



**BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index**  
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

**Cómo citar este documento**

Ballestín Ansón, Laura. Atención al paciente y calidad asistencial en los mayores. Biblioteca Lascasas, 2015; 11(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0819.php>

# ATENCIÓN AL PACIENTE Y CALIDAD ASISTENCIAL EN LOS MAYORES

AUTORA: LAURA BALLESTÍN ANSÓN

Facultad de Ciencias de la Salud Zaragoza

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

## ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	12
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
5. RESULTADOS.....	16
6. DISCUSIÓN- CONCLUSIONES.....	29
7 .BIBLIOGRAFÍA.....	31

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El Servicio de Atención al Paciente es la unidad funcional responsable de atender e informar a los ciudadanos que utilizan los sistemas sanitarios, así como tramitar sugerencias, quejas y reclamaciones que los usuarios puedan realizar. Este servicio vela por el cumplimiento de los derechos y deberes de los pacientes, facilitando información, tramitando asuntos de competencia del propio paciente en colaboración con las direcciones de los centros en aquellas tareas orientadas a mejorar tanto la atención al usuario como la percepción de la calidad asistencial recibida.

**OBJETIVO:** Conocer los principales usos del Servicio de Atención al Paciente

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional descriptivo, se ha analizado la atención en el SAP del Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal de Zaragoza en 200 pacientes mayores de 64 años que han hecho uso del mismo en el periodo de noviembre 2012 a abril 2013.

**RESULTADOS:** 200 pacientes, 52% mujeres y 48% hombres con una media de edad de 76,64 años  $\pm$  7,3. Especialidades con más reclamaciones: oftalmología (19,5%), cardiología (17,5%), neurología (16%) y traumatología (11%). Patologías principales: ocular (20%), cardiaca (17%), trastornos neurodegenerativos (17%) y patología osteoarticular (15%). Motivos más destacados: demora en consultas (49%) y demora en las pruebas (24,5%). Resultados estadísticamente significativos con coeficiente de contingencia  $<$  0,05 relacionando motivos con las especialidades ( $p=0,00$ ), motivos con patologías ( $p=0,00$ ) y motivos con sexo y edad recodificada ( $p=0,02$ ) especialmente en las mujeres entre 75 y 90 años.

**CONCLUSIONES:** El presente estudio confirma que las mujeres españolas entre 75 y 90 años son las mayores reclamantes en el SAP por motivos principales de demora en las consultas y retraso en la realización de pruebas diagnósticas.

**PALABRAS CLAVE:** Atención al paciente, calidad asistencial, reclamaciones.

## INTRODUCCIÓN / ANTECEDENTES

Concepto de SAP.

El Servicio de Atención al Paciente (SAP), es el órgano asesor de la gerencia responsable de proteger y de velar por los derechos y deberes del paciente, de facilitar su acceso y de evaluar su grado de satisfacción con el servicio, canalizando y fomentando su comunicación con el centro sanitario, en aras de una mejora de la calidad percibida.

El Servicio de Atención al Paciente tiene en esquema el siguiente contenido:

1. El Servicio de Atención al Paciente, 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 organización del hospital, servicios disponibles, horarios de funcionamiento, 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 por escrito a través de este servicio, siendo éstas sometidas a los responsables de la división que corresponda, debiendo darles respuesta por escrito, firmada por el director gerente, o persona en quien delegue.

El Servicio de Atención al Paciente nace como un intento de humanización, y tiene como objeto el conocimiento de las dificultades que se plantean durante la estancia de pacientes y familiares en el centro sanitario y trata de corregirlas o cuando menos paliarlas, para alcanzar un mayor grado de satisfacción y bienestar de las personas demandantes de la prestación sanitaria, y, además, conseguir su objetivo fundamental de disminuir las barreras administrativas en el acceso de la asistencia. (1)

El Servicio de Atención al Paciente del Sector II de Zaragoza, se abrió en el año 1985. Fue uno de los primeros 14 hospitales de España en los que se constituyeron estos servicios, como desarrollo del Nuevo Modelo de Gestión Sanitaria del INSALUD (2)

Organigrama

El organigrama de un SAP está constituido por las siguientes secciones:

- Sección de atención al paciente propiamente dicha, que incluiría la tramitación y análisis de las quejas y reclamaciones.
- Sección de información al público, que puede desglosarse a su vez en áreas como información general, urgencias, bloque quirúrgico, etc..

- Sección de comunicación y relaciones públicas.
- Sección de asistencia social y voluntariado.

Al ser un servicio multidisciplinario, el personal que integrará el SAP será muy diverso: enfermería, asistencia social, administrativos, relaciones públicas, expertos en marketing entre otros. (1). En concreto, el SAP donde he recogido la muestra, consta de una enfermera jefe del propio servicio, y un auxiliar administrativo, coordinados por la responsable del servicio del Sector.

## Funciones

Tras varios años de la puesta en funcionamiento de estos servicios, se ha observado que han venido desarrollando diversidad de funciones (tramitación de ambulancias, prótesis ortopédicas, secretariado de servicios entre otros), que en algunos casos se han alejado del espíritu mismo con que fueron creados.

En el R.D. 521/1987 se determinaban las funciones del Servicio de Atención al Paciente. Estar a disposición de atender personalmente al paciente, a sus familiares, representantes o acompañantes. Proporcionar información sobre la organización del hospital, servicios disponibles, horarios de funcionamiento y otras actividades que puedan contribuir a ayudar, facilitar y mejorar la estancia de los pacientes. Tramitar las reclamaciones a que hubiere lugar, por escrito, siendo sometidas a los responsables de la División que corresponda, debiendo darles respuesta por escrito, firmada por el Gerente o persona en quien delegue. (2)

En 1993 el Insalud editó el Manual de funciones del Servicio de Atención al Paciente. El objetivo fue disponer de un instrumento de trabajo que permitiera homogeneizar el tratamiento y solución de los problemas planteados en estos servicios.

El eje de actuación de este manual está dividido en cinco líneas de trabajo:

1 Garantizar la información al paciente. Como instrumento para llevar a cabo esta labor se propone a nivel general la Guía del Informador (que recoge aspectos de la organización del sistema sanitario, de las prestaciones y de su tramitación). Para los centros sanitarios (hospitales, centros de especialidades y centros de salud) los instrumentos aconsejables son la guía de los centros o un folleto informativo del mismo que recoja horarios y funcionamiento de dicho centro y la instalación de puntos de información en áreas críticas (vestíbulos, urgencias, bloque quirúrgico..)

2 Gestión, tramitación y canalización de requerimientos de los pacientes. Los instrumentos serían todos aquellos destinados a facilitar el acceso de las

personas a los centros sanitarios, evitándoles desplazamientos innecesarios tales como acuerdo en cambios de horario de consultas o exploraciones adaptándolos al transporte público de cada zona etc..

3 Realización de estudios de satisfacción. Mediante la utilización de encuestas de satisfacción en las distintas áreas como urgencias, hospitalización y consultas. Los resultados de la encuesta se procesarán trimestralmente por el SAP remitiendo un informe la gerencia para su uso como instrumento de fijación y priorización de objetivos en función de la calidad percibida por el paciente. (1).

Cartera de servicios:

- Solicitud de documentación clínica
- Solicitud de segunda opinión médica
- Solicitud de cambio de especialista
- Últimas voluntades
- Localización de pacientes y familiares/acompañantes
- Localización de historias clínicas y pruebas diagnósticas extraviadas
- Información general (transporte, lista de espera, citaciones, servicios religiosos, etc.)
- Localización de citaciones de pacientes y Centros
- Tramitación de reclamaciones, quejas y sugerencias
- Acogida a pacientes hospitalizados
- Biblioteca de cabecera
- Residencia de familiares
- Realización de encuestas periódicas
- Tramitación de interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos que contempla la ley
- Gestión de objetos perdidos
- Información y valoración de prestaciones sanitarias
- Realización de actividades socio-culturales de carácter lúdico-educativo
- Dietas de familiares/acompañantes
- Información y valoración de recursos sociales
- Tramitación de la documentación de exitus (fetos y recién nacidos).
  - Atención a familiares/acompañantes de pacientes críticos (terminales, accidentes, oncológicos, etc....)
  - Atención a pacientes marginales (de centros penitenciarios, sin techo, drogodependientes, etc....)
- Atención a mayores
- Atención a menores
- Atención a víctimas de la violencia de género
- Atención a pacientes psiquiátricos
- Atención a pacientes crónicos con riesgo social

- Servicio de intérprete de signos
- Servicio de intérprete de idiomas (3)

En cuanto al tema del proyecto propuesto, uno de los aspectos relevantes de nuestro tiempo es el cambio demográfico ocurrido a nivel mundial, con tendencia al incremento progresivo de la población mayor. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que de forma paralela al incremento en número y la proporción de ancianos, han aumentado la duración en años de vida haciendo necesario un aumento considerable de medios asistenciales que se requiere para su atención. (4)

Durante los últimos 50 años las tasas de supervivencia, y consecuentemente la pirámide de población ha cambiado en España. El número de personas mayores de 65 años se duplicó en los últimos treinta años del siglo XX, pasando de 3.3 millones de personas en 1970 (un 9.7 por ciento de la población total) a más de 7.3 millones en 2004 (16.6 por ciento de la población total). Las proyecciones esperan que los mayores de 65 años lleguen en el año 2026 a 8.6 millones, lo que significa un incremento bruto del 39 por ciento y una tasa media anual del 1.2%.

A medida que aumenta la edad también lo hace el riesgo de pérdida de la autonomía lo que conlleva una dependencia de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria y una peor calidad de vida. El 19,6% de las personas mayores de 65 años son dependientes en cuidados personales, teniendo un 5-6% una dependencia moderada y un 3% una dependencia grave. (5), Si utilizamos otros estudios poblacionales realizados en nuestro país, la cifra de personas de más de 65 años con dependencia grave estaría en torno al 9%. (6,7).

Los servicios sanitarios y sociales no han sido inmunes a estos cambios demográficos. Es un hecho conocido que la pérdida de la autonomía funcional se ha asociado con una mayor probabilidad de utilización de servicios sanitarios y de ingresos hospitalarios en particular. (8).

La consideración y la estimación social hacia los ancianos ha sido progresivamente decreciente en el ámbito social y de la atención a la salud, situación ésta última que ha dado lugar a la manifestación de sus inconformidades con relación a las expectativas no satisfechas a través del proceso de atención médica, como consecuencia de los resultados no alcanzados o como resultado de los costos elevados de la atención a la salud; todo esto, da lugar a las reclamaciones y quejas.

Las quejas médicas deben entenderse como un fenómeno social a través del cual los pacientes expresan su inconformidad ante las expectativas no cumplidas y las características del modelo de atención que desearían tener. (9) Se han registrado un número importante de quejas a pacientes mayores de 65 años relacionadas a posibles eventos adversos, a mal trato o atención deficiente por falta de recursos humanos y/o materiales. Se pretende conocer



las necesidades de atención del adulto mayor, el tipo de quejas que genera y si estas quejas, después de ser analizadas, se consideraron como procedentes.

Debe tenerse en cuenta que las quejas y las demandas médicas presentadas no son representativas de todos los eventos adversos ocurridos. (10)

Estudios al respecto muestran que el 51% de las quejas de los pacientes de más edad tienen menos probabilidades de ser atendidas que las de los jóvenes. (11)

Es indispensable estudiar las quejas para identificar sus causas raíz y así poder estar en condiciones de generar acciones para que puedan ser prevenidas y resueltas cuando ya se hubieran presentado. (12). A pesar de un deseo común de reducir las quejas del paciente, la escasez de información existente que detalla por qué los pacientes se quejan. Los estudios publicados han sugerido que el proveedor-paciente la comunicación tiene una fuerte influencia sobre quejas de los pacientes y los proveedores con mejores habilidades de comunicación generan menos reclamaciones (13,14)

El mayor número de quejas y reclamaciones están relacionadas con la información que se proporciona y las demoras en la asistencia, al igual que en la mayoría de centros sanitarios. La información a los pacientes y sus familias es por norma general, una de las causas de mayor insatisfacción. Cuando hay falta de información o ésta es escasa y además se utiliza un lenguaje incomprensible genera un alto malestar, desorientación e inseguridad importantes en el paciente, viviendo situaciones tensas e incluso conflictivas, que se recogen en el Servicio de Atención al Paciente.

El personal que trabaja en este servicio posee la templanza necesaria y la colaboración del resto de personas de la institución para poder canalizar esta insatisfacción, intentando dar respuesta inmediata en la medida de lo posible, aunque obviamente no siempre se consigue, bien porque no está la persona adecuada, para darle la información en ese momento, bien porque llega la queja por otra vía que no es la atención directa.

Las demoras también son un motivo de insatisfacción. Un estudio de satisfacción realizado en el Grupo Sanitario Capio, demuestra que aunque haya esperas largas si los pacientes están debidamente informados, a medida que aumenta la demora, también aumenta la satisfacción del paciente, (15)

La insatisfacción respecto a la calidad de la atención no es novedad, tampoco lo son los eventos adversos ocasionados por errores o negligencia del personal de salud. Lo nuevo es la manifestación de insatisfacción por parte de los pacientes y la demanda de compensación, por los daños que ellos atribuyen a fallos en la atención médica. (16)

Además, cuando un paciente valora la calidad de un servicio, no disocia sus componentes. Lo juzga como un todo, lo que prevalece es la impresión del conjunto y por ello cuando existe algún defecto en un elemento de un servicio, el paciente tiende a generalizar los defectos a todo el servicio. Es pues, esencial en toda política de calidad de servicio, alcanzar la mayor homogeneidad entre sus elementos. Por lo tanto se dice: “en materia de

servicios, la calidad o es total o no existe” y dado que no puede haber control de calidad a posteriori, comparable al que existe para los productos, el error una vez cometido, no puede subsanarse, sólo puede prevenirse.(17)

Según la OMS la calidad es la medida en la que la atención sanitaria proporcionada, en un marco económico determinado, permite alcanzar los resultados más favorables, al equilibrar riesgos y beneficios.

Uno de los pioneros y experto en el estudio de la calidad de la atención fue Avedis Donabedian (1919-2000), quien consideró que “la calidad de la atención en salud es aquella que promueve facilita y garantiza los mayores niveles de salud y bienestar e incorpora y resuelve los aspectos y circunstancias concretas de cada demanda de atención, tomando en cuenta los aspectos psicológicos, sociales, biológicos, sexuales, ambientales y culturales, mediante recursos humanos, económicos y de infraestructura, con una organización efectiva de los recursos, incluyendo planificación de actividades, supervisión, evaluación de acciones, colaboración intersectorial, consulta y participación de la comunidad.” (18). La calidad de la atención sanitaria es aquella que se espera que pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas partes. La atención tiene mayor o menor calidad en la medida que sus atributos se aproximen a los del prototipo, y en cuanto a éste, se pueden definir tres tipos de calidad: absoluta, aquella que establece el grado en que se ha conseguido el objetivo teniendo en cuenta el componente científico-técnico, la calidad individualizada, cuyo objetivo es mejorar el bienestar del paciente, y calidad social basada en el concepto de eficiencia. Muy aplicable al contexto de las organizaciones públicas, ya que cuanto mejor se utilicen los recursos, mayor será la distribución de éstos a toda la población. (19)

Donabedian estableció un modelo de análisis por descomposición en tres objetivos fundamentales de análisis: la estructura, el proceso y el resultado, admitiendo que no siempre una buena estructura y un buen proceso garantizan un buen resultado, pero teniendo en cuenta que si falla la estructura y/o el proceso, el resultado no podrá ser bueno. (20).

Se da por sentado que si se cuenta con las condiciones y los medios adecuados, la buena atención médica está asegurada. Este enfoque tiene la ventaja de que se refiere, al menos en parte, a información bastante concreta y accesible. Sin embargo, presenta el inconveniente importante de que con frecuencia la relación entre la estructura y el proceso o entre la estructura y el resultado no está bien estructurado. (21)

Existen diferentes métodos para evaluar la calidad. Por un lado tenemos el Modelo Europeo de Gestión Total o EFQM (European Foundation for Quality Management 1991) que es un instrumento de autoevaluación e identificación de áreas de mejora, y por tanto de auditoría interna. Es un referente en la Gestión Total de Calidad y está enfocado a la satisfacción de los profesionales y los usuarios. Consta de nueve elementos: liderazgo que muestra si las

actuaciones directivas fomentan la gestión de la Calidad, Política y estrategia que muestra cómo se pone en práctica la gestión y se orienta a los usuarios y profesionales a través de planes de actuación, Personas que define cómo se aprovechan las posibilidades humanas y profesionales de las personas y del equipo, Alianzas y recursos que es la gestión eficiente de recursos financieros, tecnológicos y de información, Procesos, con el diseño, evaluación y mejora, Resultados de los clientes que son los logros alcanzados, percibidos y mostrados con indicadores cuantitativos, Resultados en la sociedad que es la satisfacción de las necesidades de la comunidad y los Resultados clave que son los resultados alcanzados en función de los objetivos. Éstos se muestran como medidas económicas y medidas asistenciales. Los cinco primeros son agentes facilitadores que indican cómo la organización actúa sobre cada nivel y los restantes son agentes de resultado que indican qué se ha conseguido y qué está en proceso de conseguirse. (22)

Por otro lado tenemos las Normas ISO 9000 como método de evaluación. Son unas normas internacionales (1987) para el establecimiento de sistemas de gestión y calidad. Se establecieron por la International Office of Standards (ISO) y fueron adoptadas por el Centro Europeo de Normalización (CEN) y en España por la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR). La última versión de las normas ha sido publicada en noviembre de 2008 y pretende no sólo asegurar la calidad del producto sino también aumentar la satisfacción del cliente. Se compone de tres normas básicas que introducen una nueva concepción de la gestión de la calidad:

1. Norma ISO 9000: 2008. Sistemas de gestión de la calidad- Fundamentos y vocabulario. Describe los principios de un sistema de gestión de calidad y define la terminología.
2. Norma ISO 9001: 2008. Sistemas de gestión de la calidad- Requisitos. Describe los requisitos relacionados con un sistema de gestión de la calidad. Este conjunto de requisitos debe ser respetado por las compañías ya que especifica y describe el modelo válido de calidad cuando es necesario el control además de los procesos de producción y diseño. Única de la serie que es certificable con una validez temporal de tres años.
3. Norma ISO 9004: 2008. Sistemas de gestión de calidad- Instrucciones para mejorar el rendimiento. Está diseñada para uso interno y se centra particularmente en la mejora constante del rendimiento.

La aplicación interna de estas normas no se lleva a cabo en el acto médico o cuidado de enfermería, sino en mejorar servicios, reducir tiempos de espera, y obtener resultados económicos. Se adoptan junto con otras técnicas y métodos para lograr conseguir la eficiencia. (23)

Para concluir con los métodos de evaluación, también podemos encontrar la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHCO) que propuso en 1996 las siguientes etapas en el diseño de un programa de gestión y mejora de la calidad:

1. Asignar la responsabilidad a uno o varios responsables del programa (generalmente un grupo en el que participen profesionales de las diferentes áreas de atención).
2. Delinear el ámbito de evaluación. Establecer el ámbito de cuidados que se van a involucrar en el programa así como los usuarios y profesionales implicados.
3. Identificar y definir los aspectos importantes del cuidado y de los servicios determinando qué variables inciden en la calidad. Para ello se suelen tener en cuenta los aspectos siguientes: incidencia, alto coste, alto riesgo y propensión a producir problemas para el usuario.
4. Identificar o definir indicadores y criterios para cada uno de los aspectos del cuidado,
5. Establecer umbrales de cumplimiento o estándares.
6. Recogida y organización de la información, para tomar decisiones, ver resultados o identificar problemas.
7. Evaluación de las variaciones producidas.
8. Adoptar medidas (cambios) para mejorar los cuidados y los resultados.
9. Evaluar la acción y documentar la mejora (seguimiento y análisis continuo de los cambios realizados).
10. Comunicar la información a todos los participantes del programa.(24)

Evaluar la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común, lo que permite obtener del entrevistado un conjunto de ideas y opiniones asociados con la atención recibida. La información obtenida beneficia a la organización de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos (25)

Los sistemas asistenciales que parecen demostrar efectividad en la atención al paciente mayor, se basan en la selección, valoración y gestión de casos pero solo como partes de un sistema integrado, aspecto que parece ser un factor fundamental para su éxito.(26).

## **PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

- ¿Cuál es la distribución de los diferentes usos del SAP en la población a estudio?
- ¿Cuál es el perfil sociodemográfico de los usuarios del servicio?
- ¿Cuáles son los servicios que aparecen con mayor frecuencia?
- ¿Existe asociación entre el uso y quejas del servicio y el sexo y edad de los usuarios?
- ¿Qué porcentaje de reiteración de casos existe?

## **HIPÓTESIS**

En las personas mayores el motivo de queja más frecuente que reclaman en el Servicio de Atención al Paciente es la queja por demoras en las consultas y demoras en las pruebas.

## **OBJETIVOS**

### General:

- Conocer cuáles son los principales usos en el Servicio de Atención al Paciente

### Específicos:

- Medir si existe asociación en la frecuencia de usos del servicio en relación a la edad (mayores de 65 años) y el sexo.
- Analizar si existen factores que puedan influir en el aumento de la demanda del servicio tales como zonas urbanas, especialidad médica, acompañantes de los pacientes entre otros.
- Valorar reiteración de casos/ usuarios.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### Diseño del estudio:

Estudio epidemiológico observacional descriptivo transversal.

### Cronograma:

El estudio se realizó siguiendo el siguiente plan de trabajo:

OCTUBRE-DICIEMBRE	Revisión bibliográfica Actualización del tema Solicitud de permisos
NOVIEMBRE- ABRIL	Recogida de información Análisis estadístico de los resultados obtenidos
MAYO	Discusión

### Población a estudio:

La población a estudio han sido pacientes /usuarios mayores de 64 años que han hecho uso del Servicio de Atención al Paciente del Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal de Zaragoza ( Sector II Salud) entre los meses de noviembre del 2012 a abril del 2013 ( días aleatorios).

### Criterios de inclusión:

- Usuarios mayores de 64 años
- Usuarios que pertenezcan al Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal

### Criterios de exclusión:

- No estar disponible en el registro del programa o no estar disponible la historia clínica.

Fuente de información:

Los datos han sido recogidos en el SAP del Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal, recogándose los casos que han cumplido con los criterios de inclusión establecidos.

Variables a estudio:

A) Variables independientes:

Sociodemográficas:

.Sexo: Cualitativa nominal dicotómica discreta

.Edad: Cuantitativa continua discreta.

.Zona de residencia: Cualitativa nominal.

.Procedencia /nacionalidad/ origen: Nominal

Obtenidas del SAP:

.Motivo de la demanda: Cualitativa nominal.

.Reclamante Cualitativa nominal dicotómica.

.Antecedentes de repetición: Cualitativa dicotómica.

.Época / días de mayor demanda del servicio: Cualitativa nominal

.Diagnóstico/ patología: Cualitativa nominal

.Servicio/ especialidad: Cualitativa nominal

B) Variable dependiente:

.Principales usos del SAP (Motivos)

### Instrumentos de medida y recogida de datos

Los datos se han recogido mediante revisión de las reclamaciones de los usuarios /pacientes que han hecho uso del SAP en el periodo de tiempo determinado y que han cumplido los criterios de inclusión. Esta revisión se ha realizado cumpliendo con los requisitos de respeto a la legislación vigente en materia de confidencialidad de datos.

La muestra recogida ha sido de 200 pacientes- usuarios del servicio.

Toda la información necesaria para el trabajo, se ha recogido en un formulario/ tabla creado específicamente para el estudio, y se ha contado con el consentimiento firmado por el gerente responsable del Sector II Salud (al que pertenece CME. Ramón y Cajal), así como de la Supervisora del Servicio y personal encargado del Servicio de Investigación del área II.

### Análisis estadístico

Los pacientes seleccionados para el estudio tras la aplicación de los criterios de inclusión/exclusión fueron 200.

La matriz de los datos se ha confeccionado en una hoja de cálculo de Excel, constituyendo cada columna una variable independiente y cada fila un caso. La citada matriz tras la inclusión de todos los datos está compuesta por doscientas filas y doce columnas.

El tratamiento y análisis de los datos se ha realizado con los programas Excel 2007 y SPSS19.0 para Windows cruzando las variables independientes con la principal.

De cada variable independiente cualitativa se ha llevado a cabo la frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado. De las variables cuantitativas (edad y número de reiteraciones), el intervalo mínimo, máximo, desviación típica, media y mediana.

La comparación de variables cualitativas entre las variables dependientes y la principal, se ha realizado a través de tablas de contingencia con la prueba de Chi- Cuadrado de Pearson y el coeficiente de contingencia para los valores nominales múltiples.

Consideraremos que la diferencia será estadísticamente significativa cuando la "p" sea menor de 0.05.



## RESULTADOS

### Características generales de la muestra

El presente estudio ha sido realizado en doscientos usuarios escogidos de forma aleatoria, reclamantes del Servicio de Atención al Paciente del Centro de Especialidades Ramón y Cajal de Zaragoza Sector II.

La media de edad de la muestra es de 76,64 años, y la desviación típica 7,3. El paciente más joven tiene 64 años y el más mayor 94 años.

Por sexo, el 48% son hombres y el 52% mujeres. La desviación típica por edad y sexo es en hombres 7,46 y en mujeres 7,14.

### GRÁFICO 1- PORCENTAJE DE HOMBRES Y MUJERES

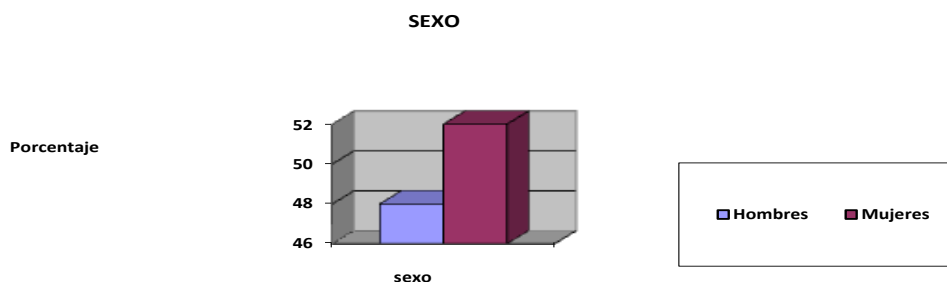
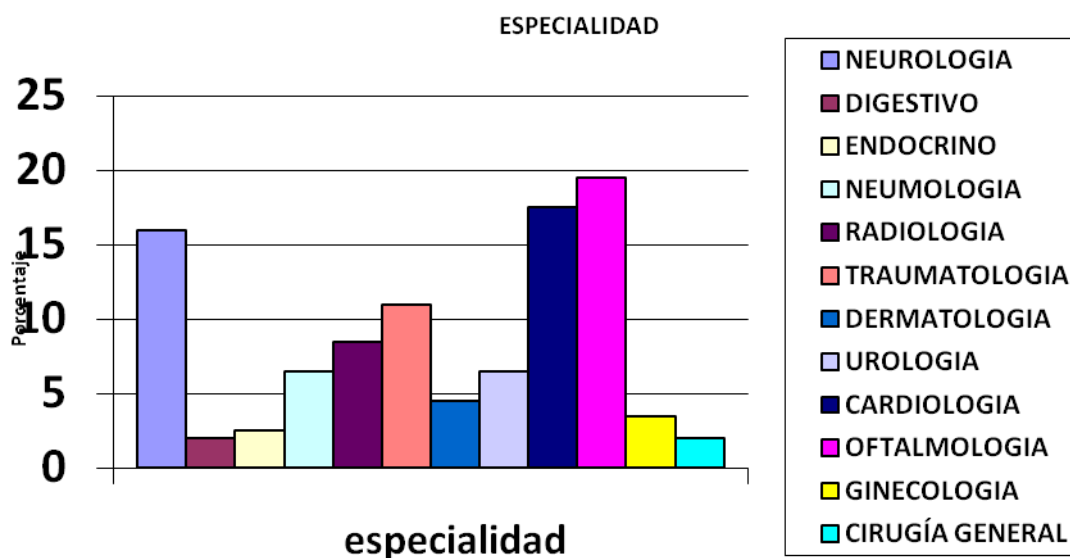


TABLA 1

Edad $x \pm ds$	76,64 $\pm$ 7,3	
Edad/Sexo	Varones 76,65 $\pm$ 7,6 Mujeres 77,18 $\pm$ 7,1	
Sexo	Varones	48 (48%)
	Mujeres	52 (52%)

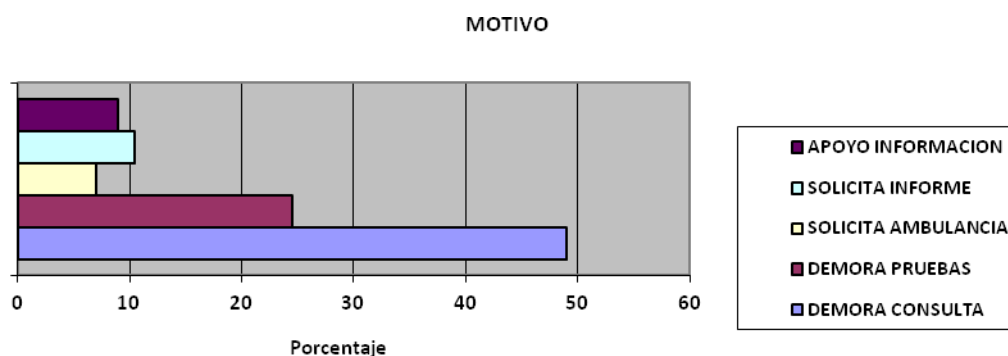
Por especialidades, el 19,5% de las reclamaciones provienen del servicio de oftalmología, el 17, 5% de cardiología, el 16% de neurología, el 11% de traumatología, el 8,5% de radiología, el 6,5% de neumología, y urología, el 4,5% de dermatología, el 3,5% de ginecología, 2,5% endocrino y con un 2% cirugía general y digestivo.

GRÁFICO 2- PORCENTAJE DE ESPECIALIDADES



Según el motivo de la reclamaciones, el porcentaje más elevado (49%) es por demora en la consulta, seguido de un 24,5% por demora en las pruebas, tercero con un 10,5% solicitan informes, en cuarto lugar con un 9% solicitan apoyo e información sobre dudas y un 7% solicitan ambulancias.

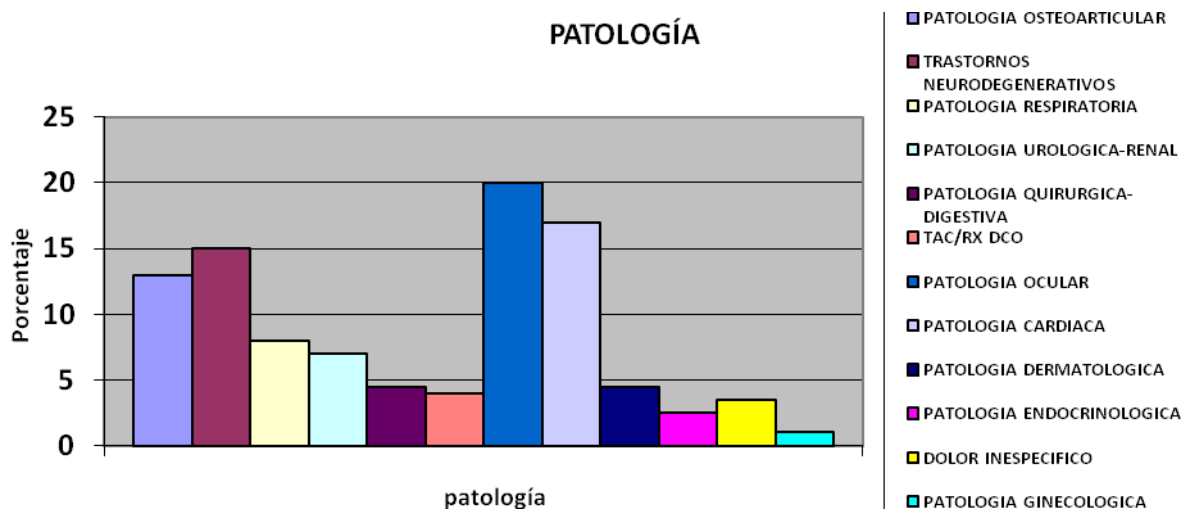
GRÁFICO 3- PORCENTAJE DE MOTIVO DE RECLAMACIONES



En cuanto a patologías, en primer lugar se encuentra la ocular (que engloba cataratas, miopía, degeneración macular, conjuntivitis, glaucoma, tumoración palpebral...) con un 20%, le sigue la patología cardíaca (Infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, stents, arritmias, post intervención de recambio valvular...) con un 17%, trastornos neurodegenerativos (demencia

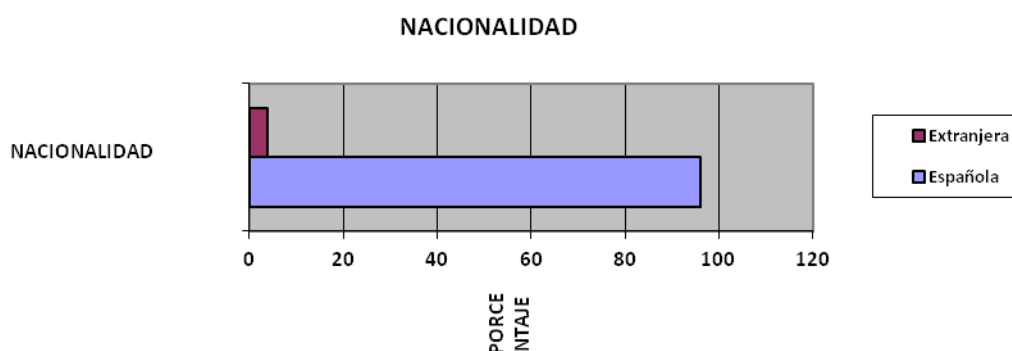
senil, Parkinson, Alzheimer, lesiones neurológicas, pérdida de memoria...) con un 15%, patología osteoarticular (fracturas óseas, osteoartritis, hernia discal...) con un 13%, patología respiratoria (insuficiencia respiratoria, enfisema pulmonar, bronquitis crónica..) con un 8%, patología urológica-renal (insuficiencia renal, hiperplasia de próstata, prostatitis, extirpación de próstata...) con un 7%, patología quirúrgica-digestiva (diarreas, úlceras digestivas, infección de la herida quirúrgica, angioma hepático...) y patología dermatológica (lesiones inespecíficas, biopsia de lesiones, reacciones alérgicas, cáncer basocelular...) igualadas con un 4,5%, patología radiológica diagnóstica (TAC y RX para diagnóstico) un 4%, dolor inespecífico (cefaleas sin diagnóstico, tumor cerebral, jaquecas...) con un porcentaje del 3,5%, patología endocrinológica (hipotiroidismo e hipertiroidismo) con un 2,5%, y por último patología ginecológica (metrorragias, dolores pélvicos...) con un 1%.

GRÁFICO 4- PORCENTAJE DE PATOLOGÍAS



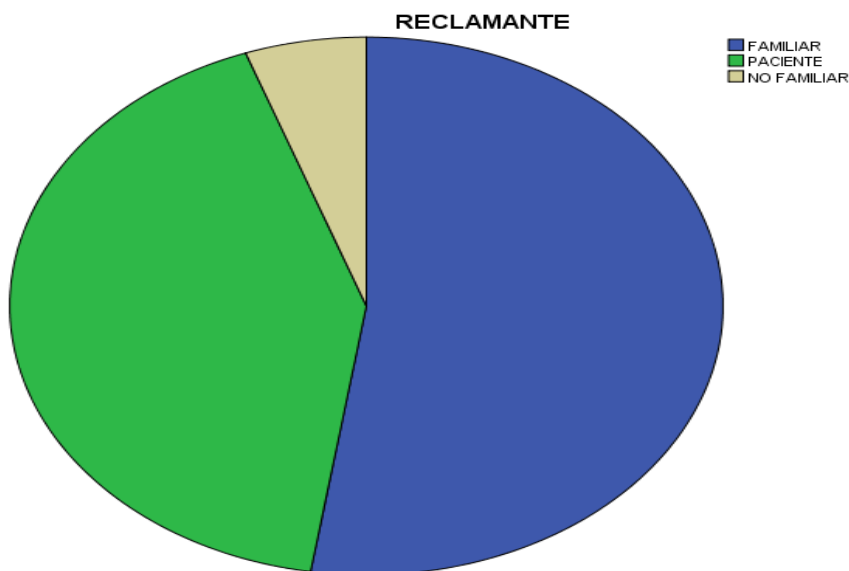
En cuanto a la nacionalidad de los pacientes la predominante es la española con un 96% y con un 4% la extranjera (nacionalidad china, ecuatoriana y rumana).

### GRÁFICO 5- PORCENTAJE DE NACIONALIDAD



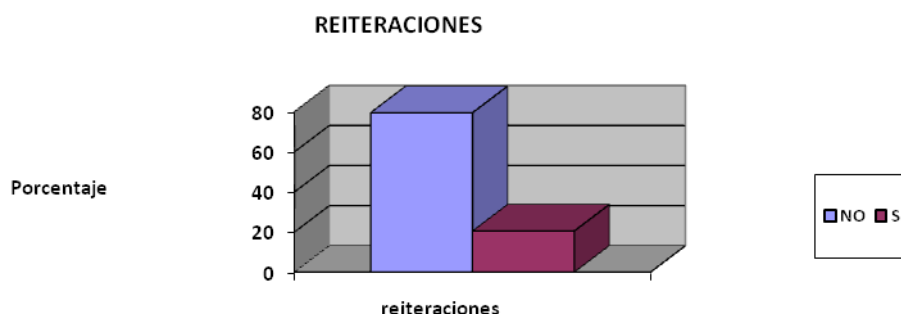
Según el tipo de reclamante, en primer lugar, se sitúa familiar acompañante que suele ser el esposo/ esposa, hijos, sobrinos con un 52,5%, le sigue el propio paciente/ usuario con un 42%, y por último no familiares como los cuidadores de los pacientes y vecinos con un 5,5%.

### GRÁFICO 6- PORCENTAJE DE RECLAMANTES



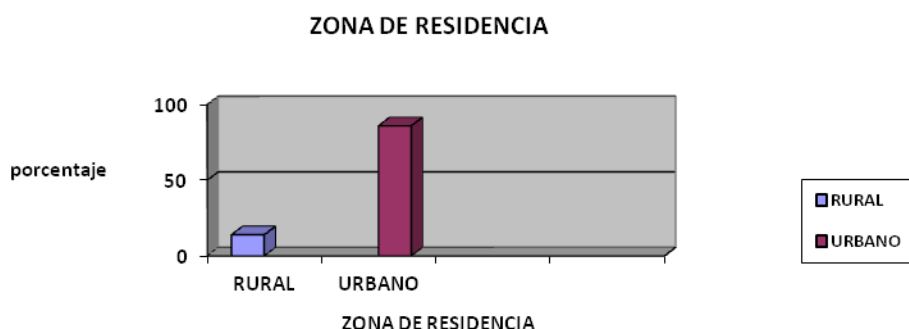
Otro dato significativo son las reiteraciones positivas con un 20% y negativas con un 79,5%. La medida de reiteraciones en el último año es de 2, 23, desviación típica 1,3, máximo de reiteraciones 8 y mínimo de 1.

### GRÁFICO 7- PORCENTAJE DE REITERACIONES



En cuanto a la zona de residencia los usuarios/ pacientes, su zona de procedencia predominante es la urbana con un 86%, seguido de la zona rural con un 14% de municipios como Belchite, Fuentes de Ebro, Azuara, Sástago y La Cartuja.

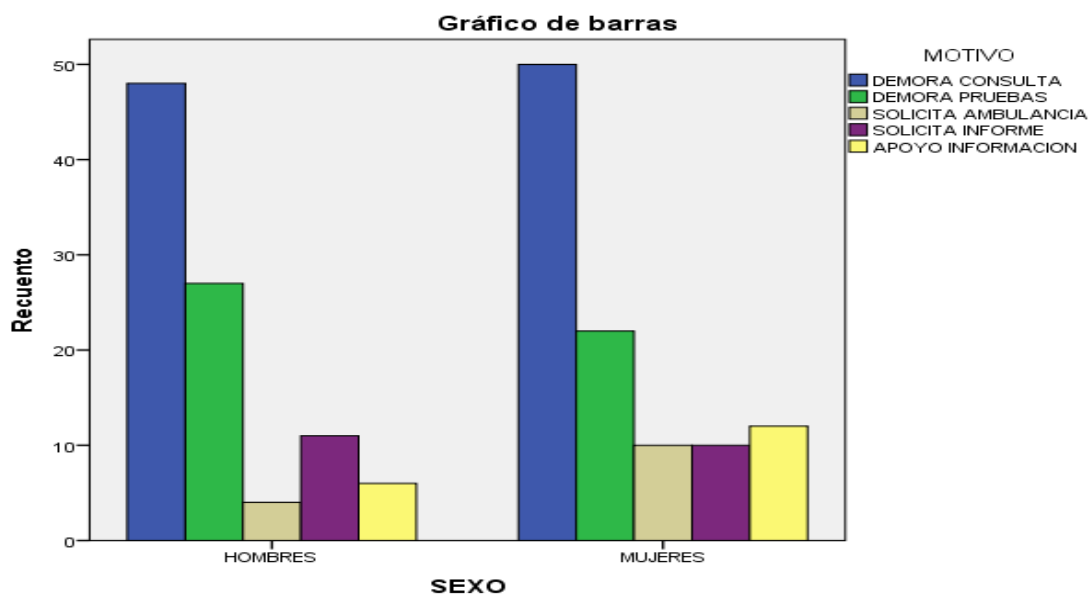
### GRÁFICO 8- PORCENTAJE DE ZONA RESIDENCIA



En segundo lugar, hemos puesto en relación la variable dependiente (motivo) con las independientes mediante tablas de contingencia la prueba de Chi-Cuadrado de Pearson y el coeficiente de contingencia.

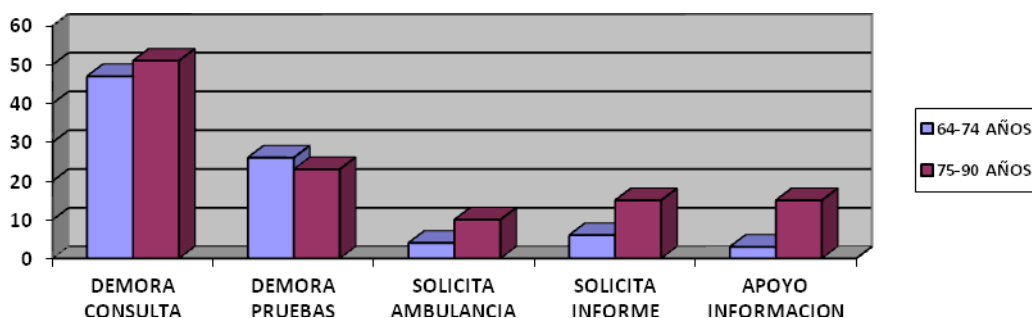
Relacionando el sexo con el motivo no salen diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,302$ ), -GRÁFICO 9- lo mismo ocurre en el caso de la variable reclamante ( $p=0,125$ ) así como con la nacionalidad ( $p=0,746$ ), reiteraciones ( $p=0,865$ ), zona de residencia ( $p=0,784$ ).

### GRÁFICO 9- RELACIÓN SEXO Y MOTIVO



Respecto a las edades agrupadas, separamos una primera franja de edad con edades comprendidas entre 64 y 74 años y una segunda con edades entre 75 y 91 años dando un resultado positivo  $p=0,02$  en cuanto a relación con el motivo, siendo los más mayores (franja de 75 a 91) los que más se quejan y con mayor porcentaje en las demoras de consulta y pruebas.

### GRÁFICO 10- RELACIÓN ENTRE EDADES AGRUPADAS Y MOTIVOS DE QUEJAS



También salieron resultados interesantes relacionando la variable sexo y edad recodificado con los motivos, especialmente en el caso de las mujeres quienes se quejaban más cuanto más avanzaba la edad. ( $p= 0,07$ )

No salió relación en el caso de los hombres ( $p= 0,921$ )

GRÁFICO 11- RELACIÓN ENTRE EDADES AGRUPADAS EN LOS HOMBRES Y MOTIVOS DE QUEJAS

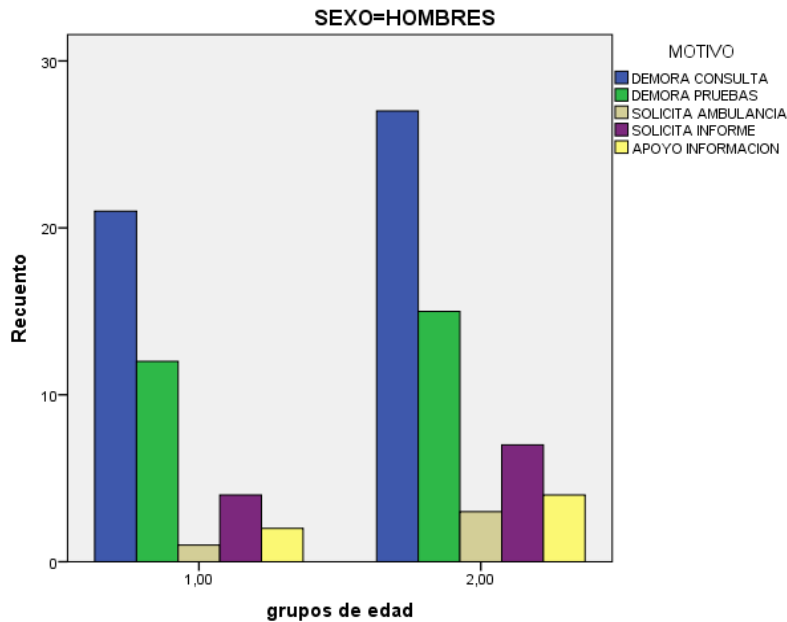
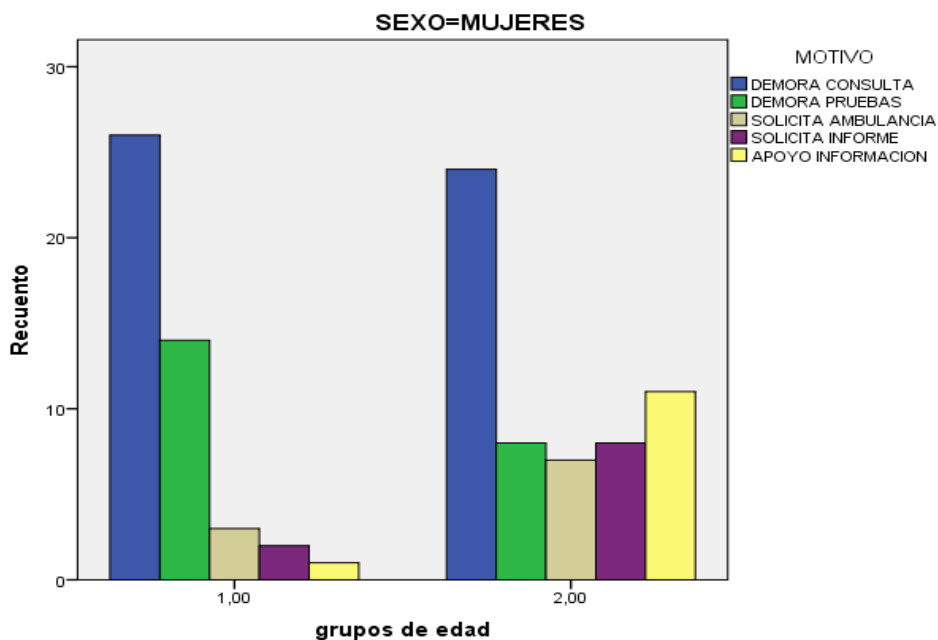


GRÁFICO 12- RELACIÓN ENTRE EDADES AGRUPADAS EN LAS MUJERES Y MOTIVOS DE QUEJAS

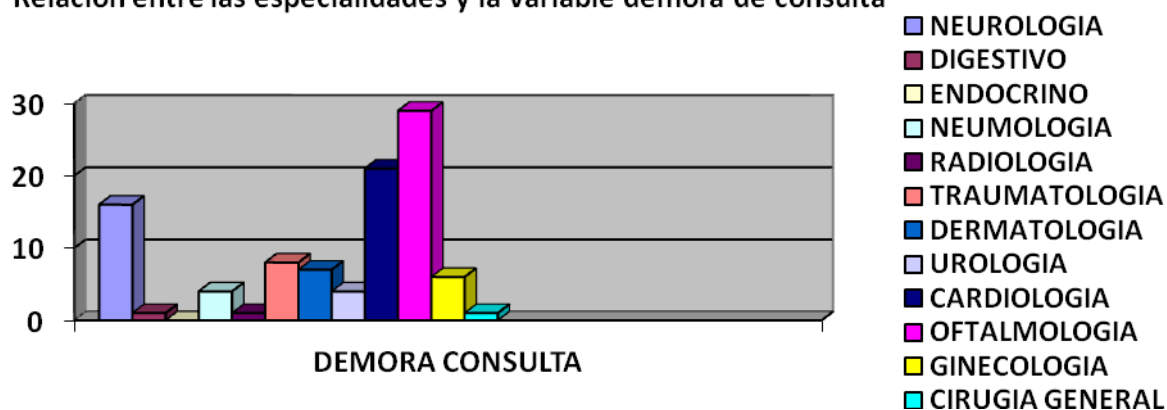


Salen también resultados estadísticamente significativos relacionando la variable especialidad y motivo con un coeficiente de contingencia de 0,000.

Como ya hemos citado anteriormente, dentro de la variable principal el mayor porcentaje es por demora en la consulta con un 49% y las especialidades que más reclamaciones tienen por esta causa son oftalmología con un 29,6%, cardiología 21,4% y neurología 16,3%. Le siguen traumatología con un 8,2%, dermatología con un 7,1%, ginecología 6,1%, urología y neumología con un 4,1%, digestivo, cirugía general y radiología igualados con un 1% y por último endocrino que no recibió ninguna reclamación por esta causa.

### GRÁFICO 13- RELACIÓN ENTRE DEMORA DE CONSULTA Y ESPECIALIDADES

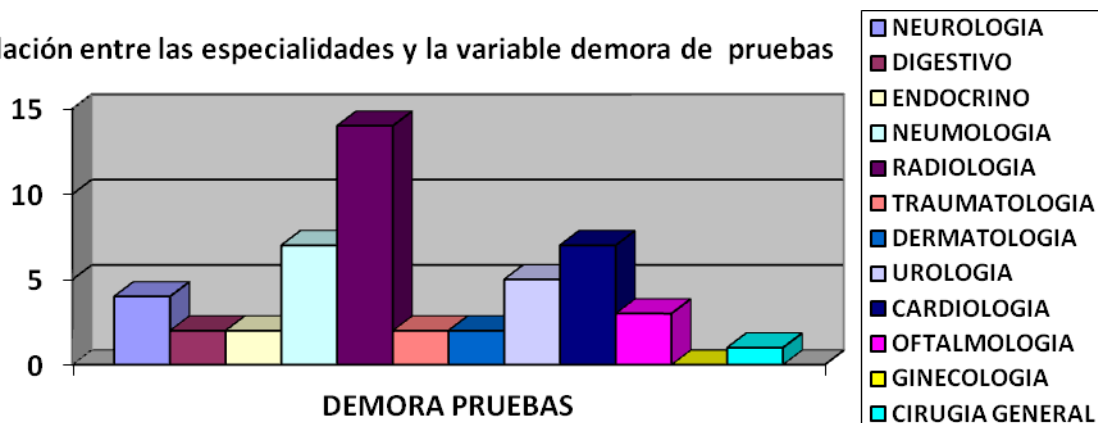
Relación entre las especialidades y la variable demora de consulta



El segundo motivo de quejas es por demoras en las pruebas con un 24,5% y en este caso las especialidades predominantes son: Radiología con un 28,6%, neumología y cardiología igualadas con un 14,3%, urología 10,2%, neurología 8,2%, oftalmología 6,1%, endocrino, digestivo, traumatología y dermatología con un 4,1% cirugía general 2% y por último ginecología sin ninguna demora en las pruebas (0%).

### GRÁFICO 14- RELACIÓN ENTRE DEMORA DE PRUEBAS Y LAS ESPECIALIDADES

Relación entre las especialidades y la variable demora de pruebas





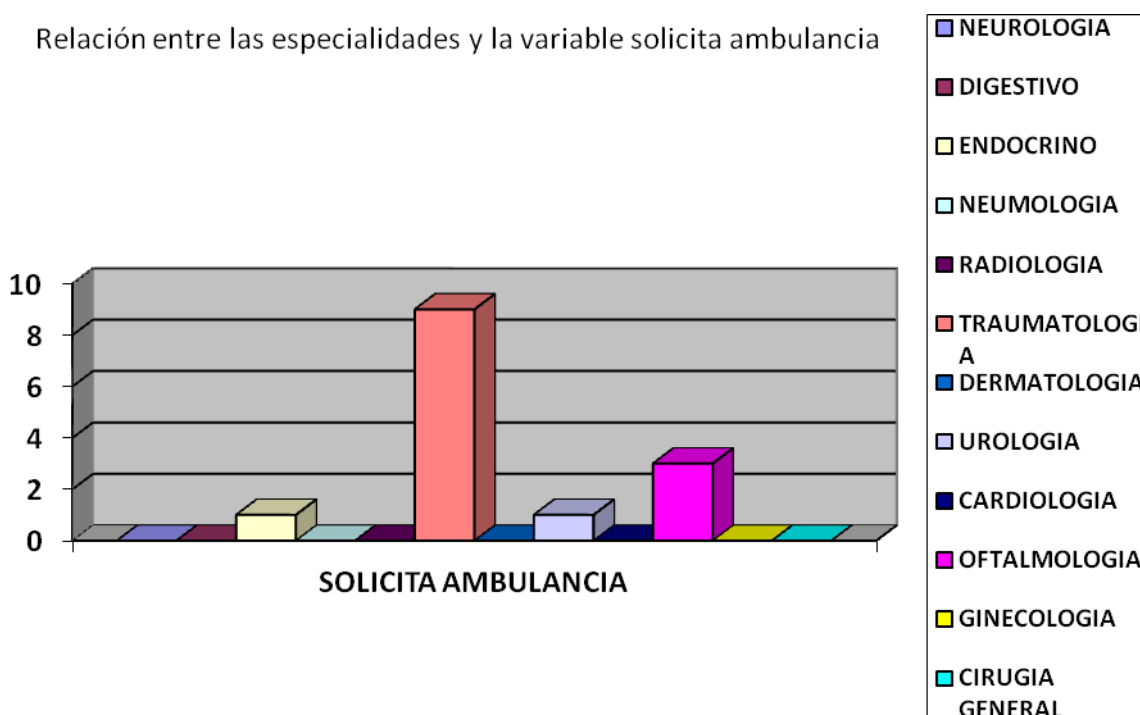
El tercer motivo es solicitar informes (10,5%) realizados por el médico especialista pero que en el momento de solicitarlos, éste no puede dar. El 38,1% provienen de la especialidad de neurología, el 19% de cardiología, el 9,5% de endocrino y radiología, el 4,8% de digestivo, traumatología, oftalmología, ginecología y neumología respectivamente, y por último las especialidades que no demandaron este servicio con un 0% dermatología, urología y cirugía general.

En cuarto lugar, se encuentra solicitar apoyo e información para resolución de dudas y aclaraciones en los diagnósticos con un 9%. Las especialidades que más destacan son neurología con un porcentaje del 22,2%, oftalmología, cardiología y urología 16,7%, traumatología y cirugía general 11,1%, y las especialidades que no demandaron información, ginecología, dermatología, radiología, endocrinología y digestivo.

Por último, solicitar ambulancia obtiene el porcentaje más bajo (7%) pero con una gran relación con la especialidad de traumatología 64,3%, seguido de oftalmología 21,4%, endocrino y urología 7,1%. El resto de especialidades no demandaron la ambulancia (ginecología, cirugía general, cardiología, dermatología, radiología, neurología, neumología y digestivo).

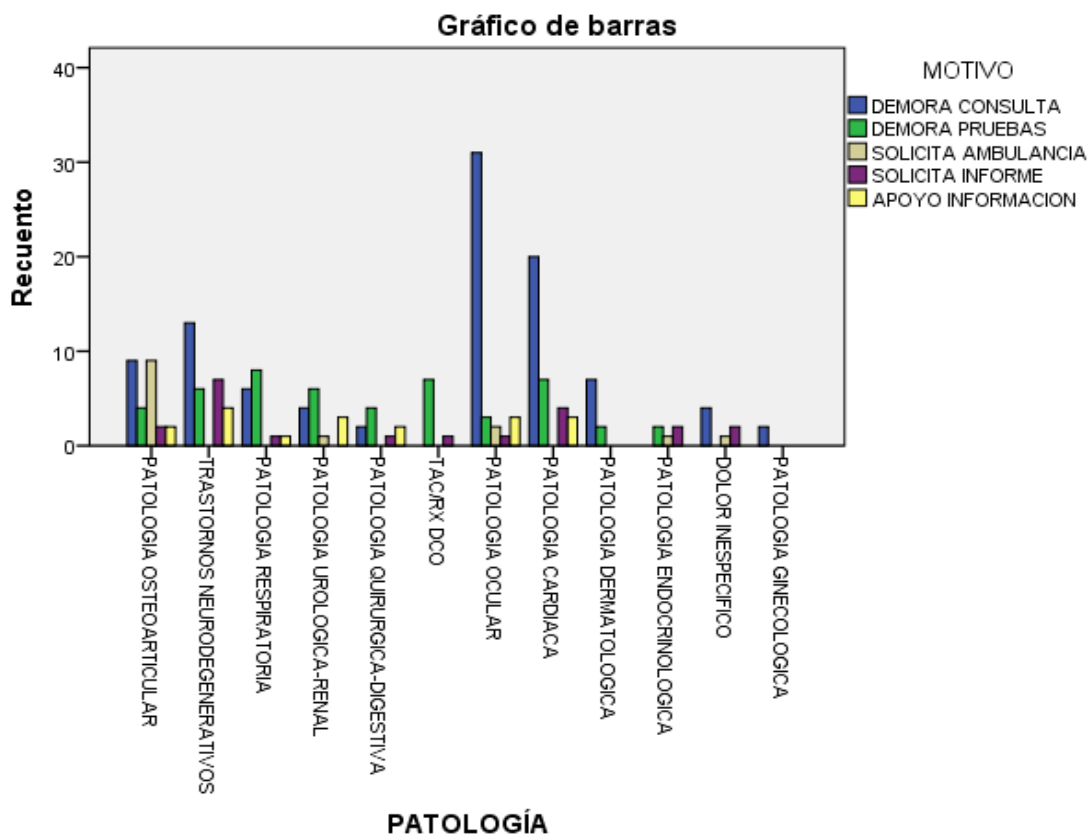
### GRÁFICO 15- RELACIÓN ENTRE SOLICITA AMBULANCIA Y LAS ESPECIALIDADES

Relación entre las especialidades y la variable solicita ambulancia



En cuanto a la relación entre el motivo y la patología también sale significativo el coeficiente de contingencia  $p= 0,000$

GRÁFICO 16- RELACIÓN ENTRE LAS PATOLOGÍAS Y LOS MOTIVOS DE RECLAMACIÓN



Dentro de la patología osteoarticular, el 34,6% reclamó por demora en la consulta, 15,4% por demora en las pruebas, 34,6% solicita ambulancia, 7,7% solicita informe, y 7,7% solicita apoyo-información.

En los trastornos neurodegenerativos, el 43,3% de las causas de reclamación fue por demora en las consultas, 20% por demora en las pruebas, 23,3% por solicita inform, 13,3% por solicitar apoyo-información y ninguna reclamación solicitando ambulancia.

En la patología respiratoria, el 50%, por demora en las pruebas, 37,5% por demora en la consulta, 6,2% por solicitar informes y apoyo-información, y ningún paciente solicitó ambulancia.

En la patología urológica-renal, en 42,9% también fue por demora en las pruebas, 28,6% por demora en la consulta, 21,4% solicitaron apoyo-información, 7,1% solicitaron ambulancia y ningún usuario solicitó informes.

En la patología quirúrgico-digestiva, el 44,4% demora de pruebas, 22,2% por demora en la consulta y solicitaron apoyo-información, 11,1% solicitaron informe y ningún paciente solicitó ambulancia.

En el TAC / RX el 87,5% demora de pruebas, 12,5% solicitaron informe y ningún paciente se quejó por demora en consulta, solicitó ambulancia ni informes.

En la patología ginecológica, el 100% de las quejas fueron por demoras en las consultas. Ninguna paciente reclamó por demora en las pruebas, solicitar informe, apoyo-información ni ambulancia.

En la patología ocular, el 77,5% demora en las consultas, 7,5% apoyo-información, y demora en las pruebas, 5% solicitó ambulancias y 2,5% solicitó informes.

En la patología cardíaca, el 58,8% reclamó por demoras en las consultas, el 20,6% por demoras en las pruebas, el 11,8% por solicita informes, el 8,8% solicitando apoyo-información y ningún paciente demandó ambulancia.

En la patología endocrinológica, los mayores porcentajes fueron en demora de pruebas y solicita informe con un 40%, seguido de un 20% de los pacientes que solicitaron ambulancia y ninguno se quejó por demora en las consultas ni solicitó información.

En la patología dermatológica, el 77,8% reclamó por demora en las consultas, y el 22,2% por demora en las pruebas.

Por último, en el dolor inespecífico, el 57,1% de las quejas fueron por las demoras en las consultas, 28,6% solicitaron información, 14,3% solicitaron ambulancia y nadie reclamó por demora en las pruebas ni solicitaron apoyo-información.

Más específicamente, como la demora en las consultas es el mayor motivo de reclamaciones en general por patologías, el mayor número se lo lleva la ocular con un 31,6%, seguido de la cardíaca con un 20,4%, los trastornos neurológicos con un 13,3%, patología osteoarticular con un 9,2%, patología dermatológica con un 7,1%, patología respiratoria con un 6,1%, patología urológica-renal y dolor inespecífico con un 4,1%, patología quirúrgica-digestiva con un 2%, patología ginecológica con un 1% y TAC/ Rx y patología endocrinológica sin ninguna reclamación por demora en consulta.

Se intentó relacionar dentro de las tres con mayor porcentaje (ocular, cardíaca y trastornos neurodegenerativos) desmembrando en patologías más específicas si tendrían relación directa con el motivo pero no salió resultado significativo en ninguno de los tres casos ( $p > 0.05$ ).

En el caso de la patología ocular  $p= 0,766$ , en la patología cardiaca,  $p=0,607$  y los trastornos neurodegenerativos  $p= 0,380$ .

TABLA 2

RELACIÓN ENTRE PATOLOGÍAS OCULARES Y MOTIVOS DE RECLAMACIÓN

PATOLOGÍA	DEMORA CONSULTA	DEMORA PRUEBAS	SOLICITA AMBULANCIA	SOLICITA INFORME	APOYO INFORMACIÓN
CATARATAS	85,28%	3,7%	3,7%	3,7%	3,7%
GLAUCOMA	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
DEGENERACIÓN MACULAR	66,6%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%
CONJUNTIVITIS	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
TUMORACIÓN PALPEBRAL	50%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%
MIOPÍA	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

TABLA 3

RELACIÓN ENTRE PATOLOGÍAS CARDIACAS Y MOTIVOS DE RECLAMACIÓN

PATOLOGÍA	DEMORA CONSULTA	DEMORA PRUEBAS	SOLICITA AMBULANCIA	SOLICITA INFORME	APOYO INFORMACIÓN
IAM	78,6%	7,1%	0%	7,1%	7,1%
ICC	54,5%	18,2%	0%	9,1%	18,2%
ARRITMIAS	60,0%	40,0%	0%	0,0%	0,0%
POST IQ VÁLVULAS	50,0%	50,0%	0%	0,0%	0,0%

TABLA 4

RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS NEUROLÓGICOS Y MOTIVOS DE RECLAMACIÓN

PATOLOGÍA	DEMORA CONSULTA	DEMORA PRUEBAS	SOLICITA AMBULANCIA	SOLICITA INFORME	APOYO INFORMACIÓN
DEMENCIA SENIL	61,5%	7,7%	0,0%	23,1%	7,7%
PARKINSON	25,0%	62,5%	12,5%	0,0%	0,0%
ALZHEIMER	25,0%	50,0%	0,0%	25,0%	0,0%
CEFALEAS SIN DCO	40,0%	40,0%	0,0%	20,0%	0,0%

Atención al paciente y calidad asistencial  
En los mayores

Por último, intentamos relacionar las variables reclamante, nacionalidad, reiteración y zona de residencia con el motivo y ninguna de éstas nos dió resultados estadísticamente significativos.

$p= 0,107$  en el caso de reclamante-motivo,  $p= 0,746$  nacionalidad-motivo,  $p= 0,865$  en reiteración-motivo,  $p= 0,784$  en zona de residencia-motivo

## DISCUSIÓN

El presente estudio observacional se basa en los resultados de un estudio epidemiológico de tipo descriptivo transversal realizado sobre pacientes usuarios del Servicio de Atención al Paciente.

Los resultados demuestran parte de la hipótesis planteada: dentro de las personas mayores, son los de mayor edad los que más demandan los servicios de la Unidad de Atención al Paciente, especialmente las mujeres y con dos motivos principales. Por un lado, la demora en la atención en las consultas, y por otro la demora en la realización de las pruebas diagnósticas y exploratorias.

La satisfacción es una de las nueve dimensiones de la calidad, por lo que conocer el grado de satisfacción del paciente es un indicador e resultado en la atención al paciente. (27). En numerosos estudios, se suele medir la satisfacción mediante encuestas de satisfacción (28) que pueden tener como inconvenientes utilizar enunciados sobre los que se tiene que manifestar el individuo, con la dificultad que esto puede suponer para las personas mayores y no dejando opciones donde el paciente pueda expresar su insatisfacción y al mismo tiempo medirla

A pesar de que no existe demasiada bibliografía relacionada con el tema estudiado, los resultados obtenidos son coherentes con los de otros trabajos relacionados con el tema a tratar. Los estudios que evalúan la insatisfacción de los pacientes suelen utilizar las reclamaciones utilizadas por éstos dando como resultados iguales al de nuestro estudio. Es mayor el porcentaje de mujeres que de hombres quienes realizan reclamaciones por insatisfacción con el servicio coincidiendo con los resultados de autores como García Vicente et al y Jiménez Lorente (29,30) así como que un gran porcentaje de insatisfacción se debe al retraso en las consultas y tiempo de espera para realizar determinadas pruebas diagnósticas como en el caso del artículo de Jiménez Lorente, Rodríguez Marín y Mira JJ. (30,31,32), aunque también existen estudios que sitúan como principal motivo de queja el trato personal y las demoras las sitúan en últimas posiciones (33)

Una de las limitaciones del estudio podría ser el no haber contado con suficiente tamaño muestral unido a que la muestra se ha escogido de manera aleatoria. A pesar de que no han salido malos resultados, convendría ampliar también el abanico de edades con el fin de determinar con mayor precisión los usos del servicio y compararlos con los de otros grupos de edad.

Sólo pudimos valorar las variables presentadas en el estudio ante la imposibilidad de acceder a una base de datos que permitiera conocer por ejemplo el nivel socioeconómico nivel de instrucción y nivel cultural de los pacientes

Los trabajos como el que aquí se presenta, pueden ayudar a identificar más aspectos importantes relacionados con la atención al paciente con el fin de mejorar dicha atención y reflexionar sobre la práctica clínica para mejorar la calidad en la asistencia.

## **CONCLUSIONES:**

- Los pacientes que más demandaron asistencia en el Servicio de Atención al Paciente fueron mujeres españolas residentes en zona urbana de Zaragoza con edades comprendidas entre 75 y 90 años.
- Los motivos principales: reclamaciones ante demoras en los tiempos de atención/ consulta y retraso en la realización de las pruebas diagnósticas/ exploratorias.
- Los reclamantes fueron en mayor número los familiares de los pacientes quienes realizaban la queja ( esposos, sobrinos, tíos, primos..) más que los propios pacientes y no existió un porcentaje elevado en reiteraciones.
- Las especialidades con más reclamaciones fueron: oftalmología, cardiología, neurología y traumatología.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lamata Cotanda F. Manual de administración y gestión sanitaria. Ed. Díaz de Santos. Madrid 1998.P.447-450.
2. Información Servicio de Atención al Paciente. Zaragoza. Sector II
3. Guía de Atención al Usuario. Área de Salud de Badajoz (Servicio Extremeño de Salud).P.6-7.
4. Lolas F. Biomedicina y calidad de vida. Un análisis teórico. Rev Med Chile. 1990; 118: 1271-1275.
5. Morán Aláez. Estimación de la población dependiente y de sus características sociodemográficas en la protección social de la dependencia. Instituto de Migraciones de Servicio Sociales. Madrid 1999.
6. Eiroa Patiño P, Vázquez- Vizoso FL, Veras Castro R. Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS. Vigo.Med clin (Barc).1998; 106:641-648.
7. Suárez F, Oterino D, Peiró S, García F. Estado de salud de las personas ancianas y hospitalización en servicios geriátricos, médicos y quirúrgicos. Estudio poblacional en Toledo. Rev Esp de Salud Pública.2000; 74:149-151.
8. Volinsky FD et al. Changes in functional status and the risks of subsequent nursing home placement and death. J. Gerontol.1993;48(3):94-101.
9. Rivera CJ, Gil JP. Problemas éticos en relación con el paciente anciano. México.1995.
10. Jiménez Chávez, Rodríguez Suárez J, Mahuina Campos et al. Causas de quejas y posibles eventos adversos en adultos mayores. Rev Conamed. Cuiden. 2010. Vol 15-17.
11. Walter et al. A new vision for old age. Rethinking health policy for Europe's ageing society. 2012. The Economist Intelligence Unit. P.11.
12. Aguirre-Gas H, Campos Castolo EM, Carrillo Jaimes A, et al. Análisis crítico de quejas. Rev Conamed. 2008; 13:5-16.
13. Hickson GB, Clayton EW et al. Satisfacción con la atención en los pacientes obstétricos. Mala praxis. JAMA. 1994. 272.p.1583-1587.Pubmed.



14. Pichert JW, Miller CS, Hallo AH et al. ¿Qué pueden hacer los profesionales de la salud para identificar y resolver la insatisfacción del paciente? *CommJQual Improv.* 1998; 243-312.
15. Herías Corral G. Atención al paciente. Cajón de sastre o traje a medida. *Rev Medical Economics.* 9 Mayo 2008.1-2.
16. Infante CC. La insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la asistencia médica. México. 2006.
17. Asesorey G. Gerencia en salud. Research Development Center. Research Development Institute. 2006.
18. The Joint Comision on Accreditation of Health Care Organization. Manual de acreditación para hospitals Fundación Avedis Donabedian. Barcelona. SG Editores. 1995.
19. Martín Vázquez JM, García EI. La calidad en los Servicios de Salud. Nuevas Políticas Públicas: Armario multidisciplinar para la modernización de las Administraciones Públicas. Año 2007. Número 3. Páginas 271-293.
20. Lamata F. Manual de administración y gestión sanitaria. Ed. Díaz de Santos. Madrid 1998 P.402.
21. Suñol R, Humet C et al. Evaluación de la calidad de la atención médica. *Revista Calidad Asistencial.* 2001; 16:511-527.
22. Sánchez E. Modelos EFQM y Calidad Asistencial. *Revista Calidad Asistencial.* 2002; 17:64-66.
23. Fernández León A. Las nuevas normas ISO 9000. ¿Nuevos estándares para la Gestión de la Calidad Total ?. *Revista Calidad Asistencial.* 2001; 16:303-304.
24. Aranaz Andrés JM, Vitaller Burillo J. Aseguramiento de la calidad y acreditación sanitaria. ECIR. Consejería de Sanidad Comunidad Valenciana. Escuela Valenciana de Estudios. Año 2003. 319-320-
25. Ramírez S, Nájera A, Nigenda L. Percepción de la calidad de atención de los servicios de salud. 1998: 40(1):1-9.
26. López Arrieta JM, Suárez FM, Baztán JJ et al. Efectividad y eficiencia de la atención especializada en el paciente mayor. Revisión sistemática. 15.

27. Illana F. La organización centrada en la satisfacción del paciente. Revista de Calidad Asistencial 2003 ; 18(5) : 259-260
28. Márquez-Peiró JF, Pérez-Peiró C. Evaluación de la satisfacción y de la insatisfacción de pacientes atendidos en la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos. El Sevier. Farm Hosp. 2008. Vol 32 N° 2.
29. García Viecente AM, Soriano Castrejón A et al. La satisfacción del usuario como indicador de calidad en un servicio de Medicina Nuclear. Rev Esp Med Nucl. 2007;26:146-52. Vol.26 N°3
30. Jiménez Lorente C, Odriozola G et al. Opinión de los usuarios: "las reclamaciones". Centro de Salud. 2001; 9:448-52
31. Mira JJ, Rodríguez Marín J et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. Rev Calidad Asistencial. 2002; 17:273-83. Vol 17. N° 5
32. Mira JJ, Aranaz L. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina Clínica. 2000; 114 (supl 3). 26-33.
33. Rodríguez Pérez AI, Do Muiño Joga M. Análisis de las reclamaciones de los usuarios de un área de Atención Primaria. Cad Aten Primaria. 2010. Vol 17; 92-96