

La reclamación encubierta. Identificando problemas de calidad

M^a Soledad Corbacho*, Juan R. García-Mata*, M^a Jesús Blecua**, Equipo de Mejora para la Atención al Usuario***

*Unidad de Calidad Asistencial, **Servicio de Atención al Paciente. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, ***Asunción Aparicio, M^a Teresa Escribano, Cristina Gómez-Frago, Carmen Marco-Bielsa, M^a Teresa Roy

Correspondencia
María Soledad Corbacho Malo
C/ Miraflores 16, 5^ºF
50008 Zaragoza
Tel.: 976 594 835
E-mail: msolcorb@public.ibercaja.es

Resumen

Introducción: Los Servicios de Atención al Paciente (SAP) representan un observatorio privilegiado para la identificación de problemas de calidad, destaca su papel en la tramitación de las reclamaciones y gestión de usuarios. Clásicamente sólo las primeras son utilizadas para identificar formalmente problemas de calidad.

Objetivos: Describir la evolución de la demanda asistencial del SAP en un Área de Salud. Estimar el nivel de reclamaciones no formuladas canalizadas como gestión de usuarios. Describir el papel de la organización y la colaboración de los profesionales -organización informal-, en la resolución de problemas que no originan reclamación.

Métodos: Estudio descriptivo. Se realizó un muestreo sistemático sobre casos tratados en 1996 y 1998 como gestión de usuarios por el SAP del Hospital Miguel Servet y sus tres Centros de Especialidades. Variables: Reclamación encubierta; tipo de reclamación que se hubiera producido de no haber sido tramitado como gestión; resolución y su mecanismo. Análisis estadístico: SPSS/Epi-info.

Resultados: El ratio reclamaciones/gestión de usuarios del año 1996 correspondió a 2.142/19.365, y en el año 1998: 1.961/21.058; se observó una tendencia exponencial de las demandas de gestión. Reclamación encubierta en 1996: 54,5% (IC95%:51,5-57,5) del total de casos de gestión y en 1998, 36,9% (IC95%:33,9-39,9), lo que hubieran supuesto 10.554 y 7.770 reclamaciones respectivamente. El indicador de la tasa de reclamaciones se vería incrementado desde el 17,46 al 103,5 por diez mil en 1996 y del 15,56 al 77,22 por diez mil en el año 1998.

Principales causas de reclamación encubierta: listas de espera, visitas, problemas con la asistencia médica y extravío de historias clínicas, con distribución desigual en los dos años. La resolución de los casos osciló entre el 75% y 86,3%, ($p < 0,001$).

Los mecanismos de resolución favorable en 1996 fueron de tipo institucional en el 78,1%, mientras la colaboración de los profesionales fue de un 21,9% y en 1998 fue del 44,2% y 55,8% respectivamente ($p < 0,001$).

Conclusiones: Se observa un importante incremento en la actividad de gestión en relación con las reclamaciones. Se estima que las reclamaciones presentadas formalmente sólo representan un 17-20% de las expresadas por usuarios. El incremento de la tasa de reclamaciones, corregido por la reclamación encubierta, llevaría a este indicador de insatisfacción a unos niveles inaceptables ya que multiplicaría el nivel oficial de la tasa por un factor de 4,9-5,9. Los mecanismos informales de resolución representan un importante papel en nuestras instituciones. La gestión de usuarios constituye un mecanismo de detección de problemas de calidad de impacto en nuestro medio, con un importante papel en la matización de la tasa de reclamaciones.

Palabras clave: Reclamaciones. Satisfacción de los usuarios. Calidad de la atención sanitaria.

Summary

Introduction: The Patient Relations Department (PRD) constitutes a privileged observation-point for the identification of quality-problems. We must single out its roles as a) a mechanism for handling complaints and b) its Users Help Service (UHS); traditionally, only the first is resorted to for the identification of quality-problems on a formal basis.

Objectives: To describe the evolution of requests for PRD-assistance in a given Health Area. To assess the number of unformulated complaints channeled through its Users Help Service. To describe the role of organization and of professional-cooperation (informal organization) in solving problems that did not give rise to a complaint.

Methods: Descriptive study; a systematic sampling was carried out of cases dealt with in 1996 and 1998 by the PRD of the Miguel Servet Hospital and its three Ambulatory Centres through its Users Help Service. *Variables:* hidden complaint; type of complaint that would have arisen had it not been negotiated through a UHS; solution and its mechanism. *Statistical analysis:* SPSS/Epi-info.

Results: The ratio of complaints/Users Help Service action for 1996 was 2.142/19.365; for 1998 it was 1.961/21.058; the demand for the services of the UHS evinces an exponential trend. Concealed complaints for 1996: 54,5% (CI 95%: 51,5-57,5) of the total number of UHS cases; for 1998: 36,9% (CI 95%:33,9-39,9), which would have meant respectively 10.554 and 7.770 complaints. The index of the complaints rate would have increased from 17,46 to 103,5 over ten thousand in 1996 and from 15,56 to 77,2 over ten thousand in 1998.

Main reasons for hidden complaints: waiting lists, visiting passes, medical assistance problems, and mislaying of clinical histories, with uneven distribution over the two years. The number of cases solved fluctuated between 75% and 86,3% ($p < 0,001$)

The mechanisms leading to a positive solution in 1996 were of the institutional type in 78,1% of cases, while cooperation by professionals amounted to a 21,9%; in 1998 the percentages were 44,2% and 55,8% respectively ($p < 0,001$).

Conclusions: We observe an important increase in the demand for the Users Help Service opposite to formal complaints. It is estimated that complaints formally lodged only amount to 17-20% of those verbalized by users. The increase of the complaints rate, corrected by the hidden complaints, would raise this dissatisfaction index to unacceptable levels as it would multiply the official rate level by a factor of between 4,9 to 5,9. The informal problem-solving mechanisms play a signal role in our institutions. The Users Help Service constitutes a mechanism for the detection of quality-problems which has a considerable impact in our field, and plays an important role in the increase of the complaints rate.

Key words: Complaints. Users' satisfaction. Quality of Health Care.

Introducción

La garantía de calidad total implica la aplicación del principio de mejora continua de la calidad y tiene como fundamento básico la posición de juez que sobre la calidad del servicio desempeña el cliente/paciente. Esto obliga al esfuerzo de todos los miembros de la organización para que la prestación del servicio coincida con las expectativas y necesidades del paciente unido a la búsqueda constante de oportunidades de mejora¹⁻⁶.

Dentro de los métodos que tradicionalmente se vienen utilizando en nuestro entorno, para la búsqueda de situaciones mejorables basadas en un mecanismo activo de participación del usuario, se encuentran las reclamaciones⁷⁻⁹. Esta fuente de información de la insatisfacción se considera como un "tesoro escondido" en el mundo de la empresa y se diseñan las estrategias apropiadas para desentrañar las expectativas e insatisfacciones ocultas¹⁰. Desafortunadamente, lo que es muy estimado por las empresas con programas sólidos de mejora de calidad, se encuentra en nuestro medio, muchas veces, confinado a un proceso "formal" de respuesta institucional para tranquilizar a los pacientes⁹.

Es un hecho bien conocido que las reclamaciones siguen la regla descrita gráficamente como "fenómeno del iceberg", en el que la parte visible no representa más que una muy pequeña porción del total. Algunos autores llegan a afirmar que solamente reclaman un 4% del total de insatisfechos^{5,11}. Dada la importancia que tiene el conocimiento de los niveles y causas de insatisfacción expresada por las reclamaciones, ya que nos indica la existencia de conflictos entre pacientes y la institución sanitaria, y puede cuantificarse como un indicador negativo del funcionamiento del sistema, resulta de interés conocer los verdaderos niveles y alcance de estas situaciones.

Los Servicios de Atención al Paciente dentro de las instituciones sanitarias, aunque con matices diferenciados como consecuencia del proceso de transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, responden a la articulación de los requerimientos contemplados en los artículos 10.12 y 10.2 de la Ley General de Sanidad¹². Se gestan con el objetivo fundamental de disminuir las barreras administrativas en el acceso a la asistencia. Además de su papel en el área de reclamaciones, desarrollan una línea de gestión, tramitación y canalización de los requerimientos de los usuarios, con el fin de evitar molestias y desplazamientos inútiles y facilitar el uso de los Servicios.

Los objetivos particulares del área de Gestoría de Usuarios serían: 1. Requerimientos documentales: a través del servicio de archivos y documentación clínica, 2. Requerimientos de información sobre listas de espera: a través del Servicio de Admisión y sobre el conjunto de aspectos relativos al funcionamiento de los servicios sanitarios en general, 3. Requerimientos de índole burocrático, y 4. Requerimientos de coordinación asistencial. Todo ello conforma un conjunto de actividades dirigidas a resolver problemas cuyo origen está relacionado, en muchas ocasiones, con el deficiente funcionamiento de los servicios sanitarios. La actuación satisfactoria del Servicio de Atención al Paciente suele ser motivo de no formulación de reclamaciones. Las demandas generadas en estas situaciones, son aspectos relacionados con la información, coordinación o resolución de situaciones muy diversas, necesarias para satisfacer

las expectativas de los usuarios y que en un principio no generan reclamaciones formales.

Los objetivos planteados en el presente estudio fueron: 1. describir el perfil de la demanda asistencial del Servicio de Atención al Paciente en un Área de Salud; 2. estimar el nivel de reclamaciones no formuladas que se canalizan como Gestoría de Usuarios a través del Servicio de Atención al Paciente, y 3. describir el papel que desarrolla la organización y la colaboración de los profesionales como "organización informal" en la resolución de los problemas que no originaron reclamación.

Mediante la comparación entre la actividad de 1996 y 1998, se pretendía estudiar la evolución de la reclamación encubierta en un Área de salud, para obtener información y conocer la tasa estimada de reclamaciones en nuestra Institución Sanitaria.

Sujetos y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, de los casos tratados como gestoría de usuarios durante 1996 y 1998 en las áreas II y V de Aragón, considerada como un área única a efectos de su dirección y labor del Servicio de Atención al Paciente.

Los usuarios fueron atendidos por el Servicio de Atención al Paciente del Hospital Miguel Servet y sus 3 Centros Médicos de Especialidades de Zaragoza. La población de referencia correspondía a 522.621 habitantes.

Del total de casos atendidos por la gestoría de usuarios en 1996 y 1998, se extrajeron dos muestras de 1.062 y 1.029 casos respectivamente, todo ello mediante muestreo sistemático, con un error de $\pm 3\%$, para un nivel de confianza del 95%, asumiendo obtener la proporción más desfavorable del 50%.

La evaluación se llevó a cabo por cinco observadores independientes que revisaron las fichas correspondientes a los casos seleccionados. Para medir la fiabilidad interobservador de los resultados y validar la concordancia, en la etapa inicial de diseño se realizó una evaluación sobre 30 casos de cada año, por parte de los cinco observadores. Se evaluó la concordancia para la variable de posible traducción a reclamación, obteniéndose un índice kappa del 0,75 y un alfa de Cronbach de 0,72^{13,14}.

Valoraron las siguientes variables sobre cada una de las consultas de gestoría de usuarios:

- *Reclamación encubierta*, definida como problemas expresados por el usuario por los que solicitaba la colaboración del Servicio de Atención al Paciente sin formular reclamación, pero que el observador estimaba que serían susceptibles de haber motivado una reclamación.
- *Tipo de reclamación* que se hubiera producido en el caso de no haber sido tramitado como gestoría. Se agruparon en las siguientes categorías: Listas de espera, trámites de pases de visita, problemas de asistencia médica, extravío de historias clínicas, otros.
- *Resolución del caso*: Favorable, no favorable o desconocido.
- *Mecanismo de resolución*: 1. colaboración personal, entendido como la intervención de un agente del proceso mediante un cauce en el que medió la voluntad o implicación personal del profesional más allá del esta-

blecido por la institución; 2. mecanismos institucionales: la gestión del Servicio de Atención al Paciente o de otros niveles formales de la organización: Servicio de Admisión, Archivos, Dirección, etc.

El análisis estadístico se realizó utilizando los paquetes informáticos SPSS 6.1® y Epi-info 6.04®, se aplicó el χ^2 para la comparación de variables cualitativas.

Resultados

Si nos referimos al perfil de demanda asistencial, la tendencia de reclamaciones y gestoría a lo largo de los años se representa en la Figura 1. La distribución de la actividad correspondió en el año 1996 a 2.142 reclamaciones presentadas y 19.365 casos de trámites incluidos como gestoría de usuarios, y en 1998: 1.961 y 21.058 respectivamente. Lo que supuso, en el volumen de actividad del total de casos atendidos por el Servicio de Atención al Paciente (SAP) en ambos años, un 9% para las reclamaciones y un 91% para la gestoría de usuarios.

Al estimar el nivel de reclamaciones no formuladas que se canalizaron como Gestoría de Usuarios, los evaluadores realizaron el estudio de los casos atendidos y definieron en 1996, 579 casos como posibles reclamaciones -reclamaciones encubiertas-, lo que suponía el 54,5% (IC95% 51,5-57,5) del total, y en 1998, 380 casos, 36,9% del total (IC95% 33,9-39,9), encontrando diferencias estadísticamente significativas entre ambos años ($p < 0,001$). Así pues, la extrapolación de la muestra analizada al total de actuaciones de la Gestoría de Usuarios durante esos años, hubieran supuesto 10.554 y 7.770 reclamaciones encubiertas respectivamente. Al realizar la comparación con el total de reclamaciones presentadas en los mismos periodos, se obtuvo la relación de la Figura 2, en la que se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos periodos ($p < 0,001$).

Los principales motivos analizados como causa de esta reclamación encubierta se reflejan en la Figura 3. En 1996 fueron: listas de espera 37,2%, pases de visita 22,3%, problemas con la asistencia médica 14,4%, y extravío de historias clínicas 10,9% de los casos; en 1998: listas de espera 53,8%, pases de visita 2,1%, problemas con la asistencia médica 12,2% y extravío de historias clínicas 22,6% de los casos.

Se relacionó el número de reclamaciones y su estimación complementaria con los usuarios hospitalizados, atendidos en urgencias y visitados en consultas externas, a partir de lo cual, el indicador de la tasa de reclamaciones se vería incrementado desde el 17,46 al 103,5 por diez mil en 1996 y del 15,56 al 77,22 por diez mil en el año 1998.

Para conocer el funcionamiento de la organización en la resolución de los problemas, se analizó en primer lugar la resolución de los casos de reclamación encubierta. Se observó en 1996 como favorable en 434 (75%) (IC95% 71,18-78,4), no favorable 128 (22,1%) (IC95% 18,8-25,7) y desconocido 17 (2,9%) (IC95% 1,7-4,7) y en 1998: 328 (86,3%) (IC95% 82,3-89,5), 42 (11,05%) (IC95% 8,16-14,7) y 10 (2,63%) (IC95% 1,3-4,9) respectivamente. Con diferencias estadísticamente significativas entre los años ($p < 0,001$).

Figura 1. Evolución del número de actuaciones del SAP del área. 1993-99

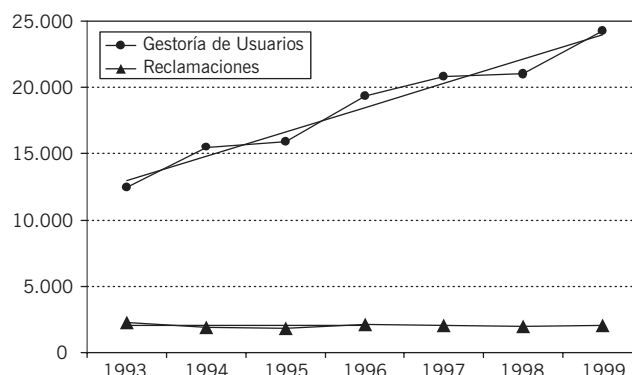


Figura 2. Relación entre reclamaciones encubiertas y reclamaciones presentadas 1996-98

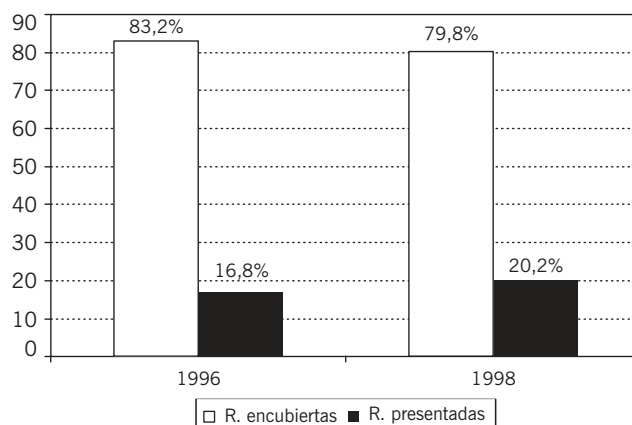
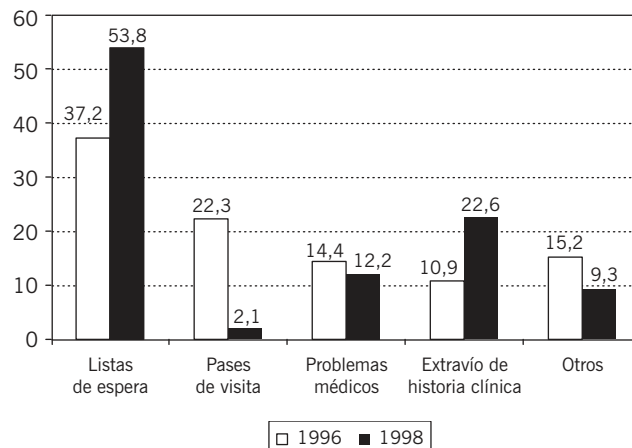


Figura 3. Principales motivos (%) de reclamación encubierta 1996-98



Entre los que se conoció la resolución, en 1996, la resolución favorable se consiguió mediando los mecanismos de responsabilidad institucional en 339 ocasiones (78,1%) (IC95% 73,8-81,8) o bien, gracias a la colaboración personal de los profesionales implicados en 95 ocasiones (21,9%) (IC95% 18,15-26,14) y en 1998 en 145(44,2%) (IC95% 38,7-49,7) y 183 (55,8%) (IC95% 50,23-61,22) respectivamente, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos años ($p < 0,001$).

Dentro de los mecanismos institucionales de resolución se encontró en 1996 la intervención del los SAP en 112 (33,2%) (IC95% 28,27-38,6) de los casos y de otros Servicios/Unidades en 225 (66,8%) (IC95% 61,42-71,7); en 1998 en 75 (52,4%) (IC95% 43,9-60,8) de los casos la intervención del SAP y de otros Servicios en 68 (47,6%) (IC95% 39,2-56,04), siendo las diferencias estadísticamente significativas entre ambos años ($p < 0,001$).

Los principales motivos de las reclamaciones encubiertas resueltas favorablemente en relación al tipo de colaboración que la facilitó se reflejan en la Tabla 1.

Discusión

Tras la observación de la tendencia a lo largo de los años, se constata el importante incremento en el volumen de actividad de los servicios de Atención al Paciente. Esta progresión ha sido motivada por la actividad que se realiza en el área de la Gestoría de Usuarios, que representa en la actualidad un 90% del total de actuaciones de los SAP.

Dentro del contexto del fenómeno del iceberg, es bien conocido que el número de reclamaciones que se presenta en el sistema sanitario es escaso, por lo que este mecanismo para el diseño de actividades de mejora es muy limitado. Esta tendencia, en cuanto al porcentaje de reclamaciones, coincidiría con el análisis efectuado en otros centros^{15,16}. Los motivos vendrían condicionados por la escasa tendencia de los usuarios a exponer sus reclamaciones por escrito, las dificultades estructurales para hacerlo, la desconfianza que vayan a servir para

algo, incluso el temor a represalias^{7,16}. Por ello, es necesario en la gestión de programas de calidad combinar este sistema de participación del usuario con el conjunto de técnicas bien conocidas que consiguen explorar y conocer las necesidades, expectativas y satisfacción de los pacientes^{7-9,17-21}.

Si nos centramos en el objeto del estudio, algunos autores, en el contexto de la atención de salud, han realizado diversas aproximaciones a la búsqueda de sistemas de detección de la insatisfacción manifestada que ayude a perfilar los datos que se obtienen con las reclamaciones, bien a través del registro de los comentarios de los pacientes y su valoración como reclamación²², o el estudio de las hojas de sugerencias para la detección de problemas encubiertos que pudieran incrementar la tasa de reclamación²³. En este tipo de estudios la metodología está condicionada por la subjetividad del observador, por lo que se hace necesario utilizar algunas herramientas para paliar las posibles discrepancias, en especial una definición previa de términos bien estructurada, y el contraste de opiniones de los distintos observadores. En nuestro estudio la evaluación realizada por parte de observadores con criterios consensuados ha alcanzado un grado de concordancia aceptable, lo cual limitaría el posible sesgo del observador o de clasificación.

En el presente trabajo, con la aplicación de la metodología descrita, se puede concluir que las reclamaciones como tales apenas representaron el 16,8% en 1996 y el 20,2% en 1998 del total de quejas de los usuarios que se expresaron formalmente. La tasa de reclamaciones, cuyas cifras "oficiales" en ambos años estudiados fue del 17,46 y 15,56 por diez mil, debería ser multiplicado por 4,9 a 5,9 veces, y con ello convertiría un indicador en el límite de la aceptabilidad en absolutamente inaceptable en una empresa de servicios⁵.

El análisis de las causas de estas reclamaciones potenciales ha permitido constatar el dinamismo del sistema, en base a variaciones coyunturales que se traducen en situaciones que desencadenan uno u otro perfil. En 1996, se observó una representación importante de los problemas con los pases de visita, motivado en aquel momento por el cambio en las normas de tránsito a nivel del hospital. Una vez subsanada aquella circunstancia, este motivo desapareció en 1998. En 1998, cobró

Tabla 1. Principales motivos de las reclamaciones encubiertas resueltas favorablemente por tipo de colaboración 1996-1998

Motivos	Tipo de colaboración en la resolución											
	Colaboración del personal				Servicio de Atención al Paciente				Mecanismos institucionales			
	1996		1998		1996		1998		1996		1998	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Lista de espera	46	48,9	*128	69,9*	4	3,6	3	4,1	67	30,2	45	32,1
Problemas médicos	14	14,9	16	8,7	4	3,6*	9	12,2*	58	26,1*	24	17,1*
Extravío historia clínica	8	8,4	21	11,5	11	9,8*	53	70,7*	33	14,7*	57	39,9*
Pases de visita	6	6,3	3	1,6	74	66,1*	1	1,3*	38	16,9*	1	0,7*
Otros	21	22,1*	15	8,2*	19	16,9	9	12	28	12,4	16	11,2

* Diferencias estadísticamente significativas entre ambos años $p < 0,005$

mayor importancia el problema de las listas de espera, en un momento previo a la instauración de las medidas correctoras complementarias por parte de la institución para afrontar este problema. Estos perfiles de motivación, más que un interés comparativo con estudios realizados en otros centros²⁴⁻²⁶, permiten caracterizar mejor en cada lugar y para cada periodo de tiempo el perfil que suministra el mecanismo basado en las reclamaciones.

En cuanto a la trayectoria de trabajo de los Servicios de Atención al Paciente, se ha constatado recientemente en otras experiencias la disminución a lo largo del tiempo de las reclamaciones con la inclusión de las gestiones²⁷ y se constata que la ayuda, información o resolución del problema ejercería un efecto disuasorio hacia la presentación de una reclamación. Esta situación habría sido observada por diversos autores²⁸, que consideran que el porcentaje de reclamaciones sería bajo en tanto en cuanto la relación paciente-proveedor de asistencia fuera más estrecha.

Si nos referimos a la gestión llevada a cabo para la resolución de estas reclamaciones encubiertas, se ha podido constatar el importante porcentaje de resolución favorable de los problemas, incluso de forma superior en 1998 al periodo anterior. Los mecanismos que intervinieron en tal resolución, han consolidado como importante la organización informal, a través de la colaboración personal de los profesionales implicados, así como la intervención directa de los Servicios de Atención al Paciente en cuanto a mecanismo institucional. Este continuo conocimiento de lo que subyace en el trabajo diario permite obtener circuitos de atención al paciente que eliminen barreras administrativas a los usuarios del sistema de salud²⁹.

Como limitación adicional de nuestro estudio hemos de destacar que se basa en la revisión retrospectiva de una información obtenida previamente y con unos objetivos distintos.

La Gestoría de Usuarios constituiría un mecanismo de detección de problemas de calidad de impacto en nuestras instituciones sanitarias. Su crecimiento denota la oferta de una vía accesible y satisfactoria, elegida por los usuarios para resolver sus problemas con el sistema, quedando demostrado que el interés se basa en la respuesta rápida a sus conflictos y sólo utiliza la vía de la reclamación para asuntos de mayor relevancia, o bien, cuando no encuentra satisfacción a sus problemas. Así pues, la información aportada por la Gestoría de Usuarios debe constituir un elemento útil para la detección y análisis de problemas de calidad y permitiría introducir un mecanismo de corrección de las tasas de reclamación de nuestras instituciones.

Bibliografía

- Deming WE. *Calidad, Productividad y Competitividad. La salida de la crisis*. Madrid: Díaz de Santos, 1989.
- Juran JM. *Juran y la planificación para la calidad*. Madrid: Díaz de Santos, 1990.
- Galgano A. *Calidad Total*. Madrid: Díaz de Santos, 1993.
- Rosander AC. *La búsqueda de la calidad en los Servicios*. Madrid: Díaz de Santos, 1992.
- Horovitz J. *La calidad del servicio. A la conquista del cliente*. Madrid: McGraw-Hill, 1991.
- Avellana E, Davins J, Marquet R. La calidad en Atención Primaria de salud: nuevas perspectivas (III). La mejora de la calidad. *FMC* 1994;1:146-67.
- Saturno PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los Servicios Sanitarios. *Rev Esp Salud Pública* 1995;69:163-75.
- Comissió de Millora de la Qualitat. *Guia Pràctica: Implantació d'un Pla de Millora de la Qualitat a l'Atenció Primària de Salut*. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, 1994.
- Marquet R, Avellana E, Davins J. La calidad en Atención Primaria de Salud: nuevas perspectivas (I): la planificación de la calidad. *FMC* 1993;0:7-18.
- Sanes C. Complaints are hidden treasure. *Journal for Quality and Participation* 1993;16:78-82.
- Detrie P. *Cómo ganar clientes. Guía práctica de la calidad total*. Madrid: Paraninfo, 1994.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Madrid: B.O.E. 102, de 29 de abril.
- Domenech JM. *Diseño y estadística en ciencias de la salud*. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona: Signo, 1997.
- Martin-Bland J, Douglas GA. Cronbach's alpha. *BMJ* 1997;314:572.
- Bernal M, Navarro C. Estudio de las reclamaciones procedentes del Servicio de Atención al Paciente. *Todo Hospital* 1997; 139:39-43.
- Cuenca AM, Crespo R, Ondiviela MA, Pou R, Requesens N, Cortés X. Reclamaciones de los usuarios: ¿Qué opinan los profesionales?. *Rev Calidad Asistencial* 1996;11:203-7.
- Hague PN, Jackson P. *Cómo hacer investigación de mercados*. Bilbao: Deusto, 1992.
- Strasser S, Davis RM. *Measuring Patient Satisfaction for Improved Patient Services*. Ann Arbor, Michigan: American College of Healthcare Executives, 1991.
- González-Barberá M, Uris J. Los grupos focales y su utilidad en el diseño de la calidad. En: Saturno PJ, Parra P, Gascón JJ. *Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria*. Madrid: Universidad de Murcia-Dupont Pharma, 1997;3(19).
- Planes A. Métodos de detección de problemas. En: Marquet R. *Garantía de Calidad en Atención Primaria*. Barcelona: Doyma, 1993;4.
- Davins J. Las oportunidades de mejora o problemas de calidad. Definición y métodos de identificación. En: Saturno PJ, Parra P, Gascón JJ. *Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria*. Madrid: Universidad de Murcia-Dupont Pharma, 1997;2(7).
- Huertas I, Pereiró I, Andreu C, Sanfelix J. ¿De qué se quejan nuestros pacientes?. *Rev Calidad Asistencial* 1996;1:37-40.
- Pascual-López L, Uris J, Alfonso-Domenech MD, Sanmartín D, Sanz-Sanz J, Campos-Malo C. Las reclamaciones y las hojas de sugerencias como método de incorporación de la opinión del usuario en atención primaria. Comparación con la perspectiva de los profesionales. *Aten Primaria* 1995;7:421-5.
- Bautista D, Tenías JM, Pérez-Bermúdez B, Sabater A, Zanón V. Análisis de las reclamaciones de los usuarios en el hospital "Dr. Peset" de Valencia, durante 1994. *Rev Calidad Asistencial* 1996;11:108-12.

25. Carrasco AL, Rodríguez R, Zancajo JL, Pardo-Pérez MJ, González E. Grado de satisfacción del usuario, a partir de las reclamaciones en el SAP de 20 hospitales. *Control Cal Asist* 1988;3:34.
26. Alda de la Fuente V, Mantilla-Morató T. *La opinión de nuestra comunidad a través del libro de reclamaciones*. Centro de Salud, 1996:436-9.
27. San Agustín C, Sanclemente NJ, Pérez R, Frasset C, Cumella E. *Inclusión de la Gestión en la actividad de la UAU como respuesta al análisis de las reclamaciones*. Libro de comunicaciones II Symposium de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad. Puerto de Santa María, Cádiz, 1995.
28. Díaz-Álvarez A, Castaño-Barroeta C, Menéndez-García M, Fanjul MJ. Las reclamaciones de los usuarios: un instrumento de control de calidad. *Aten Primaria* 1987;4:184-8.
29. Junoy A, Ruiz J, Lledó R, Asenjo MA. Servicio de Usuarios como soporte clave en la organización hospitalaria. *Todo Hospital* 1996;131:19-23.