

Análisis de las reclamaciones en una zona básica de salud

Cristina Luis Ruiz^a, Emma Navarro Brito^a, Ernesto Real Valcárcel^a y M. de la Trinidad Rufino Delgado^b

^aMedicina de Familia. Centro de Salud de Taco. Tenerife. España.

^bUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Santa Cruz de Tenerife. España.

Correspondencia: C. Luis Ruiz.

Garcilaso de la Vega, 40, planta 5, 6.º D. 38005 Santa Cruz de Tenerife. España.

Correo electrónico: cluisruiz@canariastelecom.com

Resumen

Objetivo: Analizar las características de las reclamaciones presentadas por escrito por los usuarios de la Zona Básica de Salud de Taco, Tenerife.

Método: Diseñamos un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se analizaron todas las hojas de reclamaciones de los años 2003 y 2004, mediante el sistema de clasificación de la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios (ODDUS).

Resultados: Se presentaron 126 reclamaciones, equivalente a una tasa de incidencia de reclamación de 2,0 por mil usuarios/año. El 59,8% de éstas se contestó en un plazo de un mes. El 73% eran mujeres con una media de edad \pm desviación estándar de 40,3 \pm 12,1 (rango, 19-75). El médico de familia fue el profesional más reclamado (31,7%), seguido de dirección-gerencia (29,4%) y personal auxiliar-administrativo (16,7%). Los motivos más usuales agrupados por categorías fueron: a) organización-administración (47,6%), distribuidos en: desacuerdo del usuario con las normas institucionales (11,1%), dificultades con el programa mostrador (10,3%), suspensión/anulación de la consulta (10,3%) y dificultad con el programa de cita previa (7,1%); b) asistencial (45,2%): demora en la asistencia (28,6%) y trato personal inadecuado (9,5%), y c) limitaciones en la infraestructura (7,1%).

Conclusiones: El médico de familia es el profesional con mayor porcentaje de reclamaciones, principalmente por demora en la asistencia. Las reclamaciones de los usuarios de atención primaria son una herramienta útil para conocer el grado de insatisfacción de los pacientes, y pueden ayudarnos a mejorar la calidad de la asistencia que ofrecemos en el centro de salud.

Palabras clave: Insatisfacción. Reclamación. Atención primaria.

Abstract

Objective: To analyse the written complaints made by users of the Primary Health Centre in Taco, Tenerife (Spain).

Method: We designed an observational, cross-sectional study. All the complaint forms from the period 2003-2004 were analysed. We used the ODDUS classification system.

Results: A total of 126 complaints were made, representing 2.0 complaints per thousand inhabitants/year. Fifty nine percent were answered in the following month. Seventy three percent were women with a mean age of 40.3 \pm 12.1 years (range, 19-75). They were directed at the family doctor (31.7%), management (29.4%) and administration (16.7%). The most common complaints by categories were: a) organisation-administration (47.6%), related to a disagreement with institutional rules (11.1%), difficulties with reception desk (10.3%), suspension/cancellation of an appointment (10.3%), and appointment programme (7.1%); b) care (45.2%) referring to delay in care (28.6%) and inappropriate treatment (9.5%); c) limitations of the building infrastructure (7.1%).

Conclusions: The family physician is the person who receives the majority of complaints, mainly due to a delay in treating the patient. Complaints made by users in Primary Care are a useful method of finding out patient dissatisfaction. They can help us to improve the quality of the assistance in Health Centre.

Key words: Dissatisfaction. Complaint. Primary care.

Introducción

La principal función que tenemos los profesionales de atención primaria es contribuir a la mejora de la salud de nuestra población ofreciendo un enfoque integral, dirigido a prevenir, promover, diagnosticar, tratar y rehabilitar los procesos de salud de la población, e intentando siempre ofrecer los máximos de seguridad, confianza, acceso, continuidad y calidad, junto con un uso de recursos responsable. Entendemos que los servicios que prestamos debemos orientarlos a las necesidades de la población y al usuario. Éste, sin duda, debe ser el núcleo esencial de cualquier iniciativa de mejora de los servicios sanitarios. Uno de los objetivos de nuestro equipo, tal como recoge el Plan Estratégico de Atención Primaria¹ de nuestra comunidad autónoma, es impulsar la investigación en nuestro medio dirigiéndola hacia nuestra población de referencia.

La satisfacción del cliente se considera un elemento fundamental en el enfoque actual de la calidad asistencial²⁻⁵. El grado de satisfacción está influido por sus expectativas, que dependen a su vez de otros factores, como sus experiencias previas con el trato recibido, el grado de resolución obtenido, el tiempo de espera en los servicios⁵⁻⁸, etc. Nos planteamos acercarnos a los usuarios de nuestra zona básica de salud a través de sus reclamaciones, para "escuchar" sus opiniones respecto al servicio que les ofrecemos. Las reclamaciones son, en sí mismas, mecanismos de participación comunitaria que los usuarios pueden utilizar en atención primaria; por un lado, son un canal de participación y de opinión directa entre los ciudadanos y el sistema sanitario^{2,9}, y por otro lado, un instrumento complementario junto con encuestas de opinión, informes de usuarios, entrevistas personales, grupos focales, informadores clave, etc., para detectar

problemas y oportunidades de mejora en el funcionamiento de los servicios^{2,10-15}.

Para realizar esta aproximación a la población, consideramos fundamental el aprovechamiento de la información generada a partir de las hojas de reclamaciones, entendiendo que el resultado de este trabajo sería de gran utilidad para una gestión de los recursos más adaptada a las necesidades existentes^{2,13}. Somos conscientes de que son muchos los factores que pueden estar incidiendo en la insatisfacción de nuestros pacientes, como la elevada presión asistencial, el escaso tiempo de que disponemos por consulta, la complejidad de la atención a los pacientes con pluripatología, la gran variedad de procesos que afrontamos actualmente los profesionales sanitarios, etc. Pero aun en ese contexto consideramos el reto de ofrecer un producto que satisfaga las exigencias crecientes de nuestros usuarios.

La información de las reclamaciones es útil para dar soluciones concretas a problemas concretos, sirve como instrumento de detección y abordaje de áreas susceptibles de mejora^{16,17}, y para intentar adecuar la organización de los centros y recursos, para satisfacer de forma progresiva las expectativas de los usuarios, sobre todo teniendo en cuenta que los usuarios continuarán exigiéndonos más y que deberemos competir con otros proveedores¹⁸.

Por tanto, el objetivo de nuestro estudio fue analizar las características de las reclamaciones presentadas por escrito por los usuarios de la Zona Básica de Salud (ZBS) de Taco, Tenerife.

Material y métodos

El presente estudio fue realizado en la ZBS de Taco, Tenerife. Es un centro de carácter suburbano, docente, con una población adscrita de 30.494 usuarios, de nivel socioeconómico medio-bajo y con algunos elementos de marginalidad. Los profesionales médicos de familia de este centro soportan una presión asistencial media (número de consultas/jornada) de 48,4 pacientes/día y una frecuentación de población atendida (número de consultas/usuario adscrito/año) de 8,3. El centro obtiene una valoración de 7,77 puntos sobre 10 en la encuesta de satisfacción telefónica realizada anualmente por la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud; la puntuación general del área es 7,79.

Realizamos un estudio observacional descriptivo transversal con recogida de datos retrospectiva. Se revisaron todos los registros del libro de reclamaciones del centro de salud durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2004, y su proceso de gestión (alegación presentada por el reclamado, informe emitido por el director médico del centro y respuesta por escrito de la Subdirección del Área al usuario que interpuso la reclamación). Por tanto, la población de referencia es el universo de usuarios que presentaron reclamación por escrito en dicha ZBS, en ese período. Se diseñó una hoja de recogida de datos para tal efecto.

Se analizaron variables relacionadas con las características demográficas del reclamante (edad, sexo), la fecha de la reclamación, quién presenta la reclamación (el propio usuario

Tabla 1. Distribución de frecuencias de las reclamaciones según la edad del reclamante

Edad	n (%)
10-19 años	2 (1,5)
20-29 años	23 (18,2)
30-39 años	43 (34,1)
40-49 años	31 (24,6)
50-59 años	15 (11,9)
60-69 años	9 (7,1)
70-79 años	3 (2,3)
Total	126 (100)

afectado u otra persona), el profesional implicado (médico de familia, pediatra, enfermero, matrona, auxiliar administrativo, auxiliar de clínica-enfermería, trabajadora social, dirección-gerencia, otros), el motivo de la reclamación (codificado según la clasificación de la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios [ODDUS])¹⁹ y el tiempo de respuesta (tiempo transcurrido desde que el usuario presenta la reclamación hasta que recibe contestación por escrito de la Gerencia de atención primaria). Consideramos un tiempo de respuesta aceptable menos de 30 días, teniendo en cuenta que es, probablemente, la norma más extendida en nuestro país.

Para el análisis estadístico, el resumen de los datos se realizó mediante la obtención de medidas de tendencia central y de dispersión en caso de carácter cuantitativo de la variable, así como estimación de frecuencias para las variables categóricas. Para valorar la asociación entre variables cualitativas se utilizó el test de la χ^2 de Pearson, y la prueba exacta de Fisher cuando fuese necesario, con un nivel de significación de $p < 0,05$. La fuerza de la asociación se estimó mediante la *odds ratio* (OR) y sus respectivos intervalos de confianza (IC) del 95%. Los programas informáticos utilizados fueron SPSS versión 12.0 y Epidat.

Resultados

Durante el bienio 2003-2004 se presentaron en el centro de salud un total de 126 impresos de reclamaciones (el 41,3% en 2003, $n = 52$; el 58,7% en 2004, $n = 74$); lo que equivale a una tasa de incidencia de reclamación (TIR) de 2,06 por mil usuarios/año ($TIR = n.^{\circ}$ de reclamaciones/1.000 usuarios/año), que corresponde a 1,7 y 2,42 para 2003 y 2004, respectivamente. Teniendo en cuenta la distribución por edades, encontramos una tasa de incidencia de reclamación de 1,02 por mil para la población de 65 años o más, y de 2,20 por mil para los menores de 65 años.

El 73% de los reclamantes eran mujeres ($n = 92$). La media de edad es de $40,3 \pm 12,1$ años, con un rango de 19-75 años; el 70,6% de las reclamaciones corresponden a usuarios con edades entre los 30 y los 59 años (tabla 1).

Figura 1. Distribución de las reclamaciones según el mes.

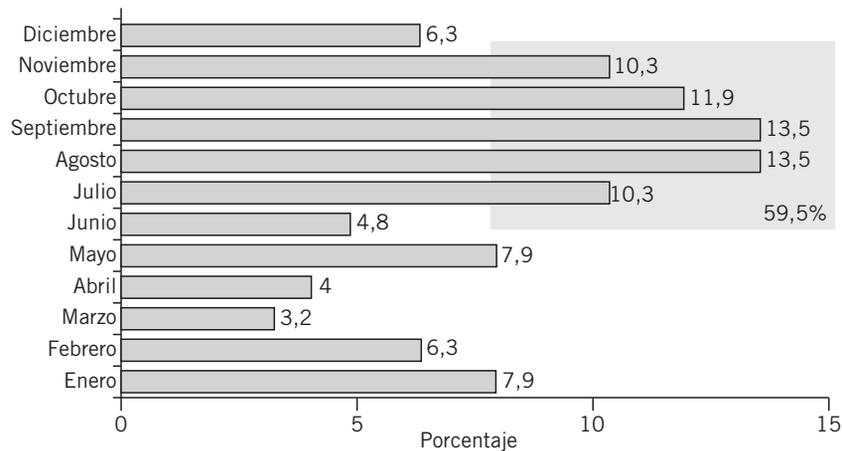


Tabla 2. Distribución de las reclamaciones según categoría profesional y ajustada por número de profesionales

	n (%)	Profesionales (n)	Media de reclamación por profesional
Médico de familia	40 (31,7)	17	2,35
Pediatra	6 (4,8)	4	1,5
Enfermero	13 (10,3)	12	1,08
Auxiliar-administrativo	21 (16,7)	10	2,1
Dirección-gerencia	37 (29,4)	-	
Otros	9 (7,1)	-	
Total	126 (100)		

La distribución según el mes en que se presentó la reclamación se expone en la figura 1; que llega hasta un 59,5% en julio-noviembre.

En relación con la persona reclamante, se ha observado que en un 75,4% (n = 95) de los casos el usuario afectado coincidía con la persona que presenta la reclamación.

Un total de 80 (63,5%) reclamaciones eran personalizadas hacia algún miembro del equipo del centro de salud; el médico de familia fue el profesional con más reclamaciones (31,7%; n = 40), seguido del personal administrativo (16,7%; n = 21), de enfermería (10,3%; n = 13) y pediatras (4,8%; n = 6). Las 46 (36,5%) restantes iban dirigidas a otros servicios, como dirección-gerencia (29,4%; n = 37), programa de cita previa (6,3%; n = 8) y otros (0,8%; n = 1).

En la tabla 2 se muestra la media de reclamaciones ajustadas por categoría profesional (n.º de reclamaciones/n.º de profesionales agrupados por categoría profesional).

Los motivos de queja expresados por los usuarios agrupados por categorías se distribuyen de la siguiente forma: organización-gestión (47,6%), asistencial-procedimiento (45,3%), infraestructura (7,1%). En la tabla 3 se puede ob-

servarlos desagregados, y destaca como principal causa de reclamación la demora en la asistencia, esto es, el retraso en ser atendido en relación con la hora de la cita (28,6%; n = 36).

A todas las reclamaciones se contestó por escrito al reclamante. El tiempo medio de respuesta fue de $31,3 \pm 22,2$ días, con un rango de 3-118 días. Al 59,8% se contestó en un plazo de un mes; el 25,4%, en el plazo de 15 días.

No encontramos asociación estadísticamente significativa entre la edad y el sexo del reclamante con el profesional implicado, ni entre la edad y el motivo de la reclamación. Únicamente encontramos asociación estadísticamente significativa entre ser mujer y las quejas relacionadas con la infraestructura del centro (OR = 66; IC del 95%, 6,463-673,914; $p < 0,0001$) (tabla 4).

Discusión

Muchos autores recomiendan los cuestionarios de satisfacción como forma más válida para determinar las preferencias de los usuarios^{18,20,21}. Sin embargo, el estudio exhaustivo

Tabla 3. Distribución de las reclamaciones según el motivo

Motivo*	n (%)
A. Asistencial-procedimiento	
Negativa prestación de asistencia	2 (1,6)
Insatisfacción por prestación de asistencia	2 (1,6)
Demora en la asistencia	36 (28,6)
Error asistencial-tratamiento	3 (2,4)
Trato personal inadecuado	12 (9,5)
Información insuficiente al usuario	2 (1,6)
Total	57 (45,3)
B. Organización-gestión	
Falta/deficiencia en historia/documentos clínicos	5 (4)
Suspensión/anulación de consulta	13 (10,3)
Dificultad en el programa de cita previa	9 (7,1)
Asignación/cambio de médico	2 (1,6)
Deficiente coordinación con niveles asistenciales	4 (3,2)
Desacuerdo con normas institucionales	14 (11,1)
Dificultad en programa de mostrador	13 (10,3)
Total	60 (47,6)
C. Estructural	
Falta de materiales	1 (0,8)
Deficiente equipamiento	8 (6,3)
Total	9 (7,1)

*El motivo de la reclamación ha sido codificado según la clasificación de la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios (ODDUS).

y riguroso de sus quejas puede conducirnos a determinar aspectos de su insatisfacción con los servicios, es decir, de forma indirecta podemos acercarnos a la opinión que los usuarios tienen del sistema¹⁸. Con el presente estudio se pretende conocer la "insatisfacción" de nuestros usuarios como punto de partida a la introducción de medidas de mejora de la calidad.

Consideramos que el período en el que se ha realizado el estudio, 2 años, es lo suficientemente amplio como para que nos permita hacer un análisis general de lo que está ocurriendo en nuestro centro de salud, sin la influencia de una situación puntual como podría ser el período vacacional o una sustitución concreta. Por lo tanto, entendemos que los datos que hemos obtenido nos permitirán aproximarnos realmente a los usuarios, así como plantearnos las estrategias de mejora acordes con las necesidades de nuestra población.

Nuestra TIR es de 2,06/1.000 usuarios/año (1,7 en 2003, y 2,42 en 2004), inferior al Área de Salud de Tenerife, que es 3,34 (3,5 en 2003 y 3,18 en 2004). Esta cifra es inferior a la que comunican algunos autores^{2,22} y algo más elevada que en otras comunidades autónomas^{18,23}.

Según nuestros resultados, el perfil tipo del usuario que expresa con mayor frecuencia su disconformidad por escrito es una mujer de 40 años de edad, lo que coincide con las publicaciones^{2,3,9,18,24-26}. Como reflexión a este dato comentar que nuestra zona básica tiene un 11,7% de población mayor de 65 años, que es la que más frecuenta el centro y genera un mayor número de consultas, y a pesar de ello, la mayoría de las reclamaciones las presentaron usuarios en edades medias de la vida (el 70,6% de 30-59 años), similar a otros estudios^{2,3,9,18,24,25}. Este hecho podría significar que las personas mayores son más conformistas con las prestaciones que reciben, mientras que la población activa exige una mayor efectividad y un mejor trato en la asistencia².

A la hora de determinar las limitaciones de nuestro estudio, debemos tener en cuenta que no todos los usuarios insatisfechos reclaman, para algunos autores únicamente reclama un 4% del total de personas insatisfechas^{22,27,28}. Pensamos que el hecho de que analicemos reclamaciones escritas es un sesgo para conocer la opinión de un segmento de la población de mayor edad y menor nivel cultural, que probablemente presente importantes limitaciones a la hora de expresar por escrito su disconformidad. Asimismo la realización del estudio de manera retrospectiva y basándonos en las reclamaciones únicamente nos permitió valorar las variables que podemos recoger en aquéllas. Por ello, no haber podido recoger

Tabla 4. Análisis entre el motivo de la reclamación respecto al sexo y la edad

Motivo	Sexo				Edad			
	Mujer (n)	Varón (n)	OR (IC del 95%)	p	≤ 40 años ≤(n)	> 41 años (n)	OR (IC del 95%)	p
Asistencial-procedimiento	40	17	0,769 (0,349-1,692)	0,513	34	23	1,071 (0,525-2,186)	0,849
Organización-gestión	44	16	1,031 (0,468-2,267)	0,939	37	23	1,26 (0,618-2,570)	0,523
Estructural	8	1	66 (6,463-673,914)	< 0,0001	3	6	0,32 (0,077-1,360)	0,105
Total	92	34			74	52		

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

aspectos como nivel socioeconómico y de estudios es una de las limitaciones de nuestro estudio.

Observamos que los meses con mayor número de reclamaciones fueron de julio a noviembre, coincidiendo con problemas de obras, dado que el centro se encontraba en un período de remodelación de las infraestructuras, y la anulación, durante ese período, de la consulta de la matrona, cuyas quejas recayeron en la dirección del centro. En otros trabajos el período con más reclamaciones es de octubre a marzo, que coincide con la mayor actividad asistencial de los centros^{2,16}.

El médico de familia es el profesional con más reclamaciones, similar a lo encontrado en la literatura consultada^{2,16,18,23-25}. Esta circunstancia puede explicarse no sólo porque la actividad general que llevan a cabo estos profesionales es superior (con diferencia, son los profesionales que soportan mayor presión asistencial y, por tanto, tienen mayor contacto con los usuarios), sino también porque en el médico de familia se depositan las mayores exigencias y esperanzas². En orden descendente, le sigue la dirección-gerencia y el personal auxiliar-administrativo; sin embargo, al analizar la media de la reclamación ajustada por profesional, la distribución cambia: se mantiene el médico de familia como el profesional con más reclamaciones, aunque las diferencias con el resto de los profesionales se acortan.

La agrupación o clasificación de los motivos de reclamación no es homogénea en toda la literatura consultada; utilizar la clasificación de la ODDUS, que sí es común para toda nuestra comunidad autónoma, nos permite comparar nuestro centro con otras ZBS de Canarias.

El motivo de reclamación más frecuente en nuestro estudio es la demora asistencial, que coincide con el de nuestra área de salud; en ambos es la primera causa (CS de Taco, 28,6%, y área de salud, 25,4%). A diferencia de otros estudios, nos complace comprobar el escaso número de reclamaciones referentes a: información insuficiente (CS de Taco, 1,6%, y área de salud, 2,1%), insatisfacción en la prestación de asistencia (CS de Taco, 1,6%, y área de salud, 13,5%), negativa a la prestación de asistencia (CS de Taco, 1,6%, y área de salud, 2,0%), muy por debajo de nuestra área y de otros estudios de ámbito nacional.

Aparte de los problemas puntuales detectados en este estudio, como la anulación de la consulta de la matrona o las incomodidades por la mejora de la infraestructura, cuya solución es obvia, se plantea como oportunidades de mejora la posibilidad de cambios en la gestión de la sala de espera para que la insatisfacción producida por demora o falta de información no perjudique la relación médico-paciente. Entre las estrategias que consideramos interesantes, se pueden desarrollar en nuestro medio y van en la línea de mejorar los problemas detectados, está rediseñar los circuitos de atención para conseguir resolver los problemas de salud y los trámites administrativos en el menor número posible de visitas. Como línea de actuación a este respecto se planteó adecuar la organización de las agendas a las necesidades de los usuarios e impulsar la mejora de los circuitos asistenciales y administrativos del centro, potenciando las unidades administrativas para que puedan facilitar más apoyo a las unidades asistenciales.

Independientemente de las medidas a instaurar en una reclamación específica, su tramitación debe tener implícita la necesidad de una pronta información de retorno al reclamante, que en nuestro caso es deficitaria, ya que un 40,2% es de más de 30 días, muy superior a lo encontrado en otros estudios^{2,18}. Esto ha supuesto que se iniciase, nada más conocer los resultados de este estudio, un análisis detallado de las causas que impiden una rápida respuesta, con el fin de articular las medidas necesarias que nos permitan acercarnos a un período de respuesta de reclamación adecuado.

En conclusión, observamos que el perfil de nuestros reclamantes coincide con el de otros estudios de ámbito nacional. La principal queja planteada por nuestros usuarios fue la demora en la asistencia, al igual que en nuestra comunidad autónoma y en algunos estudios nacionales.

Entendemos que debemos priorizar las actuaciones dirigidas a mejorar la organización de las agendas, adaptándolas a las necesidades reales de nuestros usuarios.

Nos proponemos como línea futura de investigación conocer el grado de satisfacción del reclamante en relación con la respuesta ofrecida por escrito a su reclamación; para ello se está trabajando en la encuesta de satisfacción y nos planteamos la creación de un grupo focal que nos permita conocer la opinión del usuario.

Agradecimientos

Los autores de este trabajo agradecemos a la Gerencia de Atención Primaria del Área de Tenerife que nos facilitó el acceso a los datos.

Bibliografía

1. Plan estratégico de Atención Primaria 2006-2009. Servicio Canario de Salud. Dirección General de Programas Asistenciales; 2006.
2. López A, Ortiz H, De Miguel C. Análisis de las reclamaciones presentadas en un área de atención primaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2003;18:153-8.
3. Gómez Castro MJ, Bernal Blasco I, Guerra Cabrera F, Mirabal Sánchez V, Lorenzo Riera A. Satisfacción de los usuarios de una zona de salud. Diferencias según modelo asistencial. *Aten Primaria*. 1997;20:90-3.
4. Ballesteros Pérez A, García González A, Fontcuberta Martínez J, Sánchez Rodríguez F, Pérez Crespo C, Alcázar Manzanera F. La demora en la consulta de Atención Primaria: ¿se puede mejorar? *Aten Primaria*. 2003;31:377-81.
5. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17:273-83.
6. Nebot Adell C, Baqués Cavallé T, Crespo García A, Valverde Caballero I, Canela Soler J. La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;35:290-4.
7. Otero Puime A, Saturno Hernández P, Marquet Palomar R. Mejora de la calidad en Atención Primaria. En: Martín Zurro A,

- Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria. 4.ª ed. Barcelona: Harcourt Brace; 1999. p. 399-417.
8. Ibern Regas P. La mesura de la satisfacció en els serveis sanitaris. *Gac Sanit.* 1992;6:176-85.
 9. Garzón González G, Ortiz Marrón H, Lázaro Montero T, Martínez Galisteo M. ¿Son diferentes las quejas de los usuarios de atención primaria según el modelo de atención? *Aten Primaria.* 1998;21:43-5.
 10. Jain A, Ogden J. General Practitioners', experiences of patients' complaints: qualitative study. *BMJ.* 1999;318:1596-9.
 11. Delgado A. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. *Cuadernos de Gestión.* 1997;3:90-101.
 12. Lim HC, Tan CB, Goh LG, Ling SL. Why the patients complain? A primary health care study. *Singapore Med J.* 1998;39:390-5.
 13. Starfield B, Cassady Ch, Nanda J, Forrest ChB, Berk R. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. *J Fam Pract.* 1998;46:216-25.
 14. Gil García J, Jiménez Redondo A, León Serrano JJ, et al. Satisfacción del usuario: hojas de reclamaciones en los centros de salud del distrito sanitario de Córdoba. *Centro de Salud.* 1995;3:594-7.
 15. Bernal M, Navarro C. Estudio de las reclamaciones procedentes del Servicio de Atención al Paciente. *Todo Hospital.* 1997;139:39-43.
 16. Caballero Oliver A, Montilla Sanz MA, Fernández de Simón A, Garrido Cruz I, Montero Romero E, Navarro Rodríguez A. Análisis de las reclamaciones presentadas en un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Calidad Asistencial.* 1998;13:426-30.
 17. Gorbacho M, García-Mata JR, Bleuca M. La reclamación encubierta. Identificando problemas de calidad. *Rev Calidad Asistencial.* 2001;16:29-34.
 18. Nebot Adell C, Juvanet Ribot N, Orfila Pernas F, Abós Herrándiz R, Canela Soler J. Análisis de las reclamaciones en un centro de atención primaria de salud de especialidades. *Aten Primaria.* 2000;26:107-10.
 19. Orden del 20 de septiembre 2001, por la que se desarrolla el Decreto 94/1999, de 25 de mayo. *Boletín Oficial de Canarias* 2001/127 (viernes 28 de septiembre de 2001).
 20. Maderuelo Fernández J, Carriedo Ule E, Serrano Temprano M, Almaraz Gómez A, Berjón Barrientos A. Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi. *Aten Primaria.* 1996;17:348-52.
 21. Pascual López I, Uris Selles J, Alfonso Doménech M, Sanmartín 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;15:421-5.
 22. González-LLinares R, Arrúe-Aldanondo B, Pérez-Boillos MJ, Sánchez-González E, Ansótegui-Pérez J, Letona-Aramburu J. La gestión de la información sobre quejas y reclamaciones en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. *Rev Calidad Asistencial.* 2003;18:591-7.
 23. Campillos Paez MT, Medina Peralta M, Cortés Rubio JA. ¿Valoran las reclamaciones de distinta manera los equipos de gestión y los profesionales de atención primaria? *Aten Primaria.* 2000;25:197-9.
 24. Pérez-Redón González J, Melo Rodríguez D. Análisis de las reclamaciones en el Distrito Sanitario Jerez. *Centro de Salud.* 1998;6:249-54.
 25. Jiménez Lorente C, Odriozola Aranzábal G, Ibáñez Fernández A, Gámez Gámez E, Aguilera Ariza E. Opinión de los usuarios: "las reclamaciones". *Centro de Salud.* 2001;9:448-52.
 26. González M, Prat A, Matiz MC, Carreños J, Adell C, Asenjo MA. La gestión de las reclamaciones en el plan de calidad hospitalario. *Rev Calidad Asistencial.* 2001;16:700-4.
 27. Horovitz J. La calidad del servicio. A la conquista del cliente. Madrid: McGraw-Hill; 1991.
 28. Detrie P. Cómo ganar clientes. Guía práctica de la calidad total. Madrid: Paraninfo; 1994.