

Análisis de las reclamaciones presentadas en un área de atención primaria

Andrés López, Honorato Ortiz y Cristina de Miguel

Gerencia Atención Primaria. Área IV. Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Madrid. España.

Correspondencia: Andrés López Romero.
San Restituto, 72-C, 4.^o, 3.^o. 28039 Madrid. España.
Correo electrónico: andreslopez@inicia.es

Resumen

Objetivo: Analizar las características de las reclamaciones presentadas durante el año 2001 en los centros de salud del Área IV de Atención Primaria del INSALUD, Madrid.

Métodos: Estudio de tipo descriptivo.

Resultados: Se incluyeron 1.234 reclamaciones, lo que supone 2,36 reclamaciones por 1.000 habitantes y año. La edad media (desviación estándar [DE]) del reclamante fue de 42 (15,07) años. El 65% de las reclamaciones fue presentado por mujeres. El tiempo medio de contestación fue de 12,9 (6,58) días, el 97,3% de las mismas en menos de 30 días. El médico de familia fue el profesional que recibió más reclamaciones (47,5%), y el motivo más frecuente fue el desacuerdo con el proceso asistencial (20,3%). El 59,6% de las reclamaciones se resolvió informando sobre el funcionamiento del sistema.

Conclusiones: El sistema de reclamaciones de los usuarios de atención primaria es un medio accesible y fácil para exponer opiniones e insatisfacciones. Así, el análisis de las reclamaciones es un valioso instrumento para identificar y corregir los fallos del sistema.

Palabras clave: Reclamación. Satisfacción del usuario. Calidad. Atención primaria. Expectativas.

Introducción

Las reclamaciones son mecanismos de participación comunitaria que los usuarios pueden utilizar en atención primaria; por un lado, son un canal de comunicación directo entre los ciudadanos y el sistema sanitario, y por otro, un instrumento complementario, junto con las encuestas de opinión, para detectar problemas y oportunidades de mejora en el funcionamiento de los servicios¹⁻⁶.

La satisfacción del cliente es considerada un elemento de referencia en el enfoque actual de la calidad asistencial^{7,8}; por esto el aprovechamiento de la información generada a partir de las hojas de reclamaciones es de gran utilidad para una gestión de los recursos más adaptada a las necesidades existentes⁴.

Desde las unidades de atención al paciente se ha tratado de hacer ver, tanto a los profesionales como a los usu-

Summary

Objective: To analyze the characteristics of complaints presented in the Primary Care Centers of Health District 4 of Madrid in 2001.

Methods: Descriptive study.

Results: A total of 1234 complaints were presented, representing 2.36 complaints per 1000 inhabitants/year. The mean age of persons who made complaints was 42 years (S.D. 15.07). Sixty-five percent of complaints were made by women. The mean time to response was 12.93 days (S.D. 6.58) and 97.3% received a response in less than 30 days. Among health professionals, family doctors received the most complaints (47.5%). The most frequent cause of complaints was disagreement with healthcare activity and 59.6% of complaints were solved by providing information about the functioning of the system.

Conclusions: The primary care complaints system provides an easy and accessible way for users to express their opinions and dissatisfaction. Complaint analysis is a valuable tool for identifying and correcting flaws in the system.

Key words: Complaint. Consumer satisfaction. Quality. Primary care. Expectations.

rios, el verdadero sentido de las reclamaciones como instrumento de detección de áreas susceptibles de mejora^{9,10}.

El Área IV de Atención Primaria de Madrid comprende una población de 527.726 usuarios, según la base de datos de la Tarjeta Sanitaria Individual. Se trata de un área eminentemente urbana que comprende los distritos de Ciudad Lineal, Hortaleza, Barajas y San Blas, en los que se ubican 17 centros de salud, cuatro consultorios de modelo tradicional y tres servicios normales de urgencias. Completan esta red las unidades de apoyo de fisioterapia, odontología, psicoprofilaxis obstétrica, atención a la mujer, trabajo social y el equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD).

Desde 1990, año en el que fue implantado en el área el circuito de reclamaciones, la gestión de las mismas se realiza a través de la Comisión de Evaluación de Reclamaciones, compuesta por un miembro de cada una de las tres direcciones de la gerencia: dirección médica, dirección de enfermería

y dirección de gestión, siendo el representante de esta última el presidente de la misma. Semanalmente se evalúan las reclamaciones presentadas durante esa semana.

En 1996 se introdujo, como elemento de mejora de la gestión, la descentralización de las reclamaciones a las unidades clínicoasistenciales, correspondiéndolas en la tramitación, evaluación y resolución de las reclamaciones presentadas.

A partir de 1998, con la puesta en marcha en el Área del Programa de Mejora de la Calidad Asistencial, se ha reforzado la consideración de que la información de las reclamaciones es útil para dar soluciones concretas a problemas concretos. Por otro lado, a través del análisis agrupado, dicha información sirve de referencia para detectar y abordar áreas susceptibles de mejora. Nuestro interés ha consistido en reflexionar y profundizar en la cultura del usuario, cara a intentar adecuar la organización de los centros y recursos para satisfacer de forma progresiva las expectativas de los pacientes.

El objetivo de este estudio es analizar las características principales de las reclamaciones presentadas durante el año 2001 en los centros del Área IV de Atención Primaria del INSALUD de Madrid.

Métodos

El estudio, de tipo descriptivo, se ha llevado a cabo sobre el total de las reclamaciones presentadas por escrito durante 2001 en los 21 centros de atención primaria del Área IV de Madrid.

La fuente de datos procede del sistema de información y registro del Circuito de Reclamaciones.

Las variables incluidas en el estudio fueron las siguientes:

- Características del reclamante: edad y sexo.
- Fecha en la que se presentó la reclamación.

- Centro de atención primaria o unidad objeto de la reclamación.

- Profesional o servicio implicado.

- Tiempo de respuesta a las reclamaciones: desde la fecha de presentación hasta la fecha de contestación por escrito al reclamante.

- Motivos de la reclamación: la Comisión de Evaluación los identifica, para cada reclamación, según una clasificación previamente establecida (anexo 1).

- Medidas correctoras establecidas: la Comisión de Evaluación las propone para cada reclamación, según una clasificación previamente establecida (anexo 2).

El tratamiento informático de la información se efectuó mediante el programa informático SPSS, y se llevó a cabo un análisis descriptivo de distribución de frecuencias, medias y desviación estándar.

Resultados

Durante el año 2001 se registraron 1.234 impresos de reclamaciones, el 65% de las cuales fue presentado por mujeres y el 35% restante, por varones. La edad media (desviación estándar [DE]) de los reclamantes fue de 42 (15,07) años, con un rango de 11 a 92 años, correspondiendo el 82,8% de las mismas a usuarios con edades comprendidas entre los 30 y los 59 años (fig. 1).

El 77,55% de las reclamaciones fue presentado en centros de salud; el 14,50%, en consultorios, y el 7,95%, en unidades de apoyo. La distribución de las reclamaciones según el mes de presentación se expone en la figura 2. En relación con la persona reclamante, se ha observado que en el 92,7% de los casos el afectado coincidía con la persona que presentaba la reclamación.

En la tabla 1 se presenta la distribución de las reclamaciones según el tipo de unidad clínicoasistencial, así como

Figura 1. Distribución de las reclamaciones según la edad del reclamante

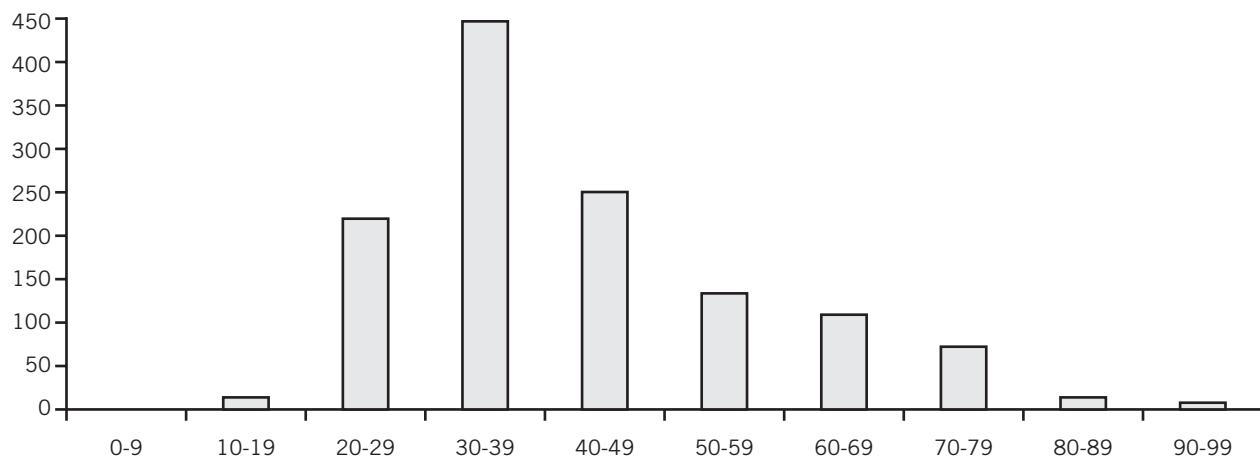
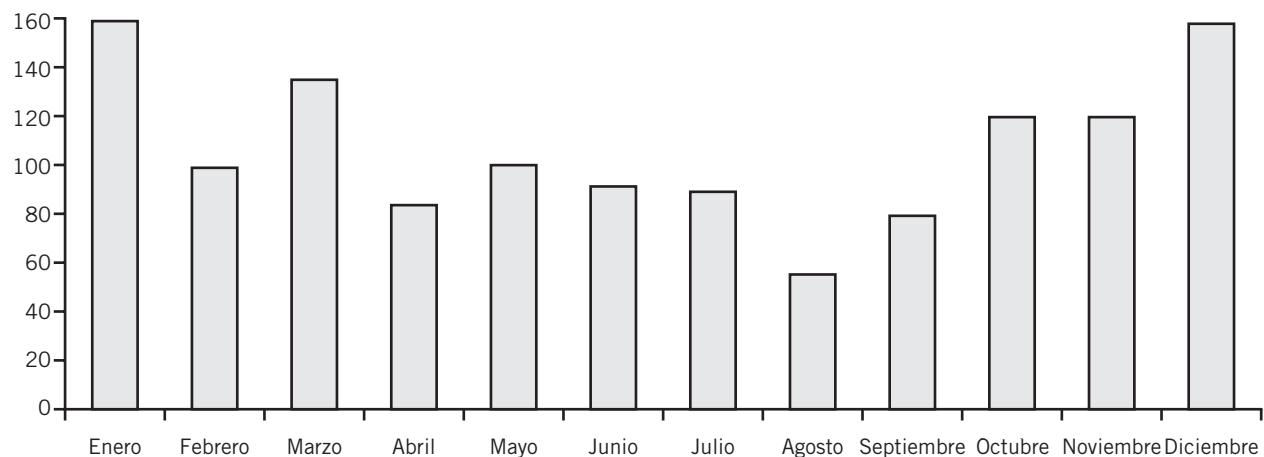


Figura 2. Distribución de las reclamaciones según el mes del año

las tasas correspondientes por cada 1.000 usuarios asignados y cada 10.000 visitas.

Los motivos o causas por las que se presentaron las reclamaciones se reflejan, desagregados, en la tabla 2, siendo el más frecuente el relativo al desacuerdo con el proceso asistencial, que hace referencia a la disconformidad del usuario con la forma de ser atendido por el profesional, en aspectos como el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento de enfermedades, derivaciones a otros ámbitos asistenciales o la deficiencia en la asistencia recibida.

De la totalidad de las reclamaciones, 722 (58,5%) fueron personalizadas contra algún profesional, siendo el médico de familia el implicado con más frecuencia (47,5%), tal como se expone en la tabla 3. Las 512 restantes (41,5%) fueron dirigidas a otros servicios, como cita previa, organización de la asistencia, programa mostrador o infraestructura, entre otros.

En la tabla 4 se presentan las medidas correctoras que se adoptaron: en el 59,6% de las reclamaciones se facilitó

información al usuario sobre el funcionamiento del sistema, y en el 24,5% no se consideró ningún tipo de actuación.

Todas las reclamaciones se contestaron por escrito al reclamante. El tiempo medio (DE) de respuesta fue de 12,93 (6,58) días, con un rango de 0 a 46 días. El 97,3% de las reclamaciones se contestaron en un plazo inferior a 30 días.

Discusión

En primer lugar, llama la atención que, a pesar de que quienes más frecuentan los centros de atención primaria son las personas de mayor edad, la mayoría de las reclamaciones fueron presentadas por usuarios en edades medias de la vida (un 83,8% entre los 30 y los 59 años)^{11,12}. Este hecho podría significar que las personas mayores son más conformistas con las prestaciones que reciben y que la población activa exige una mayor eficiencia y mejor trato en la asistencia.

Tabla 1. Distribución de las reclamaciones según el tipo de unidad clínicoasistencial

Unidad clínicoasistencial	N.º	Porcentaje	Tasa/1.000 usuarios	Tasa/10.000 consultas
Consultorio	179	14,50	1,54	3,97
Centro de salud	957	77,55	2,37	4,97
Unidad de atención a la mujer	14	1,13	0,49	6,89
Fisioterapia	5	0,40	0,009	4,33
ESAD	0	0	0	0
Odontología	67	5,42	0,12	13,41
Servicio normal de urgencias	10	0,81	0,019	1,93
Trabajo social	0	0	0	0
Psicoprofilaxis obstétrica	2	0,16	0,25	3,96

ESAD: equipo de soporte de atención domiciliaria.

Tabla 2. Distribución de las reclamaciones según los motivos por los que se presentan

Motivo	N.º	Porcentaje
Desacuerdo con el proceso asistencial: diagnóstico, tratamiento	251	20,34
Dificultades con el programa de cita previa	221	17,90
Desacuerdo con la asignación y/o cambio de centro y/o médico	163	13,20
Dificultades de accesibilidad	130	10,53
Trato personal de los profesionales al usuario	96	7,77
Deficiencia de los equipamientos y de las instalaciones	81	6,56
Demora en la asistencia	66	5,34
Recursos humanos	58	4,70
Desacuerdo del usuario con los trámites administrativos	53	4,29
Dificultades con el programa mostrador	32	2,59
Demora o extravío de pruebas complementarias	25	2,02
Información insuficiente o escasa al usuario	19	1,53
Reclamaciones no clasificadas	19	1,53
Sugerencias	9	0,72
Falta de higiene de los locales	8	0,64
Falta de coordinación con otros ámbitos asistenciales	2	0,16
Seguridad en los centros	1	0,08
Total	1.234	100

En cuanto a la distribución por sexos, se observó que reclamaron más las mujeres que los varones, lo que coincide con la información encontrada en otros trabajos¹¹⁻¹⁴, probablemente por la mayor frequentación del sexo femenino en los centros de atención primaria. El mayor número de reclamaciones se presenta de octubre a marzo, coincidiendo con la mayor actividad asistencial de los centros⁹.

Entre los motivos más frecuentes de reclamación destacan los relacionados con la prestación sanitaria⁹⁻¹², y si se analiza el profesional o el servicio a quien se dirige la reclamación, el facultativo de medicina de familia es el profesional mayoritariamente mencionado, muy por encima de otros, como el personal de enfermería^{9,11,12,15}. Esta circunstancia puede ser explicable no sólo porque la actividad global que llevan a cabo estos profesionales es superior y, por tanto, existe mayor contacto con los usuarios, sino también porque en el médico se depositan las mayores exigencias y esperanzas.

A diferencia de los resultados presentados en otros trabajos, el desacuerdo con el proceso asistencial, es decir, todo lo que es considerado como calidad intrínseca de la atención,

Tabla 3. Distribución de las reclamaciones según los profesionales a quienes fueron dirigidas

Profesional	N.º	Porcentaje	N.%/profesional
Médico de familia	343	47,50	1,23
Pediatra	125	17,31	1,89
Enfermero	111	15,37	0,42
Odontólogo	67	9,27	6,70
Auxiliar administrativo	66	9,14	0,35
Fisioterapeuta	6	0,83	0,42
Matrona	2	0,27	0,14
Auxiliar de enfermería	1	0,13	0,05
Celador	1	0,13	0,02
Total	722	100	0,82

es el motivo principal de queja, muy por encima del trato personal incorrecto⁹⁻¹²: los pacientes reclaman porque no están de acuerdo con lo que les receta el médico, con la solicitud de analítica u otras pruebas complementarias o con la derivación a los especialistas, entre otros motivos. Este desacuerdo podría hacer referencia a la diferente concepción que existe entre las necesidades sentidas por los pacientes y los problemas reales detectados por los profesionales sanitarios. Un mayor acceso a la información sanitaria junto con un perfil más exigente de los usuarios podría ser la explicación a este

Tabla 4. Distribución de las medidas correctoras establecidas por la Comisión de Evaluación de las Reclamaciones tras su análisis

Medidas adoptadas	N.º	Porcentaje
Comunicación escrita al usuario informando sobre la organización	735	59,56
La reclamación no precisa medidas correctoras	302	24,47
Cambio de asignación del usuario de centro y/o profesional	114	9,23
Comunicación al profesional recordándole las normas de procedimiento	59	4,78
Reposición de material del centro	7	0,56
Modificación de circuitos organizativos	6	0,48
Acondicionamiento de instalaciones del centro	3	0,24
Dotación de material del centro	3	0,24
No renovación o despido del profesional	2	0,16
Amonestación verbal al profesional	1	0,08
Reparación de material del centro	1	0,08
Dotación de recursos humanos	1	0,08
Total	1.234	100

Anexo 1. Clasificación de los motivos por los que se presentan las reclamaciones

A. Factores estructurales

- Falta de higiene de los locales
- Falta de limpieza de los materiales
- Deficiencia de los equipamientos y de las instalaciones
- Seguridad en los centros
- Recursos humanos
- Dificultades de accesibilidad

B. Factores de organización y gestión de los servicios

- Desacuerdo del usuario con asignación y/o cambio de centro y/o médico
- Dificultades con el programa de cita previa
- Dificultades con el programa mostrador
- Demora o extravío de pruebas complementarias
- Falta de coordinación con otros ámbitos asistenciales
- Desacuerdo del usuario con trámites administrativos

C. Factores de procedimiento

- Trato personal de los profesionales al usuario
- Información insuficiente o escasa al usuario
- Desacuerdo entre el usuario y el profesional con el proceso asistencial: diagnóstico, tratamiento, etc.
- Demora en la asistencia

D. Otros factores causales

- Reclamaciones no clasificadas
- Sugerencias

fenómeno, que puede alcanzar mayor intensidad en años venideros.

Un segundo aspecto que se recoge como factor causal de la reclamación, aunque algo menos numeroso, es la dificultad con el programa de cita previa, que evidencia, fundamentalmente, la demora en ser atendido con relación a la hora de cita y que refleja, por un lado, la dificultad de la organización para adecuar el tiempo de atención de cada paciente al motivo que ha propiciado la consulta, condicionada por la gran variabilidad de procesos atendidos en atención primaria, y por otro, el establecimiento de un tiempo de asistencia limitado y rígido. Ambos aspectos están determinados negativamente por el gran caballo de batalla al que se ven sometidos los facultativos de atención primaria, que no es otro que la creciente y elevada presión asistencial¹⁵.

La tasa global de reclamaciones es superior en los centros de salud que en los consultorios de modelo tradicional, circunstancia que se refleja, en mayor o menor medida, en otros estudios similares. Se ha sugerido que los profesionales de los centros de salud tienen un trato menos complaciente con los usuarios y que llevan a cabo una práctica asistencial técnicamente de mayor calidad, pero el usuario no recibe información adecuada de estas ventajas, como en el caso de las prescripciones o las pautas de seguimiento establecidas en los diferentes protocolos; por tanto, éste los valora negativamente. Otro aspecto que cabe resaltar es la mayor oferta de prestaciones en los centros de salud, lo que conlleva una organización más compleja y susceptible de generar más errores y discrepancias¹¹⁻¹⁵.

Anexo 2. Clasificación de las medidas correctoras

A. Medidas correctoras dirigidas a los profesionales

- Comunicación verbal o escrita, recordando las normas de procedimiento
- Amonestación verbal
- Amonestación escrita
- Propuesta de expediente disciplinario
- No renovación de contrato o despido

B. Medidas correctoras dirigidas al usuario

- Comunicación escrita informando sobre la organización del sistema sanitario

C. Medidas correctoras sobre los recursos materiales

- Realización de obras de infraestructura
- Acondicionamiento de instalaciones
- Dotación de material
- Reparación de material
- Reposición de material

D. Medidas correctoras sobre la falta o insuficiencia de recursos humanos

- Dotación de recursos humanos

E. Medidas correctoras sobre el sistema de organización del centro

- Cambio de asignación de centro y/o profesional
- Modificación de circuitos organizativos
- Gestiones con otras instituciones
- Derivaciones a otras instituciones

F. No precisa medidas correctoras

El plazo medio de contestación de las reclamaciones (inferior a 15 días) es reflejo del esfuerzo y la concienciación de todos los profesionales implicados en la gestión de las reclamaciones¹⁵. Consideramos que, con independencia de las medidas que se puedan proponer o instaurar ante una reclamación específica, su tramitación debe llevar implícita la necesidad de una pronta información de retorno al reclamante.

En cuanto a las medidas correctoras establecidas, consideramos que si la mayoría de las medidas se limitaron a facilitar información por escrito sobre el funcionamiento del centro o del sistema al reclamante, habría que pensar en la implantación de acciones tendentes a mejorar el grado de información de los usuarios sobre el procedimiento general de los servicios¹³.

Si a todo esto se añade que en una de cada cuatro reclamaciones la Comisión no propone ninguna medida correctora, sería interesante conocer el grado de satisfacción de los reclamantes respecto a las soluciones ofrecidas¹³.

Contrasta el elevado número de reclamaciones que hacen referencia sobre los procedimientos desarrollados por los profesionales, frente a las pocas medidas correctoras adoptadas sobre sus actuaciones¹¹. Esta posible paradoja debe hacernos reflexionar sobre si, con independencia de que el usuario lleve o no razón respecto a la queja que presenta, no estaremos sobreprotegiendo inconscientemente a los trabajadores frente al usuario.

Por otra parte, queremos resaltar que, aunque el análisis de las reclamaciones nos permite conocer sólo algún aspecto de la opinión de los usuarios, entendemos que sí nos

ha facilitado detectar aquellas áreas sobre las que el usuario se encuentra insatisfecho y, al menos, plantearnos si se precisan actuaciones para mejorarlas. En general, a los pacientes que reclaman les gustaría tener una atención más adecuada, mayor accesibilidad telefónica, facilidad para cambiar de centro y/o médico, menor espera para entrar a la consulta y un trato correcto por parte de los profesionales, entre otras cosas¹¹⁻¹⁶.

En conclusión, podemos afirmar que los usuarios de atención primaria del Área IV disponen de un sistema accesible y ágil de recogida de reclamaciones que se puede utilizar de forma sencilla. Los problemas manifestados hacen referencia, sobre todo, a la falta de información sobre la organización del sistema, al desacuerdo con el profesional sobre la atención recibida (tratamiento, diagnóstico) y a las dificultades para obtener cita. Para cerrar el círculo, habría que llevar a cabo algún tipo de estudio que nos permitiese conocer la satisfacción de los usuarios con las soluciones ofrecidas.

Bibliografía

1. Jain A, Ogden J. General practitioners', experiences of patients' complaints: qualitative study. *BMJ* 1999;318:1596-9.
2. Delgado A. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. *Cuadernos de Gestión* 1997;3:90-101.
3. Lim HC, Tan CB, Goh LG, Ling SL. Why the patients complain? A primary health care study. *Singapore Med J* 1998;39:390-5.
4. Starfield B, Cassady Ch, Nanda J, Forrest ChB, Berk R. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. *J Fam Pract* 1998; 46:216-25.
5. Gil García J, Jiménez Redondo A, León Serrano JJ, et al. Satisfacción del usuario: hojas de reclamaciones en los centros de salud del distrito sanitario de Córdoba. *Centro de Salud* 1995;3:594-7.
6. Bernal M, Navarro C. Estudio de las reclamaciones procedentes del Servicio de Atención al Paciente. *Todo Hospital* 1997; 139:39-43.
7. 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.
8. González Ruiz A, Almenar Latorre A. Estudio de las reclamaciones en un equipo de atención primaria. *Barbacana* 1998; 28:45-7.
9. Caballero Oliver A, Montilla Sanz MA, 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.
10. Soledad Corbacho M, García Mata JR, Blecua MA. La reclamación encubierta. Identificando problemas de calidad. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:29-34.
11. Pérez-Rendón González J, De Melo Rodríguez D. Análisis de las reclamaciones en el Distrito Sanitario Jerez. *Centro de Salud* 1998;6:249-54.
12. Jiménez Lorente CP, Odriozola Aranzábal G, Ibáñez Fernández A, Gámez Gámez E, Aguilera Ariza E. Opinión de los usuarios: "las reclamaciones". *Centro de Salud* 2001;9:448-52.
13. Garzón González G, Ortiz Marrón H, Lázaro Montero T, Martínez Galisteo M. ¿Son diferentes las quejas de los usuarios de atención primaria según el modelo de atención? *Aten Primaria* 1998;21:43-5.
14. González M, Prat A, Matiz MC, Carreños JN, Adell C, Asenjo MA. La gestión de las reclamaciones en el Plan de Calidad Hospitalario. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:700-4.
15. Nebot Adell C, Juvanet Ribot N, Orfila Pernas F, Abós Herréndiz R, Canela Soler J. Análisis de las reclamaciones en un centro de atención primaria de salud de especialidades. *Aten Primaria* 2000;26:107-10.
16. Bacer R. Learning for complaints about general practitioners. *BMJ* 1999;318:1567-8.