

La voz del cliente

Ainhoa Valenciano González

PID_00148793



Universitat Oberta
de Catalunya

www.uoc.edu

Índice

Introducción	5
Objetivos	6
1. Marco conceptual	7
1.1. Factores impulsores del cambio	8
1.2. Teorías de la satisfacción	8
1.3. Calidad técnica y calidad percibida	9
2. Enfoques para escuchar la voz del cliente	12
2.1. Medición directa de la satisfacción del paciente	13
2.1.1. El proceso de medición directa de la satisfacción del cliente	14
2.2. Canales de recogida de información sobre la satisfacción del paciente	24
2.2.1. Las quejas y reclamaciones de los pacientes	25
2.3. Medición indirecta. Indicadores de rendimiento de la satisfacción del paciente	26
2.4. Relación entre las medidas directas y las indirectas	28
Glosario	29
Bibliografía	30

Introducción

Este módulo está dedicado a "la voz del cliente", paciente o usuario de unos servicios sanitarios que escuchan y buscan satisfacer sus necesidades y expectativas.

En la primera parte del módulo se explican las principales nociones y teorías relacionadas con este concepto y qué supone estructural y organizativamente escuchar la opinión del paciente.

En la segunda parte se explican las diferentes perspectivas desde las cuales una organización orientada al paciente tendría que actuar para conocer la opinión de sus pacientes y el rendimiento que obtiene respecto a su satisfacción. Todo ello con el fin de la mejora continua.

Objetivos

Los objetivos de este módulo son:

- 1.** Conocer el contexto en el que se engloba actualmente la voz del cliente en el sector sanitario; qué cambios ha supuesto y qué factores los han impulsado.
- 2.** Entender los conceptos básicos y las teorías relacionadas con la voz del cliente.
- 3.** Conocer los diferentes enfoques o perspectivas desde los que se escucha la voz del cliente.
- 4.** Definir el proceso de medición directa de la satisfacción del cliente y las principales herramientas de medición aplicadas al sector sanitario.
- 5.** Conocer los principales canales de recogida de información sobre la satisfacción del paciente. Importancia de las quejas y reclamaciones.
- 6.** Saber qué son y cómo se definen las medidas indirectas de satisfacción en relación con las medidas directas de satisfacción.

1. Marco conceptual

Actualmente, los clientes disponen de un mayor nivel de conocimiento e información sobre las alternativas que el mercado les ofrece en sus distintos ámbitos, y cada vez son menos los que se muestran fieles a las marcas y continuamente tratan de detectar nuevas alternativas de consumo, lo que obliga a las empresas a desarrollar estrategias orientadas a la conquista de nuevos clientes y a diseñar herramientas que busquen la fidelización de sus clientes.

Para lograr clientes fieles es condición necesaria, pero no suficiente, tener clientes satisfechos. Por lo tanto, la razón de ser de la empresa es satisfacer a los clientes, ajustando la producción a su demanda. Sin clientes satisfechos la empresa no tiene sentido y termina por desaparecer, y para conocer qué es lo que satisface a los clientes, es decir, qué es lo que demandan, es imprescindible escuchar su voz, la voz del cliente.

Aunque con motivaciones algo diferentes respecto al sector industrial privado, el sector sanitario no es ajeno a este fenómeno. Ciertamente, su objetivo principal no es la captación de nuevos clientes, aunque la pérdida indiscriminada de usuarios a favor de otro centro de similares características o, en el caso de un sistema de cobertura pública universal, el aumento constante del grado de actividad del sector médico privado, son señales de alarma del nivel de calidad de los servicios sanitarios.

El sector sanitario acepta que el paciente/usuario es el eje sobre el que gira y a quien se debe orientar los servicios que oferta. De esta forma, el usuario de los centros sanitarios adquiere un protagonismo del que carecía hasta hace bien poco. El paciente ya no es un mero receptor de información: se transforma en actor responsable de su proceso de salud y de la prevención de la enfermedad, asumiendo su corresponsabilidad y participando en la elección del curso terapéutico.

Está demostrado que cuando el paciente adopta un papel activo tiene más probabilidades de afrontar con éxito su enfermedad (o llevar adelante su embarazo, si éste es el caso, con mayor satisfacción) y, desde luego, valorará mejor la labor y las atenciones que le han brindado los profesionales.

Referencia bibliográfica

G. Eysenbach; T. L. Diepgen (1999). "Patients looking for information on the Internet and seeking teledvice: motivation, expectations, and misconceptions as expressed in e-mails sent physicians". *Archives of Dermatology* (núm. 135, págs. 151-156).

Referencia bibliográfica

J. M. Jurán; F. M. Gryna; R. S. Bingham (1990). *Manual de control de calidad*. Barcelona: Reverté.

Referencia bibliográfica

Fundación Salud, Innovación y Sociedad (2005). *La centralidad del paciente en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Novartis (Documento de trabajo 21).

1.1. Factores impulsores del cambio

El desarrollo económico, la elevación del nivel cultural y educativo y el uso creciente de las TIC son elementos que han favorecido el cambio social y cultural. Estos factores han posibilitado que los pacientes tengan un mayor acceso a multitud de fuentes de información que antes eran patrimonio del médico y han contribuido a que los pacientes, como contribuyentes del sistema, hayan tomado conciencia de su derecho a reclamar y exigir unos servicios sanitarios de calidad, acordes con sus necesidades y expectativas.

Este nuevo marco de relación entre pacientes y profesionales sanitarios ha supuesto un cambio cultural, estructural y organizativo de los servicios sanitarios.

Ejemplo

- El cambio de una atención sanitaria orientada al paciente, expresada en la propia misión de los procesos asistenciales, que incluye términos como "satisfacer y dar respuesta a las necesidades y demandas de los pacientes con garantías de seguridad, respeto, accesibilidad, etc."
- Una mayor participación e integración de los ciudadanos en los sistemas de asistencia sanitaria.
- La aparición de nuevos agentes implicados en el proceso de atención al paciente, a saber: Dirección de Atención al Ciudadano en la Consejería de Salud; unidades y/o servicios de atención al paciente/usuario en cada organización de servicios sanitarios, etc.; y por último,
- El paso de una cultura médica paternalista, donde el paciente es un elemento pasivo, a la nueva concepción del "paciente competente"¹, capacitado y autosuficiente para afrontar eficazmente procesos de enfermedad y para hacer un eficiente uso de los recursos sanitarios disponibles.

1.2. Teorías de la satisfacción

El concepto de *satisfacción* ha sido explicado en función de diferentes teorías psicosociológicas, existiendo un debate abierto acerca de cuál de ellas es la que mejor lo explica. Veámoslas:

- Teoría de la **acción razonada**. Afirma que los pacientes tienen expectativas sobre distintos aspectos de la asistencia sanitaria y que, tras recibir tratamiento, evalúan cada uno de esos aspectos de la prestación sanitaria para ellos relevantes.
- Teoría de la **disonancia** o de las **discrepancias**. La satisfacción depende de la discrepancia entre lo que desea el paciente y lo que realmente obtiene. La mayoría de los autores considera que esta teoría es la que mejor se acomoda a los datos empíricos que se conocen.

Referencia bibliográfica

J. J. Mira; V. Pérez-Jover; S. Lorenzo (2004). "Navegando en Internet en busca de información sanitaria: nos es oro todo lo que reluce". *Atención Primaria* (núm. 33, págs. 391-399).

⁽¹⁾ J. J. Mira (2004). *El paciente competente, una alternativa al paternalismo* (artículo en línea en <<http://www.fundacionmhm.org>>).

- Teoría del **intercambio**. Un paciente se mostrará satisfecho cuando lo recibido sea mejor de lo que esperaba.
- Teoría de la **deprivación**. Un paciente se sentirá satisfecho si, tras recibir la asistencia, no experimenta un sentimiento de deprivación, de decepción o de injusticia.
- Teoría de la **asimilación-contraste**. La satisfacción es el resultado de comparar la percepción que posee el paciente de cómo se ha producido el proceso asistencial con los estándares personales de lo que él considera una atención mínimamente aceptable. Si la atención recibida supera su nivel de expectativa, el paciente se muestra francamente satisfecho.

1.3. Calidad técnica y calidad percibida

El servicio en sí mismo ya no es suficiente. Los pacientes que acuden a la consulta de un centro de salud o de un hospital ya no sólo esperan recibir una buena asistencia sanitaria, en términos de calidad técnica. Los pacientes también desean "recibir un trato correcto, quieren experimentar que la organización sanitaria ha pensado en ellos cuando diseña sus procesos de trabajo, sentir que se les respeta como personas, desean una información detallada y comprensible, buscan comodidades acordes con su nivel de vida y, cada vez más, quieren participar en la toma de decisiones sobre su salud".

Esto es lo que destacaba un estudio realizado por miembros del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante), con la colaboración de la SEAUS, sobre lo que los pacientes españoles esperan. El mismo estudio concluía con una serie de recomendaciones para mejorar la comunicación con el paciente y asegurar el respeto a sus valores como persona.

Referencia bibliográfica

V. Pérez-Jover; J. J. Mira; O. Tomás; J. Rodríguez-Marín (2005). "Cómo llevar a la práctica la Declaración de Derechos del Paciente de Barcelona. Recomendaciones para mejorar la comunicación con el paciente y asegurar el respeto a sus valores como persona". *Revista de Calidad Asistencial* (vol. 20, núm. 6, págs. 327-336).

Es la calidad percibida y no la calidad técnica la que más incide en el sentimiento de bienestar de las personas, y calidad percibida y calidad técnica no siempre van de la mano.

Tan importante es la forma de ofertar el servicio a los usuarios como el propio servicio ofertado. Así pues, no basta con una buena asistencia, que se supone: el usuario pide sobre todo una buena atención.

Abundando en este tema, estudios realizados por Blendon, y apoyados en datos de la OMS, afirman que bastantes sistemas sanitarios con un elevado grado de eficiencia consiguen escasa valoración por parte de los usuarios.

Referencia bibliográfica

R. J. Blendon; M. Kim; J. M. Benson (2001). "The Public Versus The World Health Organization On Health System Performance; Who is better qualified to judge health care systems: public health experts or the people who use health care?". *Health Affairs* (núm. 20, págs. 10-20).

Y en este punto se centra un interesante debate: "¿Puede el paciente opinar sobre la calidad técnica del servicio que se le ha ofrecido?"

- Hay autores que creen que los usuarios valoran cuestiones distintas y enfrentadas a las valoradas por los profesionales sanitarios cuando evalúan la calidad de la asistencia sanitaria.

Según esta corriente de opinión, las características científico-técnicas de la asistencia sólo pueden ser evaluadas por los profesionales sanitarios porque sólo ellos disponen de los conocimientos y experiencias adecuadas; el paciente carece de la capacidad necesaria para evaluarla.

Referencia bibliográfica

J. J. Mira; J. Aranaz; M. A. Blanco, y otros (2001). "Calidad Relacional y Satisfacción del Usuario". En: P. Rodríguez Pérez; J. García Caballero (eds.). *Calidad en la Atención Sanitaria: Conceptos Teóricos y Aplicaciones Prácticas*. (págs. 149-194). Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva.

La visión de los usuarios

Los usuarios no ven que la calidad relacional profesional-paciente esté relacionada con la calidad científico-técnica, aunque admiten que puede verse influida por ésta, puesto que desconocen muchos de los muchos indicadores básicos para la salud pública, como las tasas de mortalidad, las medidas de prevención o la efectividad.

Referencia bibliográfica

S. Pérez-Camarero; A. Hidalgo Vega; J. Del Llano Señarís (2007). "Calidad, satisfacción y sanidad público-privada". *Informes de Gestión Clínica y Sanitaria* (vol. 9, núm 3, pág.105).

- Hay autores que defienden que la satisfacción del cliente no constituye una característica en sí de la calidad, sino que es el objetivo de la misma y, por tanto, es un instrumento más de medida de la calidad de la atención médica. Según esta corriente de opinión, hay correlación entre la calidad intrínseca de la atención médica y la calidad percibida, argumentando que, a diferencia del cliente que, por ejemplo, opina sobre un producto, el cliente de los servicios evalúa el servicio global y no aspectos parciales de la prestación, y el resultado de esta evaluación es el grado de calidad percibida.

Referencia bibliográfica

M. P. González (2008). *Guía SEAUS. La Atención al Usuario: Marco Conceptual y Organizativo. Cartera básica en atención al usuario*. Barcelona: SEAUS.

Referencia bibliográfica

J. Varo (1993). *Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios: Un modelo de Gestión Hospitalaria*. Valencia: Ediciones Díaz de Santos.

- Hay autores que distinguen entre satisfacción (evaluación subjetiva) y evaluación objetiva de los servicios, a lo que llaman *calidad percibida*. La satisfacción se define como el componente afectivo de la actitud y conlleva procesos cognitivos y emocionales, hace referencia a un juicio global; mientras que la calidad percibida hace referencia a aspectos más específicos en la prestación de un servicio: para que un paciente pueda sentirse satisfecho, debe haber experimentado satisfacción con un servicio sanitario alguna vez; en cambio, la calidad percibida puede evaluarse sin experiencia previa.

Referencia bibliográfica

J. M. Freire Campo (1991). "Las preferencias del consumidor en los servicios sanitarios: Nivel práctico". *MAPFRE Medicina* (vol. 2, núm. 3, págs. 141-150).

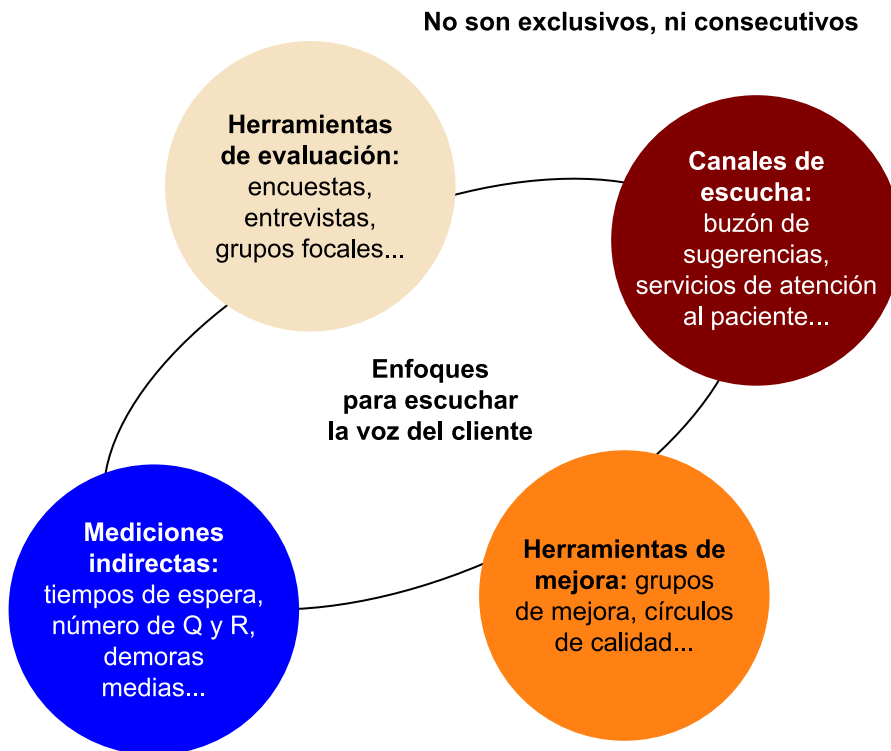
J. J. Mira; J. Rodríguez-Marín; S. Tirado; E. Sitges (2000). "Semejanzas y diferencias entre Satisfacción y Calidad Percibida". *Revista de Calidad Asistencial* (núm 15, págs. 36-42).

Los criterios de calidad técnica establecidos en la oferta sanitaria deben complementarse con los criterios subjetivos de satisfacción expresados por la demanda de los servicios sanitarios, y ambos conceptos no siempre coinciden.

Debe tenerse en cuenta que la calidad percibida por los usuarios, en la medida que es consecuencia de sus propias apreciaciones, refleja esencialmente la manera en la que perciben el funcionamiento del sistema sanitario y se ve influida por factores como edad, sexo, nivel educativo y económico, estado de salud y resultados de las acciones sanitarias que el individuo experimenta como sujeto.

2. Enfoques para escuchar la voz del cliente

Para que una organización sanitaria pueda conocer con bastante certeza qué opinan sus pacientes sobre ésta y cómo la valoran, es imprescindible que recoja información desde varios puntos de vista.



La principal fuente de información es la opinión directa de los propios pacientes, que obtendremos con herramientas que midan su percepción (encuestas, entrevistas etc.). No obstante, estas medidas tendrían que verse apoyadas y complementadas por otros canales a través de los cuales el paciente pueda expresarse (buzón de sugerencias, servicios de atención al paciente, etc.) e indicadores de carácter indirecto que nos dan una idea del rendimiento de la organización en cuestiones de satisfacción del paciente.

En el siguiente esquema se presentan distintas herramientas que se utilizan para escuchar la voz del cliente que se explicarán en los próximos apartados:

- Herramientas de medición directa:
 - encuestas a pacientes,
 - grupos focales de pacientes,
 - entrevistas a pacientes,
 - modelo QFD.
- Canales de recogida de información sobre la satisfacción del cliente:

- buzón de sugerencias,
 - servicios de atención al paciente,
 - quejas, reclamaciones y agradecimientos de pacientes,
 - grupos de mejora,
 - grupos de discusión,
 - estudios y análisis detallados sobre la percepción del paciente.
- Indicadores de rendimiento de la satisfacción:
 - demoras medias en los tiempos de espera,
 - número de quejas y reclamaciones,
 - número de agradecimientos aparecidos en prensa o recogidos en áreas de atención al paciente,
 - demora media de respuesta a las reclamaciones interpuestas,
 - número de reuniones o contactos realizados con pacientes,
 - implantación de nuevos servicios,
 - tasa de participación en las encuestas a pacientes,
 - análisis de las incidencias relacionadas con pacientes o que hayan afectado a pacientes.

2.1. Medición directa de la satisfacción del paciente

Conocer el grado de satisfacción de los pacientes ha de servir a las organizaciones para generar planes de mejora acordes con las expectativas de los pacientes.

El conocimiento de la actitud y de las expectativas de los pacientes aumenta las oportunidades estratégicas de la organización, al favorecer la toma de mejores decisiones sobre futuras mejoras o cambios, y posibilita un mejor uso de los recursos, orientándolos a resolver los problemas más decisivos. También permite disponer de una información cuantitativa que posibilita el seguimiento de la evolución de los servicios prestados y, en algunos casos, la comparación con los resultados de otros centros similares.

Las herramientas de medición directa de satisfacción del paciente se pueden utilizar tanto de forma conjunta como aisladamente, dependiendo del objeto de estudio. Lo importante, sin embargo, no es la aplicación de la herramienta en sí, sino la identificación posterior de áreas de mejora y su traducción en planes y acciones de mejora para integrarlos en los planes de gestión de las organizaciones sanitarias.

2.1.1. El proceso de medición directa de la satisfacción del cliente

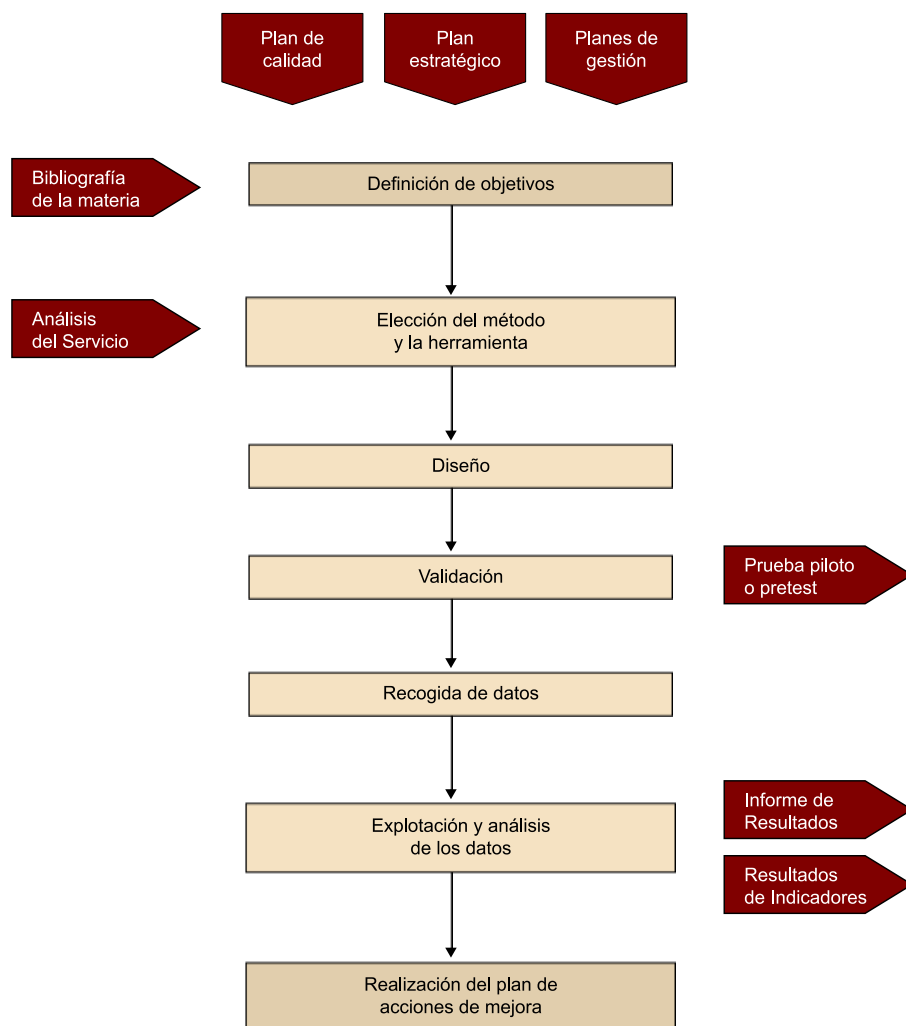


Diagrama del proceso de medición directa de la satisfacción del cliente

Definición del constructo

Se deben definir correctamente los objetivos específicos que se quieren alcanzar con la medición y a qué servicio o ámbito se limita (a qué pacientes se refiere, sobre qué aspectos en concreto, etc.).

Como elementos de entrada tenemos los planes de calidad, el plan estratégico y/o los planes de gestión, que nos marcarán las líneas generales y los elementos prioritarios en esta cuestión. Puede que sea preciso realizar una revisión bibliográfica o la consulta de expertos para este primer paso.

El objeto de medida debe ser definido de forma clara y precisa. Es importante analizar el servicio que se va a valorar para conocer sus atributos o características principales (los que va a percibir el paciente, fundamentalmente), que se considerarán individualmente y también en relación con su incidencia sobre aspectos determinantes de la calidad del servicio.

Niveles de análisis

- Atributos elementales. Los elementos más significativos del servicio.
- Atributos determinantes de la calidad. Los elementos determinantes en la percepción del cliente (trato, seguridad, información, etc.).
- Atributos relativos al servicio global. Los elementos que dan una visión global del servicio.

Varios estudios aplican metodologías cualitativas que coinciden en que los atributos o dimensiones de satisfacción de los procesos asistenciales son los siguientes:

- trato,
- información,
- accesibilidad,
- competencia técnica del personal,
- confort,
- continuidad de cuidados,
- valoración del resultado de la intervención.

Obtención de los datos

Cualquiera que sea el instrumento de medida elegido, ha de reunir las siguientes características (evidentemente, cualquier estudio se debe hacer a partir de datos generados por los propios pacientes):

- Adecuación. La herramienta tiene que ser la adecuada para lo que se pretende medir (teóricamente justificable) e intuitivamente razonable.
- Validez de contenido. Los ítems utilizados tienen que ser indicadores de lo que se pretende medir.
- Validez de constructo. Se deben delimitar claramente las dimensiones y reflejar las teorías relevantes del fenómeno que se mide.
- Validez de criterio. La puntuación de cada sujeto debe estar referenciada con un Gold Standard que tenga garantías de medir lo que se pretende medir.
- Fiabilidad. La herramienta debe ser precisa. La precisión se valora a través de la consistencia (nivel de relación entre las preguntas), la estabilidad temporal (concordancia en los resultados de la misma muestra realizada por el mismo evaluador en dos situaciones distintas) y la concordancia interobservadores (nivel de acuerdo de la misma muestra entre dos evaluadores, o en diferente tiempo, si se obtienen iguales resultados).

- **Sensibilidad.** La herramienta tiene que ser capaz de medir cambios tanto en los diferentes individuos como en la respuesta de un mismo individuo a través del tiempo.
- **Aceptación** por parte de pacientes, usuarios, profesionales e investigadores.

Una vez diseñado el borrador definitivo de la herramienta de medida elegida, es recomendable proceder a su validación mediante una prueba piloto para detectar posibles fallos y aspectos que no se habían tenido en cuenta en su diseño.

En los cuestionarios, además, dado que se pretende utilizar una escala de medición que permita obtener resultados comparables entre diferentes individuos o del mismo individuo en diferentes momentos, se evaluará su fiabilidad y validez de la siguiente forma:

Fiabilidad

- **Consistencia.** Se evalúa mediante el coeficiente alfa de Cronbach, cuyos valores oscilan entre 0 y 1. Se considera una buena consistencia interna cuando el valor de alfa es superior a 0,7.
- **Estabilidad temporal.** Se evalúan mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI). Se considera aceptable una correlación superior al 70%.
- **Concordancia interobservadores.** Se evalúa mediante el porcentaje de acuerdo y el índice Kappa.

Validez

- **Contenido.** Se evalúa mediante valoraciones cualitativas de investigadores expertos.
- **Constructo.** Se evalúa mediante un análisis factorial y una matriz multi-rasgo-multimétodo.
- **Criterio.** Se evalúa mediante el coeficiente de correlación de Pearson (variables cuantitativas) y el cálculo de la sensibilidad y la especificidad (variables cualitativas).

Explotación de los datos

En esta fase se utilizan frecuentemente técnicas estadísticas o de representación gráfica de la información obtenida. Las más utilizadas son los **gráficos de barras**, que facilitan la comparación y permiten visualizar más fácilmente

las prioridades de mejora, y las **matrices de impacto**, que pueden ser complementarias a los gráficos de barras y sitúan a cada atributo analizado en una posición determinada según su impacto definido por dos factores.

Matriz de impacto

A continuación se muestra un ejemplo de una matriz de impacto que valora la gravedad y la probabilidad de que suceda el objeto de estudio. Las zonas coloreadas marcan la priorización:

		Gravedad →			
		Leve	Moderado	Grave	Muy grave
↑ Probabilidad	Certeza				
	Probable				
	Poco probable				
	Muy raro				

- Zona roja: nivel de máximo impacto; requiere de actuaciones inmediatas.
- Zona naranja: nivel de impacto moderado; requiere de actuaciones que no se deben demorar en el tiempo.
- Zona verde: nivel de bajo impacto; no se requieren actuaciones especiales.

El objetivo final de cualquier proceso de medición es la mejora de la calidad percibida y el aumento del grado de satisfacción de los pacientes; por lo tanto, los resultados del análisis de los datos obtenidos deben derivar en un plan de acción que defina las acciones concretas que se llevarán a cabo para mejorar dichos aspectos.

En los siguientes apartados presentaremos algunas de las herramientas de medición directa de la satisfacción del cliente más utilizadas.

Las encuestas de satisfacción de pacientes

La encuesta es un proceso estructurado², unidimensional o multidimensional, de recogida de información mediante la cumplimentación de una serie predefinida de preguntas.

⁽²⁾A todos los participantes se les formulan las mismas preguntas, de la misma forma y en la misma secuencia.

Las encuestas de satisfacción del paciente se han extendido por casi la totalidad de centros y hospitales resultando ser, junto con las entrevistas, la técnica de recogida de datos más empleada, porque es menos costosa, permite llegar a un mayor número de participantes y facilita el posterior análisis, aunque presenta algunas limitaciones (que veremos más adelante) que pueden restar valor al estudio.

Una vez definido el constructo, se diseñan los elementos del cuestionario. Para ello, los expertos recomiendan tener en cuenta las siguientes pautas:

- **Brevedad.** Incluir sólo las preguntas más importantes y de la manera más escueta posible.
- **Claridad.** Las preguntas han de ser claras y simples, utilizando el lenguaje del cliente. Es conveniente situar en primer lugar las preguntas más fáciles para incentivar las respuestas.
- **Especificidad.** Hay que redactar las preguntas específicamente para la investigación en curso. Copiar de otros cuestionarios puede distorsionar los resultados.
- **Información.** Explicar el propósito del cuestionario y el interés de que lo responda el cliente (vincularlo con el objetivo y el plan de acciones de mejora).
- **Instrucciones.** Exponer claramente las instrucciones para las respuestas.

A la hora de redactar las preguntas, es importante tener en cuenta cómo se va a administrar el cuestionario (por vía telefónica, por correo o mediante personal cualificado) y si va a ser autocumplimentado.

Pros y contras

Las encuestas telefónicas o mediante personal cualificado suelen tener mejor tasa de respuesta que las que se envían por correo postal, pero tienen un coste mayor. Las encuestas telefónicas, si el cuestionario es largo, pueden provocar cansancio en el entrevistado.

También se debe tener presente que el planteamiento de las preguntas puede condicionar los resultados obtenidos. Se formularán preguntas neutras que no condicionen la respuesta y se evitarán los estereotipos.

Las preguntas pueden ser cerradas o abiertas, según el tipo de información que queramos obtener:

- Las preguntas cerradas son aquellas en las que se especifican de antemano las respuestas alternativas. Son más fáciles de tabular y analizar. Aunque más difíciles de elaborar, ya que hay que contemplar todas las alternativas.
- Las preguntas abiertas son aquellas cuyas respuestas no están preestablecidas sino que cada encuestado contesta con sus propias palabras, sin más límite que el del espacio reservado para ello. Las respuestas suelen ser más detalladas, puesto que permiten observaciones y comentarios, aunque requieren un mayor tiempo y esfuerzo de codificación al tener que transformar las respuestas en variables que puedan ser tabuladas y analizadas estadísticamente.

Una vez redactadas las preguntas, hay que definir las escalas de medida que se utilizarán en las respuestas, que pueden ser las siguientes:

Ejemplo

No hay que formular preguntas ambiguas, ni negativas o que incluyan otra pregunta.

Un recurso

Como medida de seguridad se puede incluir como última opción la siguiente: "Otras, especificar por favor".

- Nominales. Número limitado de categorías mutuamente excluyentes.
- Dicotómicas. Sólo dos categorías, tipo Sí/No; Verdadero/Falso.
- Ordinales. Variable de escala nominal cuyas categorías siguen un orden explícito.
- Continuas. Número infinito de valores. La distancia entre los intervalos es idéntica.
- Acumuladas. Puntuación por intervalos definidos por el investigador.

Otras escalas

Existen escalas complejas que combinan diferentes respuestas en una única puntuación, como las de Likert y de Guttman:

- La escala de Likert comprende varias frases (habitualmente cinco, que van desde el total de acuerdo hasta el total desacuerdo), que expresan una opinión, favorable o desfavorable, sobre un tema. El número de frases favorables ha de ser similar al número de frases desfavorables. Cada tipo de respuesta tiene una puntuación y, en general, la puntuación más alta indica acuerdo y la más baja, desacuerdo.
- La escala de Guttman presenta un pequeño número de frases, que expresan una actitud favorable o desfavorable sobre un tema. Están redactadas de modo que quien está de acuerdo con la cuarta frase, por ejemplo, también lo está con las anteriores. Las frases son siempre de intensidad creciente y referidas a un solo tema o concepto. El inconveniente de esta escala es que no discrimina suficientemente entre individuos, por lo que su uso está limitado.

Una vez diseñada la encuesta, se procede a seleccionar la muestra. La encuesta puede dirigirse tanto a clientes potenciales como a clientes actuales:

- En el primer caso se pretende anticiparse a sus demandas.
- En el segundo caso se pretende corregir deficiencias que pudiera haber en el servicio.

La muestra elegida debe ser representativa de la población total y con un tamaño suficiente para asegurarnos la precisión de los resultados, teniendo en cuenta los recursos de los que se dispone.

El único método de muestreo que garantiza la representatividad de la muestra es el aleatorio.

Métodos de muestreo

Métodos aleatorios

Simple. Selección al azar de los individuos de entre el total de la población objeto.

- Estratificado. Los individuos son estratificados y seleccionados al azar dentro de cada agrupación.
- Por área geográfica. Los individuos son agrupados por zonas geográficas después de que se haya seleccionado aleatoriamente esta área.

Nota

También se pueden encuestar a poblaciones más restringidas como pacientes hospitalizados, que sean usuarios de un determinado servicio, que hayan sido intervenidos quirúrgicamente, etc.

- Por itinerario o ruta aleatoria. Se determinan de forma aleatoria un conjunto de rutas dentro de un área geográfica seleccionada.

Métodos no aleatorios

- Por cuotas. A cada entrevistador se le asigna una cuota de individuos de la muestra, concretando las condiciones requeridas para la elección.
- Opinático. El entrevistador tiene libertad para seleccionar los individuos de la muestra.

Ya hemos comentado que los cuestionarios pueden ser autocumplimentados o administrados por medio de un encuestador, en cuyo caso estaríamos ante una entrevista. En cualquier caso, es muy importante el procedimiento de ejecución de la encuesta: los resultados de la misma pueden verse alterados en función de cómo, cuando y quién realice las preguntas.

Ved también

Las entrevistas se abordan en el siguiente subapartado.

Posibles inconvenientes y limitaciones a tener en cuenta en la elaboración de las encuestas

- Problemas de interpretación derivados del uso de la jerga en la formulación de las preguntas. Es importante especificar los objetivos de la encuesta y que las instrucciones sean claras y precisas elaboradas en un lenguaje llano entendible por los pacientes.
- Momento en el que se realiza la encuesta. El momento puede influir en las valoraciones y por tanto en la validez de la encuesta. En general se piensa que las respuestas a las encuestas en el domicilio y unos días después del alta son más sinceras y fiables. Es preferible evitar el periodo de hospitalización y el momento de salida del hospital.
- Falta de solidez teórica, validez, adecuación, fiabilidad y/o sensibilidad por no respetar la rigurosidad científica.

Desde el enfoque del servicio que busca la satisfacción de las necesidades y deseos del cliente, se popularizó el cuestionario SERVQUAL, que se basa en el modelo de los desajustes. El análisis de las respuestas de este cuestionario ofrece un diagnóstico sobre los problemas organizativos, de estilo de dirección y de clima laboral responsables de la pérdida de la calidad en la prestación del servicio en cualquier organización.

Las ventajas que ofrece este modelo es que se basa en un modelo teórico consolidado, posee solidez métrica y su diseño parte de estudios empíricos que han permitido identificar las dimensiones básicas de la calidad percibida desde el punto de vista del cliente: tangibilidad, capacidad de respuesta, empatía, fiabilidad y seguridad.

En el sector sanitario público, basado en el modelo SERVQUAL, se ha desarrollado el cuestionario SERVQHOS. Este cuestionario consta de 19 ítems a los que se responde mediante una escala diseñada para identificar la zona de to-

lerancia, donde el servicio es aceptable. Está diseñado para ser administrado dos o tres veces al año (según los patrones epidemiológicos estacionales), y su uso se ha simplificado merced a una sencilla aplicación informática.

Las entrevistas

La diferencia más significativa de la entrevista respecto a la encuesta es que no tiene por qué ser totalmente estructurada, las preguntas suelen ser de carácter más abierto y siempre habrá alguien que entreviste. Como la encuesta, también puede ser telefónica o directa (personal).

Ventajas de la entrevista personal:

- Suele tener una mayor tasa de respuestas.
- Las respuestas son más espontáneas.
- Si se trata de una entrevista no estructurada o semiestructurada, ésta puede aportar más información o información más detalladas.
- Se puede controlar el orden de las respuestas.

Inconvenientes de la entrevista personal:

- Es más costosa que la encuesta autocumplimentada.
- Requiere más tiempo y es más laboriosa su realización.
- Puede haber riesgo de influencia del entrevistador.

Los grupos focales

Los grupos focales son un tipo de entrevista, pero con la entidad e importancia suficiente como para destacarlos en un punto a parte. Consisten en reunir un grupo de individuos, pacientes en este caso, y suscitar entre ellos una discusión, desde la experiencia personal, sobre el tema de interés.

En comparación con otras técnicas de grupos nominales, como por ejemplo el *brainstorming* o la técnica Delphi, el objetivo de los grupos focales no es llegar a un consenso, sino recopilar la información suficiente y adecuada sobre el tema de estudio para detectar puntos fuertes y posibles fallos o insuficiencias y poder desarrollar acciones de mejora al respecto.

El principal propósito de la técnica es el de lograr una información que no sería posible obtener, con suficiente profundidad, mediante otras técnicas tradicionales, tales como la observación, la entrevista personal o la encuesta.

Las personas seleccionadas suelen ser representativas de una población concreta. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que no configuran una muestra estadísticamente representativa, ya que el número de participantes es reducido y puede no haber la misma proporción de subgrupos. Por eso, y teniendo

en cuenta que la información que se obtiene es cualitativa, conviene utilizarla simplemente como método para extraer información, que podría ayudar a predecir comportamientos y actitudes, pero sin validez estadística.

También cabe considerar que los resultados obtenidos de estos grupos pueden ser elementos de entrada para el diseño y puesta en marcha de otras técnicas como las encuestas.

En la planificación de los grupos focales conviene atender los siguientes pasos:

- Determinar el propósito del grupo focal. Es muy importante tener claro desde el principio cuál es el objetivo final de la reunión, ya que condicionará el resto de las fases.
- Determinar los participantes. Se recomienda formar grupos de entre seis y diez personas. Deben tenerse presentes aspectos como la implicación (que tengan relación directa con el objeto de estudio), la adecuación (que sean personas que nos puedan aportar información valiosa), la heterogeneidad (representación variada de la muestra) y, por supuesto, la disposición para poder participar.
- Preparar las preguntas. Seleccionar las preguntas más importantes y adecuadas considerando que no es conveniente que la sesión se alargue más de una hora y media. Estas preguntas tendrán una secuencia lógica y organizada, serán lo más concretas y estimulantes posibles, así como claras y fáciles de entender por los presentes.
Es aconsejable una pregunta final que sintetice la opinión de las personas invitadas sobre el tema en general.
- Planear la reunión. Prever elementos como el día, la hora, el lugar de reunión, la duración estimada, los medios de apoyo, etc.
- Invitar a los participantes. Es recomendable hacer llegar a los participantes una invitación formal en la que se explique el motivo por el que se considera adecuada su participación, en qué consiste el grupo focal, con qué fin se realiza, la metodología de trabajo, su cometido, la agenda propuesta y el tiempo estimado de la sesión. Se considera adecuado hacer saber el tipo de preguntas que se realizarán. No debe olvidarse que la participación es totalmente voluntaria.

En el desarrollo de los grupos focales propiamente dicho, podemos identificar cuatro fases:

- Apertura de la reunión. Se presentan los asistentes, se hace una breve introducción al tema recordando el objetivo de la reunión y se exponen las reglas mínimas de comportamiento.

- Ronda de preguntas. En un principio, para incentivar a una mayor participación se pueden formular, una por una, las preguntas planificadas a cada uno de los asistentes, respetando las respuestas tipo "yo opino lo mismo".
- Discusión y debate. Se abre la opción del debate, pudiendo responder sin ningún orden establecido, pero siempre respetando las reglas establecidas al inicio de la reunión.
- Cierre de la sesión. El moderador hace un resumen de lo más destacado y pregunta al grupo para obtener su percepción global.

Al acabar el grupo focal, conviene redactar un informe final que consiste, generalmente, en un resumen de las líneas surgidas como respuesta a cada una de las preguntas. Este resumen debe ser lo más objetivo posible, intentando reflejar las actitudes y opiniones del grupo. Debe incluir no sólo aspectos formales del estudio, sino también detalles acerca de la configuración del grupo, desarrollo de las sesiones, resultados y conclusiones finales.

Para acabar este apartado, destacamos algunas cuestiones dignas de consideración:

- El moderador. El papel fundamental del moderador consiste en estimular la discusión y mantener al grupo centrado en el tema que se trata. Debe tener la experiencia suficiente para evitar que el grupo derive a otros temas fuera de la investigación. Debe ayudar a que surja un nivel de discusión vivo y productivo sobre el tema elegido. También debe limitar el tiempo de las cuestiones y procurar que los líderes no monopolicen la discusión y minimizar los tiempos de silencio o crispación. Es recomendable que el moderador sea una persona que no esté directamente vinculada a las personas participantes.
- El registrador/anotador. La tarea del anotador o secretario consiste en grabar la sesión, en caso de que así se decida, y/o la de tomar apuntes de los comentarios de los participantes.
- El lugar de reunión. El lugar donde se vaya a llevar a cabo la reunión debe ser agradable, sin ruido, disponer de una mesa, a poder ser redonda, donde los participantes puedan verse de frente sin que haya asientos más destacados que otros. Se recomienda que sea neutral, separado del contexto real de la vida de los participantes. Es importante disponer a los participantes de manera que se evite la formación de grupos.
- La interpretación de la información. Es recomendable realizar una reconstrucción por escrito de lo sucedido inmediatamente después de la sesión, anotando observaciones, impresiones, actitudes etc. Esto facilita la elaboración del informe final.

El modelo QFD

El modelo QFD es una herramienta desarrollada por A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry que trata de medir la calidad percibida por los clientes siguiendo la teoría de los desajustes o de la disonancia que, recordemos, sugiere que la diferencia entre las expectativas de los clientes y sus percepciones respecto al servicio constituye la medida de la calidad del servicio.

En la planificación de un QFD conviene atender los siguientes pasos:

- Identificar y jerarquizar a los clientes.
- Identificar las expectativas de los clientes. Mediante contactos, grupos de discusión, análisis de las quejas y reclamaciones, etc., se analiza la visión del cliente para conocer su situación y expectativas.
- Precisar las expectativas de los clientes. A partir de la información recogida en la fase anterior, se concretan las expectativas de los clientes.
- Elaborar la encuesta de clientes y ejecutarla.
- Elaborar los cuadros de la calidad demandada y planificada. Mediante estos cuadros se identificarán las oportunidades de mejora de la organización.
- Elaborar el cuadro de las características de la calidad. Mediante este cuadro se determina cómo mejorar la producción del servicio para cumplir con las expectativas de los clientes.

2.2. Canales de recogida de información sobre la satisfacción del paciente

Desde el punto de vista metodológico, es importante tener en cuenta diferentes focos por medio de los cuales una organización pueda escuchar la voz del cliente. Como hemos visto, las herramientas de medición como los cuestionarios son elementos muy relevantes para evaluar la satisfacción del paciente, pero no son suficientes.

Recordemos

Escuchar la voz del cliente no quiere decir recoger encuestas, SAPU, quejas y reclamaciones: comporta reconocer que el conjunto de actividades que se realizan deben centrarse en satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes o pacientes. Ello implica disponer de los mecanismos necesarios para recoger estas expectativas y de un método para traducir la información recogida en oportunidades de mejora.

Una organización sanitaria centrada en el paciente tiene que disponer de canales y mecanismos que proporcionen un *feed-back* con el paciente y que ayuden a cambiar o modificar sus servicios con el fin de satisfacer las necesidades de sus pacientes y mantener una interacción con ellos, beneficiándose así ambas partes.

En este aspecto, mecanismos que indudablemente puedan ofrecer importantes opciones de mejora son los buzones de sugerencias, los círculos de calidad y discusión o los grupos formados por pacientes que busquen la mejora en aspectos concretos del servicio. Sin embargo, el principal canal de comunicación son las unidades de atención al paciente, que, entre otras cosas, gestionan sus quejas y reclamaciones.

2.2.1. Las quejas y reclamaciones de los pacientes

Las quejas³ y reclamaciones⁴ denotan que existe un defecto percibido en la calidad del servicio, ya sea éste de atención médica o del servicio al paciente. Sin embargo, debemos tener en cuenta que su ausencia o escasez no suele ser consecuencia de una clientela satisfecha sino, tal vez, de un sistema de comunicación deficitario que no responde adecuadamente a las demandas de los clientes.

⁽³⁾Una reclamación es una queja realizada formalmente que demanda una contestación formal por escrito dentro de los plazos legales estipulados.

⁽⁴⁾Una queja es una expresión de disconformidad efectuada oralmente con respuesta oral.

Por este motivo, las quejas y las reclamaciones son un sistema de detección de problemas muy útil y deben ser consideradas como un factor significativo en la evaluación tanto de la satisfacción de los pacientes como de la calidad de los servicios. Por otro lado, debemos tener en cuenta que también aportan información útil relativa a los siguientes aspectos:

- Definir o ajustar la política y la estrategia de la organización.
- Anticipar las necesidades y expectativas de los clientes.
- Mejorar la satisfacción del cliente con los servicios prestados.
- Identificar áreas de mejora en los procesos de prestación del servicio.
- Reforzar la orientación al cliente.

La faceta negativa de las quejas y las reclamaciones es que sólo muestran una pequeña parte de las actitudes, opiniones e insatisfacción de los clientes (efecto iceberg). Además, la gestión de las quejas y las reclamaciones es costosa para la organización en cuanto a tiempo, personal y dedicación se refiere.

Cualquier queja o reclamación es una oportunidad de mejora que hay que aprovechar por varias razones:

- Evitar el daño que pueden causar los clientes descontentos.
- Mejorar los proyectos de futuro.
- Completar la información sobre la calidad proporcionada por otras herramientas de medición como las encuestas.
- Conocer qué es lo importante para cada cliente.
- Aumentar la confianza del reclamante.

Una atención eficaz de las quejas y reclamaciones precisa:

- Una política que establezca los circuitos necesarios para su adecuado tratamiento.
- Una estructura que las analice y trate.
- Un procedimiento preciso para su procesado.
- Personal resolutivo y preparado.

2.3. Medición indirecta. Indicadores de rendimiento de la satisfacción del paciente

Cualquier organización sanitaria orientada al paciente y la mejora continua requiere de mecanismos para conocer los resultados de sus procesos y de la calidad de los servicios prestados.

Como hemos visto, en materia de satisfacción, el método más importante y directo para conocer la percepción de los clientes/pacientes es preguntarles directamente mediante alguna de las herramientas presentadas. Y todo ello, soportado en estructuras organizativas y físicas cuyo cometido es la atención al paciente.

Sin embargo, la organización todavía necesita medidas internas que de manera objetiva y concreta midan el rendimiento de sus procesos respecto al servicio y atención ofrecidos a los pacientes.

En este sentido, los indicadores de rendimiento de la satisfacción del paciente nos ofrecen de manera indirecta la información necesaria para evaluar la eficacia y efectividad de la organización y poder medir de manera integral las percepciones y expectativas de los pacientes.

La elección de indicadores apropiados es un aspecto importante, ya que deben representar de la manera más fiel posible el atributo o la dimensión que se quiere medir.

Ejemplo

Proceso	Hospitalización
Atributo	Confort
Indicadores	Número de quejas y reclamaciones sobre las instalaciones

Proceso	Urgencias
Atributo	Tiempos de espera
Indicadores	Demora media de espera en función del índice de gravedad (triaje)

Proceso	Proceso asistencial en atención primaria
Atributo	Participación de pacientes
Indicadores	Tasa de respuesta a las encuestas de satisfacción

Proceso	Proceso asistencial en atención primaria y/o especializada
Atributo	Implicación de pacientes
Indicadores	Número de grupos focales (cualquier técnica cualitativa) llevados a cabo con pacientes

Proceso	Proceso asistencial en atención primaria y/o especializada
Atributo	Imagen externa
Indicadores	Número de agradecimientos interpuestos por los clientes

Los métodos indirectos valoran la satisfacción de los pacientes mediante el estudio de otros aspectos de la asistencia sanitaria, expresan el rendimiento de la organización en términos de satisfacción y son un importante complemento de las medidas directas de percepción.

La información extraída del análisis de los datos obtenidos por medio de estos indicadores debería permitir conocer con anticipación el cumplimiento de las necesidades y expectativas y requisitos del cliente.

Ejemplo

Otros ejemplos de indicadores relacionados con las quejas y reclamaciones son los siguientes:

- Número de quejas, reclamaciones y agradecimientos.
- Porcentaje de reclamaciones resueltas en menos de treinta días.
- Porcentaje de motivos y áreas de reclamaciones.

- Porcentaje de reclamaciones resueltas en un mes y demora media.
- Porcentaje de reclamaciones que detectan áreas de mejora.

2.4. Relación entre las medidas directas y las indirectas

Las mediciones indirectas deberían tener en cuenta las relaciones, escalas y objetivos definidos en las mediciones directas, con el fin de posibilitar su anticipación a la percepción directa por parte de los clientes. Por lo tanto, es necesario tener indicadores de proceso relacionados con los atributos o las dimensiones definidas en la medición directa.

Estadísticamente, se puede establecer un grado de relación entre las medidas directas e indirectas, a partir de su línea de regresión (coeficiente de correlación de Pearson), de forma que podamos establecer relaciones causa-efecto entre ellas.

Glosario

calidad percibida *f* Grado de percepción de aspectos concretos en la prestación de un servicio o producto.

calidad relacional profesional-paciente *f* Calidad percibida por el paciente en su relación con el servicio sanitario.

calidad técnica o científico-técnica *f* Grado de aplicación de los conocimientos y tecnología médicos disponibles.

cliente externo *m* Cliente no perteneciente a la organización en cuestión.

cuestionario *m* Instrumento estructurado de recogida de datos primarios.

datos primarios *m* Datos obtenidos directamente de los propios informadores.

despliegue de la función de calidad *f* Método para conocer las expectativas del cliente, sistematizar la información recogida y tenerla en cuenta en todas las fases del diseño y desarrollo de un producto o servicio.

En: Quality Function Deployment

Sigla: QFD

eficiencia *f* Relación entre el impacto real de un servicio y su coste de producción. También se conceptúa como la prestación del máximo de servicios de calidad por unidad de recursos disponibles o la prestación del máximo de unidades comparables de cuidados sanitarios por unidad de recursos utilizados.

entrevista *f* Método que profundiza y clarifica cuestiones que escapan a la observación del investigador.

indicador *m* Soporte de información (habitualmente expresión léxica) que representa una magnitud, de manera que mediante el análisis del mismo se permite la toma de decisiones sobre los parámetros de actuación (variables de control) asociados.

indicador de proceso *m* Indicador impulsor que hace referencia al rendimiento de un proceso.

ítem *m* Unidad básica de información de un instrumento de evaluación; generalmente consta de una pregunta y de una respuesta cerrada.

medida directa de satisfacción *f* Medida que recoge las opiniones directamente del cliente.

medida indirecta de satisfacción *f* Datos registrados a partir de información existente en la propia empresa. También se conocen como *medidas complementarias*.

percepción *f* Opinión de una persona o grupo.

proceso *m* Secuencia de actividades que van añadiendo valor mientras se produce un determinado producto o servicio a partir de determinadas aportaciones.

prueba piloto *f* Puesta a punto de un instrumento o herramienta que sirve para detectar errores que pudieran alterar la obtención y la calidad de los datos.

rendimiento *m* Medida de lo alcanzado por una persona, organización o proceso.

tormenta de ideas *f* Técnica de trabajo en grupo que pretende la generación de ideas a base de estimular la creatividad de los participantes con el fin de definir las posibles causas de un problema, identificar las acciones contenedoras e identificar las posibles soluciones.

En: brainstorming

Bibliografía

Badía, X.; Carné, X. (1998). "La evaluación de la Calidad de Vida en el Contexto del Ensayo Clínico". *Medicina Clínica* (núm 110, págs. 550-556).

Blendon R. J.; Kim, M.; Benson, J. M. (2001). "The Public Versus The World Health Organization On Health System Performance; Who is better qualified to judge health care systems: public health experts or the people who use health care?". *Health Affairs* (núm. 20, págs. 10-20).

Eysenbach, G.; Diepgen T. L. (1999). "Patients looking for information on the Internet and seeking teledvice: motivation, expectations, and misconceptions as expressed in e-mails sent physicians". *Archives of Dermatology* (núm. 135, págs. 151-156).

Freire Campo, J. M. (1991) "Las preferencias del consumidor en los servicios sanitarios: Nivel práctico". *MAPFRE Medicina* (vol. 2, núm. 3, págs. 141-150).

Fundación Salud, Innovación y Sociedad (2005). *La centralidad del paciente en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Novartis (Documento de trabajo 21).

González, M. P. (2008). *Guía SEAUS. La Atención al Usuario: Marco Conceptual y Organizativo. Cartera básica en atención al usuario*. Barcelona: SEAUS.

Jurán, J. M.; Gryna, F. M.; Bingham R. S. (1990). *Manual de control de calidad*. Barcelona: Reverté.

Mira, J. J. (2004). *El paciente competente, una alternativa al paternalismo* (artículo en línea en <<http://www.fundacionmhm.org>>).

Mira, J. J. (2006). "La Satisfacción del Paciente: Teorías, Medidas y Resultados". *Todo Hospital* (núm. 224, págs. 90-97).

Mira, J. J.; Aranaz, J.; Blanco, M. A, y otros (2001). "Calidad Relacional y Satisfacción del Usuario". En: P. Rodríguez Pérez; J. García Caballero (eds.). *Calidad en la Atención Sanitaria: Conceptos Teóricos y Aplicaciones Prácticas*. (págs. 149-194). Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva.

Mira J. J.; Pérez-Jover V.; Lorenzo S. (2004). "Navegando en Internet en busca de información sanitaria: nos es oro todo lo que reluce". *Atención Primaria* (núm. 33, págs. 391-399).

Mira, J.J.; Rodríguez-Marín, J.; Tirado, S.; Sitges E. (2000) "Semejanzas y diferencias entre Satisfacción y Calidad Percibida". *Revista de Calidad Asistencial* (núm 15, pág. 36-42).

Peel, M. (1991). *El Servicio al Cliente*. Bilbao: Deusto.

Pérez-Camarero, S.; Hidalgo Vega, A.; Del Llano Señarís, J. (2007). "Calidad, satisfacción y sanidad público-privada". *Informes de Gestión Clínica y Sanitaria* (vol. 9, núm 3, pág.105).

Pérez-Jover, V.; Mira, J. J.; Tomás, O.; Rodríguez-Marín, J. (2005). "Cómo llevar a la práctica la Declaración de Derechos del Paciente de Barcelona. Recomendaciones para mejorar la comunicación con el paciente y asegurar el respeto a sus valores como persona". *Revista de Calidad Asistencial* (vol. 20, núm. 6, págs. 327-336).

Varo, J. (1993). "El Servicio al Cliente". En: *Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios: Un Modelo de Gestión Hospitalaria* (págs. 489-519). Valencia: Ediciones Díaz Santos.

Varo, J. (1993). *Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios: Un modelo de Gestión Hospitalaria*. Valencia: Ediciones Díaz de Santos.