ORIGINAL

Implantación de un plan de calidad en un servicio de urgencias y su impacto en la satisfacción del paciente

Francisco José SALVADOR SUÁREZ, Javier MILLÁN SORIA, Carlos José TÉLLEZ CASTILLO, Carles PÉREZ GARCÍA, Conxa OLIVER MARTÍNEZ

Servicio de Urgencias, Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva, Valencia, España.

Correspondencia:
Francisco José Salvador Suárez
C/ Tomell, 2 - Piso 5 - Pta. 11
46980 Paterna, Valencia, España
E-mail: fransalv@hotmail.com

Fecha de recepción:
5-12-2011

Fecha de aceptación:
13-2-2012

Conflicto de intereses:
Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Los datos preliminares de 2007 y 2008 fueron presentados como póster expuesto en el XXI Congreso Nacional de SEMES en Benidorm, Junio 2009.

Objetivo: Analizar el impacto de la implantación de un plan de calidad para mejorar la gestión de la demanda de atención urgente, en la evolución de las reclamaciones de los usuarios y su grado de satisfacción.
Método: Estudio longitudinal observacional descriptivo prospectivo. Periodo de estudio: enero 2007 a diciembre 2010. Líneas del plan de calidad: desarrollo del plan funcional, un plan dirigido a la información y seguridad clínica, un sistema de gestión por procesos, un plan de actuación en formación y docencia con el desarrollo de un cuadro de mandos y un sistema de autoevaluación para el análisis de resultados. Análisis estadístico: test t de Student para variables continuas y la ji al cuadrado para dicotómicas o el Test exacto de Fisher y la corrección de Yates como test no paramétricos. Variables: urgencias atendidas/mes, número de reclamaciones y sus motivos, tiempos de estancia media en urgencias y demora admisión-1ª atención médica, y encuestas de opinión.
Resultados: Se han incluido 210 reclamaciones: 81 en 2007, 59 en 2008, 48 en 2009 y 22 en 2010. El 76,2% de ellas han sido por demora asistencial, seguidas por aquellas relacionadas con la disconformidad con las normas de organización (7,1%). Hay una reducción progresiva del porcentaje de reclamaciones respecto al total de urgencias atendidas con un valor de la ji al cuadrado de tendencia lineal de 28,28 ($p < 0,01$). Tras la implantación del programa de calidad en 2008, disminuyeron un 73,5% las reclamaciones por demora y dejaron de producirse reclamaciones por falta de intimidad y por accidentes en el centro.
Conclusiones: El análisis de las reclamaciones es una herramienta útil de monitorización de la calidad asistencial. La implantación de un sistema de gestión de la calidad, se convierte en esencial en la mejora de la atención urgente del paciente sin costes adicionales. [Emergencias 2013;25:163-170]

Palabras clave: Análisis de reclamaciones. Servicio urgencias hospitalario. Calidad asistencial.

Introducción

En España fueron atendidos en el año 2009 más de 26 millones de ciudadanos entre todos los hospitales del territorio nacional, es decir, más de 70.000 urgencias diarias, con una tasa de incremento anual de la demanda de asistencia urgente del 6,7% en los últimos 10 años según publicación de la revista EMERGENCIAS en 2008[1].

Las causas que han originado este aumento son múltiples: el incremento demográfico; el desarrollo de la sanidad pública; el nivel educacional de la población[2] que condiciona un cambio en la percepción subjetiva de gravedad, la ansiedad del paciente por una respuesta inmediata a sus demandas asistenciales, así como la falta de educación sanitaria y la existencia de una cultura hospitalocéntrica sin conciencia del coste y con alto grado de exigencia, que conllevan al uso sustitutivo de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), para evitar demoras en otros niveles asistenciales, sin acudir previamente a los servicios de urgencias extrahospitalarios donde deberían atenderse las patologías banales[3].

Esta gran presión asistencial puede ocasionar el retraso en la atención al reducir la información recibida y generar una insatisfacción global sobre el proceso asistencial lo que se traduce en un aumento del número de quejas y reclamaciones en los SUH[4-6], donde los tiempos de espera constituyen un importante indicador de calidad[6-8].

Para atender esta actividad con criterios de calidad y eficiencia, cada vez es más necesario desarrollar en los SUH sistemas de gestión de calidad asistencial[9,10] por varias razones: es una exigencia ciudadana donde ya no es suficiente curar al enfermo sino que además debe estar satisfecho con la atención recibida; hasta un 80% de los problemas que se detectan están relacionados con deficiencias en la organización (formación, protocolización, normativización, etc.); y finalmente porque los costes de la no-calidad pueden llegar a suponer un 25% del coste total.

El objetivo de nuestro estudio ha sido comparar y analizar el impacto del diseño, desarrollo y aplicación de un plan de calidad en la evolución de las reclamaciones de los usuarios y su grado de satisfacción con el SUH durante los años 2008, 2009 y 2010, con la situación previa en el año 2007. Y a que el índice de reclamaciones junto al grado de satisfacción está considerado un buen indicador para evaluar la calidad de un SUH[11-13].

Método

Estudio longitudinal observacional descriptivo prospectivo[14] de enero de 2007 a diciembre de 2010 donde se han incluido todas las reclamaciones y encuestas de satisfacción realizadas por los usuarios del Servicio de Urgencias.

El Hospital Lluís Alcanyís es un centro asistencial de área o nivel II de la red sanitaria de la *Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana,* con 259 camas funcionantes, con un SUH que atiende más de 65.000 pacientes/año (incluida la edad pediátrica considerada hasta los 13 años y 11 meses) con una población asignada de 208.380 habitantes.

La atención urgente es llevada a cabo por un equipo de médicos facultativos que asumen la atención integral de las urgencias en el área médica, pediatría, traumatología y especialidades quirúrgicas sin existir aumento de plantilla en épocas de mayor presión asistencial. Los médicos en formación realizan guardias en el SUH con rotación en las distintas áreas de atención en función de su calendario docente.

El SUH dispone de libro de reclamaciones las 24 horas. El hospital, además, tiene un servicio de atención e información al paciente (SAIP) con horario de atención de 8 a 15 h, con un punto de información ubicado próximo a admisión y sala de espera de urgencias, donde se dirige todo usuario o familiar que quiera efectuar una reclamación[15] y que depende funcionalmente de la gerencia del hospital. El SAIP gestiona de forma independiente todas las reclamaciones del hospital y realiza las encuestas de opinión de los usuarios del SUH.

Se han incluido todas las reclamaciones presentadas como queja escrita con el formulario normalizado correspondiente en el SAIP en esos periodos y codificadas en su propia base de datos, independientemente del motivo de atención del paciente y de la gravedad de su proceso.

Definimos reclamación como "la expresión de la opinión del usuario en relación con un acto o proceso asistencial, respecto a las relaciones interpersonales, la comunicación con los profesionales sanitarios, la organización, las condiciones de habitabilidad, el alojamiento y el confort, entre otros aspectos, derivada como consecuencia de la atención sanitaria recibida en un centro, servicio o establecimiento sanitario que no le ha satisfecho, y de la cual el usuario espera un actuación al respecto[16]". Los motivos de reclamación se codifican en 13 categorías.

Se han incluido los resultados obtenidos de los cuestionarios de opinión del paciente (preguntas cerradas con escala tipo Likert) elaborados y analizados por la Dirección General de Calidad y Atención al Paciente de la Agencia Valenciana de Salud y que se realiza de forma anual y anónima mediante muestreo aleatorio simple a los pacientes atendidos en el SUH.

Se han excluido todas las reclamaciones y cuestionarios no legibles, así como las reclamaciones no firmadas, sin la fecha de atención y/o motivo de la queja.

En el segundo semestre del año 2007, por iniciativa del SUH se crea el Grupo de Trabajo en Calidad y Seguridad Clínica del Servicio de Urgencias formado por representantes de cada uno de los estamentos con labor asistencial en el SUH; en enero del 2008 se presenta, aprueba y expone el plan de calidad con los siguientes objetivos y líneas de actuación general:

1. Definición, diseño y desarrollo del conjunto básico de indicadores que reflejen de modo claro, fiable y significativo los perfiles básicos de la actividad asistencial (Tabla 1) obtenidos de 3

Tabla 1. Catálogo de indicadores del servicio de urgencias establecidos en 2008

Indicadores de actividad
Urgencias atendidas
Presión de urgencias
Indicadores de calidad de proceso
Demora de 1ª atención
Demora *triaje*-1ª atención médica
Tiempo medio en urgencias
Tiempo medio en urgencias por especialidad
% altas informáticas
Nº de pacientes clasificados en *triaje*
% de pacientes clasificados en *triaje*
Tiempo medio admisión-*triaje*
% de pacientes clasificados en *triaje* por niveles
Indicadores de calidad de resultado
Nº absoluto de ingresos en urgencias
Porcentaje de ingresos urgentes
Urgencias trasladadas
Tasa de traslados
Tasa de retornos en 72 h
Tasa de mortalidad
Nº de pacientes con destino Unidad de Hospitalización a Domicilio
Nº de fallecimientos
Nº de altas voluntarias
Nº de pacientes fugados sin ser atendidos
Nº de ingresos en observación de urgencias

Tabla 2. Procedimientos para la organización de la atención al paciente divididos en 3 grupos

A. Procedimientos generales de la atención del paciente
– Recepción acogida y clasificación del paciente.
– Atención al paciente en la consulta básica
– Atención al paciente crítico o de nivel 1 adulto
– Atención al paciente crítico o con nivel 1 pediátrico
– Atención al paciente en el área de traumatología-especialidades
– Alta/Ingreso del paciente
– Atención al paciente en el área de pediatría
– Atención al Paciente en el área de observación
– Atención al paciente en el área de consultas generales
B. Procedimientos generales de gestión/logísticos
– Dispensación de tratamientos y gestión de la farmacia del SUH
– Esterilización y limpieza de material
– Procedimiento de custodia de pertenencias.
– Gestión de residuos
– Abastecimiento de material almacenable de limpieza, fungible, papelería y material diagnóstico
– Reposición y mantenimiento de las áreas asistenciales
C. Procedimientos relacionados con la asistencia
– Realización de examen radiográfico
– Gestión del paciente cadáver
– Alta voluntaria
– Atención a la mujer víctima de violencia doméstica
– Exposición a material infectante
– Ingreso de pacientes con fractura de cadera
– Funcionamiento de la unidad de dolor torácico
– Procedimiento para el transporte sanitario de pacientes
– Manejo de hemoderivados
– Traslado del paciente con amputación de miembros
– Cumplimentación del parte de lesiones judicial
– Determinación de alcoholemia
– Atención sociosanitaria infantil y protección al menor
– Realización de pruebas de laboratorio

fuentes de información: Servicio de Admisión y Documentación Clínica del hospital; registro del visor de informes de alta ATLAS usado en el SUH y registro del sistema informatizado de *triaje* Manchester instaurado en nuestro SUH desde el año 2006.

2. Desarrollo de un plan de organización del SUH donde se definen áreas funcionales, circuitos de atención según grado de gravedad asignado en el *triaje,* medios diagnósticos y terapéuticos y el tiempo previsible de estancia, con la definición de área física de atención y equipo que integra (médico, auxiliares, enfermería y celadores).

Las áreas funcionales definidas fueron: área de recepción y admisión, área de clasificación y de consulta básica, área de reanimación, área de consultas generales, área de observación, área de pediatría y área de traumatología-especialidades.

3. Elaboración del mapa de procesos del SUH (Tabla 2); se definen los procesos clave y subprocesos que incluye, para la organización de la atención al paciente; su misión, definición funcional, equipo de atención, actividades que integra y un análisis modal de fallos y efectos para identificar los riesgos y actividades de mejora de cada uno.

4. Plan de actuación dirigido a mejorar la información del paciente sobre su proceso asistencial y el funcionamiento y organización del SUH: creación de un manual de acogida que incluye las áreas asistenciales, colocación de paneles informativos sobre el sistema de *triaje* por prioridades, publicación de las normas del SUH, y sistemas de información de los tiempos de espera a tiempo real dispuestas en las salas de espera.

5. Plan de coordinación con otros niveles asistenciales: servicios hospitalarios, servicios extrahospitalarios de emergencias, centros de salud y hospitales terciarios subsidiarios de ser emisores o receptores de pacientes para el propio SUH.

6. Evaluación sistemática de protocolos, guías clínicas y procedimientos; desarrollado por un equipo multidisciplinar (médico, enfermero, auxiliar y médico en formación) encargado de evaluar su implantación, realizar revisiones y actualizaciones periódicas.

Los protocolos están consensuados con otros servicios hospitalarios e incluyen: 1. Introducción con objetivos generales y específicos. 2. Evaluación inicial del paciente: clasificación y ubicación inicial. 3. Datos de la historia clínica.

4. Manejo global en el SUH. 5. Criterios de ingreso. 6. Indicadores de calidad. 7. Algoritmo de actuación. 8. Hoja monodosis para el ingreso del paciente. 9. Anexos, si precisa.

Se desarrollan 26 guías clínicas de las patologías más prevalentes en los SUH (Protocolo para el manejo del dolor torácico), 22 técnicas de apoyo y soporte vital (la punción intraósea) y 22 hojas monodosis para el ingreso hospitalario (tratamiento de la encefalopatía hepática).

Todos los protocolos, guías y procedimientos quedan archivados en soporte informático en los ordenadores del SUH con copia en papel en archivadores dispuestos en las distintas áreas asistenciales para su consulta.

7. Plan de actuación dirigida a la seguridad del paciente y del personal sanitario con las siguientes líneas estratégicas: evaluación y formación en seguridad clínica, prevención de caídas, prevención de exposición a material potencialmente infectante por el personal sanitario, prevención de infecciones durante el proceso asistencial, prevención de errores de identificación y detección de problemas relacionados con la medicación. Con un sistema informatizado de recogida de eventos adversos, así como análisis causa raíz de todos los recogidos.

8. Plan de formación y docencia: establece programación de sesiones clínicas y cursos formativos para facultativos, enfermería, celadores, auxiliares y médicos en formación.

9 Se desarrolla un cuadro de mandos y un sistema de autoevaluación para el análisis de resultados.

Las fases del cronograma del plan incluyen su diseño, difusión, desarrollo e implantación durante el periodo 2008-2009, analizándose de forma anual los resultados.

Las variables analizadas fueron: número de urgencias atendidas/mes, número de reclamaciones, tasa y análisis por meses, sexo, edad y motivo de reclamación, tiempo de estancia media en urgencias, tiempo de demora admisión-1ª atención médica, y resultados de las encuestas de opinión realizadas por el SAIP.

Análisis descriptivo expresado como media ± desviación estándar (variables cuantitativas) y como valor absoluto y porcentajes (variables cualitativas). Para el análisis bivariable se utilizó el test t de Student para variables continuas y la ji al cuadrado para las dicotómicas o el test exacto de Fisher y la corrección de Yates como test no paramétricos. Se consideró un nivel de significación estadística para un valor de $p < 0,05$ (IC 95%). El tratamiento de los datos se realizó con el programa SPSS 19.0 para Windows.

Resultados

Durante los años de estudio fueron atendidos 260.296 pacientes (2007: 67.466 pacientes; 2008: 66.429 pacientes, 2009: 65.657 pacientes, 2010: 60.744 pacientes), un 47,4% varones y el 52,6% mujeres. Las características de los pacientes en cada periodo eran comparables entre sí, sin existir diferencias significativas por sexo y/o grupos de edad.

De las 236 reclamaciones recogidas durante los 4 años, se incluyeron 210 y se excluyeron 26 (1 por no constar el motivo de la queja, 2 ilegibles, 23 por ser únicamente verbales en el SAIP sin llegar a realizar la reclamación por escrito).

Se observa una reducción del número absoluto de reclamaciones y del porcentaje de reclamaciones respecto al total de urgencias atendidas (Figura 1), con un valor de la ji al cuadrado de tendencia lineal de 28,28 ($p < 0,001$) y una reducción del 27,2% en el 2008 (59 reclamaciones; 0,89‰) del 40,7% en el 2009 (48 reclamaciones; 0,73‰), y del 72,8% en el 2010 (22 reclamaciones; 0,36‰), con respecto a 2007 (81 reclamaciones; 1,20‰) sin diferencias significativas por sexo ($p = 0,058$) y edad ($p = 0,062$) de los reclamantes entre los periodos de estudio.

Además se aprecia una reducción del número absoluto de reclamaciones por demora en la prestación sanitaria y de su porcentaje respecto al total de urgencias atendidas. El 59,2% fueron mujeres y el 40,7% hombres, con una edad media de 38,9 años (16-91 años).

En el análisis por motivos de reclamación, el 76,2% (160 reclamaciones) fueron por demora en el proceso asistencial, seguidas por aquéllas relacionadas con la disconformidad con las normas internas de organización (7,1%); falta de recursos humanos (6,2%), y errores administrativos (2,9%).

En el análisis por periodos de tiempo apreciamos un mayor número de reclamaciones durante el tercer trimestre del año (julio, agosto y septiembre), donde se acumulan el 28,4% de las reclamaciones del 2007, el 18,6% en 2008, el 45,8% en 2009 y 54,5% en 2010.

De forma aislada hubieron más reclamaciones en diciembre del 2007 (11 reclamaciones), en febrero del 2008 (15 reclamaciones) y en agosto de 2009 (13 reclamaciones).

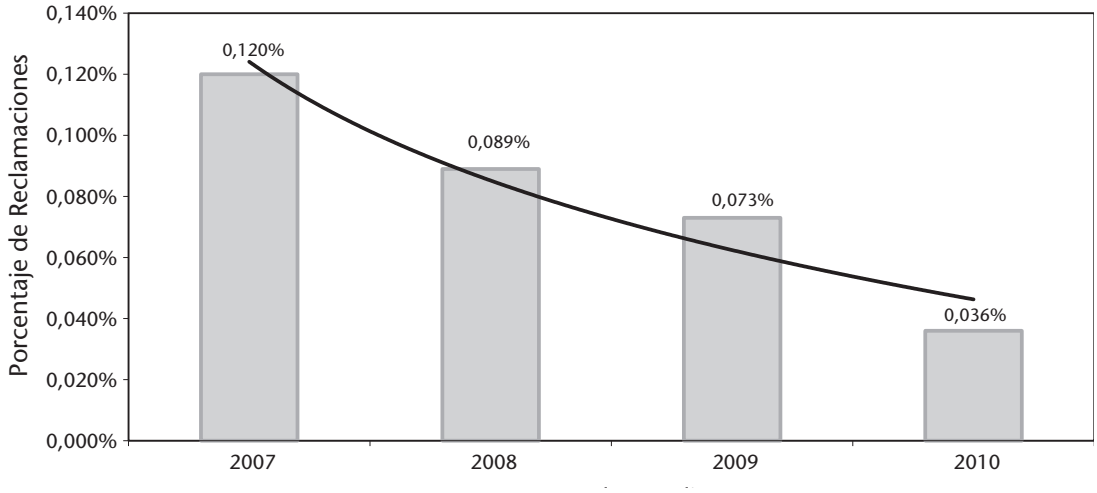

Figura 1. Porcentaje de reclamaciones respecto a urgencias atendidas por año de estudio y tendencia lineal. Ji al cuadrado de tendencia lineal (χ^2_{TL0}) = 28,28, p < 0,001.

No existe una asociación estadísticamente significativa entre los meses con mayor demanda de atención urgente y el número de reclamaciones presentadas (p = 0,062) (Figura 2). La estancia media en urgencias fue similar (p = 0,002) durante los periodos de estudio (04:11:

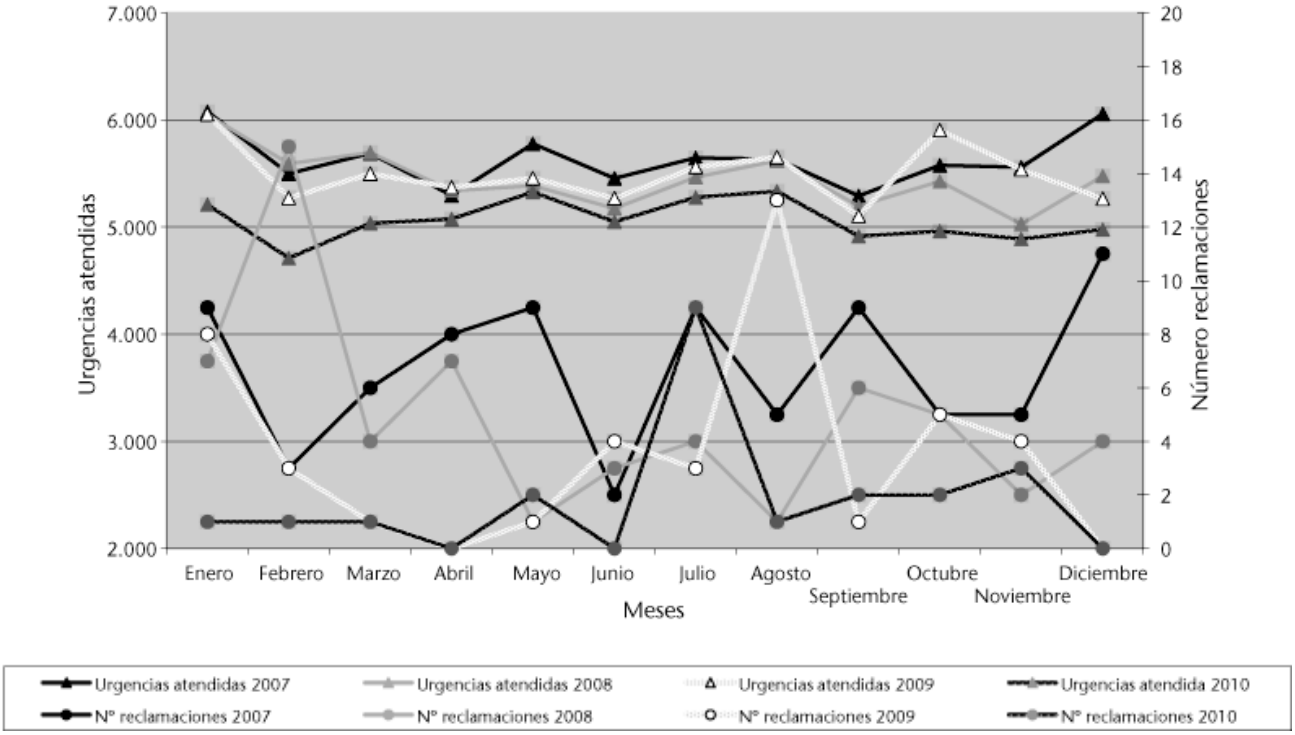

Figura 2. Relación entre el número de urgencias atendidas y el número de reclamaciones 2007-2010.

Tabla 3. Motivos de reclamación según sistema de codificación del Servicio de Atención e Información al paciente (SAIP) y su evolución desde el año 2007 al año 2010

	2007	2008	2009	2010
1. Errores administrativos durante el proceso asistencial	2	2	1	0
2. Demora en la prestación del servicio	68	38	34	20
3. Extravío de objetos durante la atención	0	1	0	0
4. Accidentes en el centro de atención	1	0	0	0
5. Conservación y mantenimiento de aparatos o instalaciones	0	2	0	0
6. Falta de intimidad durante el proceso asistencial	1	0	0	0
7. Recepción y acogida en el centro de atención	1	0	0	0
8. Falta de recursos humanos en el centro de atención	3	6	4	0
9. Disconformidad con las normas internas de organización	2	5	6	2
10. Disconformidad con el resultado asistencial	1	1	1	0
11. Educación, cortesía y deferencia en el trato	1	1	1	0
12. Disconformidad con la información dada sobre el proceso asistencial	1	1	0	0
13. Disconformidad sobre las prestaciones incluidas	0	2	1	0

46 en 2007; 04:14: 50 en 2008; 03:57:05 en 2009 y 3:41:00 en 2010) sin resultar significativa su relación con el número de reclamaciones ($p = 0,058$), a diferencia de lo que ocurre con el tiempo de demora de admisión-1ª atención ($p < 0,001$) que se reduce progresivamente durante los años 2008 (01:15:25), 2009 (01:07:45) y 2010 (00:55:40) respecto al del 2007 (01:21:30).

Tras la implantación del programa de calidad en el 2008, disminuyeron un 70,6% las reclamaciones por demora en la asistencia ($p < 0,001$) y dejaron de producirse reclamaciones por falta de intimidad ($p = 0,005$), errores en el proceso de recepción y acogida ($p = 0,025$) y por accidentes en el centro ($p = 0,017$) y aumentaron las reclamaciones por falta de recursos humanos, y por disconformidad con las normas internas de la organización (Tabla 3).

El grado de satisfacción global de los usuarios aumentó en un 28,5% desde el 2007 con un aumento progresivo para un rango de 0 a 10: 6,22 en 2008, 6,74 en 2009 y 7,39 en 2010. El 95,7% de los pacientes contestó que volvería a elegir el servicio de urgencias si lo necesitara. Ante la pregunta "cree que ha mejorado el servicio de urgencias en los 2 últimos años" la respuesta fue afirmativa en el 88,4% de los pacientes en el 2007, en el 85,9% en el 2008 y 88,5% en el 2009.

Discusión

Los SUH deben gestionar todos los días la presión asistencial que sufren con criterios de calidad y eficiencia ya que los costes de la no-calidad y las mejoras organizativas que pueden obtenerse sin apenas costes adicionales, junto con las exigencias de los ciudadanos, son potentes razones que explican porqué la calidad debe ser una variable estratégica y una necesidad en cualquier plan de gestión de un SUH.

En nuestro estudio se analizaron todas las reclamaciones y cuestionarios de opinión desde enero del año 2007 hasta diciembre del año 2010, para así evaluar si ha existido un cambio significativo en relación a la implantación y desarrollo del plan de calidad durante el año 2008 y 2009.

En el periodo analizado el porcentaje de reclamaciones fue similar a otros estudios recogidos en la literatura a pesar de las diferencias en la metodología entre los mismos[17,18].

Contrariamente a lo publicado en otros trabajos[16,17], el perfil predominante de reclamante en nuestra área de salud fue la mujer joven, lo que podría deberse a que, si analizamos el intervalo de edades que incluye la edad media del reclamante; aumenta el porcentaje de mujeres atendidas en nuestro SUH en un 5,3% respecto al total de urgencias para todas las edades.

En el análisis por periodos, la tendencia estival al aumento del número de reclamaciones lo explicaría un menor índice de dependencia de los pacientes atendidos (94,6% meses de verano; resto de los meses 96,0%) por un aumento de la población durante el periodo vacacional, de edad predominantemente joven, que habitualmente no reside en nuestra área de salud y que suele desconocer nuestro organigrama sanitario y que por tanto usa o abusa de la atención sanitaria del SUH, independientemente de la gravedad de la patología que motiva la asistencia.

Esto, unido a la insatisfacción generada por una atención en un servicio donde se desconoce su organización, normas, tiempos de espera y el

deseo de una resolución rápida del proceso patológico, aumenta la probabilidad que dicho descontento se manifieste como reclamación formal. No obstante, se necesitan más estudios para analizar los motivos y las variables exactas que condicionan el aumento de las reclamaciones en estos meses.

En algún mes invernal se observaron un aumento de reclamaciones, lo que podría deberse al aumento de la presión asistencial por el incremento de pacientes con patología respiratoria[17,18].

En nuestro trabajo, lo más destacable es: por un lado una disminución progresiva en el número total de reclamaciones respecto a las urgencias atendidas, así como de las de demora del proceso asistencial, siendo éste el principal motivo de reclamación[17,19], sin existir diferencias significativas en la estancia media y por otro lado, que dejan de producirse reclamaciones relacionadas con la organización y seguridad del SUH, como son los accidentes en el centro, falta de intimidad y errores en el proceso de recepción y acogida, mientras que aumentan las de disconformidad con las normas internas de la organización.

Esto se debe a que cuando hablamos de la satisfacción o disconformidad del paciente, no todo se centra en el tiempo de espera en si, sino a la atención integral recibida. De este modo, lo que previamente a la implantación del plan era una atención sanitaria desorganizada, con falta de información, donde cada estamento ejercía su actividad laboral de un modo unidireccional y con una formación basada generalmente en un interés particular y personal; con el plan de calidad implantado en nuestro SUH se transforma en una atención sanitaria de urgencia organizada, con unas líneas de trabajo específicas, conjuntas, centradas en el paciente y el personal sanitario.

Así, los cambios introducidos llevan a una mejora en la calidad de la atención y a la sensación subjetiva del paciente que su proceso asistencial ha sido atendido de un modo transparente y organizado durante su estancia en el SUH, lo que explicaría que disminuyan las reclamaciones por demora en la asistencia sin una disminución significativa de la estancia media en el SUH.

En conclusión, el análisis de las reclamaciones y las encuestas de satisfacción son dos herramientas útiles de evaluación y monitorización de la calidad asistencial, y un programa de gestión de la calidad, como el implantado en nuestro SUH no sólo es un instrumento de mejora de las deficiencias en la organización, sino que es el camino real y óptimo para conseguir un sistema integral de atención sanitaria urgente, para que el paciente tenga una atención óptima y de calidad en los SUH y además quede satisfecho sobre su proceso asistencial.

Bibliografía

1 Moreno Millán E. ¿Y si adaptamos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud? Emergencias. 2008;20:276-84.
2 Byrne M, Murphy AV, Plunkett PK, McGee HM, Murray A, Bury G. Frecuent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile and psychosocial characteristics. Ann Emerg Med. 2003;41:309-18.
3 Sánchez J, Delgado AE, Muñoz H, Luna JD, Jiménez JJ, Bueno A. Frecuencia y características de la demanda atendida en un servicio de urgencias hospitalarias. Circuitos de atención. Emergencias. 2005;17:52-61.
4 Serrano Martínez JA, Tornero Ramos C, Legaz Hernández MA, Blanco Linares ML, Martínez Espín C, Mayoral Sánchez MT. Análisis de las reclamaciones de los usuarios del servicio de urgencias del Hospital Universitario JM. Morales Meseguer. Emergencias. 1997;9:92.
5 Fernández de Simón Almela A, Montilla Sanz MA, Garrido Cruz I, Montero Romero E, Navarro Rodríguez A, Caballero Oliver A. Control de calidad en un servicio de urgencias: aproximación mediante el análisis de las reclamaciones presentadas. Emergencias. 1997;9:244-5.
6 Pujol R, Giménez Requena A, Mayoral JM, Garreta JL, Biondo S, Capell S, et al. Programa de calidad de un Servicio de Urgencias Hospitalario. Evolución de los indicadores 1992-1994. Rev Calidad Asistencial. 1995;2:53-9.
7 Ortí Lucas R, Madrid Rondón V, López-Andújar A. Medición de la demora asistencial y diagnóstica como método de control de calidad de un servicio de urgencias hospitalario. Rev Calidad Asistencial. 1997;12:363.
8 Etxebarría MJ, Silvestre C, Moros MA, Aréjola JM, Agorreta J, Oliván A. Estudio de los tiempos de permanencia en urgencias de los pacientes de medicina interna como instrumento de mejora de calidad. Rev Calidad Asistencial. 1997;12:372.
9 Abizanda R, Vázquez G. Conceptos de gestión de las UCI. Lo esperado frente a los conseguido. Objetivos. Control de la calidad. En: Abizanda R, editor. Medicina Intensiva Práctica. La UCI como centro de responsabilidad, planificación y control. Madrid: IDEPSA; 1991. pp. 279-297.
10 Saturno PJ, Felices F, Segura J, Espinosa JL, Gómez MJ, Renedo A y Grupo ARIAM. Actividades para la mejora de la atención clínica: ciclo de mejora, monitorización y diseño de calidad. Med Intensiva. 1999;23:319-28.
11 Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Indicadores de calidad en Urgencias: comportamiento en relación con la presión asistencial. Med Clin (Barc). 2001;116: 92-7.
12 Aljama M, López-Andujar L, Fernández-Valderrama J, Jiménez-Murillo L, Tejedor M, Torres R. Estándares de acreditación para servicios de urgencias de hospitales. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2ª edición. Madrid: Edicomplet S.A, 2008.
13 Unidad de Urgencias Hospitalaria. Estandares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Politica y Social; 2010.
14 Delgado Rodríguez M, LLorca Díaz J. Estudios longitudinales: conceptos y particularidades. Rev Esp Salud Pública. 2004;78:141-8.
15 Carta de Servicios de los Servicios de Atención i Información al Paciente (SAIP) de los hospitales. Valencia: Diario Oficial de la Comunidad Valenciana. 2007;5.492:16223-26.
16 Ortiga B, Salazar A, Masip J, Rodríguez E, Escarrabilld J, Corbella X. Reclamaciones en un servicio de urgencias: estudio de 13 años en un hospital universitario. Rev Calidad Asistencial. 2006;21:25-30.
17 Taylor C, Benger JR. Patient satisfaction in emergency medicine. Emerg Med J. 2004;21:528-32.
18 Colwell CB, Pons PT, Pi R. Complaints against an EMS system. J Emerg Med. 2003;25:403-8.
19 Salazar A, Corbella X, Sánchez JL, Argimon JM, Escarrabill J. How to manage the ED crisis when hospital and/or ED capacity is reaching its limits? Report about implementation of particular interventions during the Christmas crisis. Eur J Emerg Med. 2002;9:79-80.

Implementation of an emergency department health care quality plan and its impact on patient satisfaction

Salvador Suárez FJ, Millán Soria J, Téllez Castillo CJ, Pérez García C, Oliver Martínez C

Objective: To analyze the effect of a quality control plan for improving emergency deparment case management in terms of complaints received and patient level of satisfaction.
Methods: Longitudinal, descriptive, prospective observational study. Time frame: January 2007 to December 2010. The health care quality plan involved the development of a viable plan; a campaign to impart information on patient and staff safety; a management system based on processes; and procedures for training and education, including a balanced scorecard and a system for self assessment of results. Outcome measures: emergencies attended monthly, number of claims and reasons for them, mean stay in the emergency department, delay from admission to first physician visit, and a user satisfaction survey.
Results: A total of 210 claims were studied; 81 were filed in 2007, 59 in 2008, 48 in 2009, and 22 in 2010. Delays motivated 76.19% of the claims; disagreements about organizational procedures motivated 7.14%. More claims are received during summer months. After the program was implemented in 2008, complaints about delays decreased by 73.53% and no further complaints about lack of privacy and accidents within the hospital were received.
Conclusions: Claims analysis is a useful tool for monitoring health care quality. A health care quality management program is essential for improving emergency care without generating additional costs. [Emergencias 2013;25:163-170]

Keywords: Claims analysis. Hospital emergency health services. Health care quality.