

Reclamaciones de los usuarios de un hospital de tercer nivel de Lima – Perú 2015

Complaints of users of a third level hospital in Lima - Peru 2015

Mg. Bustamante Puentes, Zulema*

Lic. Becerra Chauca, Naysha**

RESUMEN

Objetivo: identificar cuáles son las características de las reclamaciones de en un hospital de tercer nivel de atención de Lima – Perú 2014 - 2015

Metodología: Estudio cuantitativo, transversal, retrospectivo, observacional y descriptivo. Se registraron todas las quejas realizadas y registradas Oficina de Gestión de Calidad de la institución, en un periodo de doce meses (octubre 2014 a setiembre 2015), en una ficha de recolección de datos, se analizaron estadísticamente las frecuencias absolutas y relativas de las variables de estudio.

Resultados: Se halló 1116 reclamos en un año, la mayor parte de reclamos fueron hechas por mujeres (56.1%), el área principal de origen de estos reclamos fue estadística/admisión (33.1%), seguido de consultorios externos (22%). El motivo principal fue la falta de calidad en el trabajo (25.3%) y la mala gestión de la historia clínica (20.8%).

Conclusiones: El promedio de reclamos por mes es más elevado que el de otros hospitales locales, se pudo observar que generalmente son las mujeres adultas quienes realizan más reclamos, la mayoría de estos reclamos estuvieron relacionados con el área de administración del establecimiento de salud, seguido por problemas en la calidad en el trabajo y la información insuficiente brindada al usuario.

Palabras clave: Reclamaciones; Calidad de la atención en salud; Gestión de calidad en salud

ABSTRACT

Objective: To identify what are the characteristics of the complaints of in a hospital of third level of Lima - Peru 2014-2015.

Methodology: Quantitative, cross-sectional, retrospective, observational and descriptive study. Register all complaints made and registered Office of Quality Management of the institution, in a period of twelve months (October 2014 September 2015), in a data collection, the absolute and relative frequencies of the variables of study were statistically analyzed.

Results: 1116 complaints was found in one year, the majority of complaints were made by women (56.1%), the main area of origin of these complaints was statistics/admission (33.1%), followed by care in consultation (22%). The main reason was the lack of quality in the work (25.3%) and poor management of the clinical history (20.8%).

Conclusions: The average number of claims per month is higher to that of other local hospitals, could be that adult women are generally those who make more claims, the majority of these claims were related to the area of management of the health facility, followed by problems in the quality of the work and the insufficient information provided to the user.

Key words: Complaints; Quality of health care; Quality management

* Obstetra Asistencial Hospital Nacional Hipólito Unanue. Especialista en Estadística e Investigación. Docente Facultad de Obstetricia y Enfermería de la Universidad San Martín de Porres

** Obstetra. Asistente de Investigación del Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia y Enfermería de la Universidad de San Martín de Porres.

INTRODUCCION

El término calidad ha sido identificado por diversas culturas en distintos momentos, es así que alrededor del año 1450 a.C ya se disponían de parámetros para medir la calidad, prueba de ello es que inspectores egipcios comprobaban las medidas de los bloques de piedra usados para sus edificaciones con un pedazo de cordel, este mismo método fue usado por la civilización maya; estas culturas le daban gran importancia a la equidad y justicia en los negocios; así como el resolver las quejas si estas en algún momento se generaban, aun cuando en ciertas ocasiones, ello implicaba condenar a muerte, tortura o mutilación al responsable,¹ el Código de Hammurabi (1752 a. C), es uno de los documentos más antiguos escritos en la antigua Mesopotamia y que compila un conjunto de leyes, aquí ha quedado registrado que si un albañil realizaba un trabajo deficiente y este como consecuencia origina que la construcción se derrumbe, ocasionando la muerte de sus ocupantes, el albañil sería condenado a muerte.²

Después de lo expuesto anteriormente, podemos decir que el término *calidad* no es nuevo, en efecto este formaba parte de los acuerdos que se establecían en los intercambios comerciales, este concepto se estableció en la época del trabajo artesanal, donde se pretendía ofrecer siempre la mejor calidad en los productos; fue en el siglo XVII cuando este término fue introducido en la industria, específicamente en la producción a gran escala, durante la época de la revolución industrial.³ En un principio el interés por que las maquinas produzcan mercancías en el mejor de los casos razonablemente similares, fueron encomendadas a los obreros y estuvieron supervisadas por los capataces; pero fue a finales del siglo XIX cuando en los Estados Unidos, Frederick Taylor,⁴ les suprime esta responsabilidad y es delegado a los ingenieros industriales, quienes estaban calificados para corregir y supervisar el proceso de producción en serie; este proceso trajo como consecuencia el abaratamiento de costos y la posibilidad de ofertar productos diversos para cubrir numerosas necesidades. Es en el siglo XX, que Henry Ford, introdujo en la producción automotriz su línea de ensamblaje en movimiento,⁵ un proceso revolucionario para la época, lo que derivó en la reducción de costos en las fábricas y la producción de un automóvil para las masas.

Tal como se ha visto, hasta mediados del siglo pasado, la calidad era un tema relacionado generalmente a las industrias y asociado principalmente a competencia de bienes de consumo, lo que condujo a que los empresarios ofrezcan mejores productos, para ganar un mercado. Es a partir de los años 60's, principalmente en los Estados Unidos, que se inicia la cultura de la calidad al cliente, esto como resultado de la competencia entre las empresas de servicio, particularmente en las ramas de la hotelería y restaurantera.⁶

Años más tarde el desarrollo de la teoría de la calidad en los servicios de salud tuvo sus inicios en los Estados Unidos y algunos países de Europa, para muchos estudiosos del tema, el Dr. Avedis Donobedian fue el primero que se encargó de estudiar y medir la calidad en los establecimientos de salud en los Estados Unidos y casi de forma simultánea con el apoyo de él, en México se inicia también esta corriente allá por la década de los 80's.⁷ En el Perú es a partir del año 2001, que la Dirección General de Salud de las Personas en un proceso de reestructuración considero contar con una Dirección de garantía de la Calidad y Acreditación, que tuvo como función principal la conducción y el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad en Salud a nivel nacional, que sentó las bases para el diseño y desarrollo de este sistema, lo que se plasmó en una primera Norma Técnica; desde entonces se han continuado con los avances y experiencias orientadas hacia la calidad en salud en nuestro país.⁸

Debe destacarse que la baja calidad de la atención en salud, constituye actualmente uno de los mayores obstáculos para enfrentar con éxito los problemas sanitarios reconocidos como prioridades nacionales, principalmente la mortalidad materna, la mortalidad neonatal y la desnutrición infantil, que a diferencia de otros problemas de salud, requieren de una adecuada capacidad resolutoria y fundamentalmente intervenciones de calidad, es decir la calidad de atención puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte de madres y recién nacidos en nuestro país.⁹

Los pacientes son sujetos de derechos y en nuestro país no solo son regidos por el Código de Protección y Defensa del Consumidor (Ley N°29571, 2010), sino también por los Derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud (Ley N° 29414, 2015), donde convergen derechos de acceso a los servicios de salud, acceso a la información, atención y recuperación de la salud y

el consentimiento informado. La protección de la salud es plena responsabilidad de los gobiernos y la gestión de la calidad es un reto para el sistema de salud peruano.⁸

Las reclamaciones o quejas de los usuarios de los servicios de salud, no son más que una forma de expresar la violación de sus derechos, es así que las malas prácticas de los proveedores de salud no solo afectan en alguna dimensión al paciente, sino también atentan contra uno de sus derechos fundamentales que es el acceso a los servicios de salud. Por otro lado, la presentación de reclamaciones es una clara evidencia de la creciente autonomía de los pacientes, ellos ya no son pasivos receptores, ahora valoran y demandan la protección de su salud. Estas reclamaciones o quejas indican que la calidad de la atención y el cumplimiento con la cobertura de servicios se ajusten a las necesidades de los pacientes.¹⁴ Los resultados de las encuestas de calidad no reflejan el origen del problema en la atención de salud; sin embargo, la interposición de una reclamación expresa directamente el problema y/o incidente, explicando además como afecta a los pacientes.¹⁰ Existen estudios que afirman que las reclamaciones tienen el potencial de proveer una forma de prevención temprana de incidentes perjudiciales serios para el paciente,¹¹ porque si se ofrece una deficiente atención de calidad, la salud de los pacientes puede verse en riesgo, las cifras de morbilidad y mortalidad aumentan y ocasionan perjuicio a los usuarios. La importancia de una atención de calidad se hace mayor cuando se habla de poblaciones en riesgo como los niños y las mujeres embarazadas.⁹

Existen estudios que afirman que la satisfacción del paciente se basa en “*accesibilidad, capacidad de respuesta, información al paciente y allegados, habilidades de comunicación del profesional, cuidados de enfermería, competencia profesional, cortesía y amabilidad en el trato y evidentemente, efectividad en las intervenciones*”¹² y a la vez esta puede predecir el cumplimiento del tratamiento de los pacientes, la adhesión a las consultas y al proveedor de salud.¹³

La protección de la salud de la población es responsabilidad del gobierno y la gestión de la calidad es un reto para el sistema de salud peruano. ¡Error! Marcador no definido. Un buen manejo de las reclamaciones ayuda a mejorar la seguridad y calidad del servicio, restaura la confianza de los pacientes, mejora la relación médico paciente, se evitan procesos legales, promueve una cultura de autonomía del paciente, reduce gastos, crea un mejor ambiente de trabajo, incrementa la buena reputación del establecimiento, evitando comentarios y publicidad negativa.¹⁴

Las reclamaciones o quejas de los pacientes y familiares que en la actualidad son considerados como consumidores, resulta algo inevitable en cualquier sistema de salud; recabar información sobre las causas que lo motivan y las características de estas, nos ayudara a construir un sistemas de salud de calidad con el cual se logre cumplir metas de desarrollo de una cultura de calidad en el ámbito sanitario. Las reclamaciones no son más que los síntomas de una situación interna de un sistema de salud que necesita un apremiante cambio.

Por lo anteriormente mencionado, la presente investigación se plantea identificar cuáles son las características de las reclamaciones en un hospital de tercer nivel de atención de Lima – Perú 2014-2015.

MÉTODOS

Se planteó un estudio de tipo cuantitativo de diseño retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional, el cual fue desarrollado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, hospital de tercer nivel de atención y mediana complejidad y principal centro de atención especializada y de referencia del Cono Este de Lima.

La población y la muestra estuvo constituida por todos los casos de reclamaciones realizados y registrados en la Oficina de Gestión de Calidad de dicha institución, durante un periodo de doce meses (octubre 2014 – setiembre 2015), fueron excluidos de la muestra los casos donde los usuarios llenaron fichas ilegibles o los datos estuvieron incompletos.

Se elaboró un instrumento de recolección de datos, constituido por las variables de interés para la investigación, los datos fueron recabados a través de las Fichas de Reclamo en Salud diseñado en la Directiva Administrativa para la gestión de quejas, reclamos, ibos y sugerencias de la institución, usadas por el personal de la Oficina de Calidad frente a una reclamación por parte del usuario; los casos que participaron del estudio fueron codificados, de esta manera se pudo mantener la reserva y confidencialidad de los datos.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22 (StatisticalPackagefor Social Sciences) y se realizó el cálculo de las frecuencias absolutas y relativas de las variables objeto de estudio.

RESULTADOS

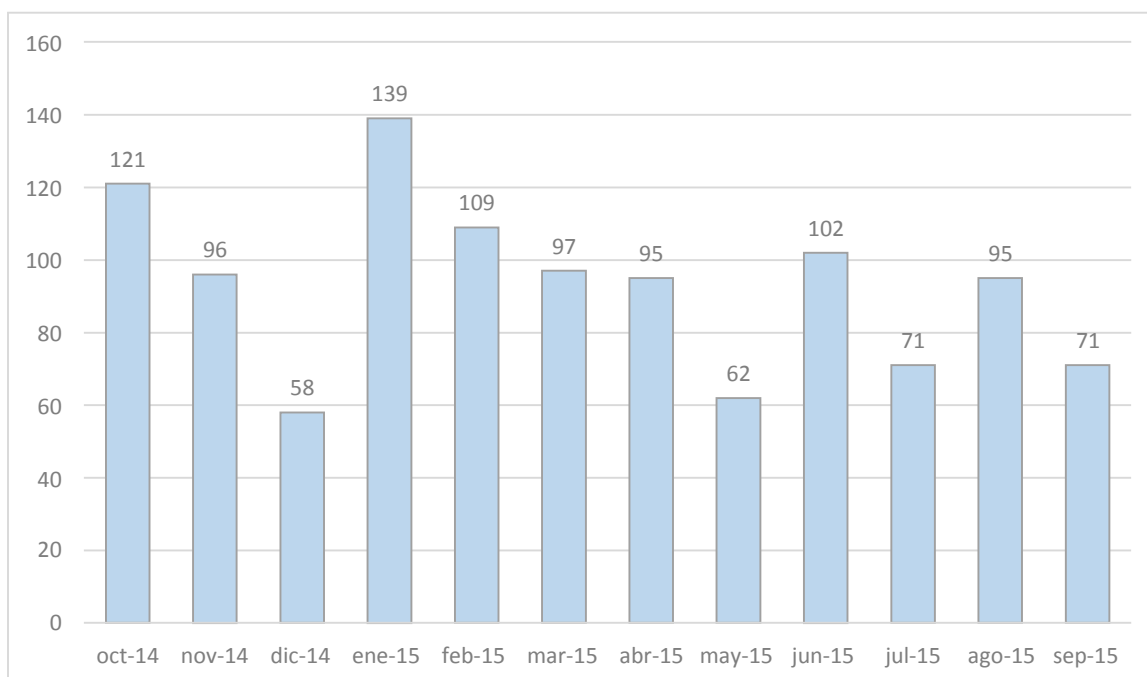
Cuando se evaluó las características del usuario se pudo observar que el 52.5% era población adulta, seguido de la población adulta mayor en el 33.3%, la edad media de estas personas fue de 46 años. En cuanto al género de los reclamantes, los resultados muestran que el 56.1% fueron mujeres y un 43.9% hombres.

Tabla 1. Características del usuario que realiza las reclamaciones en Hospital Nacional Hipólito Unanue octubre 2014 – setiembre 2015

Características del usuario	N	%
EDAD		
Adolescente (≤19 años)	158	14,2
Adulto (20-59 años)	586	52,5
Adulto mayor (≥ 60 años)	372	33,3
Edad media		46,4
GÉNERO		
Femenino	626	56,1
Masculino	490	43,9
TOTAL	1116	100

En este estudio se evidenció un promedio de 93 reclamaciones mensuales, siendo el mes de diciembre de 2014 el de menor cantidad de reclamaciones (58) y el de enero de 2015 el cual presentó la mayor cantidad de reclamaciones (139).

Gráfico N°1: Frecuencia de reclamaciones realizadas según mes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue octubre 2014 – setiembre 2015



El análisis de la frecuencia de reclamaciones según servicio de origen del reclamo muestra que el 33,1% corresponde al servicio de Estadística y Admisión; un 22% de las reclamaciones tuvieron su origen en la atención de Consulta externa; 9,2% de las reclamaciones procedió de la Oficina de Seguros; un 6,1% de las reclamaciones vino del Servicio de Diagnóstico por imágenes y Laboratorio clínico; un 3,9% de reclamaciones fueron presentados por usuarios del Servicio de emergencia; Cirugía de especialidades (3,7%); Farmacia (3,5%) y Gineco- Obstetricia (3,4%).

Tabla 2. Frecuencia de reclamaciones realizadas según servicios Hospital Nacional Hipólito Unanue octubre 2014 – setiembre 2015

Frecuencia de quejas según atención por servicios	N	%
SERVICIOS		
Estadística /Admisión	369	33,1
Consultorios externos	245	22
Oficina de Seguros	103	9,2
Dx. Imágenes/ Laboratorio	68	6,1
Emergencia	43	3,9
Cirugía de Especialidades	41	3,7
Farmacia	39	3,5
Gineco- Obstetricia	38	3,4
Tramite documentario	34	3
Medicina de Especialidades	27	2,4
Economía/ Contabilidad	22	1,9
Cirugía General	16	1,4
Pediatría	13	1,2
Odontología	5	0,4
Cirugía de Tórax y Cardiovascular	3	0,3
Enfermería	2	0,2
Salud Mental	1	0,1
Otros	47	4,2
TOTAL	1116	100

Con respecto a los motivos de las reclamaciones, se encontró que 25,3% es por falta de calidad en el trabajo; 20,8% por una mala gestión de la historia clínica; 13,3% por falta de información; un 10,1% por demanda insatisfecha en salud; 9% por demora en la atención; 5,7% por haber percibido maltrato de parte del proveedor de salud y un 4,6% por falta de Insumos /Equipos principalmente.

Tabla 3. Frecuencia de motivos de reclamos en usuarios Hospital Nacional Hipólito Unanue octubre 2014 – setiembre 2015

Frecuencia de motivo de quejas	N	%
MOTIVO		
Falta de calidad en el trabajo	282	25,3
Mala gestión de la historia clínica	233	20,8
Falta de información	148	13,3
Demanda insatisfecha	113	10,1
Demora en la atención	100	9

Maltrato	64	5,7
Falta de insumos/equipos	51	4,6
Falta de atención	32	2,9
Trato inadecuado	29	2,6
Demora en la intervención quirúrgica	26	2,3
Demora en el trámite administrativo	20	1,8
Información inadecuada	6	0,5
Ausencia de personal	4	0,4
Otros	8	0,7
TOTAL	1116	100

DISCUSIÓN

El análisis y la evaluación de las quejas en la institución de salud donde se realizó el estudio, nos muestra que se registraron un total de 1116 reclamos durante un periodo de doce meses, estas cifras fueron altas, teniendo en cuenta el estudio realizado por Shimabuku R et al,¹⁰ en un hospital de cuarto nivel y centro de referencia nacional, en donde se registraron 283 formatos de reclamaciones para un periodo de doce meses; esta frecuencia elevada de quejas por parte de los pacientes en la institución donde se realizó el estudio, podría deberse a la alta demanda que cubre diariamente, pues esta institución es centro de referencia del cono Este de Lima incluyendo el distrito más poblado de la capital.

En relación al perfil de las personas que realizan los reclamos se observó que la mayoría involucraban a usuarias del sexo femenino, resultados coincidentes con estudios realizados en países de Latinoamérica^{15 16 17} que involucran periodos de tiempo de diez años y más de 18000 quejas analizadas, donde la proporción de quejas entre hombres y mujeres tuvo una relación de 1/1.4; otros estudios realizados en países de Europa como España,^{18 19} Francia²⁰ y Reino Unido,²¹ también encuentran resultados similares, es decir que con frecuencia son las mujeres las que interponen reclamos frente a una mala atención de salud; esto puede deberse a que en mayor proporción son ellas las que demandan de atención en salud, posiblemente esto puede deberse a que culturalmente es la cuidadora principal de la familia,²² como resultado de los roles que le asigna la sociedad en este ámbito, así como obligaciones, expectativas laborales y tipos de ocupación que con frecuencia les generan una sobrecarga física y emocional, lo que tiene una influencia negativa en su salud y en gran medida justificaría una mayor morbilidad por enfermedades crónicas que se extienden por toda la vida sin producir la muerte; es así que el impacto del trabajo doméstico y de las condiciones en las que este se realiza, es fundamental para entender la desigualdad de la salud entre hombres y mujeres.²³

La edad de los usuarios que presentaron sus reclamos estuvo principalmente representado por el grupo de personas adultas, seguido de los adultos mayores, la explicación a esto puede radicar en que los jóvenes son el grupo etario que va a sufrir de una menor morbilidad a diferencia de los otros grupos; es importante tener en cuenta los grandes cambios demográficos que ha experimentado en las últimas décadas nuestro país, la estructura por edad de la población viene presentando un proceso de envejecimiento, datos del INEI²⁴ reportan que en el área urbana de Lima Metropolitana, en 34 de cada 100 hogares existe una persona adulta mayor; todo esto nos lleva a plantear que con el paso de los años los usuarios que demanden con mayor frecuencia de una atención en salud serán los adultos mayores y por ende existirá una mayor probabilidad de quejas por una mala atención en este grupo poblacional.

Cuando se realizó el análisis de cuál era el servicio que generaba mayor número de quejas, nuestro hallazgo correspondió al servicio de Estadística y Admisión; estos resultados son coincidentes con otro estudio realizado en un hospital público del cono sur de Lima²⁵ donde, fue este el servicio que mayores quejas escritas y verbales generó por parte de los usuarios. Teniendo en cuenta que la función principal de este servicio, es la gestión de las historias clínicas; la realidad de los establecimientos públicos del Perú nos muestra que este proceso se realiza de manera precaria, pues la alta demanda de atención hace que el poco espacio físico que tienen los establecimientos para archivar las historias clínicas, condicione a que estas se puedan extraviar y traer como consecuencia la falta de atención del paciente o en el peor de los casos, posponer una cirugía programada; por otro lado el déficit de personal que labora en esta área, puede contribuir a la

demora en el traslado de este documento, para la consulta programada, lo que se traduce en la demora de la atención del paciente, que traerá como consecuencia la ejecución de la queja del usuario. Actualmente la incorporación de las Tecnologías de la Información (TIC), han extendido su utilización al área sanitaria y estamos presenciando por ello un cambio trascendental en la forma como se genera, consulta y comunica la información clínica,²⁶ muchas de las barreras existentes que hacían imposible la comunicación a distancia, de manera simultánea entre profesionales o entre el médico y paciente han desaparecido, pues estamos viviendo la época de la telemedicina y todos los beneficios a la que esta conlleva.

Es en este sentido que la Historia clínica electrónica es una herramienta que favorece la calidad, la seguridad y la continuidad en la atención del paciente, desde donde este se encuentre y en la entidad donde requiera la atención. Nuestro país no ha sido indiferente a estos cambios y por ello es importante mencionar que el año 2015 se reglamentó la Ley N° 30024, ley que crea el Registro Nacional de Historias clínicas electrónicas,²⁷ han pasado ya dos años de esta iniciativa y lo que observamos es que aún no se ha podido concretar la implementación. Estudios donde se evalúa la incorporación de tecnologías con estas características, exponen que para el éxito de su incorporación se necesita una infraestructura tecnológica, la interoperabilidad para intercambiar datos y establecer medidas de seguridad de protección de la información que contiene una historia clínica, ya que como sabemos es un documento médico legal, otro paso no menos importante lo constituye la integración con otros sistemas existentes que permitan el intercambio de la información médica; la experiencia de instituciones que han implementado este sistema, exponen la existencia de dificultades organizativas y presupuestarias en el diseño, implantación y mantenimiento de este sistema informático.²⁸ Toda esta experiencia trasladada a nuestra realidad se hace más difícil por las implicancias económicas, organizativas y de acceso, pues la existencia de establecimientos de salud en lugares complicados geográficamente y sin conectividad a la red, tornan más complejo este proceso, aun sabiendo, que dentro de sus múltiples beneficios se encuentra el mejorar la satisfacción de los pacientes respecto a la gestión de las historias clínicas.²⁹ En conclusión, hubo una alta frecuencia de quejas en el periodo de estudio, por parte de los usuarios de la institución de salud; las quejas de los usuarios son principalmente de mujeres y de usuarios que han tenido problemas con la gestión de sus historias clínicas en el proceso de atención, esto podría mejorar con la incorporación de un sistema de historias clínicas electrónicas, el cual ya se encuentra reglamentado en nuestro país, pues la experiencia de su implementación en los establecimientos de salud, muestra que además de simplificar los circuitos que históricamente han tenido, aumenta la calidad asistencial al reducir los errores e incorporar información y utilidades para el paciente y los profesionales de la salud, también reduce los recursos en los establecimientos de salud y el tiempo de asistencia del paciente con la consiguiente satisfacción por la atención recibida y disminución de las quejas por parte del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Rivera DM. El pensamiento religioso de los antiguos mayas. Colección: Paradigmas. Madrid: Trotta; 2006.
2. Robledo H, Meljem J, Fajardo J, Oliver D. De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. Rev CONOMED 2012; 14(4): 172 – 175.
3. Revolución Industrial [en línea]. Historia Universal [fecha de acceso 1 de mayo 2016]. URL disponible en: <http://www.historiacultural.com/2010/07/las-revoluciones-industriales.html>
4. Coriat B. El taller y el cronómetro. Ensayo sobre el taylorismo, el fordismo y la producción en masa. México: Siglo XXI; 1991.
5. Miranda F. Introducción a la Gestión de la Calidad, México: Delta Publicaciones; s/f. p. 5.
6. Ruiz C. Gestión de la calidad del servicio [en línea]. [fecha de acceso 2 de junio 2016]. URL disponible en: <http://www.5campus.com/leccion/calidadserv>
7. Ruelas BE, Vidal LM. Unidad de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad d en la atención médica. Salud Pública Méx. 1990; 32(2):225-231.
8. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Ministerio de Salud del Perú [en línea]. 2007. [fecha de acceso 2 de junio 2016]. URL disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/links_sgc/5_%20SGC%20MINSAs%20RM%20519-2006.pdf
9. Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud. Ministerio de Salud del Perú [en línea]. 2009. [fecha de acceso 2 de junio 2016]. URL disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/politica_nacional_calidad.pdf
10. Shimabuku R, Fernández D, Carlos G, Granados K, Maldonado R, Nakachi G. Las reclamaciones de los usuarios externos en un centro pediátrico de referencia nacional de Lima, Perú. An Fac med [en línea] 2014. [fecha de acceso 10 de diciembre 2016]; 75 (3): 245-50 URL disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/9779>
11. Kroening H, Kerr B, Bruce J, Yardley I. Patient complaints as predictors of patient safety incidents. Patient Experience Journal [en línea] 2015. [fecha de acceso 1 de diciembre 2016]; 2 (1):94-101 URL disponible en: <http://pxjournal.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=journal>
12. Pérez V, Mira JJ, Tomás O, Nebot C, Rodríguez J. Buenas prácticas y satisfacción del paciente. Rev Calid Asist [en línea] 2010. [fecha de acceso 1 de diciembre 2016]; 25 (6): 348-355 URL disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-buenas-practicas-satisfaccion-del-paciente-S1134282X10000795>
13. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial [en línea] 2001. [fecha de acceso 2 de diciembre 2016]; 16 : 276-279 URL disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd41/v124.pdf>

14. Australian Commission on safety and quality in health care. The Australian Council for Safety and Quality in Health Care. [en línea] 2005 [fecha de acceso 10 de diciembre 2016] URL disponible en: <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/06/National-Patient-Safety-Education-Framework-2005.pdf>
15. Fajardo GE, Hernández F, Santacruz J, Hernández M, Kuri P, Gómez E. Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico 1996 – 2007. Salud Publica de México [en línea] 2009. [fecha de acceso 12 de diciembre 2016]; 51(2) URL disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000200007
16. Hernández F, Aguilar MT, Santacruz J, Rodríguez AI, Fajardo G. Queja médica y calidad de la atención en salud. Revista CONAMED [en línea] 2009. [fecha de acceso 10 de diciembre 2016]; (14) jul-sep URL disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3631857.pdf>
17. Boada MP, Méndez MA. Caracterización de los reclamos del sector salud recibidos en el Servicio Nacional del Consumidor, Chile 2004 – 2005[en línea]. [Tesis pregrado] Santiago: Facultad de Medicina, Universidad de Chile; 2005. [fecha de acceso 2 de diciembre 2016] URL disponible en: http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2005/boada_m/sources/boada_m.pdf
18. Rodríguez AI, Do Muiño M. Análisis de las reclamaciones de los usuarios área de Atención Primaria. Cad Aten Primaria [en línea] 2010. [fecha de acceso 6 de diciembre 2016]; 17: 92-96. URL disponible en: http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/08/vol17_n2_orixinais_01.pdf
19. Nebot C, Juvanet N, Orfila F, Abós R, Canela J. Análisis de las reclamaciones en un centro de atención primaria de salud de especialidades. Atención Primaria [en línea] 2000. [fecha de acceso 5 de diciembre 2016]; 26 (2): 107 – 110. URL disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0212656700786203/1-s2.0-S0212656700786203-main.pdf?_tid=6c34a058-05af-11e7-b80b-00000aacb360&acdnat=1489163848_6f7ccd90b0b285ffb0508f4e0b8ac807
20. Giuliani C, Gault N, Fares V, Jegu J, Trolli SE, Biga J, Vidal- Trecañ G. Evolution of patients complaints in a French university hospital: is there a contribution of a law regarding patients' rights?. BMC HealthServ Res [en línea] 2009. [fecha de acceso 5 de diciembre 2016]; 9(141): 1-9. URL disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2731746/pdf/1472-6963-9-141.pdf>
21. Saravanan B, Ranganathan E, Jenkinson L. Lessons learnt from complaints by surgical patients. ClinicalGovernance: An International Journal. 2007; 12:155–8.
22. Pedrera V, Gil V, Orozco D, Prieto I, Schwarz G, Moya I. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. Aten Primaria [en línea] 2005. [fecha de acceso 2 de diciembre 2016]; 35(2): 82-8. URL disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-caracteristicas-demanda-sanitaria-las-consultas-13071914>
23. Hamui L, Fuentes Ruth, Aguirre R, Ramírez OF. Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud de México: Un estudio de satisfacción con la atención médica [en línea] 2013. [fecha de acceso 5 de diciembre 2016] URL disponible en: http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/52721

24. Instituto de Estadística e Informática del Perú. Situación de la Población Adulta mayor – Informe Técnico N°1 marzo [en línea] 2016. [fecha de acceso 3 de diciembre 2016] URL disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic2015.pdf
25. Ministerio de Salud del Perú. Instituto de Gestión de Servicios de Salud. Informe de quejas y reclamos I trimestre – Hospital Nacional María Auxiliadora [en línea] 2015. [fecha de acceso 10 de diciembre 2016] URL disponible en: http://www.hma.gob.pe/calidad/INFOR-15/SERVQUAL-14/INFORME%20PRIMER%20TRIMESTRE%20QUEJAS%20RECLAMOS%202015_Final.pdf
26. Generalitat de Catalunya. FlashTicSalut. [en línea]. [fecha de acceso 26 de noviembre 2016]. URL disponible en: <http://www.ticsalut.cat/flashticsalut/html/es/articulos/doc34875.html>
27. Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas Perú: Presidencia de la Republica [en línea]; 2015. [fecha de acceso 2 de diciembre 2016]. URL disponible en: <http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30024-ley-que-crea-el-re-decreto-supremo-n-039-2015-sa-1324291-4/>
28. Sabartes Fortuny R. Historia clínica electrónica en un departamento de obstetricia, ginecología y reproducción: Desarrollo e implementación, factores clave. [Tesis doctoral] [en línea] Barcelona: Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona; 2013 [fecha de acceso 5 de diciembre 2016]. URL disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/117304/rsf1de1.pdf;jsessionid=A383ABDA6F7A6BFBD8434E16E9E77353?sequence=1>
29. Gutarra Mejía CR, Quiroga Rosas RC. Implementación de un sistema de historias clínicas electrónicas para el Centro de Salud Perú 3° zona. [Tesis pregrado] [en línea] Perú: Facultad de Ingeniería y Arquitectura, Universidad de San Martín de Porres; 2014 [fecha de acceso 1 de noviembre 2016]. URL disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1463/3/gutarra_mcr_completa.pdf

CORRESPONDENCIA:

Mg. Bustamante Puente, Zulema
zbustamantep@hotmail.com

Lic. Becerra Chauca, Naysha
nayshabecerra0401@gmail.com