/Confort	2	8.00	0.04
Otros	0	0	0
Sin Determinar	0	0	0
Total Reclamaciones	125		

Tabla Año 2013. Reclamaciones por Motivos Servicios Enfermería-CHUIMI			
MOTIVO	Número	S. Enfermería (%)	CHUIMI (%)
Asistencial	31	33.69	0.68
Trato	30	32.60	0.65
Información	3	3.26	0.06
Organización	24	26.08	0.52
Hostelería/Habitabilidad/Confort	4	4.34	0.08
Otros	0	0	0
Sin Determinar	0	0	0
Total Reclamaciones	92		

Tabla Año 2014. Reclamaciones por Motivos Servicios Enfermería-CHUIMI			
MOTIVO	Número	S. Enfermería (%)	CHUIMI (%)
Asistencial	42	38.88	1.13
Trato	37	34.25	0.99
Información	1	0.92	0.02
Organización	24	22.22	0.64
Hostelería/Habitabilidad/Confort	4	3.70	0.10
Otros	0	0	0
Sin Determinar	0	0	0
Total Reclamaciones	108		

RECLAMACIONES POR MOTIVOS PERIODO 2005 - 2014.

Tabla Reclamaciones por Motivos CHUIMI (2005-2014)		
MOTIVO	Número	CHUIMI (%)
Asistencial	5120	10.4
Trato	1399	2.8
Información	6601	13.4
Organización	34975	70.9
Hostelería/Habitabilidad/Confort	1134	2.3
Otros	54	0.1
Sin Determinar	52	0.1
Total Reclamaciones	49335	

MOTIVO	Número	S. Médicos (%)	CHUIMI (%)
Asistencial	3894	10.2	7.9
Trato	640	1.7	1.3
Información	1220	3.2	2.5
Organización	32150	84.6	65.1
Hostelería/Habitabilidad/Confort	73	0.2	0.1
Otros	9	0.02	0.02
Sin Determinar	20	0.07	0.05
Total Reclamaciones	38006		

Año	CHUIMI	S. Médicos	S. Enfermería
2005	77	66	5
2006	120	103	7
2007	101	87	5
2008	123	107	5
2009	124	79	7
2010	80	55	5
2011	87	65	8
2012	72	45	4
2013	82	70	0
2014	92	70	3
Total Reclamaciones	958	747	49

Año	CHUIMI	S. Médicos	S. Enfermería
2005	14	9	1
2006	34	29	0
2007	31	24	2
2008	34	23	3
2009	26	22	1
2010	31	20	3
2011	13	10	1
2012	13	10	1
2013	15	12	0
2014	14	10	0
Total Reclamaciones	225	169	12

Tabla Reclamaciones por Motivo Insatisfacción con la Prestación de Asistencia			
Año	CHUIMI	S. Médicos	S. Enfermería
2005	196	147	22
2006	282	230	19
2007	319	246	33
2008	295	229	31
2009	347	260	30
2010	339	258	25
2011	421	310	41
2012	341	245	31
2013	372	300	31
2014	401	311	36
Total Reclamaciones	3313	2536	299

Tabla Reclamaciones por Motivo Negativa a la Prestación de Asistencia			
Año	CHUIMI	S. Médicos	S. Enfermería
2005	17	15	2
2006	19	18	0
2007	25	17	0
2008	38	29	1
2009	38	32	2
2010	32	26	0
2011	27	22	0
2012	51	25	0
2013	35	29	1
2014	39	30	0
Total Reclamaciones	321	243	6

Tabla Reclamaciones por Motivo Trato Personal Inadecuado			
Año	CHUIMI	S. Médicos	S. Enfermería
2005	113	49	39
2006	110	58	38
2007	114	58	40
2008	135	65	34
2009	189	71	66
2010	137	60	31
2011	130	53	49
2012	134	62	46
2013	135	62	28
2014	105	53	37
Total Reclamaciones	1302	591	408

Tabla Reclamaciones por Motivo Falta o Deficiencia en la Historia y Documentación Clínica			
Año	CHUIMI	S. Médicos	S. Enfermería
2005	889	54	2
2006	1119	23	2
2007	1028	15	2
2008	1055	29	1
2009	440	25	0
2010	428	32	0
2011	263	23	2
2012	155	31	1
2013	122	22	1
2014	49	9	0
Total Reclamaciones	5548	263	11

Tabla Reclamaciones por Motivo Falta / Demora en la Elaboración del Informe Escrito			
Año	CHUIMI	S. Médicos	S. Enfermería
2005	27	24	0
2006	35	29	0
2007	47	34	2
2008	82	71	0
2009	96	80	0
2010	101	80	0
2011	103	95	0
2012	78	77	1
2013	101	96	1
2014	92	88	0
Total Reclamaciones	762	674	4

Tabla Reclamaciones por Motivo Información Asistencial / General			
Año	CHUIMI	S. Médicos	S. Enfermería
2005	30	19	4
2006	32	18	7
2007	40	23	6
2008	33	20	2
2009	26	21	3
2010	28	19	3
2011	17	13	2
2012	22	13	2
2013	27	16	1
2014	23	17	1
Total Reclamaciones	278	179	31

Tabla Reclamaciones por Motivo Sustracción / Desaparición de Objetos			
Año	CHUIMI	S. Médicos	S. Enfermería
2005	49	24	12
2006	36	7	26
2007	44	7	24
2008	33	8	12
2009	29	3	3
2010	37	6	20
2011	38	5	27
2012	23	0	18
2013	19	2	15
2014	30	3	18
Total Reclamaciones	338	65	175