

Evaluación de las reclamaciones presentadas en un servicio de urgencias pediátricas en un hospital materno-infantil

Araceli Domingo, Carlos Luaces, Alfons Mañosa*, Juan J. García, Marisa Serrat†, Jordi Pou

Servicio de Pediatría. Sección de Urgencias. Unitat Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. *Unidad de Atención al Usuario. †Departamento de Calidad y Procesos

Correspondencia

Dr. C. Luaces
Servicio de Pediatría. Sección de Urgencias
Hospital Sant Joan de Déu
Pº Sant Joan de Déu, 2
08950 Esplugues. Barcelona
Fax: 932 033 959
E-mail: cluaces@hsjdbcn.org

Resumen

Fundamento: El estudio de las reclamaciones realizadas por los usuarios en un Servicio de Urgencias, representa un parámetro de calidad asistencial que nos permite valorar la satisfacción del usuario y conocer los aspectos mejorables en el proceso de atención al usuario. El objetivo es conocer la incidencia y analizar los motivos de las reclamaciones realizadas en un Servicio de Urgencias Pediátricas, así como su posible repercusión en la evolución clínica del paciente.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo analizando las reclamaciones efectuadas en el Servicio de Urgencias Pediátricas de nuestro centro, entre enero-96 y julio-99. Para ello confeccionamos una hoja de recogida de datos y posteriormente revisamos las historias clínicas de los pacientes implicados.

Resultados: Se valoran un total de 61 reclamaciones, con una tasa anual media de 0,23/1000 urgencias pediátricas atendidas en urgencias. No hallamos diferencias entre el sexo de los pacientes, ni entre el parentesco de quien formula la queja. La forma de realizar la reclamación fue como sigue: 72% escrita, 13% verbal, 15% telefónicamente. Con relación a la distribución de los días de la semana, encontramos que el viernes con un 25% es el de mayor incidencia, seguido de lunes con el 20% y domingo con un 15%. El mes del año con mayor número de reclamaciones es febrero (18%), seguido de enero y junio (15%) y marzo (10%). Los motivos más frecuentes de reclamación fueron: demora excesiva en la atención urgente (37%), insatisfacción asistencial (30%), trato personal inadecuado (12%). La mayoría de reclamaciones se dirigieron hacia el estamento médico (89%), seguido del personal de enfermería (5%). En ningún caso el motivo de reclamación se ha relacionado directamente con la evolución clínica del paciente y la mayoría de usuarios volvieron, por otros motivos, al servicio de urgencias.

Conclusiones: 1. La causa más importante de reclamación, y por tanto, de descontento del usuario es la demora asistencial, seguido de insatisfacción asistencial. 2. En ningún caso, la demora asistencial ha supuesto cambio clínico en el paciente. 3. A pesar de la reclamación del usuario, la mayoría, en caso necesario, acude nuevamente solicitando asistencia.

Palabras clave: Reclamación. Urgencias. Pediatría.

Summary

Background: The analysis of the claims made by the users of an Emergency Department is an indirect parameter of quality of care that allows us to measure the satisfaction of the user and to detect the deficiencies of the system.

To know the incidence and to analyse the reasons of the claims made in a Pediatric Emergency Department, as well as their repercussion in the clinical evolution of the patient.

Methods: A retrospective descriptive study analysing the claims was conducted in the Pediatric Emergency Department of our centre, between January-96 and July-99. We reviewed the clinical records of the implied patients.

Results: Sixty-one demands were collected, with an average annual rate of 0,23 demands /1000 emergencies. We did not find differences between the sex of the patients, no between the parent who interpose the demand. The way to make the claim was written in 72%, verbal in 13% and by telephone in 15%. We found that Friday (25%) is the weekday of the highest incidence, followed by Monday (20%) and Sunday (15%). The month with the highest number of claims was February (18%), followed by January and June (15%) and March (10%). The most usual reasons for claims were: delay in visiting the patient (37%), disagreement with the care (30%) and inadequate behaviour (12%) Most of claims were against the medical personnel (89%), followed by nurses (5%). In no case the reason of the demand has been directly related to the clinical evolution of the patient and most of users have returned again to the Emergency Department.

Conclusions: 1. The most important cause of claims and, therefore, displeasure of the user are the delay in visiting the patient, followed by the personal dissatisfaction. 2. In no case the delay in visiting the patient has been related to a bad clinical outcome. 3. In spite of the claim of the user, most of them return again to the Emergency Department if necessary.

Key words: Claims. Emergency. Pediatrics.

Introducción

Históricamente en las profesiones sanitarias ha existido una preocupación innata por la calidad asistencial tal y como queda reflejada en los códigos deontológicos o de comportamiento profesional, como por ejemplo el Juramento Hipocrático.

Actualmente se acepta, tal y como comenta Tejedor¹, que la supervivencia de las empresas y organizaciones se encuentra en dependencia y en relación directa con su capacidad para competir en el mercado con la calidad de sus productos o servicios.

Hasta hace unos años la forma con que se valora la actividad o intervención sanitaria se basa en medidas "duras" como de mortalidad, morbilidad... Se trata de unos parámetros eminentemente clínicos, los cuales no son suficientes para saber y valorar cómo influyen diferentes acciones sobre la población². Por este motivo en los últimos años se han buscado nuevos parámetros, distintos a los clínicos, que nos ayuden a medir resultados. Entre éstos se encuentran los medidores de calidad asistencial.

La valoración de la adecuada calidad asistencial¹ de un hospital se basa en varios puntos importantes, entre ellos destacan el nivel técnico-científico aportado por los profesionales de la salud, y la satisfacción³⁻⁸ (calidad percibida) que manifiesta el usuario como respuesta al servicio obtenido.

En la literatura revisada encontramos que existen algunas publicaciones, tanto nacionales como internacionales que evalúan las opiniones de los pacientes a través de encuestas de satisfacción^{2,9}.

Creemos que el estudio de las reclamaciones es un parámetro indirecto de control de calidad asistencial que también permite conocer las causas de la insatisfacción de los usuarios y corregir posibles deficiencias.

Los Servicios de Urgencias hospitalarios, a pesar de las características que los diferencia de otros niveles y servicios asistenciales, también se han visto afectados por la necesidad creciente de valorar la calidad asistencial¹⁰. Por ello nos planteamos revisar las reclamaciones realizadas en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital.

Con el presente trabajo se plantean los siguientes objetivos: 1. Conocer la incidencia de las reclamaciones efectuadas en un Servicio de Urgencias Pediátricas. 2. Analizar los motivos de las reclamaciones. 3. Evaluar si el motivo desencadenante de la reclamación tuvo alguna repercusión negativa sobre la evolución clínica del paciente.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio retrospectivo y descriptivo, analizando las reclamaciones presentadas en el Servicio de Urgencias pediátricas del hospital durante un período de tres años y medio, entre enero-96 y julio-99.

El trabajo se realizó con la colaboración de la Unidad de atención al Usuario, que recoge las reclamaciones realizadas a través de unos formularios específicos a su disposición en la misma Unidad, a través de los libros de reclamaciones que se encuentran en varios departamentos del hospital, incluido el Servicio de Urgencias (SU) y vía telefónica.

Se confeccionó una hoja de recogida de datos en la que aparecía la identificación del paciente, edad y sexo del mismo, parentesco de quien hacia la reclamación, lugar de residencia, forma de realizar la denuncia, día de la semana y mes en que se visita, a quien va dirigida la reclamación, motivo de la misma y de consulta, diagnóstico de salida y visitas posteriores a urgencias.

En los casos en que la reclamación se hizo telefónica o verbalmente (en la misma Unidad de Atención al Usuario, negándose a cumplimentar el formulario) nos encontramos que pueden faltar algunos datos como el parentesco y la zona de residencia; así mismo, en ocasiones obtuvimos la negación a identificar al paciente en cuestión, por lo que no contamos con el número de historia clínica para la posterior revisión de la historia clínica.

Para la clasificación de los motivos de reclamación utilizamos el sistema de codificación consensuada entre hospitales y centros de atención primaria de Cataluña¹¹. Se trata de un sistema estandarizado que permite clasificar el motivo de reclamación y estamento sanitario a quien se dirige facilitando una valoración global y conjunta del problema de ámbito territorial.

Como método de seguimiento, para valorar las posibles repercusiones clínicas que pudieran derivarse del motivo que generó la reclamación, se revisaron desde el punto de vista clínico las historias de los pacientes para detectar posibles complicaciones o problemas médicos (empeoramiento clínico, incremento de la sintomatología, necesidad de terapia más agresiva...) relacionados con dicho motivo. De esta manera también podemos conocer si los pacientes acudieron en visitas posteriores a nuestro servicio de urgencias, bien fuera por el mismo motivo o por otro distinto.

Resultados

Durante el período de estudio se registraron en el Hospital un total de 671 reclamaciones de las cuales 61 (9%) correspondieron a las urgencias pediátricas. La tasa anual media de reclamaciones fue de 0,23/1000 urgencias pediátricas atendidas en el SU. La distribución anual queda reflejada en la Tabla 1.

Con relación al sexo de los pacientes, no hubo diferencias estadísticamente significativas, un 55% de casos eran niñas y un 45% niños. La edad media de los pacientes fue de 4,3 años,

Tabla 1. Distribución anual de las reclamaciones en el Servicio de Urgencias pediátricas, con relación al número de visitas anual

Año	Nº Visitas	Nº Visitas pediatría	Reclamaciones pediatría	Tasa Reclamaciones
1996	102.986	71.239	15	0,21/1000
1997	103.068	70.862	16	0,22/1000
1998	106.345	72.210	20	0,27/1000
1999 (hasta julio)	64.019	42.746	10	0,23/1000
Total	376.418	257.057	61	0,23/1000

con una moda de 8 meses y una desviación estándar (DS) de 4,3 años.

Referente al parentesco de quien hace la reclamación no encontramos diferencias respecto si era el padre o la madre representando cada uno un 38% del total, en el 5% quien formula la queja son otros familiares (abuelos, hermano, tíos..) y en el 20% se desconoce este dato.

Analizamos el lugar de residencia de los pacientes, así el 26% residen en la propia ciudad, el 41% en el área metropolitana y el 23% en zonas más alejadas de nuestra ciudad (rural u otras ciudades).

La forma cómo se realiza la reclamación se distribuye de la siguiente forma: 72% la realizan de forma escrita a través del libro de reclamaciones o los formularios que se encuentran en el servicio de atención al usuario, el 13% expresan su descontento de forma verbal negándose a cumplimentar los formularios, y el 15% de casos lo hacen a través del teléfono a la Unidad de Atención al Usuario.

El intervalo entre la fecha en que se realiza la solicitud de asistencia y la demanda, muestra un valor medio de 8 días entre la consulta a urgencias y la reclamación, con una DS de 25 días y un valor moda de 1 día, valor más representativo ya que la media queda distorsionada por valores muy extremos (en un caso la reclamación se produjo 6 meses después de la solicitud de asistencia, y en otro 2 meses).

La distribución respecto al día de la semana y el mes en que se produce la visita del paciente que motiva la reclamación, queda reflejada en las Figuras 1 y 2. Se observa un pico los viernes (25 %) y el mes de mayor incidencia fue febrero con 18%.

Las causas más frecuentes de reclamación según la codificación antes mencionada quedan reflejadas en la Tabla 2. Debemos tener presente que en algunas reclamaciones encontramos varios motivos.

Con relación a quien va dirigida la reclamación, también siguiendo la codificación, obtuvimos los siguientes datos: médico 54 casos (89%), enfermería 3 (5%), administrativos 2 (3%) y otros, como el Servicio de Seguridad, constituyen un 3%.

Figura 1. Distribución del porcentaje de reclamaciones según el día de la semana

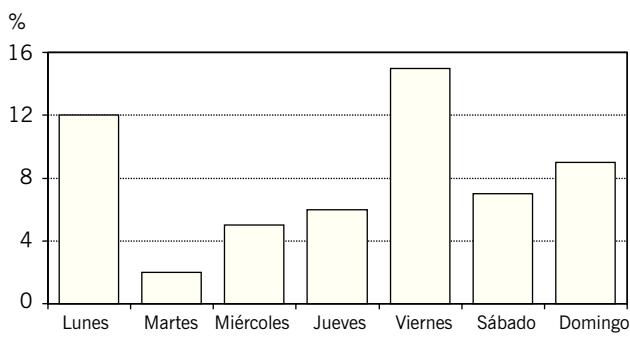
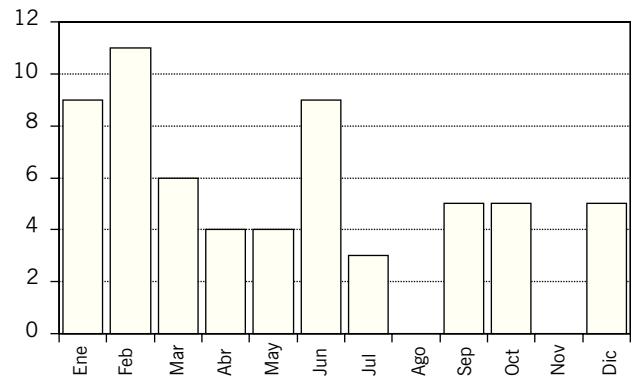


Figura 2. Distribución del porcentaje de reclamaciones según el mes del año



En ningún caso el motivo de reclamación tuvo relación directa según los datos objetivos de la historia de urgencias con la evolución clínica del paciente. Durante el tiempo en que se efectuó la revisión como mínimo un 56% de familias que habían presentado una reclamación, habían continuado viniendo en ocasiones posteriores al SU.

Discusión

En nuestro medio, no hay gran número de trabajos publicados sobre reclamaciones en los Centros Hospitalarios de adultos^{10,12}, en el ámbito de Atención Primaria¹³ y pediátrico⁹ y en los SU, lo que dificulta el establecer profundos análisis comparativos.

Es destacable el que al intentar saber el parentesco de quien realiza la reclamación, este dato no conste en un 20% de casos. Esto se debe a que cuando el trámite se formaliza vía telefónica se pierde información (algunas personas se niegan a identificarse, sólo manifiestan su descontento verbalmente) y por otro lado encontramos casos en los que al anotar en el libro de reclamaciones, sólo se hace referencia al nombre del paciente omitiendo otros datos de filiación, aunque éstos, como son el sexo, edad, dirección... constan en la hoja de asistencia en el servicio de urgencias, desde donde los podemos obtener.

La heterogénea distribución del lugar de residencia es debida a que nuestro hospital es centro de referencia del área metropolitana, esto es, la mayoría de pacientes atendidos en nuestro SU procede de dicha zona, lo que también está en concordancia con que la mayor parte de reclamaciones se obtengan de estos pacientes.

El hecho que el día en que se realiza la reclamación no coincida, en algunos casos, con el día en que se efectúa la asistencia en el SU puede deberse a que la familia prefiere que haya terminado el acto asistencial o a que la mayor parte de reclamaciones tienen lugar en la franja horaria en que el Servicio de Atención al Usuario se encuentra cerrado; estos casos serían los que manifiestan su descontento vía telefónica, no se

personan en el centro o si deciden hacerlo lo hacen días después de la visita al SU.

A pesar de que “a priori” podría pensarse que la incidencia de quejas tiene una clara relación con los días de la semana y los meses del año con mayor presión asistencial, observamos como meses como Noviembre con alto número de visitas o los fines de semana también con más visitas, no siguen esta tendencia. De forma inversa, observamos este hecho en el mes de Junio, de esto parece deducirse que dicha relación no es tan clara y que influyen otras variables.

En nuestra revisión, los motivos más frecuentes de queja son los que hacen referencia al proceso asistencial (demora excesiva en la primera visita, insatisfacción asistencial, trato personal inadecuado...). Al comparar estos motivos con los publicados en trabajos realizados en otros países¹⁴⁻¹⁶ llama la atención el escaso número de reclamaciones por errores diagnósticos y/o terapéuticos en nuestro medio, contrariamente, estos resultados no difieren de los de otros estudios en ámbitos más próximos¹⁰ y demuestran que el descontento del usuario se debe a la masificación de los centros de urgencias hospitalarios y al desajuste oferta-demanda del que son partícipes la mayoría de centros hospitalarios de nuestro país. Es probable que esto pueda explicarse porque el usuario se siente más capaz de opinar y evaluar los aspectos organizativos y de infraestructura que los estrictamente clínicos¹⁷. Es evidente que los excesivos tiempos de espera y las condiciones precarias que, en ocasiones, deben soportar los pacientes en Urgencias son las auténticas asignaturas pendientes de la asistencia urgente hospitalaria, tal y como se refleja en otros estudios realizados^{2,18}.

Al analizar hacia quien va dirigida la reclamación, vemos que el estamento médico es él más cuestionado. Sin embargo y como se ha comentado previamente, no por problemas técnico-asistenciales sino porque es considerado como el responsable último de todo el proceso asistencial, incluyendo aspectos administrativos o de circuitos internos.

Un aspecto que consideramos de gran importancia es conocer si el motivo que induce la reclamación aparte del descontento de la familia, generó algún problema médico en el paciente. Así, dado que el tiempo de espera prolongado es el gran caballo de batalla, decidimos revisar las historias de los pacientes para conocer, por ejemplo, si la demora había supuesto alguna alteración en la evolución (empeoramiento clínico, necesidad de tratamiento más agresivo, aumento de la sintomatología...) hecho que no sucedió en ninguna ocasión. Creemos que esto puede deberse a dos razones, por un lado al mecanismo de *triage*¹⁹ a través del cual el personal administrativo, asesorado por personal sanitario, pauta según una serie de prioridades preestablecidas, una orden de urgencia en la atención al paciente. La otra razón es indudablemente, el elevado número de pacientes con patología banal que acuden solicitando asistencia²⁰.

Por último y a través de la revisión de las historias clínicas pudimos constatar el alto porcentaje de familias que a pesar de su descontento y de su reclamación acuden en ocasiones posteriores y por otros motivos a nuestro centro, como ocurre en la mayoría de SU. Nosotros interpretamos que los usuarios son conscientes de que el tiempo de espera “excesivo” es conse-

cuencia de una demanda inadecuada pero que la asistencia sanitaria ha sido correcta, como hemos podido reflejar en una encuesta efectuada en nuestro propio Servicio²¹⁻²².

Un punto importante sobre el cual se hace referencia en la literatura es la diferencia entre el tiempo real y el percibido por el usuario con relación a la demora. En un estudio realizado en nuestro centro, a través de una encuesta telefónica, pudimos constatar como entre los usuarios de nuestro SU existía una gran concordancia entre el tiempo de espera real (anotado en la Historia) y el referido por ellos antes de marcharse del Hospital sin ser visitados²².

El análisis de los motivos de reclamación facilita la detección de aspectos y circuitos potencialmente mejorables y permite conocer cómo percibe el usuario el proceso asistencial en el SU. Es evidente que esta “calidad percibida” debe ser paralela a la capacidad técnica y que esta última por si sola no es suficiente para dar la calidad total que la sociedad demanda^{1,23}. Fruto de este trabajo ha sido el poner en marcha una revisión exhaustiva de todo el circuito que realiza el usuario desde su llegada al SU hasta que es dado de alta o ingresado, con especial atención en aquellos “puntos mejorables” detectados y la búsqueda de alternativas consensuadas entre todo el personal implicado.

Como conclusiones de este trabajo queremos destacar: 1. La causa más importante de reclamación, y por tanto, de descontento del usuario es la demora asistencial, seguido de insatisfacción asistencial. 2. En ningún caso, la demora asistencial ha supuesto cambio clínico en el paciente. 3. A pesar de la reclamación del usuario, la mayoría, en caso necesario, acude nuevamente solicitando asistencia.

Tabla 2. Clasificación de los motivos de reclamación

Motivo de reclamación	Número absoluto	Porcentaje
Demora excesiva en la atención urgente	27	37,0%
Insatisfacción asistencial	22	30,1%
Trato personal inadecuado	9	12,3%
Deficiencias en el proceso de acceso-ingreso	3	4,1%
Falta de coordinación	2	2,7%
Confusión asistencial de medicación	2	2,7%
Información insuficiente y/o deficiencias del proceso	1	1,4%
Rigidez de las normas	1	1,4%
Denegación de informes, certificados...	1	1,4%
Denegación de pruebas complementarias	1	1,4%
Pérdida de objetos personales	1	1,4%
Otros motivos (de asistencia, trámites, organización...)	3	4,1%
Total	73	100%

Bibliografía

1. Tejedor-Fernández M, Martín Vázquez JM. Sistema de calidad en un servicio de emergencias sanitarias. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:671-9.
2. Quintana JM, Aróstegui I, García M, Arcelay A, Ortega M, Candelas S. Encuesta de satisfacción a pacientes de servicios de urgencias de hospitales de agudos. *Rev Calidad Asistencial* 1998; 13:220-7.
3. Hayes BE. *Cómo medir la satisfacción del cliente*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000 S.A., 1995.
4. Revert Sempere RM^a. Calidad y costes. El coste de la mala calidad. *Todo Hospital* 1996;129:59-64.
5. Ware JE, Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care* 1988;26:393-402.
6. Ross CK, Steward CA, Sinacore JM. A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Med Care* 1995;33: 392-406.
7. Conesa A, Bayas JM, Asenjo MA, Baré ML, Manasanch P, et al. Calidad percibida por los usuarios de consultas externas de un hospital universitario. *Rev Clin Esp* 1993;192:346-51.
8. Ibern P. La mesura de la satisfacció en els serveis sanitaris. *Gac San* 1992;6:176-85.
9. Velin P, Puig C, Dupont D, Four R, Vaillaud JC, Manassero J. Opinion des parents sur la prise en charge de leur enfant par un service d'accueil des urgences pédiatriques en 1991. *Pédiatrie* 1992;47:631-4.
10. Caballero A, Montilla MA, Fernández de Simón A, Garrido I, Montero E, Navarro A. Análisis de las reclamaciones presentadas en un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Calidad Asistencial* 1998;13:426-30.
11. *Reclamacions i suggeriments*. Servei Català de la Salut. Instrucció 03/96.
12. González M, Prat A, Rodríguez T, Navarro G, Asenjo MA. Reclamaciones anuales en un hospital universitario. Resumen de Comunicación. Libro de Ponencias del XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Santander, 14, 15 y 16 Octubre. 1998;348.
13. Arellano D, Martín-Quilez M, Carrascosa R, Bilbao JA. Grado de satisfacción de la población asignada a un área básica de salud, a los tres años de su puesta en marcha. Resumen de Comunicación. Libro de Ponencias del XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Santander, 14, 15 y 16 Octubre. 1998;348-9.
14. Karcz A, Holbrook J, Auerbach BS, Blau ML, Bulat PI, et al. Preventability of malpractice demands in emergency medicine: a closed demands study. *Ann Emerg Med* 1990;19:865-73.
15. Karcz A, Korn R, Burke MC, Caggiano R, Doyle MJ, Erdos MJ, et al. Malpractice demands against emergency physicians in Massachusetts: 1975-1993. *Am Emerg Med* 1996;14:341-5.
16. Branney SW, Pons PT, Markovchick VJ, Thomasson GO. Malpractice occurrence in emergency medicine: does residency training make a difference?. *J Emerg Med* 2000;19:99-105.
17. López E, Coscolín P, Rubio I, Bierge A, Rodríguez B, Moliner J. Estrenamos servicio de urgencias: ¿Mejora la satisfacción de los pacientes? Resumen de Comunicación. Libro de Ponencias del XVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Palma de Mallorca, 27, 28 y 29 Octubre. 1999;544.
18. Soler W, Chasco FJ, Ezpeleta E, Serrano S. Tiempos de espera en urgencias. Control de calidad interno y externo. *Todo Hospital* 1996;129:7-13.
19. Lafarga Vázquez V, Palomar Pérez E, Amorós Escolar JC, Almela Requena JV, Soler Ros JJ. Unidad de triaje: ¿Una solución para las P.U.? *Emergencias* 1992;4:101-6.
20. Atienza G, Arruti E, Ceinos E, Cobas J, Garrido M, et al. Estudio de la demanda asistencial en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 1993;5:11-4.
21. García-Fructuoso M, Fernández-López A, García-García JJ, Ortega J, Luaces C, Pou J. Demanda asistencial y perfil del usuario en un Servicio de urgencias pediátrico hospitalario de tercer nivel. *Arch Pediatr* 1999;50:149-55.
22. Arce A, Sainz E, Luaces C, García JJ, Quintillá JM, Pou J. ¿Por qué se van sin ser visitados? Pacientes o impacientes. Resumen de Comunicación. Libro de Ponencias de la VI Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Murcia, 26, 27 y 28 Octubre. 2000;67-8.
23. Homer CJ, Marino B, Cleary PD, Alpert HR, Smith B, Crowley Ganser CM, et al. Quality of care at a children's hospital. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:1123-9.