

La gestión de la información sobre quejas y reclamaciones en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud

Rosa M. González-Llinares, Begoña Arrué-Aldanondo, M. José Pérez-Boíllos, Elena Sánchez-González, Juan Carlos Ansótegui-Pérez y Jon Letona-Aramburu
Subdirección de Calidad Asistencial. Organización Central Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Vitoria-Gasteiz. Álava. España.

Correspondencia: Rosa M. González Llinares.
Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Organización Central.
Subdirección de Calidad Asistencial.
Álava, 45. 01006 Vitoria-Gasteiz. Álava. España.
Correo electrónico: rgonzalez@sscc.osakidetza.net

Resumen

Objetivo: Monitorizar y sistematizar el proceso de la gestión de la información de quejas y reclamaciones de los usuarios para poder mejorarla en el conjunto de las organizaciones de servicios de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Material y métodos: Estudio de incidencia donde se planifica el proceso con la metodología de gestión de procesos; identificación de indicadores; implantación y análisis de resultados de toda la red de Osakidetza durante el período 2001-2002; identificación de las áreas de mejora; ajuste del proceso y comunicación de los cambios a los intervenientes.

Resultados: En el año 2002 se cuantificaron un total de 13.199 quejas (741 menos que el año anterior) y 11.199 reclamaciones (2.171 menos que el año anterior). El porcentaje de reclamaciones resueltas en menos de 30 días es del 86,7% (un 85,6% en 2001). La demora media de resolución es de 13,3 días (año 2002) y 14,8 días (año 2001). Motivos de las reclamaciones: 31,4% por "lista de espera/demoras" (un 27,0% el año 2001), el 27,1% por "organización/coordinación" (un 26,5% en 2001), el 20,9% por "asistencia sanitaria" (un 16,4% en 2001). Las áreas o el origen de las reclamaciones fueron las siguientes: consultas de los centros de salud (el 36,4% en 2001 y el 22,3% en 2002), hospitalización (el 21,0% en 2001 y el 10,7% en 2002). El 21,1 y el 14,2% de las reclamaciones del año 2002 se originaron en las consultas intra y extrahospitalarias, respectivamente, frente al 9,5 y el 17,5% del año anterior.

Palabras clave: Calidad percibida. Satisfacción del paciente. Sistema de información. Quejas. Reclamaciones. Gestión de procesos.

Introducción

En los últimos 20 años, los estudios para conocer la satisfacción del usuario se han multiplicado en los países desarrollados. Muchos son los factores que han contribuido a ello, como la pertenencia del sector sanitario al sector servicios, la competitividad del mercado, la mayor participación de los consumidores en cuestiones de salud, la sensibilidad cada vez mayor por parte de los gestores de la salud a la hora de planificar el sistema, basándose en las necesidades y expectativas de los usuarios, etc.

Summary

Objectives: To monitor and systematize information management of patient complaints and claim processes and to improve this process in the Basque Health Service.

Materials and methods: We performed an incidence study in which the process was planned by using the management process tool. Indicators were identified, deployment and assessment of the results of the entire network of the Basque Health System between 2001 and 2002 were performed, and areas requiring improvement were identified. The process was reviewed and modifications were communicated to all the participants.

Results: In 2002 there were 13,199 complaints (741 fewer than in the previous year) and 11,199 claims (2,171 fewer than in the previous year). The percentage of claims resolved in less than 30 days was 86.7% and 85.6% in 2001. The mean delay in resolution was 14.8 days in 2001 and 13.3 days in 2002. Reasons for claims: 31.4% were motivated by "waiting list/delay" (27.0% in 2001), 27.1% by "organization/coordination" (26.5% in 2001), and 20.9% by "health care" (16.4% in 2001). Claims source: primary care centers (36.4% in 2001 and 22.3% in 2002) and hospitals (21.0% in 2001 and 10.77% in 2002). In 2002, 21.1% of claims originated from intrahospital consultations and 24.2% from extra-hospital consultations compared with 9.5 and 17.5% in the previous year.

Key words: Perceived quality. Patient satisfaction. Information system. Patient complaints. Patient claims. Process management.

Es importante que se reconozcan y midan las necesidades y expectativas del usuario periódicamente para ser sensibles a los cambios que se produzcan, de modo que los proveedores de salud puedan adecuar los cuidados en su práctica diaria, conseguir mejores resultados en sus servicios y, en definitiva, la satisfacción del paciente¹.

El conocimiento de la opinión y la satisfacción de los pacientes es una actividad que permite a los sistemas de salud conocer la calidad del servicio que ofrecen para transformarlas en oportunidades de mejora. Por otro lado, la necesidad de tener establecido un sistema de medida es una

consecuencia que se deriva de la voluntad de establecer la satisfacción del cliente como centro básico de la actividad sanitaria. Lo que no se puede medir es difícil que mejore. Se valora como un aspecto de gran importancia la necesidad de implantar en las organizaciones sanitarias métodos para "escuchar" el punto de vista de los pacientes².

En estos momentos, la participación y la recogida de información sobre las necesidades y expectativas de los pacientes se realiza a través de métodos directos (encuestas, grupos focales, etc.) e indirectos (quejas, reclamaciones, sugerencias, entre otros). Así, la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad considera las valoraciones de estos indicadores directos e indirectos en diferentes grados de ponderación: un 25% para los indirectos y un 75% para los directos³.

Bajo estas líneas, y dentro de una filosofía y un modelo de calidad total y mejora continua, Osakidetza apuesta por desarrollar métodos para captar la voz del usuario, a través del mantenimiento y mejora de los procesos: "gestión del diseño e implantación y revisión de encuestas de satisfacción" en diferentes áreas de la asistencia, y "gestión del sistema de información de quejas y reclamaciones".

Todo ello viene expresado, en primer lugar, en su Plan Estratégico⁴ ("el servicio está orientado al paciente"), donde se recalca la importancia de captar la voz del usuario, evaluando de manera permanente la satisfacción del mismo y, en segundo lugar, en su Plan de Calidad 2003-2007⁵, donde se definen unos indicadores y fuentes de obtención de los mismos, como las encuestas de pacientes y el sistema de información de quejas y reclamaciones, explicitados en sus objetivos y programas de actuación "para la mejora de la calidad del servicio sanitario" y "para la mejora de la calidad de la gestión".

Durante el año 2001 se puso en marcha en Osakidetza un nuevo sistema de información sobre las quejas y reclamaciones de todas las organizaciones de servicios. Proceso que, por otro lado, también daba respuesta a una proposición no de ley del Parlamento vasco para mejorar la gestión de las quejas y reclamaciones de los pacientes. Este sistema ha permitido establecer criterios uniformes y sistematizar los procedimientos a seguir en todas las organizaciones de servicios (30) del Ente Público Osakidetza a través de la Instrucción nº. 2/2001 de su Director General y sus ajustes posteriores. Por ejemplo, en estos momentos la clasificación de la información en el área de "motivos" se establece según se relaciona en la tabla 1.

Actualmente es un proceso estabilizado y en constante mejora, cuyo fluograma se expone en la figura 1 y sus indicadores⁶ se definen en la figura 2.

El objetivo general de este sistema de gestión de la información de quejas y reclamaciones es monitorizar este proceso en el conjunto de Osakidetza para poder mejorarlo. El presente artículo pretende reflejar este proceso^{7,8} sistematizado, y exponer las oportunidades de mejora identificadas tras el análisis de los resultados obtenidos en cuanto al número de gestiones, áreas y motivos más frecuentes, así como la monitorización del tiempo de respuesta de las reclamaciones interpuestas en cada una de las organizaciones de servicios durante los años 2001 y 2002.

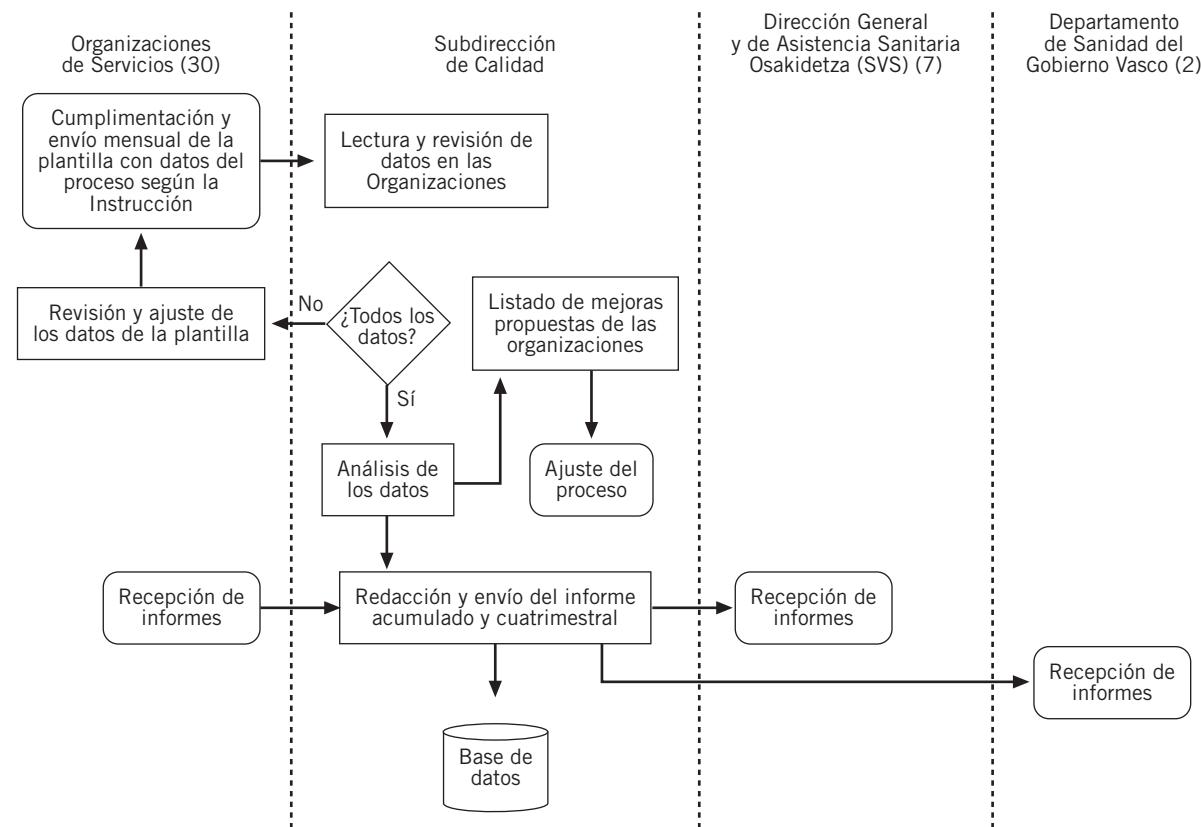
Tabla 1. Clasificación de la información por motivos

Información	Motivos
Asistencia sanitaria	Competencia técnica de los profesionales
Información	Información clínica o visual: rotulación, señalización, derechos y deberes del usuario, organización de las visitas, tabaco
Trato personal	Relación y/o comunicación de las personas de las organizaciones de servicios con el usuario
Lista de espera/demoras	Aplazamientos y anulación de las citaciones en las diferentes áreas sanitarias y tiempo de espera en consultas externas, laboratorios, radiología, entrada a intervención quirúrgica
Organización/coordinación	Pérdidas o extravíos de objetos personales, historias clínicas, analíticas, pruebas complementarias, o falta de comunicación por parte de la organización al usuario sobre cambios de citas, intervenciones y cambios de médico
Hostelería/installaciones	Accesibilidad (barreras arquitectónicas), limpieza, ruidos, iluminación, confortabilidad, equipos, comida (en su caso), siempre que no se trate de empresas contratadas por la organización
Otros	Cualquier cuestión no assignable a los puntos anteriores

Material y métodos

Este estudio de incidencia se lleva a cabo en el ámbito de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Ésta es una organización compleja, tanto por su tamaño como por las características de sus servicios⁹. Tiene a su cargo la provisión de servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma Vasca (cerca de 2.200.000 usuarios potenciales), y la integran algo más de 22.000 trabajadores. La actividad generada en el año 2001 por esta organización se refleja a través de algunos indicadores básicos: 12.556.463 consultas en el centro y a domicilio realizadas por médicos, pediatras, enfermeras y matronas en atención primaria; 210.497 ingresos hospitalarios y 15.443 partos; 122.621 intervenciones quirúrgicas, tanto programadas como urgentes o de cirugía menor; 843.748 urgencias atendidas y un total de 3.301.619 consultas ambulatorias. Otras actividades son las alternativas a la hospitalización (44.502 visitas domiciliarias realizadas por el servicio de hospitalización a domicilio) y la asistencia psiquiátrica y salud mental (6.154 ingresos y 618.082 consultas extrahospitalarias), además de 14.531 movilizaciones de ambulancias de soporte vital avanzado.

Figura 1. Gestión de la información sobre quejas y reclamaciones de usuarios en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.



El método de actuación es el siguiente:

1. Planificación del proceso “gestión de la información de quejas y reclamaciones de usuarios en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud”: identificación de usuarios, sus necesidades y expectativas, entradas y salidas, responsables, indicadores y documentos requeridos, así como los interventores y el fluograma del proceso¹⁰.

2. Identificación de los resultados obtenidos en la totalidad de la red de Osakidetza, los años 2001 y 2002, desglosados según las siguientes variables (en paréntesis el número de categorías de las mismas):

- Organizaciones de servicios (30): hospitales de agudos (11), hospitales de media-larga estancia (3), salud mental intra y extrahospitalaria (6), atención primaria (7), otras organizaciones de servicios (3).

- Tipos de gestión (2): quejas y reclamaciones.

- Motivos de las reclamaciones (7).

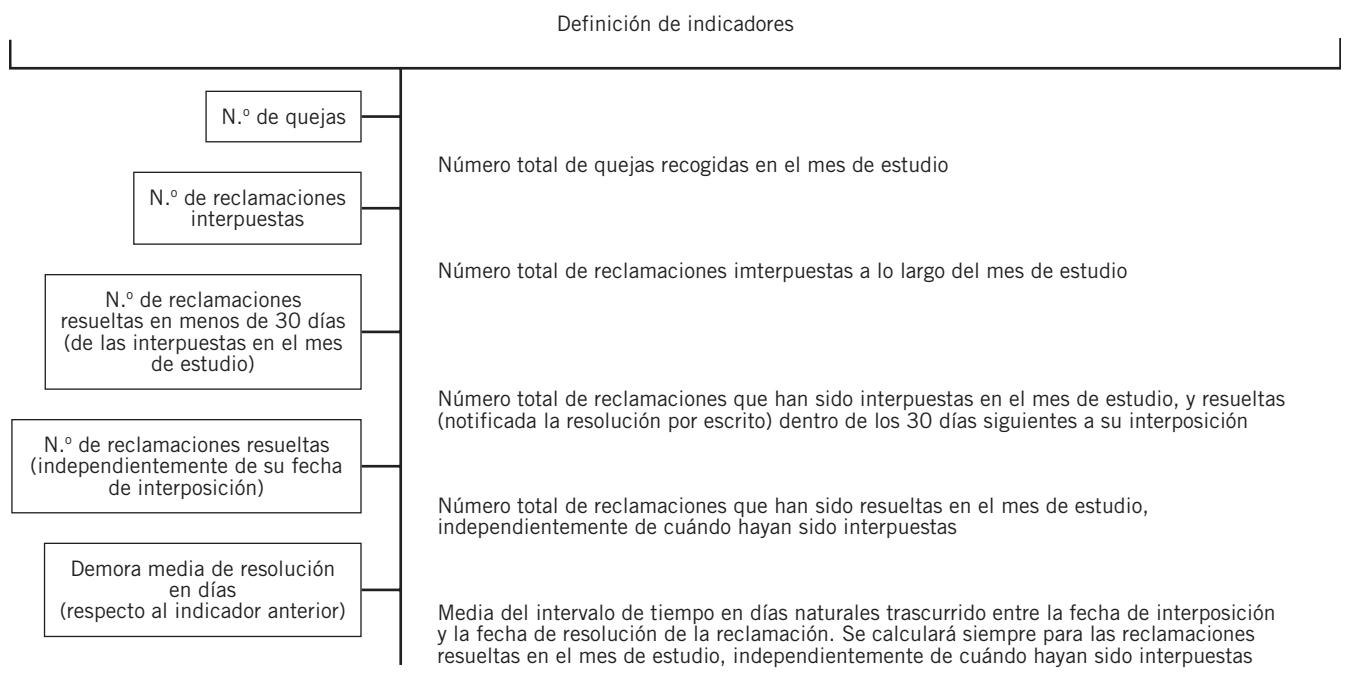
- Áreas de las reclamaciones (12): hospitalización, servicio de urgencias, bloque quirúrgico, consultas intrahospitalarias, consultas extrahospitalarias, centro de atención primaria, servicios administrativos, partos, punto de atención al

cliente (PAC), pruebas complementarias, hospital de día, otros.

- Quejas: número de las mismas.
- Reclamaciones: número de las mismas.
- Porcentaje de reclamaciones resueltas en menos de 30 días durante el mes a estudio.
- Demora media de las reclamaciones resueltas durante el mes a estudio, independientemente de su interposición.

Definimos la “queja” como la expresión de discrepancia y/o desacuerdo con respecto al sistema sanitario en su globalidad (funcionamiento de los servicios, aspectos relacionados con el cuidado y atención de los pacientes, etc.) efectuada oralmente. No exige necesariamente una tramitación ni una respuesta por escrito posterior. La “reclamación” se define como la queja realizada formalmente por escrito, que demanda una contestación formal por escrito (reclamación “resuelta”), dentro de los plazos legales estipulados (máximo de 30 días). Se excluye de este proceso de gestión sobre quejas y reclamaciones la relación de distintos aspectos: petición de información, jurídicolegales (indemnizaciones, patrimonio...), inspección (transporte sanitario, sellados de recetas...), centros sanitarios concertados y privados, agradecimientos, trámites burocráticos, etc.

Figura 2. Definición de Indicadores.



3. Identificación de las áreas de mejora tras el análisis de las “lecciones aprendidas” durante el proceso y los resultados obtenidos.

4. Ajuste del proceso y comunicación a los interventores del mismo.

Resultados

1. El enfoque del proceso fue definido tal como aparece en la figura 3, basado en la metodología de la gestión de procesos y que describe a los usuarios del mismo junto con sus necesidades y expectativas, así como los aspectos relacionados con las entradas, salidas, responsables e indicadores del mismo.

2. Los datos sobre las gestiones de quejas y reclamaciones correspondientes al conjunto de las organizaciones de servicios de Osakidetza durante los años 2001 y 2002 se reflejan en la figura 4. En el año 2002 se cuantificaron un total de 13.199 quejas (741 más que el año anterior) y 11.199 reclamaciones (2.171 menos que en el año 2.001). El porcentaje de reclamaciones resueltas en menos de 30 días es del 86,7% (un 85,6% en 2001). La demora media de respuesta en las reclamaciones es en el año 2002 de 13,3 días, frente a 14,8 días en el año anterior. Los motivos de las reclamaciones en el año 2002 se establecieron de la siguiente manera: el 31,4% por “lista de espera/demoras”, el 27,1% por “organización/coordinación” y el 20,9% por “asistencia sanitaria”. Estos tres motivos fueron también los más frecuentes durante el año 2001. Respecto al origen de las recla-

maciones, cabe destacar que tanto en el primer año como en el segundo el más frecuente fue “consultas de los centros de salud” (un 36,4% en 2001 y un 22,3% en 2002).

Se observa que en el área de hospitalización hay un notable descenso en el último año (el 21% de las reclamaciones del año 2001 se originaron en esta área, frente al 10,7% en el año 2002). Cabe reseñar, asimismo, que el 21,1 y el 14,2% de las reclamaciones del año 2002 se originaron en las consultas intra y extrahospitalarias, respectivamente, frente al 9,5 y el 17,5% del año anterior.

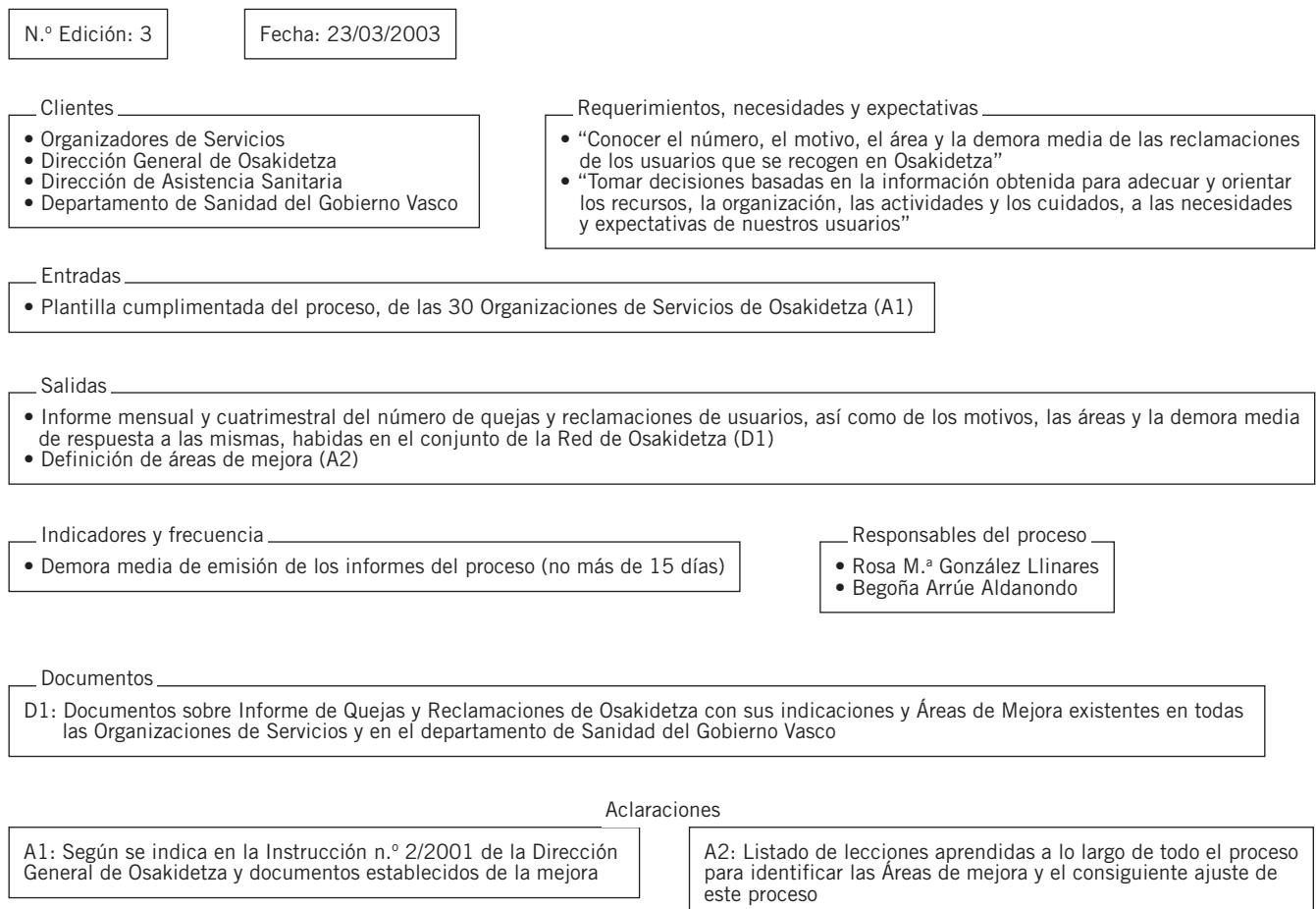
El 67% (7.504) de las reclamaciones del año 2002 se cuantificaron en los hospitales de agudos (el 59,4% en el año 2001) y el 30,1% en la atención primaria (el 38,6% en el año anterior).

Los rangos establecidos en la demora media de resolución de las reclamaciones se sitúan entre 9,6 días en los hospitales de media y larga estancia, y 20,1 días para otras organizaciones de servicios, entre las que se encuentra la organización central de Osakidetza, que crea su propio subproceso de gestión de quejas y reclamaciones durante el año 2002.

3. Las áreas de mejora identificadas a través de las “lecciones aprendidas” en este proceso durante estos años fueron las siguientes:

- Respecto a los motivos de las reclamaciones. Formación de un grupo de trabajo para redefinir y parametrizar este bloque de información. De los 10 grupos de motivos existentes en el primer año se agruparon y consolidaron 7, tal como

Figura 3. Proceso.



se ha especificado con anterioridad, establecido actualmente en el sistema de información. El grupo de “información de la organización” entra a formar parte de “organización/coordinación”, el grupo de “trámites burocráticos” se elimina por entender que es otro tipo de gestión, no relacionada con la reclamación en sí. Se unifican criterios de codificación de la información respecto a los temas relacionados con la inspección y el transporte sanitario, que a partir del año 2002 no corresponden a Osakidetza, sino que éstos son competencia del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

– Respecto a las áreas y servicios sanitarios. A demanda y propuesta de los intervenientes en este proceso se desglosan y agrupan según corresponda.

– Respecto a los indicadores. A fin de homogeneizar este aspecto, se definen los mismos con ejemplos de recogida de los datos que se publican y se difunden a todos los interesados.

– Respecto al propio proceso. Se explicitan con nombres y apellidos los responsables y colaboradores del mismo en cada organización de servicios.

– Se imparte formación sobre el proceso y se incorpora en el módulo de calidad del “curso de gestión” dirigido a líderes y mandos, además de otros cursos sobre “atención al usuario: normativa, legislación y gestión de la información” dirigidos a las personas que, directa e indirectamente, intervienen en este proceso de “gestión de quejas y reclamaciones” del conjunto de las organizaciones de servicios.

– Se considera oportuno introducir en este proceso el tipo de gestión relacionado con “agradecimientos”, previamente definido en la instrucción y que comienza a cuantificarse como un indicador más para el año 2003.

Discusión

La metodología utilizada obliga a considerar una serie de limitaciones que deben tenerse en cuenta en la interpretación de los resultados obtenidos. Cabe reseñar que el tratamiento de estos tipos de indicadores deben tomarse con reservas¹¹, y tiene mayor importancia la evolución del mismo,

Figura 4. Quejas y reclamaciones en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud (años 2001 y 2002).

	Hospitales agudos (11)		Hospitales de media y larga estancia (3)		Salud mental (6)		Atención Primaria (7)		Otras organizaciones (3)		Total	
	Año 2001	Año 2002	Año 2001	Año 2002	Año 2001	Año 2002	Año 2001	Año 2002	Año 2001	Año 2002	Año 2001	Año 2002
Tipo												
Queja Reclamación	5.755 7.949	6.491 7.504	82 34	56 30	3 157	7 203	6.444 5.160	6.541 3.371	201 70	104 91	12.485 13.370	13.199 11.199
Motivos reclamación												
Asistencia sanitaria	1.752 249	1.767 294	5 1	5 1	44 5	64 6	387 6	493 95	15 1	21 13	16,4% 1,9%	20,9% 3,6%
Información clínica												
Información de la organización												
Trato personal	61 372	ajuste 366	1 10	ajuste 5	1 11	ajuste 20	76 212	ajuste 320	4 4	ajuste 8	1% 4,5%	ajuste 6,4%
Listas de espera/demoras	3.451	2.970	6	9	9	27	142	500	10	14	27%	31,4%
Organización/coordinación	979 133	1.337 ajuste	4 0	1 ajuste	29 19	20 ajuste	2.510 52	1.650 ajuste	28 1	29 ajuste	26,5% 1,5%	27,1% ajuste
Trámites burocráticos												
Hostelería/instalaciones	353 489	444 334	2 5	6 4	24 13	46 17	89 1.017	128 232	1 7	2 6	3,5% 11,4%	5,5% 5,3% ajuste
Otros												
Nuevos cupos	---	---	---	---	---	---	712	ajuste	---	---	5,3%	ajuste
Estado reclamaciones												
Nº resueltas < 30 días	6.668	6.410	24	26	138	168	4.569	3.050	52	55	85,6%	86,7%
Demora media de resolución (días)	9,7	11,4	6,6	9,6	13,6	6,1	20,6	15,6	21	20,1	14,8	13,3

en términos relativos, que el dato en sí mismo. Numerosos estudios han demostrado que los consumidores que plantean directamente sus quejas/reclamaciones son una minoría en relación con el número total de consumidores insatisfechos. No todos los usuarios insatisfechos reclaman, y se tiene solamente constancia de algunos usuarios insatisfechos, que son los que reclaman. Algunos autores afirman, incluso, que únicamente reclama un 4% del total de las personas insatisfechas^{12,13}. Desde este punto de vista, un dato orientativo a considerar sería la relación existente entre la tasa de reclamaciones por actividad asistencial desarrollada¹⁴, aspecto muchas veces difícil de conceptualizar, sobre todo si el ámbito es una organización sanitaria en su conjunto, o la tasa de reclamaciones efectuadas en relación con el número de tarjetas individuales sanitarias (TIS), que en nuestra organización sanitaria fluctúa entre el 0,69 (año 2001) y el 0,58 (año 2002) por cada 100 TIS.

Cada vez son más las publicaciones relacionadas con la gestión de las reclamaciones¹⁵⁻¹⁷, aspecto que por un lado cobra suma importancia por el interés y la preocupación por parte de los profesionales y gestores, coincidentes todos ellos en la afirmación de que las reclamaciones representan una oportunidad de mejora en la calidad del servicio proporcionado, o que "una queja es un regalo"¹⁸. Hay dificultades para la comparación de la información entre centros u organizaciones sanitarias.

La agrupación de los motivos no es uniforme en los estudios consultados, al igual que la interpretación de los indi-

cadores. De este modo, los autores de un estudio de 6 años realizado en el hospital universitario Dr. Peset¹⁵ refieren que la primera causa de sus reclamaciones se debe al motivo "lista de espera" (28,1%), aspecto coincidente con Osakidetza (un 31,4 y un 27% en los años 2002 y 2001, respectivamente), con la salvedad de que la "demora en la asistencia" la consideramos dentro de este grupo de motivos, y el mencionado estudio lo contempla como otro motivo aparte (el 18,8% de las reclamaciones y segundo motivo de las mismas). Lo mismo ocurre con el resto de clasificaciones de la información: "el trato recibido", por un lado, y la "comunicación del personal", por otro, mientras que Osakidetza considera ambos motivos como un grupo.

De los resultados aportados en este estudio, cabe resaltar el alto porcentaje de reclamaciones resueltas en menos de 30 días (un 86,7% en el último año), la demora media de resolución (entre 14,8 y 13,3 días en el año 2002) y los 3 primeros motivos, causa de las reclamaciones que no han variado en el orden en los últimos 2 años, es decir, "lista de espera/demoras", "organización/coordinación" y "asistencia sanitaria", pese a la introducción de algunas mejoras relacionadas, como la priorización por parte del facultativo en la indicación de intervenciones quirúrgicas u otros procedimientos, o la formación continua de nuestros profesionales en aspectos técnicos y conceptuales, etc. Hay que resaltar que el "trato" no se encuentra entre los motivos más destacables de las reclamaciones, lo cual es relevante en la medida en que

éste es el aspecto más importante de la atención para los pacientes de Osakidetza, tal como reflejan las encuestas sobre satisfacción de los pacientes¹⁹.

Basándonos en nuestra experiencia y el análisis de los resultados obtenidos, consideramos necesario avanzar e investigar en este campo respecto a los siguientes interrogantes: ¿qué tendencias debería tener el proceso de reclamaciones?, ¿existe una relación directa entre el grado de satisfacción de nuestros usuarios y el volumen de reclamaciones?, ¿qué tipo de respuestas se da a las reclamaciones, las que el reclamante demanda?, etc.

Conviene resaltar que las organizaciones con menor número de reclamaciones, en principio, no son mejores que las que tienen más reclamaciones. Quizás podría existir una relación directa entre la disponibilidad de procedimientos y "medios" y la accesibilidad a éstos por parte del ciudadano con un aumento en el número de reclamaciones.

Asimismo, se debe resaltar la dificultad existente para distinguir entre queja y reclamación. En nuestro caso, identificamos reclamación cuando ésta se hace formalmente por escrito, pero no es necesariamente así en otro tipo de empresas¹⁸, en las cuales no hay una diferencia tan clara entre estos dos tipos de gestión.

Finalizamos el presente artículo con una reflexión del profesor Mira²⁰ respecto a que "la adopción de modelos de gestión de calidad total en hospitales y centros de salud implica ir un tanto más allá. Significa que la gestión en las organizaciones se hace por algo y, sobre todo, para alguien. Significa que prima la orientación hacia el cliente. Y es aquí, precisamente, donde se demuestra la validez y eficacia del despliegue de la calidad en cada una de las instituciones sanitarias".

Agradecimientos

A todas las personas responsables y colaboradoras en este proceso de todas las organizaciones de servicios de Osakidetza, cuyo esfuerzo y "el querer hacer las cosas bien" han contribuido a que esto fuera una realidad.

Bibliografía

1. Thompson AGH, Suñol R. Las expectativas como factores determinantes en la satisfacción de los pacientes: conceptos, teoría y pruebas. Rev Calidad Asistencial 1994;11:74-86.
2. Mirá J, Galdón M, García E, Velasco M, Lorenzo S, Vitaller J, et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. Rev Calidad Asistencial 1999;14:165-77.
3. Euskalit. Fundación Vasca para la Calidad. Calidad Total. Zanudio, 2001.
4. Plan estratégico Osakidetza-Servicio Vasco de Salud 1998-2002. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad, 1998.
5. Plan de Calidad 2003/2007. Estrategia de mejora Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2002.
6. Homogeneización de indicadores del sistema de información de atención especializada en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, 2002.
7. Organización central. Dirección de Asistencia Sanitaria. Informes quejas y reclamaciones. Años 2001 y 2002. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2002.
8. Lorenzo S, Bacigalupe M, Arcelay A. Aplicación de la gestión por procesos a las unidades de atención al usuario. Rev Calidad Asistencial 2002;17:353-7.
9. Memoria 2001. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2002.
10. Organización central. Guía para la gestión de procesos. Vitoria-Gasteiz, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Dirección de Asistencia Sanitaria, 1999.
11. Fundación Vasca para la Calidad. La medida de la satisfacción del cliente. Zamudio: Euskalit. Fundación Vasca para la Calidad, 1999.
12. Horovitz J. La calidad del servicio. A la conquista del cliente. Madrid: McGraw-Hill, 1991.
13. Detrie P. Cómo ganar clientes. Guía práctica de la calidad total. Madrid: Paraninfo, 1994.
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. Gómez-Pajares F, Pérez-Bermúdez B, Fernández-Martínez S, Sanchis JB, Zanón VC. Análisis de supervivencia y tiempos de respuesta de las reclamaciones en un hospital de agudos. Rev Calidad Asistencial 2001;16:10-4.
16. Corbacho MS, García-Mata JR, Blecu MJ. Equipo de Mejora para la Atención al usuario. La reclamación encubierta. Identificando problemas de calidad. Rev Calidad Asistencial 2001;16:29-34.
17. Domingo A, Luaces C, Mañosa A, García JJ, Serra M, Pou J. Evaluación de las reclamaciones presentadas en un servicio de urgencias pediátricas en un hospital materno-infantil. Rev Calidad Asistencial 2001;16:404-8.
18. Barlow J, Moller C. Una queja es un regalo. Cómo utilizar la opinión de los clientes para la mejora continua. Barcelona: Gestión 2000 S.A., 2001.
19. Organización central. Dirección de Asistencia Sanitaria. Informes de resultados de la encuesta de satisfacción de pacientes hospitalizados en hospitales de agudos y de media-larga estancia en Osakidetza. Vitoria: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2002.
20. Mira JJ. Calidad percibida. Una revolución silenciosa. Rev Calidad Asistencial 2001;16:162-3.