

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Proyecto de mejora en la gestión de quejas de la Gerencia de Atención Primaria de Santiago de Compostela

A.I. Rodríguez^{*,♦}, B. Castaño^{♦♦}, F. Lorenzo^{♦♦}, M. Leis^{♦♦} y M.J. Gil^{♦♦}

Gerencia de Atención Primaria, Santiago de Compostela, España

Recibido el 5 de junio de 2009; aceptado el 7 de agosto de 2009
Disponible en Internet el 3 de noviembre de 2009

PALABRAS CLAVE

Gestión;
Queja;
Reclamación;
Mejora asistencial;
Plan de mejora

Resumen

Objetivo: Mejorar el nivel de calidad de gestión de quejas en la Gerencia de Atención Primaria de Santiago de Compostela a través de 2 objetivos específicos: a) responder a la reclamación en menos de un mes y b) detectar y monitorizar problemas relacionados con la actividad en los centros de salud mediante el diseño de una nueva herramienta informática de registro y gestión de datos.

Material y métodos: El trabajo se articula como proyecto de mejora y sigue una metodología clásica de mejora de calidad: a) cuantificación de la situación de partida; b) análisis de las causas; c) implantación de medidas correctoras, y d) seguimiento y control. Período de estudio: 2007-2008.

Resultados: El porcentaje de reclamaciones resueltas en menos de un mes en 2008 fue del 83% (el 79,3%, año 2007), y el incremento del número de quejas recibidas en 2008 fue de un 49,5%. La demora media de resolución fue de 19,4 días en el 2008 (22,8 días, año 2007). La instauración de un nuevo protocolo de gestión de quejas en el área sanitaria logró que el 67,9% de las reclamaciones llegara a la Gerencia con las alegaciones pertinentes en el 2008 (el 31,1%, año 2007).

Conclusiones: La aplicación de nuevos protocolos y sencillas medidas correctoras a los problemas identificados permitió una mejora en la respuesta al usuario estadísticamente significativa ($p = 0,01$). El diseño de la nueva base de datos facilitará la identificación de fallos en el sistema y ayudará en el futuro a emprender acciones de mejora.

© 2009 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anaisabel.rodriguez.perez2@sergas.es (A.I. Rodríguez).

♦Responsable de calidad de la Gerencia de Atención Primaria de Santiago de Compostela (marzo de 2007 a marzo de 2009). Médico de Familia. Investigador principal.

♦♦Secretaria de dirección.

KEYWORDS

Management;
Complaint;
Claim;
Assistance
improvement;
Enhancement plan

Project to improve the management of primary care complaints in Santiago de Compostela**Abstract**

Objective: To improve the quality of how Santiago's Primary Care Department manages complaints through two specific objectives: 1) Address patients' claims within a month or less; 2) Use an automated and data management tool to detect and record issues and activities of the health care centers.

Resources and methods: The work consisted of improvements implemented in various phases: a) Quantifying the initial situation; b) Analyzing possible issues; c) Implementing corrective measures; d) Evaluating the implementation and monitoring; period of study 2007-2008.

Results: In 2008, 83% of claims were addressed in a month or less (79.36% in 2007), taking into account that the number of complaints received in 2008 increased 49.5% from 2007 levels. In 2008, it took 19.46 days to respond to a complaint (22.82 days in 2007). The implementation of the new complaints management protocol in the health care centers allowed 67.9% of all claims in 2008 to be received with all pertinent facts (31.1% in 2007).

Conclusion: The application of new protocols and simple corrective measures to the identified issues allowed for a statistically significant improvement in the response rate to the user. The optimization of the automated tool for managing the claims facilitated the identification of breakdowns in the system and prospectively will help undertake improvement actions.

© 2009 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Uno de los objetivos básicos de los profesionales de la salud debe ser la mejora de la calidad asistencial, lo que implica asumir de forma continua y autocrítica la evaluación de nuestra actividad con el fin de identificar problemas y oportunidades de mejora de los servicios prestados¹.

En este contexto, las quejas y las reclamaciones de los clientes de los servicios sanitarios constituyen una forma directa de expresión de su grado de insatisfacción con respecto al servicio recibido y, por tanto, una forma de participación activa de la población en el sistema sanitario². El análisis de las reclamaciones debe considerarse como un sistema que permite detectar las disconformidades, sistematizar los servicios o las áreas en donde ocurren y los motivos fundamentales por los que se producen, y se convierte en un poderoso indicador de la satisfacción de los pacientes y de la calidad percibida de nuestros servicios y una valiosa fuente de información para detectar deficiencias y áreas de mejora, y orienta el proceso de toma de decisiones y la asignación de recursos³.

Esta idea ya se recoge en el Plan de Mejora de la Atención Primaria de Galicia 2007-2011 y más concretamente se expresa en el Protocolo de Actividad del año 2007, incluyendo dentro de los objetivos comunes por evaluar la "atención al usuario"; ello implica el informe de las reclamaciones que recibe cada profesional, al igual que especifica una gestión de esta actividad entre las obligatorias, incluidas en las áreas de responsabilidad que asume cada profesional en su centro de salud.

Al partir de estas premisas y dentro de una filosofía y un modelo de calidad total y mejora continua, el Departamento de Calidad de la Gerencia de Atención Primaria de Santiago de Compostela, creado en marzo de 2007, decide constituir

un equipo de mejora (formado por los firmantes de este artículo) para ejecutar un plan de mejora que apuesta por desarrollar métodos para captar la voz del usuario a través del mantenimiento y la mejora del proceso de "gestión del sistema de información de quejas y reclamaciones"⁴. Para ello, se revalúan los circuitos existentes de gestión de quejas en el área sanitaria y se pasa a diseñar una nueva herramienta informática que permita tanto el adecuado registro y clasificación de los datos obtenidos a través de las reclamaciones, estableciendo criterios uniformes y sistematizando los procedimientos, como la elaboración de indicadores que permitan medir los resultados.

Este plan de mejora no pretende realizar un estudio descriptivo ni de incidencia de las reclamaciones recogidas en el área sanitaria de Santiago de Compostela, sino establecer un procedimiento que permita estudiar las oportunidades de mejora identificadas tras el análisis de los resultados obtenidos así como la monitorización y la comparación del tiempo de respuesta a las reclamaciones interpuestas durante los 3 primeros trimestres de los años 2007-2008⁴.

Material y método

El trabajo efectuado es un plan de mejora que de acuerdo con metodologías de calidad se desarrolla en varias fases.

Se realizó un examen de la memoria anual de gestión de quejas de la Gerencia del año 2007, y se detectó una demora superior a un mes en la respuesta al usuario en el 20,64% de los casos, y se puso de manifiesto la imposibilidad de elaborar indicadores a través de la fuente de datos utilizada que validaran la calidad del servicio y ayudaran a establecer criterios de mejora.

Se efectuó un análisis de las causas sobre el circuito y el protocolo de gestión de quejas utilizado en la Gerencia de Atención Primaria de Santiago de Compostela mediante 2 técnicas de análisis de problemas: un diagrama de flujos y un diagrama de Ishikawa (figs. 1 y 2). Se persigue detectar con ello pasos intermedios que ralenticen el proceso de respuesta al usuario y revalidar su eficacia o mejorarla si fuera preciso. Así, el diagrama causa-efecto identificó como parte fundamental de la cuestión, entre las causas derivadas de los profesionales, la falta de recepción en la Gerencia de Atención Primaria de Santiago de Compostela de las reclamaciones con la versión de los hechos incorporada,

requisito deseable para su gestión, motivada, probablemente, por el desconocimiento del circuito de quejas, tanto del responsable de esta función dentro de los centros de salud como de los propios implicados en ésta. Esto ocasionaba el reenvío de la queja al centro de salud con la consiguiente solicitud de alegaciones al profesional implicado y, a consecuencia de ello, un aumento en el tiempo de respuesta al usuario. Para solventar este obstáculo se elaboró desde la dirección asistencial y en colaboración con la responsable de calidad de la Gerencia un nuevo circuito de quejas, en el que se definió la función de cada uno de los miembros del equipo comprometidos en la

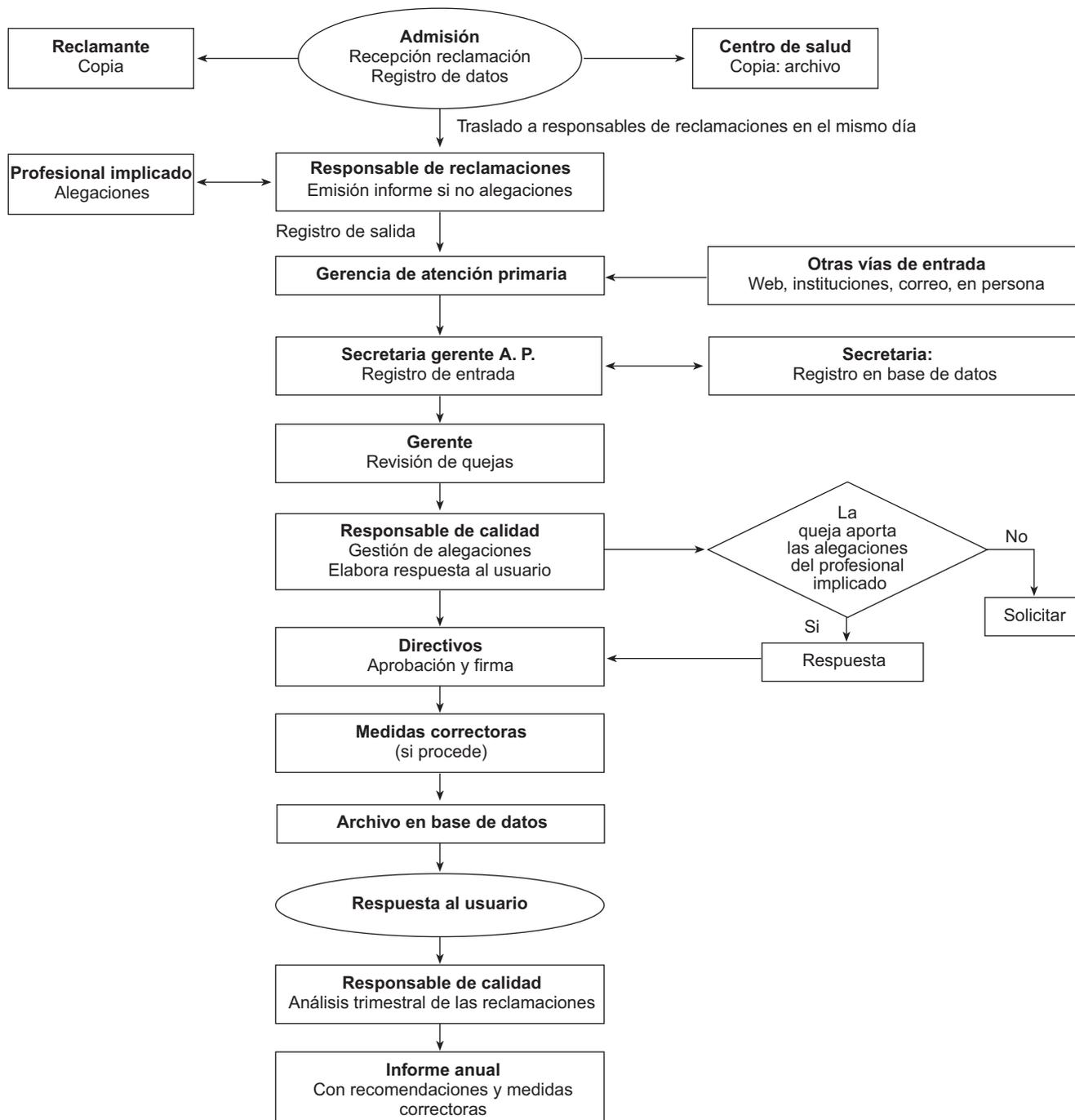


Figura 1 Diagrama de flujos del circuito y el protocolo de atención de las quejas.

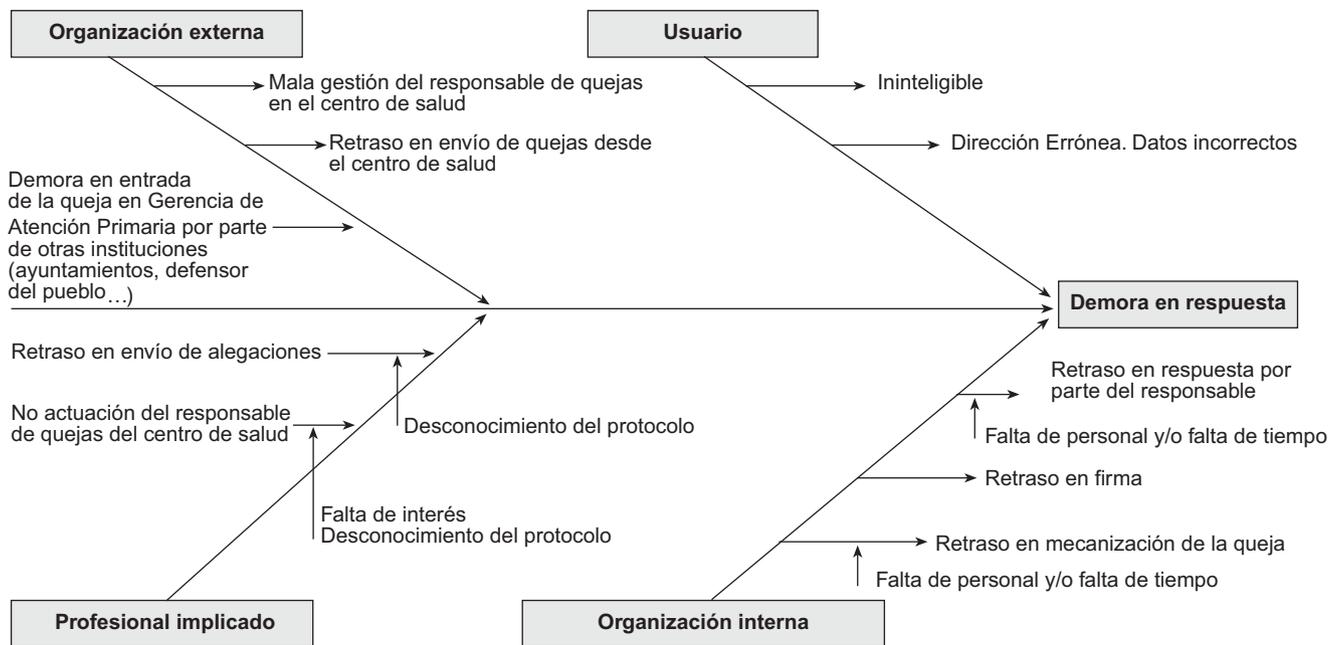


Figura 2 Diagrama de Ishikawa del circuito y el protocolo de atención de las quejas.

gestión de la queja así como el plazo de tiempo acordado para remitir la reclamación junto con la versión de los hechos incorporada. Igualmente, el diagrama de Ishikawa puso de manifiesto la demora dependiente de la organización: falta de tiempo para responder las reclamaciones tanto en épocas de mayor afluencia de éstas como en períodos de tiempo de mayor carga laboral, ajena a este tema, de los profesionales implicados en el circuito de quejas (directivos, responsable de calidad y secretarías de dirección). Así, se constató que el porcentaje de quejas contestadas durante los períodos de vacaciones disminuía de forma paralela a la reducción del personal dedicado a su gestión (fig. 4). Durante el diseño de la nueva base de datos, e intentando paliar en la medida de lo posible estos obstáculos, se creó un dispositivo de detección que advertía el tiempo que una queja permanecía sin contestarse al entrar en el sistema y que ayudó a los responsables de su tramitación a mejorar los tiempos de respuesta y a estar alerta para que ésta no se demorara en exceso.

El análisis de los recursos materiales reveló que carecía de la posibilidad de utilizar el actual sistema de registro de quejas como herramienta de apoyo a la gestión de éstas, puesto que no permitía la explotación de datos e impedía la elaboración de informes de resultados; por tanto, dificultaba la detección de problemas y la aplicación de mejoras como se pretendía. La herramienta utilizada por la Gerencia en los últimos años consistía en una tabla Excel plana, apta tan sólo para el registro de datos, y se decidió migrar a un sistema con un motor de base de datos que permitiera tanto registrar como analizar los datos almacenados.

Así, se diseñó un nuevo sistema en Microsoft Access con una interfaz sencilla cara al usuario para la introducción de datos, y se dispuso también de las herramientas de consulta de datos propias de Structured Query Language (SQL). La nueva herramienta facilita diversas plantillas de búsqueda adaptadas a los criterios más frecuentemente utilizados, como causas

más frecuentes de reclamaciones, vía de entrada de la reclamación (remitida por el centro de salud, web del Servicio Gallego de Salud, etc.), fase del circuito en que se encuentra la tramitación (en dirección, en espera de alegaciones, en elaboración, etc.), centro de salud del que procede, profesional implicado, etc. La existencia de estas alternativas nos va a posibilitar no sólo la localización de quejas concretas, sino la realización de diferentes estudios para detectar fallos en el sistema y aplicar acciones de mejora. Se incluye en este proceso la introducción en la base de datos de un nuevo ítem que facilita la gestión de uno de los objetivos de atención al usuario incluido en el Protocolo de Actividad del 2008, el de la gestión de las reclamaciones, previamente mencionado. Se valora así la función del responsable de quejas en los centros de salud y la del propio profesional al que se le formuló la queja.

El seguimiento de la implantación de las medidas correctoras propuestas se realizó mediante un diagrama de Gantt (fig. 3).

Para valorar los resultados de la intervención se definió una serie de indicadores:

1. **Número de reclamaciones interpuestas:** número total de reclamaciones recogidas durante el año.
2. **Porcentaje de quejas contestadas en el plazo igual o inferior a un mes.**

$$\text{Indicador 2} = \frac{\text{n.º de quejas contestadas en un plazo menor o igual a un mes}}{\text{total de quejas}} \times 100$$

3. **Demora media de resolución en días:** número de días transcurridos desde que llega la queja a la Gerencia de Atención Primaria de Santiago de Compostela hasta que se responde al usuario.

	2007			2008		
	Octubre	Noviembre	Diciembre	Marzo	Junio	Octubre
Análisis de la situación						
Entrevista con directivos de la Gerencia de Atención Primaria de Santiago						
Diseño de la nueva base de datos <i>access</i>						
Elaboración y envío del nuevo circuito de reclamaciones						
Feedback con los jefes de servicio de los centros desalud						
Monitorización del PdM						
Conclusiones						

Figura 3

4. Porcentaje de quejas recibidas con versión del profesional en un tiempo igual o inferior a 7 días.

$$\text{Indicador 4} = \frac{\text{n.º de quejas recibidas con versión del profesional} \leq 7 \text{ días}}{\text{total de quejas subsidiarias de aportar versión}} \times 100$$

Los 3 primeros indicadores se compararon con los resultados detectados en años anteriores. Otros indicadores elaborados, como motivo más frecuente de queja, áreas que mayor porcentaje de quejas reciben, etc., podrán utilizarse en el futuro para realizar estudios poblacionales comparativos entre los diferentes centros de salud del área sanitaria y detectar nuevos objetivos de mejora. Estos datos no era posible extraerlos en años anteriores al no existir criterios uniformes y sistematizados de registro y, por tanto, no pudieron realizarse estudios comparativos.

El proyecto se realizó durante un período de 12 meses, desde el 1 de octubre de 2007 hasta el 30 de septiembre de 2008. Para verificar el efecto de los cambios y realizar su seguimiento se efectuó una monitorización trimestral del plan de mejora, para lo que se utilizó un indicador globalizador (porcentaje de quejas contestadas en un plazo inferior o igual a un mes) y se verificó si los sistemas de alarma introducidos en la base informática habían sido efectivos.

Resultados

Se compararon los resultados de los 3 primeros trimestres de los años 2007 y 2008.

Durante el año 2008 se cuantificaron, durante el período del estudio, un total de 1.374 quejas, 387 más que el año anterior.

El 83,5% de las reclamaciones se contestó en el año 2008 en un período de tiempo inferior o igual a un mes frente al 79,36% del 2007 ($p = 0,01$) (fig. 4).

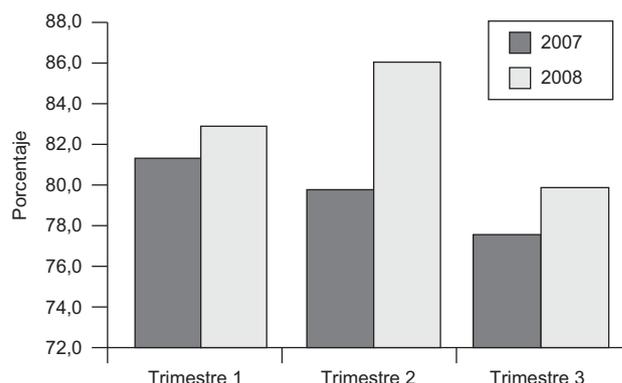


Figura 4 Tiempo de respuesta a las reclamaciones (2008).

El tiempo transcurrido entre la presentación de la queja en la Gerencia y su respuesta fue de 19,46 días por término medio con una DE de 17,2 días en el 2008, en comparación con el año 2007, en que se tardó por término medio 22,82 días con una DE de 28,57 días (fig. 5).

La instauración del protocolo de gestión de quejas en los centros de salud permitió que en el año 2008 el 67,9% de las reclamaciones llegase a la Gerencia de Atención Primaria de Santiago de Compostela acompañadas de la versión de los hechos, frente al 31,1% de las reclamaciones del año 2007 (fig. 6).

Los motivos más frecuentes de reclamación durante el 2008 fueron los siguientes: el 25,33% por “desacuerdo en la asignación de cambio de médico/centro de salud/turno deslizante”, el 18,05% por “trato personal”, el 15,3% por “lista de espera/demora en la asistencia”, y el 14,2% por “recursos humanos”. No pudo compararse este resultado con los del 2007 (tabla 1).

Respecto al origen de las reclamaciones, el 66,18% de las quejas se dirigió hacia la administración sanitaria (tabla 2).

Al analizar los resultados, se valora la redistribución de los motivos de reclamaciones en bloques más explícitamente definidos para agilizar tanto el registro de éstas como su posterior análisis.

Se introdujo el concepto denominado “agradecimientos” para poder gestionar esta opción, cada vez más considerable.

Discusión

La creación de una nueva base de registro de quejas fue de gran utilidad en el proceso de identificación y priorización de problemas relacionados con la actividad en los centros de salud. En la actualidad, permite explotar de forma más eficaz toda la información registrada, y favorece la detección de las áreas susceptibles de mejora (uno de los

objetivos pretendidos con el plan de mejora). La principal limitación del estudio fue la comparación de los resultados obtenidos entre los años 2007 y 2008 al no existir un adecuado sistema de registro de quejas previo al estudio ni estar agrupados los motivos de quejas de acuerdo con criterios uniformes. Se agruparon, pues, las quejas hasta por 41 motivos diferentes que a su vez se reagruparon en 11 con posterioridad, y no se descartó la posibilidad de nuevas

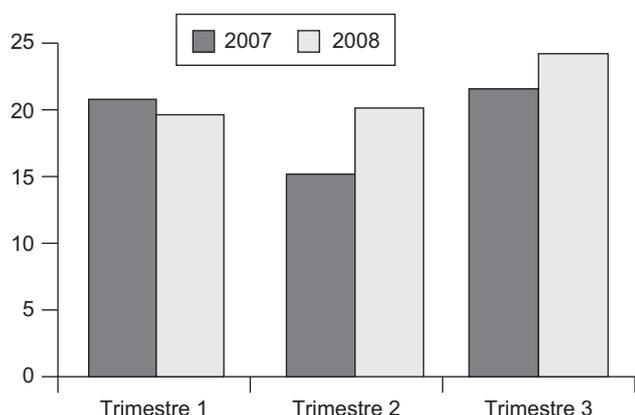


Figura 5 Tiempo de respuesta a las reclamaciones (2007).

Tabla 1 Clasificación de reclamaciones por motivo

Motivo	n	%
Desacuerdo con asignación o cambio de médico/centro/turnos deslizantes	348	25,3
Trato personal	248	18,1
Lista de espera/demora en asistencia	211	15,4
Recursos humanos	205	14,9
Desacuerdo de usuario con trámite administrativo	85	6,2
Otros organismos	85	6,2
Cita previa	70	5,1
Otros	69	5,0
Retraso/pérdida de pruebas complementarias	28	2,0
Estructura-suministros	18	1,3
Desacuerdo en proceso asistencial: diagnóstico, tratamiento, etc.	7	0,5
Total	1.374	100,0

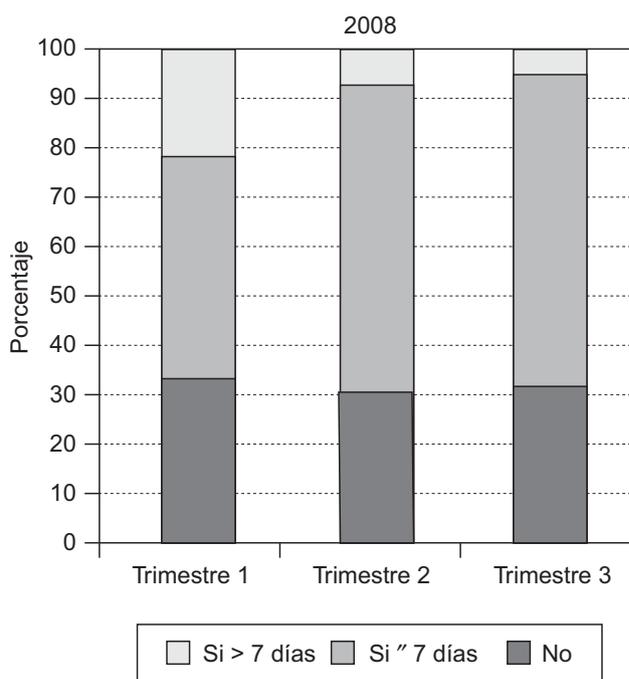
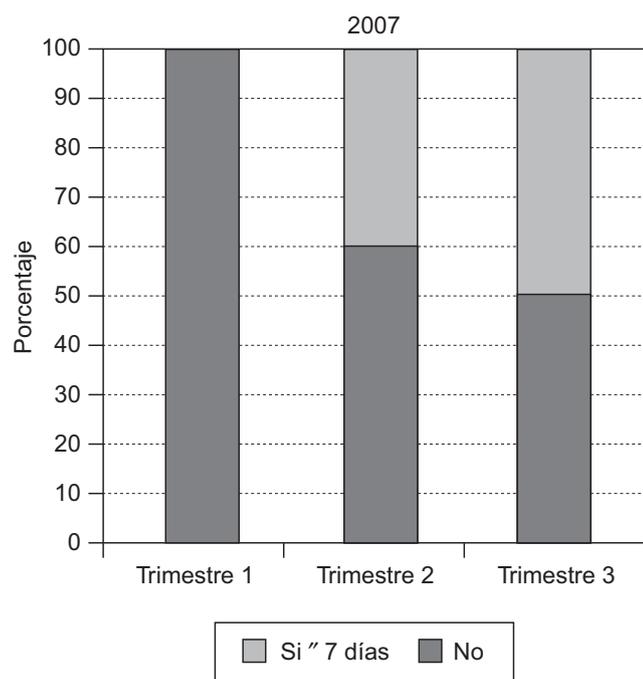


Figura 6 Comparación del tiempo transcurrido entre la generación y la recepción en gerencia de las reclamaciones.

Tabla 2 Porcentaje de reclamaciones según su destinatario

Profesional	n	%
Administración	820	66,2
Personal sanitario/no sanitario	278	22,4
CHUS	110	8,9
Centro de salud	24	1,9
PAC	7	0,6

CHUS: Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela; PAC: punto de atención continua.

modificaciones en busca de una mejor identificación de los datos.

La disminución del tiempo de respuesta al usuario cumplió con las expectativas marcadas ($p = 0,01$), aun si se considera que esta cifra puede ser mejorable si lo comparamos con otros trabajos publicados^{4,5}. Esta mejora se debió fundamentalmente a la más rápida recepción en la Gerencia de las quejas acompañando a las alegaciones (fig. 6), que puede atribuirse a 2 motivos: por un lado, a la difusión del nuevo circuito de quejas, lo que revelaría las ventajas de una correcta transmisión de información desde los puestos de mando hasta los centros de salud y, por otro lado, se considera determinante el hecho de que este apartado se introdujera como mérito en la carrera profesional. En cualquier caso, este resultado debe hacernos pensar en la falta de concienciación de los profesionales con respecto a la gestión de las reclamaciones, quienes suelen considerar penoso tener que justificar su actividad sanitaria cuando el trato con el paciente no es tan complaciente como éste desearía.

El aumento del número total de quejas (casi un 49,5%) en el año 2008 con respecto al año 2007 se debió fundamentalmente al desacuerdo de los usuarios con las modificaciones que la Gerencia realizó, en cuanto a la organización de sus servicios, para subsanar la carencia de profesionales sanitarios, sobre todo médicos (tabla 1). Este progresivo aumento de las reclamaciones evidencia tanto la mejor accesibilidad de los usuarios para expresar su opinión a través de ellas como el perfil de creciente exigencia que se refleja tanto en los motivos más frecuentes de queja como en la dirección hacia la que dirigen sus reclamaciones. Por otra parte, al ser clara la relevancia que los equipos directivos dan en la actualidad a la gestión de las quejas, consideramos que tal vez no sea suficiente resolver una reclamación facilitando información por escrito acerca del funcionamiento de nuestros servicios, tal y como comparáramos tras la lectura de otras publicaciones: “habría que pensar en la implantación de medidas tendentes a mejorar el grado de información de los usuarios sobre el procedimiento general de los servicios”⁵. Si la educación sanitaria es una asignatura pendiente en nuestra sociedad, ¿qué esperamos para comenzar a impartirla?

Por otra parte, las acciones correctivas dirigidas a los profesionales sanitarios durante la duración del plan de mejora fueron 7, un 0,50% del total de las reclamaciones recibidas. Aun si se considera que el usuario puede tener una errónea percepción de sus derechos, cabe plantearse la cuestión de si nuestra actuación será de excesivo proteccio-

nismo hacia los trabajadores con respecto a los usuarios e igualmente, sería interesante conocer la opinión de los usuarios respecto a las soluciones ofrecidas. Además, este resultado unido a la falta de concienciación de los profesionales debería abrir líneas nuevas de investigación tendentes a conocer el grado de satisfacción y la opinión no sólo de los usuarios, sino también de los profesionales sanitarios, quizás de este modo podría arraigarse y mantenerse la idea de que “una queja es un regalo”.

Consideramos que es preciso mejorar tanto la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de las reclamaciones como la de los equipos directivos a la hora de resolver éstas. Con respecto a esto último, sería conveniente tratar de conciliar la demanda que la administración hace a sus trabajadores, con la respuesta dirigida al usuario; aun sin poder satisfacer a ambas partes en todo momento, la presión asistencial que sufre en estos momentos el personal laboral de las instituciones sanitarias merece y exige el apoyo de sus directivos.

En definitiva, necesitamos continuar avanzando en este campo y consideramos que queda aún mucho camino por recorrer. Sin embargo, a pesar del esfuerzo que requiera, si el objetivo de las reclamaciones es la detección de todos los problemas que a través de ellas se puedan captar y la mejora asistencial que a causa de su buena gestión se puede llegar a conseguir, consideramos que invertir esfuerzo en esta labor será siempre rentable y gratificante.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

El documento se articula como un plan de mejora realizado gracias a la financiación del Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la División de Asistencia Sanitaria de la Consellería de Sanidade, en su convocatoria de ayudas del 2007.

Agradecimientos

Deseamos expresar nuestro agradecimiento tanto al Ministerio de Sanidad y Consumo como al Servicio Gallego de Salud, a través de la División de Asistencia Sanitaria, que gracias a su financiación e interés manifiesto por la mejora asistencial facilitaron la elaboración de este proyecto de mejora.

Bibliografía

- Galego P, Gutiérrez A, Puime P, López-Fernández MD, García-Quintáns A, Castro R. Calidad en el sistema sanitario público de Galicia. *Revista de Calidad Asistencial*. 2004;19:169-76.
- Jiménez Lorente CP, Odriozola G, Ibáñez A, Gómez E, Aguilera E. Opinión de los usuarios: “las reclamaciones”. *Centro de Salud*. 2001;9:448-52.
- Participación y opinión de los usuarios del SECAM. Quejas y reclamaciones de los usuarios del SECAM en 2007. Atención al Usuario y Calidad Asistencial. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SECAM. Memoria de Actividades 2007. Cap. 7. Atención

- al usuario y calidad asistencia. Participación y opinión de los usuarios del SESCAM. Quejas y Reclamaciones de los usuarios del SESCAM en 2007. p. 171.
4. González-Llinares R, Arrúe B, Pérez MJ, Sánchez E, Ansotegui JC, Letona J. La gestión de la información sobre quejas y reclamaciones en Osakitza-Servicio Vasco de Salud. Revista de Calidad Asistencial. 2003;18:591-7.
 5. López A, Ortiz H, De Miguel C. Análisis de las reclamaciones presentadas en un área de atención primaria. Revista de Calidad Asistencial. 2003;18:153-8.