

# I ndicadores de calidad DE LA ATENCIÓN EN SALUD

AUGUSTA ALFAGEME\*

En el Perú no se ha logrado validar en forma consensuada estándares de calidad o instrumentos de medición de la calidad que ya existen en otros países. En la práctica el método indirecto, basado en las encuestas de percepción de usuarios o trabajadores del sector, continúa siendo el único aplicado para medir la calidad de salud en el país.



\* Consultora en temas sociales  
malfageme@hotmail.com

El derecho de las personas de tener una atención de salud “cálida, oportuna, segura y de óptima calidad” ha impulsado el desarrollo de políticas públicas destinadas a una mejora continua del servicio de salud, incluyendo en ello “los procedimientos para evaluar la eficiencia, efectividad y seguridad de las distintas intervenciones, preventivas, apoyo o curativas” (www.paho.org). Ya sea para acreditar los establecimientos de salud o para brindar información pública sobre el sistema de atención.

La implementación de políticas de calidad y de instrumentos para medir sus avances ha sido un proceso complejo y largo y causa de intensos debates, desde sus inicios a mediados de 1970 hasta la actualidad, en los países de mayor desarrollo económico<sup>1</sup> debido a la diversidad de factores que involucra. Entre los que están, por ejemplo, el nivel de conocimiento, la capacidad ética, la calidez de los profesionales de salud, la eficiencia en el uso de recursos financieros, la gestión de los servicios de salud y la infraestructura y tecnología médica, entre otros. Estos aspectos están recogidos en la definición de “calidad” propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

“calidad como un alto nivel de excelencia profesional y uso eficiente de recursos que, con un mínimo de riesgo para el paciente, permita lograr un alto grado de satisfacción e impacto final positivo en la salud”.

Este concepto permite distinguir tres objetivos importantes de la atención al paciente: trato digno, excelencia técnica, seguridad en los procedimientos y organización eficaz del servicio (Romero Téllez 2004)<sup>2</sup>. Su evaluación ha implicado el desarrollo de varias metodologías para construir indicadores, entre ellas destacaron dos no excluyentes:

- Una “Técnica u objetiva”, dirigida a evaluar, a través de estándares de calidad, el impacto de las intervenciones sanitarias en la salud del paciente con indicadores como prevención de infecciones hospitalarias, cumplimiento de los protocolos médicos y de normas sobre seguridad del paciente.<sup>3</sup>
- Otra “Subjetiva o indirecta”, destinada a medir el grado de satisfacción y los problemas percibidos por el paciente con relación, por ejemplo, al tiempo de espera, al acceso a

**CUADRO 1** ■ Usuarios de consulta externa

	2014				2015			
	Muestra	Porcentaje	Población (Miles)	Porcentaje	Muestra	Porcentaje	Población (Miles)	Porcentaje
Total	13 558	100,0	29 991	100,0	13 670	100,0	28 188	100,0
MINSa-GR	6 368	47,0	13 926	46,4	6 410	46,9	12 663	44,9
EsSalud	6 029	44,5	11 146	37,2	6 081	44,5	9 738	34,5
FF,AA, y PNP	511	3,8	2 037	6,8	524	3,8	2 484	8,8
Clínicas	650	4,8	2881	9,6	655	4,8	3303	11,7

FUENTE: SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD-INEI. BASE DE DATOS.  
ELABORACIÓN: PROPIA.

**CUADRO 2** ■ Población atendida con alguna NBI y que pertenecen al quintil I y II

	2014		2015	
	Con NBI	Quintil I y II	Con NBI	Quintil I y II
Total	18,7	33,1	18,3	28,7
MINSa-GR	23,3	52,3	25,8	47,1
EsSalud	16,8	20,8	14,5	19,5
FF,AA, y PNP	11,2	5,6	7,4	5,1
Clínicas	8,9	7,1	9,4	3,3

FUENTE: SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD-INEI. BASE DE DATOS.  
ELABORACIÓN: PROPIA.

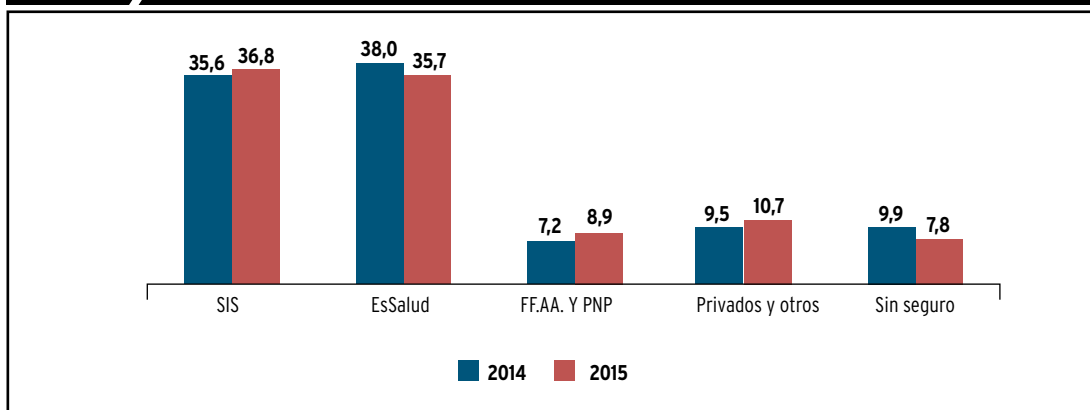
“ El interés de incorporar el tema de calidad en la agenda sanitaria pública y de crear un sistema de acreditación de los servicios de salud en el Perú, se inicia tardíamente en la década de los 90 ”

<sup>1</sup> Trevor Sheldon (1998) ha destacado la labor del National Health Service (NHS) del Reino Unido y la Agency for Healthcare Research and Quality” (AHRQ) de los Estados Unidos en la producción de indicadores de calidad.

<sup>2</sup> Cruzada Nacional por la Calidad de los servicios de salud en México. (www.paho.org/paho-usaid/documents/events).

<sup>3</sup> Este tema es de gran importancia en la agenda de salud de muchos países por la cantidad de personas que mueren anualmente en hospitales a causa de lapsos en seguridad de los pacientes (www.ahrq.gov/patients-consumers).

**GRAFICO 1** ■ Distribución de la población por tipo de seguro 2014–2015 (En porcentajes)



**CUADRO 3** ■ Usuarios que cuentan con seguro de salud por establecimiento

	2014			2015		
	Si	No	Total	Si	No	Total
Total	90,1	9,9	100,0	92,2	7,8	100,0
MINSAs-GR	81,1	18,9	100,0	84,8	15,2	100,0
EsSalud	99,9	0,1	100,0	100,0	0,0	100,0
FF.AA. y PNP	98,8	1,2	100,0	99,9	0,1	100,0
Clínicas	89,9	10,1	100,0	91,5	8,5	100,0

**CUADRO 4** ■ ¿Pagó de su bolsillo las siguientes atenciones? (En porcentajes)

	2014				2015			
	Nada	Una parte	Todo	Total	Nada	Una parte	Todo	Total
<b>Consulta médica</b>								
Total	77,7	5,7	16,6	100	80,1	7,6	12,3	100
MINSAs-GR	71,8	0,2	28,0	100	80,5	0,3	19,2	100
ESSALUD	99,8	0,1	0,1	100	99,8	0,0	0,2	100
FF.AA. y PNP	65,2	29,7	5,0	100	67,8	16,8	15,4	100
CLÍNICAS	29,7	36,6	33,7	100	29,1	51,5	19,3	100
<b>Medicamentos</b>								
Total	74,8	11,8	13,3	100	80,4	9,5	10,1	100
MINSAs-GR	64,5	9,9	25,6	100	80,2	2,4	17,5	100
ESSALUD	97,5	2,3	0,2	100	98,3	0,3	1,5	100
FF.AA. y PNP	69,3	29,7	1,0	100	76,4	21,9	1,7	100
CLÍNICAS	23,3	50,1	26,6	100	30,5	53,5	16,0	100
<b>Análisis de laboratorio</b>								
Total	78,2	6,2	15,6	100	78,2	10,4	11,4	100
MINSAs-GR	73,4	1,4	25,2	100	80,1	0,5	19,5	100
ESSALUD	99,4	0,2	0,4	100	96,6	0,6	2,8	100
FF.AA. y PNP	57,7	38,2	4,0	100	51,1	45,4	3,5	100
CLÍNICAS	27,1	39,8	33,1	100	12,0	70,3	17,7	100
<b>Rayos X- Ecografías</b>								
Total	79,6	4,8	15,6	100	77,9	9,8	12,3	100
MINSAs-GR	69,5	0,9	29,6	100	76,8	1,4	21,9	100
ESSALUD	98,6	0,0	1,4	100	97,1	0,1	2,8	100
FF.AA. y PNP	69,8	27,3	3,0	100	54,9	45,1	0,0	100
CLÍNICAS	39,6	34,3	26,2	100	33,8	45,7	20,6	100

medicamentos o la opinión del personal sobre la carga laboral y condiciones de trabajo.

Su implementación no ha sido una tarea sencilla y ha requerido (y requiere) de una serie de acuerdos conceptuales y políticos sobre las estrategias de calidad en que se sustentan, exigiendo recursos financieros y capital humano para organizar un sistema de información eficaz, evitando caer “en una explosión de indicadores y de información no siempre efectiva” (Sheldon 1998). Asimismo, una serie de organismos internacionales están trabajando para desarrollar indicadores comunes a los países para comparar en forma continua la calidad de los servicios. Entre ellos están la European Community Health Indicators (ECHI), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)<sup>4</sup> y la OMS a través del PATH (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals).<sup>5</sup>

El interés de incorporar el tema de calidad en la agenda sanitaria pública y de crear un sistema de acreditación de los servicios de salud en el Perú, se inicia tardíamente en la década de los 90, cuando en un diagnóstico del sector el MINSAs hizo explícita “la existencia de diferencias de calidad, cobertura, acceso y oportunidad en la atención” (ver Política Nacional de Calidad 2009).

Al crearse la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS) se reforzó la necesidad de diseñar indicadores objetivos y subjetivos para apoyar sus funciones como entidad encargada de “autorizar, regular y supervisar” a las Empresas Prestadoras de Salud” (Ley 26790

<sup>4</sup> Kelley Edward and Jeremy Hurst. “Health Care Quality Indicators Project” (HCO). Conceptual Framework Paper. Health Working Papers. OECD. 2006.

<sup>5</sup> El PATH busca validar los indicadores del International Quality Indicator Project (IQIP) dirigidos a evaluar seis dimensiones del desempeño: efectividad clínica, eficiencia, orientación del personal, un gobierno receptivo, seguridad y centralidad del paciente ([www.pathqualityproject.eu](http://www.pathqualityproject.eu)).

**CUADRO 5** ■ Problemas con la atención: 2014– 2015 1/  
(En porcentajes)

	MINSA - GR		EsSalud		F.F.A.A. Y PNP		Clínicas		Total	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Declararon problemas (en miles)	2 062	1 160	2 555	1 837	188	126	300	98	5 106	3 223
Maltrato en la atención	37,0	34,2	34,9	23,6	26,6	39,6	21,7	23,4	34,7	28,0
El seguro no cubre todas las especialidades	3,0	2,3	3,5	3,1	1,9	0,0	3,5	13,2	3,2	3,0
Falta de medicamentos	21,4	34,0	15,7	22,6	25,3	14,9	12,8	3,4	18,2	25,8
Incumplimiento en programación citas, cirugías u otros	7,1	8,5	22,3	13,9	1,9	2,6	9,3	23,8	14,7	11,8
Demora en la atención	52,8	35,3	48,5	39,6	34,0	18,3	43,5	28,7	49,4	36,9
Médico o personal no acudió a su turno	7,6	6,5	10,1	3,5	15,0	10,9	3,5	3,9	8,9	4,9
Problemas para su atención como asegurado	11,4	9,5	14,4	18,4	4,1	10,8	10,7	11,9	12,6	14,7
Le realizaron algún cobro no advertido	1,7	0,8	0,0	0,2	4,7	0,0	1,1	1,7	0,9	0,5
No se respetó mi privacidad	0,8	1,3	2,0	0,4	4,7	0,0	0,0	0,0	1,5	0,7
Otro	5,5	11,3	4,9	9,6	19,9	13,6	9,3	2,3	6,0	10,2

1/ RESPUESTAS MÚLTIPLES. PORCENTAJE RESPECTO A LOS QUE DECLARARON PROBLEMAS.

de mayo 1997)<sup>6</sup>. Sin embargo, debido a su menor complejidad, la evaluación de calidad se orientó al desarrollo de las encuestas de satisfacción del usuario (método indirecto).

La Ley de Salud N° 26842 de julio 1997, al destacar “el derecho de los usuarios de exigir estándares de calidad aceptables en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales”, incluyó este tema en la agenda de las autoridades de salud. Lo que se manifiesta en la creación posterior de la Dirección de Calidad en Salud y del Sistema Gestión de Calidad -SGC (RM N° 768-2001-SA/DM y RM 519/2006/MINSA)<sup>7</sup> y en las “12 Políticas Nacionales de Calidad en la Atención de Salud” formuladas en el documento técnico de Política Nacional de Calidad (RM 727-2009/MINSA). Con este marco normativo la Dirección de Calidad está realizando una serie de actividades para implementar el SGC a través de algunas instructivas para evaluar prácticas clínicas, guías clínicas y normas sobre seguridad en el paciente y estándares de calidad.<sup>8</sup>

No se cuenta, todavía, con indicadores validados para evaluar en forma integral el sistema de salud. Por ahora se usa el método “subjetivo” basado en el modelo de encuestas “Service of Quality” (SERVQUAL) desarrolladas por Zeithami, Parasuraman y Berry (1988) en los Estados Unidos<sup>9</sup> (Ver Guía Técnica para Evaluar la Satisfacción de Usuarios<sup>9</sup>-RM 527-2011-MINSA). Éste consiste en aplicar un cuestionario de preguntas estandarizadas, dirigidas a abordar cinco dimensiones de satisfacción: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles.

**CUADRO 6** ■ Percepción sobre el tiempo de espera en las IPRESS (En porcentajes)

	2014		2015	
	Adecuado	Largo o muy largo	Adecuado	Largo o muy largo
Total	39,8	60,2	63,0	37,0
MINSA-GR	27,8	72,2	51,5	48,5
EsSalud	45,1	54,9	65,4	34,6
FF,AA, y PNP	55,7	44,3	82,6	17,4
Clínicas	66,2	33,8	85,3	14,7

“ Un breve análisis de los resultados plantea la importancia de una reforma y cultura de calidad para mejorar las condiciones de atención del paciente y generar mayor equidad en el acceso ”

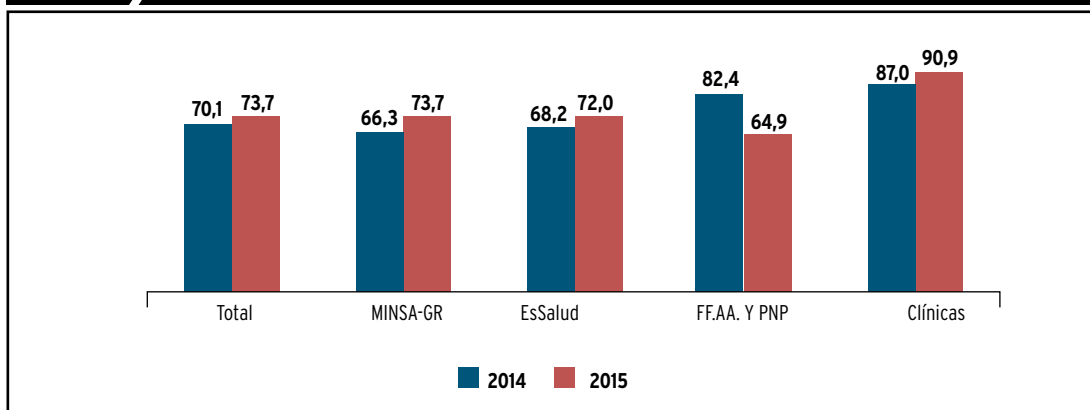
<sup>6</sup> La SEPS ha sufrido varios cambios. La Ley 29344 (2009) amplía sus funciones y cambia su nombre a Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA). En 2013 (DL 1158) pasa a ser Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) con el fin de “promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud.

<sup>7</sup> Que plantea entre sus objetivos “la construcción de indicadores que reflejen los resultados de las prácticas médicas en la salud”. En ese sentido el MINSA ha desarrollado una serie de evidencias sobre prácticas médicas, efectividad, guías clínicas, seguridad y tecnologías de información de salud.

<sup>8</sup> Ver Yamaguchi Patricia, 2015 (www.minsa.gov.pe/dgsp) y Dirección General de Calidad (2016) “Instructivo para la implementación de los criterios de programación de actividades del sistema de gestión de la calidad en salud”.

<sup>9</sup> A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality (SERVQUAL). Journal of Retailing 1988.

**GRAFICO 2** ■ Satisfacción general en establecimientos de salud (En porcentajes)



Para ver en que consiste este método se hará una breve referencia a algunos resultados, en el ámbito nacional, del módulo de usuarios externos de las dos últimas Encuestas Nacionales de Satisfacción de Usuarios de Salud (Ensusalud) 2014 y 2015 (INEI y SUSALUD). Ambas encuestas se han diseñado con una metodología común, su muestra abarca 13,6 mil usuarios por año distribuidos en 181 establecimientos de salud de los niveles 1 a 3 de complejidad, en los 24 departamentos del país<sup>10</sup>.

En el análisis de estas encuestas se observa una mayor demanda de servicios en los establecimientos del MINSA y EsSalud. Asimismo, la mayor parte de consultas fueron hechas por mujeres (60 por ciento) y el 69 por ciento de usuarios tenía entre 25 y 64 años. Asimismo, el MINSA y EsSalud, muestra un mayor porcentaje de personas con carencias y niveles bajos de ingreso.

El 90,1 y 92,2 por ciento de esta población, en 2014 y 2015, respectivamente, tenía algún seguro. Con una participación mayor de los afiliados al

Seguro Integral de Salud (SIS) y al Seguro Social de Salud (EsSalud).

El porcentaje de asegurados en el MINSA y clínicas privadas llegó en 2015, a 84,8 y 91,5 por ciento, respectivamente. En los otros establecimientos se atendió prácticamente a sus afiliados.

Pese al alto nivel de aseguramiento en casi todos los establecimientos, excepto en EsSalud, un conjunto de usuarios realizaron pagos, parciales o totales, de su bolsillo para financiar la consulta o los diversos análisis clínicos realizados. Este pago alcanzó a más usuarios en el MINSA (donde el porcentaje de población con carencias es más elevado que en las clínicas privadas).

El porcentaje de usuarios, que declaró algún problema en la atención, se redujo, en ese periodo, de 17,0 por ciento a 11,4 por ciento, lo que en términos absolutos implicó un descenso de 5,1 millones de personas a 3,2 millones en 2015 (-36,9 por ciento). Los problemas más sentidos fueron (respuesta múltiple) la demora, el maltrato en la atención y la falta de medicamentos. La intensidad de estos problemas es mayor en los usuarios en hospitales de las FF.AA y PNP y el MINSA que en EsSalud y clínicas privadas.

El descenso del porcentaje de usuarios que declaró como un problema la demora en la atención se condice con el aumento de personas que consideraron adecuado este tiempo de espera (Cuadro 5). Es probable que la apreciación más negativa en 2014, que en 2015, esté influenciada por el clima causado por la huelga médica de ese año (que se inició en junio, mes en el que se aplicó la encuesta de 2014). Sin embargo, hay una contradicción con el aumento de los minutos de espera declarados en 2015 (104 minutos) respecto a 2014 (81 minutos)<sup>11</sup>.

La proporción de usuarios que declaró su satisfacción con el servicio aumentó en esos años de

**CUADRO 7** ■ Nivel de satisfacción con el personal: 2014–2015 (En porcentajes)

	MINSA - GR	EsSalud	F.F.A.A. Y PNP	Clínicas	Total
<b>2014</b>					
Promedio	58,8	68,5	77,1	91,7	67,3
Administrativo	57,8	65,2	72,7	81,1	64,0
Asistencial no médico	69,1	74,0	77,8	92,5	73,7
Médico	82,5	81,0	92,0	94,4	83,8
<b>2015</b>					
Promedio	68,5	53,2	82,7	82,4	66,1
Administrativo	64,3	51,0	82,0	86,5	63,9
Asistencial no médico	71,5	60,1	83,5	81,3	69,7
Médico	85,5	81,5	93,9	96,9	86,2

<sup>10</sup> Los otros módulos recogen entrevista a: 1) profesionales de salud (5 mil entrevistas a médicos y enfermeras), 2) usuarios de farmacias y boticas (4 mil) y 3) usuarios de la Oficina del Seguro Integral de Salud (2000 entrevistas).

<sup>11</sup> Sucede lo mismo en todos establecimientos. En el MINSA pasó de 114 a 148 minutos, en EsSalud de 58 a 82 minutos y en las clínicas de 35,1 a 41,1 minutos entre 2014 y 2015.

70,1 por ciento a 73,7 por ciento, nivel cercano al nivel de satisfacción en el MINSA y EsSalud. En las clínicas el 91 por ciento declaró estar satisfecho con el servicio.

La satisfacción con el personal, toma en cuenta siete criterios: amabilidad, respeto, interés o disposición por atender, confianza y seguridad que inspira, vestuario y claridad de la información<sup>12</sup>. Los resultados muestran un menor nivel al estimado con el indicador de satisfacción general. Asimismo, el médico recibe un mayor reconocimiento que el personal asistencial no médico y el administrativo. En las clínicas la satisfacción con el personal es más homogénea aunque los médicos sobresalen.

El indicador de satisfacción total combina la opinión sobre el personal (administrativo, médico y asistencial) y el ambiente (ubicación, comodidad, limpieza, privacidad, infraestructura).

Al incluir el ambiente, el grado de satisfacción se reduce respecto a los otros indicadores mencionados. Pasando de 49,6 por ciento en 2014 a 52,5 por ciento en 2015. Asimismo, se observan fuertes diferencias entre los establecimientos (Gráfico 3) con un nivel de satisfacción menor en los centros del MINSA y EsSalud respecto a las clínicas privadas y los hospitales de las FFAA y PNP.

### ALGUNAS CONCLUSIONES

El análisis histórico menciona las dificultades que enfrentaron los países de mayor desarrollo económico para formular una política de calidad y construir indicadores que ayuden a evaluar en forma integral las tres dimensiones de calidad: trato digno al paciente, excelencia técnica y seguridad en los procedimientos y organización eficaz del servicio. Lo que implica, para medir el nivel de satisfacción con el servicio, combinar indicadores técnicos u objetivos con otros subjetivos.

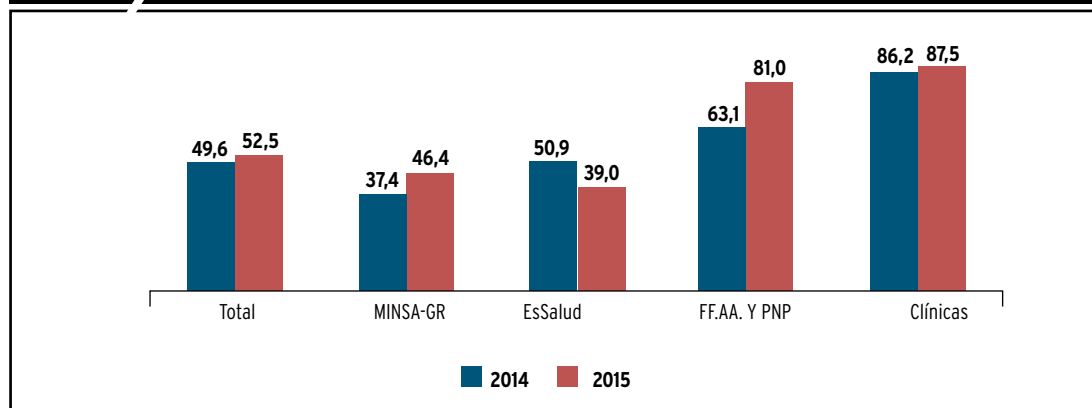
Este proceso se inicia tardíamente en el Perú

y, aunque se observan algunos avances institucionales, no se ha logrado validar en forma consensuada, estándares de calidad o instrumentos de medición de la calidad que ya existen en otros países, sea con fines de certificación o para información pública. En la práctica el método indirecto, basado en las encuestas de percepción de usuarios o trabajadores del sector, continúa siendo el único aplicado para medir calidad. Por otro lado, la experiencia mexicana muestra la necesidad de un compromiso y una fuerte voluntad política para articular las iniciativas propuestas por muchos actores y generar un sistema de información para hacer un monitoreo constante.

Un breve análisis de los resultados plantea la importancia de una reforma y cultura de calidad para mejorar las condiciones de atención del paciente y generar mayor equidad en el acceso. Así se puede observar que pese al alto nivel de aseguramiento, un 20 por ciento de los atendidos, en promedio, pagó de su bolsillo en forma total o parcial, el costo de la atención o los análisis clínicos recibidos. Este nivel responde a las declaraciones de los usuarios de casi todos los establecimientos ya que no se registran pagos en EsSalud.

La proporción de usuarios con problemas en la atención se redujo de 17 por ciento en 2014 a 11,4 por ciento en 2015. Declarando insatisfacción por la demora, el maltrato en la atención y la falta de medicinas, condiciones con mayor incidencia en MINSA y EsSalud. Asimismo, entre el personal, los médicos gozan de mayor reconocimiento en todos los establecimientos. Al incluir el ambiente “índice de satisfacción total” se observa una caída en la percepción sobre su calidad pasando de 36 por ciento en 2014 a 42 por ciento de los usuarios en 2015. El sector privado muestra mayores niveles de satisfacción en los tres índices de satisfacción presentados que el sector público.

**GRAFICO 3** ■ Satisfacción total en establecimientos de salud (En porcentajes)



<sup>12</sup> Se pregunta si la atención recibida por el personal fue muy buena, buena, ni buena/ni mala, mala y muy mala en cada uno de los seis indicadores señalados. Se ha considerado como satisfechos a los que contestaron en forma satisfactoria (bueno y muy bueno) en 5 de los 6 indicadores.