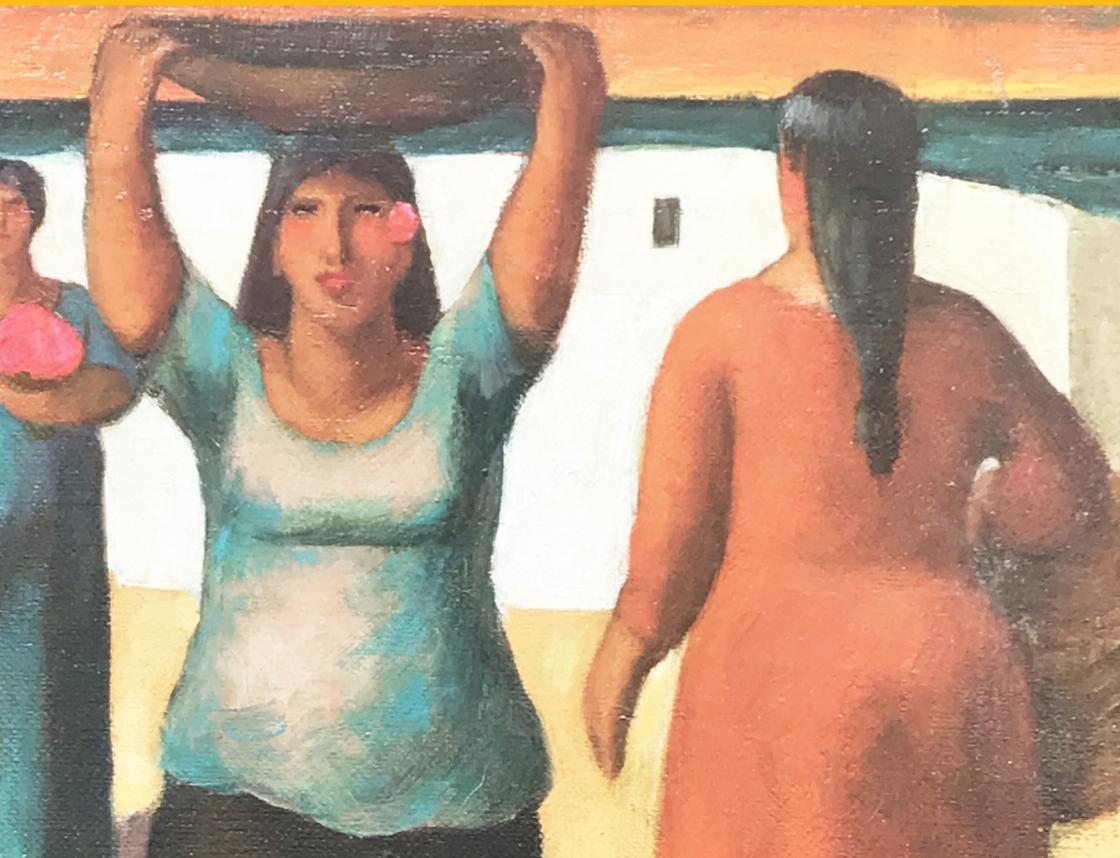


Atención de salud con calidad

Desafíos



O. Lazo-Gonzales
A. Santivañez-Pimentel

COMPILADORES



LIMA

Atención de salud con calidad

Desafíos

Atención de salud con calidad

Desafíos

O. Lazo-Gonzales

A. Santivañez Pimentel

COMPILADORES



Calidad de la atención de salud

desafíos

2018 ©

Consejo Regional III Lima
Colegio Médico del Perú

Compiladores
Oswaldo Lazo-Gonzales
Álvaro Santivañez-Pimentel

Primera edición: mayo de 2018
Tiraje: 500 ejemplares

Carátula
Tres mujeres, óleo de Ángel Chávez
Colección privada

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú
N°. 2018-07023

Derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial
de la presente publicación sin el permiso de los editores

Edición e impresión

REP SAC
999-658531
jcandiotti@revistasespecializadas.com
Miguel de Cervantes 485-502. San Isidro
Talleres: Emilio Althaus 355 Lince



**Consejo Directivo
Consejo Regional Lima
Colegio Médico del Perú**

Decano	Dr. Raúl Urquizo Aréstegui
Secretario	Dr. Juan René Astuvilca Cupe
Tesorero	Dr. Abraham Rodríguez Rivas
Vocal	Dr. José Carlos Pacheco Romero
Vocal	Dr. Raúl César Alegría Guerrero
Vocal	Dra. María del Carmen Tello Giraldo
Vocal	Dr. José Félix Martín Layten Pazos
Accesitario	Dr. Edmundo Alejandro Vargas Laredo
Accesitaria	Dra. Julisa Caballero Amado

Autores

Oscar D. Aguirre Sánchez

Médico cirujano (UNMSM), magíster en Salud Pública (UPCH), especialista en Medicina Familiar. Ex-director nacional de EESS del Primer Nivel de atención del Minsa, director regional de Salud de Cajamarca, director médico de la Red Asistencial de Cajamarca-Essalud. Médico asistente del C.S. Baños del Inca, Cajamarca.

Carlos A. Alva Díaz

Médico cirujano (UNT), especialista en Neurología (UNMSM), maestría en Epidemiología Clínica (UPCH) y auditor médico (UNT), Fellow Research en Colaboración Cochrane Iberoamérica (España) y Stage en Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS-Argentina), Consultor en investigación clínica, ensayos clínicos y guías de práctica clínica (INS-Minsa; IETSI-Essalud; INCN-Minsa), Miembro fundador de Redecs.

Lourdes A. Álvarez Gasco

Licenciada en Enfermería (UPCH), maestría en Gerencia de Servicios de Salud (UPCH), diplomada en gestión de la calidad en salud. Exfuncionaria, Unidad de Calidad del INSN-San Borja, y Equipo Técnico, Dirección de Calidad-Minsa, consultora en Gestión de la Calidad, Pathfinder Internacional, Iniciativa de Políticas de Salud y Calidad en Salud.

Yahaira Becerra Becerra

Médico cirujano (UNT), especialista en Geriátrica. Maestría en Epidemiología Clínica (UPCH). Investigador del equipo consultor Red de Eficacia Clínica y Sanitaria (Redecs).

Pavel J. Contreras Carmona

Médico cirujano, especialista en Medicina Familiar. Profesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, jefe de la Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrarreferencias del Hospital III Suárez-Angamos.

Jorge A. García Mostajo

Médico cirujano, especialista en Medicina Interna, auditor médico, maestro en Salud Pública y egresado de maestría en Epidemiología Clínica. Consultor en ensayos clínicos (INS-Minsa, IETSI-Essalud), Miembro investigador del equipo consultor Red de Eficacia Clínica y Sanitaria (Redecs).

David A. Gordillo Inostroza

Médico cirujano (Unica), diplomado en Promoción de la Salud, Instituto Carlos III de Madrid, ex-director regional de Salud de Ayacucho, excoordinador Macro Regional Centro de Saludpol. Asesor regional, Programa Sistec, Cooperación Técnica Belga, Junín.

Oscar S. Huapaya Huertas

Médico cirujano, docente de la Universidad Científica del Sur, consultor de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional del Minsa. Filiación UCSUR.

Mariela I. Huerta Rosario

Médico cirujano (UNT), especialista en Anatomía Patológica (UNMSM). Estudios de Maestría en Gestión de Servicios de Salud (USMP), consultor en Guías de Práctica Clínica (IETSI-Essalud; INCNA Minsa). Investigador de Redecs.

Oswaldo Lazo Gonzales

Médico cirujano (UNMSM), doctor en Medicina (UPCH), magíster en Salud Pública, especialista en Pediatría y en Administración de Salud. Profesor principal, Facultad de Salud Pública y Administración, UPCH, exfuncionario del Minsa. Consultor, organismos nacionales e internacionales. Presidente, Comité de Calidad y Seguridad de la Atención, CMP.

Christian R. Mejía Álvarez

Médico cirujano, investigador, maestrías en Investigación y Salud Ocupacional, docente universitario.

Rocío R. Miranda Mesías

Médico cirujano, especialista en Medicina Familiar, magíster en Gerencia de Servicios de Salud, magíster en Salud Pública, estudios de doctorado en Salud Pública. Médico asistente, Oficina de Inteligencia Sanitaria, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Wilfredo O. Pino Chávez

Médico cirujano, doctor en Salud Colectiva, maestro en Gerencia en Salud, especialista en Cirugía General, ex-director regional de Salud de Arequipa, cirujano asistente Hospital Honorio Delgado. Decano del Consejo Regional V- Arequipa del CMP.

Priscilla Rivera Morón

Médico cirujano (USMP), especialista en Ginecología y Obstetricia, diplomada en Auditoría Médica.

I E. Rojas Bolívar

Médico cirujano (UNMSM), colaborador del Centro de Investigaciones Tecnológicas, Biomédicas y Medioambientales (CITBM).

Álvaro C. Santivañez Pimentel

Médico cirujano (UNMSM), MSc en Gestión Internacional de la Salud y Desarrollo, Universidad de Birmingham, Reino Unido. Diplomas en Auditoría Médica y Docencia Universitaria. Asesor en Gestión de la Calidad en Salud, Diresa Callao. Jefe, Oficina de Gestión de la Calidad, Hospital San Bartolomé.

Renzo Sotomayor Noel

Médico cirujano (UNMSM). Magíster en Política Social y Desarrollo, London School of Economics and Political Sciences (Reino Unido), exfuncionario del Minsa, MEF, UNFPA. Asesor del Banco Mundial en sistemas de salud.

Víctor Zamora Mesía

Médico cirujano (UNMSM), magíster en Gerencia, Planificación y Políticas de Salud del Nuffield Centre for International Health and Development, Universidad de Leeds (Reino Unido), exfuncionario del Minsa, DFID, UNFPA, OPS/OMS. Director de País de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.

David F. Zavala Curzo

Médico cirujano, especialista en Gestión en Salud, egresado de maestría de Economía de la Salud. Experiencia en gestión de seguros de salud públicos. Exespecialista en Cobertura de Prestaciones de Salud de Alto Costo, Fisol. Especialista de Convenios y Contratos de Prestaciones de Salud, Fondo de Aseguramiento de Salud de la PNP.

Presentación del CMP Regional Lima

La formulación y gestión de la política de salud es la expresión central del ejercicio de la función rectora por parte de la autoridad sanitaria, se trata de definir las directrices que supuestamente garantizarán más y mejor salud para la población. En consecuencia, analizar las políticas supone confrontarlas con la situación de salud. Se trata conocer la legitimidad con la cual se toman las decisiones públicas, el asidero de evidencia (conocimiento y experiencia) que las sustenta y la eficacia que tienen para resolver los problemas públicos en salud objeto de su implementación. A su vez, el análisis de la política tiene como finalidad promover los cambios o modificaciones necesarias para alcanzar estos objetivos sanitarios propuestos, movilizándolo a los actores a fin de incidir en los decisores políticos en búsqueda de estos cambios.

Es lugar común manifestarse sobre la débil capacidad rectora de la autoridad en salud, acentuada por diversos factores, entre ellos un proceso de descentralización que requiere urgentes correctivos; sin embargo, para fortalecer la rectoría en salud se requiere justamente de proponer orientaciones más eficaces frente a los álgidos problemas de salud. Allí radica la importancia del análisis de políticas de salud pero también la preocupación del Consejo Regional de Lima del Colegio Médico del Perú al embarcarse en esta tarea.

En consecuencia, la gestión 2018-2020 del Consejo Regional conformó el Comité de Políticas de Salud que congrega a un grupo de colegas médicos expertos en políticas de salud, preocupados en el análisis e incidencia política. Este comité, aunque con un alcance más amplio,

pretende dar continuidad al trabajo de análisis de políticas de calidad realizado por el Comité de Calidad y Seguridad de la Atención del CMP del durante el periodo 2016-2018.

En tal sentido, en mi condición de Decano del Consejo Regional III de Lima me enaltece en presentar al colegiado médico, al sanitarismo y a otros actores interesados esta compilación de los mejores trabajos presentados en el concurso de ensayos de análisis sobre la calidad de la atención realizado por el mencionado Comité de Calidad y Seguridad de la Atención, buscando con ello fomentar el debate sobre este severo y crónico problema público de la atención de la salud en nuestro país.

Contenido

INTRODUCCIÓN	15
--------------------	----

PRIMERA PARTE

1 Seguridad de la atención en el Perú: situación y perspectivas Álvaro César Santivañez-Pimentel	21
2 Análisis de la estrategia de Seguridad del Paciente en el Perú Juan Limo-Salazar	39
3 Guías de Práctica Clínica como herramientas de gestión de calidad en el Perú Jorge A. García-Mostajo, Carlos A. Alva-Díaz, Leslie P. Rivera-Morón, Mariela I. Huerta-Rosario y Yahaira Becerra-Becerra	55
4 Herramientas para mejorar la satisfacción del usuario a partir de un estudio situacional peruano Christian R. Mejía-Álvarez, Rocío R. Miranda-Mesías, Pavel J. Contreras-Carmona y Oscar S. Huapaya-Huertas	81

5	Incentivos para mejora de la calidad en salud David F. Zavala-Curzo	95
6	Acceso y calidad de atención al adulto mayor Oscar D. Aguirre-Sánchez	105

SEGUNDA PARTE

7	Situación de la calidad de la salud en el Perú Wilfredo O. Pino-Chávez	123
8	La calidad de atención en salud en el Perú: ¿un derecho invisible? Daniel Rojas, Víctor Zamora, Renzo Sotomayor	143
9	Implementación de la política de calidad en salud: Cambio o... más de lo mismo David Gordillo-Inostroza y Lourdes Álvarez-Gasco	159
10	Calidad en salud en el Perú: ¿política pública? Oswaldo Lazo-Gonzales	177

Introducción

La mala calidad de la atención expresa de manera sintética la gran deuda del Estado y la sociedad con el derecho a la atención de salud de la mayor parte de la población peruana. Lamentablemente, antes de cancelarse, dicha deuda tiende a crecer ante una indiferencia que, en mayor o menor medida, compromete a todos.

La primera responsabilidad recae sobre el Estado que, en cumplimiento de su rol rector de la salud, está obligado a orientar el desarrollo de la calidad de la atención. Sin embargo, este rol es ignorado, lo que se evidencia por el total abandono de la política de calidad de la atención, aprobada en 2009 y que alcanza su colofón en la supresión de la Dirección de Calidad de la estructura orgánica del Ministerio de Salud (Minsa), en abierta contradicción con la política nacional, que busca fortalecer la calidad como estrategia de competitividad, a través de la creación del Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad (Inacal).

Es por todos conocido que entre 2009 y 2014 se implementó en el país una propuesta de reforma de mercado en el sector salud, diseñada vertical y sigilosamente, que antes que fortalecer, debilitó sus ya frágiles instituciones sanitarias. Cabe recordar que el Estado había sufrido la destrucción de su institucionalidad durante la última década del siglo XX.^a

Era obvio que en estas condiciones todo intento de reforma sanitaria con pretensiones de éxito exigía la compleja pero indispensable tarea de generación de consensos que le otorgara la necesaria legitimidad para su implementación y sostenibilidad en el tiempo capaz de alcanzar los cambios propuestos. Indefectiblemente, construir tales consensos

^a Por instituciones se comprende aquellos comportamientos estables, ideas orientadoras,.. “procedimientos y reglas que regulan las conductas sociales como los órganos competentes para solucionar conflictos y asignar los recursos en una sociedad”.

suponía renunciar a cualquier visión dogmática, sea de mercado o de estado, para anteponer la salud de la población y su atención. Esto no sucedió esto, por el contrario, se impuso sin mayor debate la ideológica de mercado como eje ordenador de los cambios.^b

No es casual que, aunque parezca absurdo, la reforma estuvo abocada a consolidar el aseguramiento como modelo sistema de salud, si preocuparse por lo fundamental: la salud y su atención. Lo primero buscaba expandir el sector privado principalmente la presencia del mercado de seguros, lo segundo tiene que ver con la vida y la salud de la gente.

Adicionalmente, quienes lideraron las reformas, en su mayoría ajenos al sector, desconocían la dinámica de sus instituciones y sus actores, mostrando poco interés por conocer el contexto político y social y en el que se aplicarían sus propuestas, así como su impacto en países con características similares. Recordemos que el modelo de aseguramiento, diseñado por algunos organismos internacionales que promueven el mercado de la salud, fue aplicado en diversos países latinoamericanos.

A esto se agregaba la intrínseca debilidad de la autoridad sanitaria en el ordenamiento nacional, condición acentuada por las insuficiencias de la descentralización. Nos encontrábamos prácticamente ante una autoridad sanitaria sin capacidad rectora. En este sentido, “la estrategia de crear islas de eficiencia para incrementar la capacidad estatal , además de ser una respuesta parcial, muchas veces va de la mano con otros costos: una mayor cercanía con el sector privado del que provienen los cuadros técnicos que se contratan o un mayor aislamiento de la sociedad al momento de diseñar políticas públicas (Awapara y Dargent, 2017). Eso fue lo que sucedió con la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud), que supuestamente surgió con la finalidad...

Finalmente, la superintendencia se ha convertido en un reducto de burócratas con condiciones salariales muy por encima del promedio de las instituciones del sector, incapaces de tomar acciones que realmente incidan en la mejora de la calidad de la atención.

^b los consensos obligaban a reconocer y conocer al “otro” por más distante que su pensamiento y acción estén con respecto del pensamiento dominante. Estos consensos no se construyen entre quienes piensa igual o peor aun, con quienes habían perdido legitimidad, representatividad social y sectorial y carecían de propuestas sobre los cambios que requería la función salud.

Es cierto también que en los diversos segmentos de nuestra población existe, por lo general, una baja expectativa respecto de la calidad de la atención que se espera recibir, situación que se exagera si se trata de grupos poblacionales de menores recursos, que, por consiguiente, acceden a proveedores poco preocupados en garantizar la calidad de sus servicios, comenzando por los del Estado. Sin duda, tras este comportamiento social “subyace un restringido ejercicio de ciudadanía que no logra concebir la atención de la salud con calidad como un derecho, por el contrario, las personas muchas veces se perciben favorecidas por acciones benefactoras sobre las que, obviamente, no les asiste la posibilidad de exigencia, reclamo o queja.” (Lazo, 2014).

Adicionalmente, esta población se ve sometida permanentemente a la propaganda de los prestadores de salud que, a través de medios de comunicación u otros mecanismos de información, intencionalmente confunden la calidad con el uso de tecnologías de diagnóstico y tratamiento de alta complejidad, o la suntuosidad del entorno de la atención.

A los proveedores de la atención, entre ellos a los médicos, también les asiste una importante cuota de responsabilidad, pues con frecuencia conciben la calidad como característica inherente a la atención y, por lo tanto, como condición natural de esta. Por ello, a menudo, consideran erróneamente que mejorar la calidad exige dotarse de tecnología de punta antes que mejorar su desempeño.

Es necesario reconocer a una amplia gama de actores de la sociedad que desde tiempo atrás, vienen bregando por la mejora de la calidad. Entre ellos, destacan los grupos de interés de la sociedad civil, colegios profesionales liderados por el Colegio Médico Médico (CMP), grupos de sanitaristas provenientes principalmente de la academia, organismos de la cooperación internacional, así como, diversos grupos de gestores públicos de servicios de salud. Aunque, por desgracia, su actuación es fragmentada debido a su incapacidad de superar sus diferencias y construir colectivos institucionales que formulen propuestas con la rigurosidad y solidez necesaria para incidir en la agenda sanitaria y forzar un quiebre en el estado de cosas. Cabe hacer un señalamiento particular sobre la escasa preocupación de las universidades por contribuir de mejor manera al desarrollo de la calidad. Esto explica la carencia de un

conocimiento sobre la calidad de la atención genuinamente nacional y pertinente con nuestro desarrollo sanitario y nuestra diversidad cultural. Esto no se supe realizando eventos internacionales, más allá de su importancia. Obviamente, esta situación explica la escasa incidencia política para mejorar la calidad de la atención.

Este panorama poco halagüeño obligó al CMP a elevar su voz en defensa de la calidad de la atención, conformando en 2009 un comité especializado en el análisis y la generación de propuestas destinadas a su mejora; se trata del Comité de Calidad y Seguridad de la Atención. Desde entonces y a través de diversas actividades, se hace presente en el escenario de la calidad, a través de talleres, cursos y otros eventos.

En esta orientación, durante la gestión decanal 2016-2017, el Consejo Nacional del CMP, a propuesta del Comité de Calidad y Seguridad de la Atención, convocó al I Concurso nacional de ensayos de análisis sobre la situación de la calidad de la atención en el Perú, al cual se presentaron 26 trabajos, de los cuales cuatro fueron seleccionados y premiados.

No obstante, la calidad de un grupo de ensayos y la pertinencia de sus propuestas, exigió de un esfuerzo adicional para su publicación y difusión en la orden médica y el mundo sanitario en general. La presente compilación ha sido dividida en dos partes y adiciona dos ensayos no registrados en el concurso. La primera parte reúne aquellos ensayos dirigidos a analizar intervenciones o instrumentos específicos en el amplio y heterogéneo campo de la calidad de la atención. La segunda, presenta los trabajos que se interrogan sobre la situación de la calidad y sus perspectivas de manera general.

En los dos primeros estudios, Santivañez y Limo dan cuenta de los avances nacionales en la implementación de la seguridad del paciente en el país. La relevancia mundial de esta estrategia que recuerda y reconviene al mundo sanitario que sin atención segura no hay calidad posible, se torna acuciante en nuestro medio, donde cada día y en cada momento se incumplen medidas básicas destinadas a garantizar esta seguridad.

Al respecto, Santivañez al señalar las perspectivas para el desarrollo de una estrategia nacional para la seguridad del paciente, reconoce siete importantes dimensiones cuyo abordaje juzga como indispensable. Entre las que destacan: la necesidad de un nuevo Plan Nacional para

la Seguridad del Paciente con metas precisas; el fortalecimiento del enfoque proactivo de la seguridad del paciente; la formación de recursos humanos competentes; el control de las infecciones asociadas a la atención de salud; la mejora en la regulación de las unidades prestadoras de servicios de apoyo al diagnóstico; y, sobre todo, el involucramiento de los líderes de las organizaciones de salud.

Limo coincide en estas orientaciones al proponer que “La implementación de la mayoría de soluciones de seguridad como la lista de verificación en cirugía segura, requiere un esfuerzo estructurado multidisciplinario y basado en una metodología rigurosa de gestión de proyectos, dado que constituyen intervenciones complejas con múltiples componentes y con barreras culturales locales para su adopción”.

A continuación, García y col. presentan y analizan con detenimiento un valioso instrumento de estandarización de los procesos de atención, como son las Guías de Práctica Clínica. Se discute sobre los esfuerzos realizados en su implementación, resaltándose avances principalmente por parte de las dos mayores instituciones prestadoras: Minsa y Essalud. A la par, se reconocen algunas limitaciones, entre las que sobresale la falta de coordinación entre estas organizaciones de salud.

A su vez, Mejía y col. exponen los resultados de un estudio realizado en 2015, para evaluar la relación médico-paciente en hospitales de cuatro ciudades del país, para luego presentar y discutir sobre la utilidad de tres modelos de intervención tendientes a mejorar esta relación: el modelo por enfoque TOPIC, la medicina centrada en el paciente y el modelo de entrevista clínica semiestructurada.

Por su parte, Zavala recomienda establecer incentivos para la mejora de la calidad en salud, entre ellos, un “programa de pago por desempeño a los establecimientos de salud en el ámbito de atenciones ambulatorias” que se complemente con el reporte o divulgación pública del desempeño de la atención de la salud.

En este sentido, Aguirre describe y analiza los resultados de una experiencia concreta, cual es la atención del adulto mayor en un ámbito semirural del departamento de Cajamarca. La intervención enfatizó sobre la mejora en el acceso y el trato preferencial, digno, culturalmente adecuado a la población de la tercera edad.

La segunda parte inicia con el ensayo de Pino sobre la situación de la calidad de la atención de salud en el Perú, analizando los aspectos políticos, normativos, financieros, administrativos, prestacionales, de recursos humanos, entre otros; sobre los cuales levanta un conjunto articulado de recomendaciones. En esta misma orientación, pero desde un enfoque de derechos, Rojas y col. se preguntan sobre la observancia del derecho a la atención con calidad. Luego del análisis, concluyen señalando la invisibilidad de este derecho por el sistema de salud y la sociedad en general; y terminan proponiendo un conjunto sistemático y pertinente de medidas de política.

Esta selección continúa con el ensayo de Gordillo y Álvarez, que analizan la implementación de la política nacional de calidad en salud aprobada en 2009 a partir del posicionamiento y comportamiento de sus principales actores, para concluir que no paso de ser una propuesta retórica pues no supuso cambio alguno. Fue más de lo mismo.

Finalmente, en esta misma orientación, Lazo realiza un breve análisis histórico del desarrollo de la calidad en el Perú, para tratar de responder a la interrogante de si la calidad de la atención en el Perú ha alcanzado la condición de política pública. Obviamente, su respuesta es negativa.

El decano del CMP Lima y el presidente del Comité de Políticas de Salud del CMP Lima expresan su público reconocimiento a los colegas médicos que desde las diferentes regiones de país, participaron en el concurso cuyo producto presentamos. Asimismo, expresamos nuestro agradecimiento a los doctores Álvaro Santivañez, Luis Robles y Wilfredo Solís, destacados miembros de la orden, que aceptaron gentilmente el difícil encargo de seleccionar los ensayos ganadores. Finalmente, nuestro especial agradecimiento al doctor Miguel Palacios Celi, decano nacional de la gestión 2016-2017, quien promovió y apoyo decididamente la realización del concurso en mencion.

Esperamos que la difusión de estos ensayos de análisis que con gran satisfacción ponemos a su consideración, contribuya a dar visibilidad a un gran problema público como lo es la calidad de atención. Aspiramos se promueva debate y aliente el diseño de propuestas genuinas para su apropiado abordaje, a fin de que, finalmente, la calidad de la atención se instale en la agenda político-sanitaria de país.

Seguridad de la atención en el Perú: situación y perspectivas

1

Álvaro César Santivañez-Pimentel

Resumen

En las últimas décadas, el Perú ha tenido notables progresos en materia de salud pública, sin embargo, la seguridad del paciente no ha sido una preocupación central de los ministros de Salud. Como ilustración, las coberturas de control prenatal y parto institucionalizado han mejorado notablemente, llevando a una reducción de la mortalidad materna, sin embargo, ahora las muertes se están produciendo en los hospitales y clínicas del país. Si bien aún quedan algunos retos por alcanzar en temas de cobertura para grupos vulnerables específicos, se requiere un significativo esfuerzo por mejorar la calidad de la atención en salud. El siguiente objetivo es fortalecer la calidad de la atención en nuestros hospitales con particular énfasis en la seguridad de la atención; de no ser así seremos testigos del deterioro de la imagen, pérdida de la confianza hacia los hospitales y un creciente número de pacientes con eventos adversos.

En los últimos años, la seguridad del paciente se ha desarrollado de manera intermitente y ha cambiado de rumbo repetidas veces, desplegándose en interesantes iniciativas, y enrolando a diferentes actores, pero sin lograr construir una clara visión compartida y apenas sacudiendo la pobre cultura de seguridad. Se necesita desarrollar importantes esfuerzos para alinear las diversas iniciativas en torno a metas específicas por la seguridad del paciente, fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud, llenar vacíos de regulación, fortalecer el enfoque proactivo de la gestión del riesgo e introducir incentivos en el cumplimiento de metas nacionales por la seguridad del paciente y procesos de acreditación de establecimientos de salud, así como involucrar al usuario y cerrar las brechas de recurso humano en las áreas críticas hospitalarias.

Palabras clave: calidad de atención, seguridad del paciente, gestión de riesgos, Perú

Introducción

La seguridad del paciente ha sido una preocupación del quehacer médico desde sus inicios. El antiguo precepto "*primum non nocere*", parte de la premisa de que durante la atención del paciente se puede hacer daño y por ello debiera ser cuidadoso en sus intervenciones. Sin embargo, esta relación causa efecto entre la intervención médica y el daño en el paciente no fue fácil de establecer. Al médico húngaro Ignaz Semmelweis le costó el puesto de trabajo afirmar que la atención del parto con manos contaminadas conducía a la endometritis puerperal. Insistía en el lavado de manos para reducir la mortalidad materna, que oscilaba entre 13 % y 18 %, y demostró que con esta simple medida se podía llevar la mortalidad a un 2 % (Best y Neuhauser 2004). Ernest Amory Codman, quiso hacer totalmente evidente la relación atención de salud-evento adverso, registrando los errores diagnósticos y terapéuticos vinculándolos a los resultados clínicos, para poder hacer mejoras. Al ser rechazado en el Hospital General de Massachusetts, Codman tuvo que abrir su propio hospital denominado *End Result Hospital*, para poner en práctica sus ideas.⁽¹⁾ El camino de lograr atención más segura encontró activa resistencia desde un inicio.

En el año 1980, la definición de calidad en salud planteada por el profesor Avedis Donabedian pone en el núcleo de ella los conceptos de riesgos y beneficios de la atención de salud, reactualizando este clásico binomio. Sin embargo, cuando desarrolla los siete pilares de la calidad: eficacia, eficiencia, aceptabilidad, equidad, optimización, legitimidad, y costo, no incorpora el atributo de seguridad.⁽²⁾

Es recién el el año 1991, cuando Brennan y Leape publican los famosos artículos con los Resultados del *Harvard Medical Practice Study*, que se generan no solo cifras sobre la magnitud de los eventos adversos en los hospitales de Nueva York, sino se formula una metodología para determinarla de manera cuantitativa.⁽³⁾ Los estudios que se desarrollaron posteriormente, acogieron esta metodología para aplicarla en diversas latitudes y generar evidencia sobre la seguridad de la atención hospitalaria. En este punto, la enorme evidencia llevó a que el interesante tema de publicación se convierta en un problema

de escala nacional, asumido por países como el Reino Unido y EE. UU., quienes, en sendos informes nacionales, *An Organisation with a Memory* y *To Err is Human*, respectivamente, deciden enfrentarlos.^(4,5)

A partir del año 2002 la Organización Mundial de la Salud, hace los primeros pronunciamientos sobre el tema de la seguridad de los pacientes, instando a los países a abordarlo como un serio problema de salud pública.⁽⁶⁾ Sin embargo, no es sino hasta octubre del año 2004, al proclamarse la Alianza Internacional para la Seguridad del Paciente bajo el liderazgo de sir Liam Donaldson, cuando realmente se extiende este movimiento por todo el mundo.⁽⁷⁾

El presente ensayo busca mostrar en que punto de este movimiento mundial nos encontramos como país. En primer lugar se hará una descripción de la situación de la seguridad del paciente en el Perú, y en segundo lugar se identificarán cuáles son los avances realizados, así como sus limitaciones. En base a estas primeras reflexiones, se presentaran algunas propuestas de solución para superar la situación actual.

Situación de la seguridad del paciente en el Perú

Un punto de partida, que es posible utilizar para aproximarse al tema específico de la seguridad del paciente el Perú, es la primera investigación desarrollada a gran escala en colaboración con la OMS y la OPS para realizar un estudio de prevalencia de efectos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria en cinco países latinoamericanos (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú).

⁽⁸⁾ El estudio IBEAS, realizado entre los años 2007 y 2008, tuvo tres objetivos:

- Obtener una primera visión sobre la magnitud del problema.
- Estudiar qué tipos de incidentes dañinos se producían con mayor frecuencia, cómo eran de graves, en qué momento se producían y cuál había sido su causa más probable.
- Analizar en qué medida los incidentes que causaron daño se podrían haber evitado y cuáles eran los factores determinantes.

LA MAGNITUD DEL PROBLEMA

El estudio mostró que 10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado en los hospitales estudiados, habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios. En el caso de Perú se obtuvo una prevalencia de 11,6 %, superior a la media del estudio 10,5 %.

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LOS EVENTOS ADVERSOS

Los factores que influyeron en la aparición de los incidentes que causaron daño fueron: el servicio en el que estaba ingresado el paciente (en el caso de Perú fueron las unidades de cuidados críticos y obstetricia), el tiempo de hospitalización, el número de enfermedades que sufría el paciente y el número de "vías de entrada" (factores extrínsecos). En el caso de Perú, el tipo de asistencia sanitaria que generó el evento adverso, en primer lugar fue, al igual que los demás países latinoamericanos, las infecciones asociadas a la atención, en segundo lugar los procedimientos, y en tercer lugar los diagnósticos. Este último punto difirió con el estudio global, pues el tercer tipo de asistencia vinculada fueron los cuidados del paciente.

El estudio IBEAS también mostró el impacto de la presencia de estos eventos adversos; de cada 100 eventos adversos, 63 prolongaron la estancia hospitalaria, 18 dieron lugar a un reingreso y solo 19 no tuvieron efectos en la estancia hospitalaria. De manera similar. Figura 1.

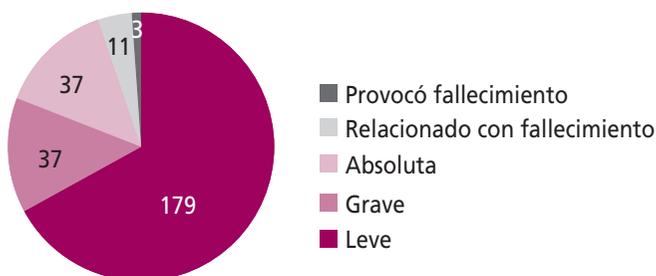


Figura 1. Secuelas físicas de los eventos adversos. Fuente IBEAS.

EVITABILIDAD DE LOS EVENTOS ADVERSOS

La buena noticia de este estudio fue que de cada 10 eventos adversos, casi 6 podrían haberse evitado. La proporción de incidentes dañinos evitables era mayor en los servicios de obstetricia y los servicios médicos; esto significa que haciendo el esfuerzo necesario, podía revertirse la situación encontrada.⁽⁹⁾

Para profundizar el análisis de la seguridad del paciente en el Perú es necesario profundizar en las infecciones asociadas a la atención, los eventos adversos vinculados a las cirugías y en los errores diagnósticos. De igual manera, cabe revisar las áreas de cuidados críticos y los servicios obstétricos.

Los servicios básicos con que todo hospital debe contar para mantener su operación son agua potable y energía eléctrica. Sin embargo, en un informe presentado por Defensoría del Pueblo, documentó que 6,4 % de los hospitales no contaban con agua potable permanente y 0,6 % no contaba con el servicio de energía permanente.⁽¹⁰⁾ Tabla 1.

Tabla 1. Servicios básicos en los hospitales 2013

Dependencia	Agua potable permanente			Energía eléctrica permanente		
	Sí	No	Sin datos	Sí	No	Sin datos
● Essalud	61	1	0	62	0	0
%	98,4	1,6	0	100	0	0
● Minsa	8	1	0	9	0	0
%	88,9	11,1	0	100	0	0
● Diresa	92	9	1	100	1	1
%	90,2	8,8	1	98	1	1
● Total	161	11	1	171	1	1
%	93,1	6,4	0,6	98,8	0,6	0,6

Fuente: Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial 161

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

La vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención arrojó que de las 4 404 Infecciones reportadas en el año 2012, la mayor proporción correspondió a las infecciones de herida operatoria de parto por cesárea (28,8 %), seguido por las neumonías asociadas a ventilación mecánica en cuidados intensivos (13,9 %) y las endometritis puerperales poscesárea (11,7 %). Nuevamente vemos esta triangulación entre procedimientos invasivos, atención obstétrica y cuidados críticos.

En el período 2009-2012, entre los servicios de obstetricia, a nivel nacional, el promedio de la tasa de incidencia acumulada de endometritis puerperal de parto por cesárea y fue $0,50 \times 100$ partos, actualmente el estándar considerado como promedio nacional es de $0,38$. En el mismo periodo, tasa de incidencia acumulada de endometritis puerperal de parto vaginal fue $0,29 \times 100$ partos, actualmente el estándar considerado como promedio nacional es de $0,17$. El promedio de la tasa de incidencia acumulada de infecciones de herida operatoria de partos por cesárea fue $1,36 \times 100$ partos, actualmente el estándar considerado como promedio nacional es de $1,23$. Entre los servicios de cirugía, se observó una tasa promedio de incidencia acumulada de $0,51$ infecciones de herida operatoria $\times 100$ colecistectomías y $0,51$ infecciones de herida operatoria $\times 100$ herniorrafias inguinales.

La densidad de incidencia de las infecciones en el período estudiado muestra que la tasa de incidencia más alta correspondió a las neumonías asociadas a ventilación mecánica en cuidados intensivos de adultos $11,67 \times 1000$ días de exposición a ventilación mecánica, mientras que en neonatología fue $5,43 \times 1000$ días de exposición a ventilación mecánica. La tasa de incidencia de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter venoso central fue mayor en neonatología que en las unidades de cuidados intensivos ($5,60$ vs. $2,45 \times 1000$ días de uso de catéter venoso central), mientras que la tasa de incidencia de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter venoso periférico en neonatología fue $2,19 \times 1000$ días de uso de catéter venoso periférico.⁽¹¹⁾

Tabla 2. Distribución de establecimientos de salud, según tasas de IAAS elevadas y categoría de atención 2016

Categoría	ES según número de tasas elevadas					Total
	≤ 2	3 a 5	≥ 6	Total	%	
● I-3, L-4	7	0	0	7	14	50
● II-1, II-E	25	19	2	46	46	100
● II-2	16	19	10	45	81,2	55
● III-1, III-E	10	8	8	26	81,2	32
● III-2	5	1	1	7	53,8	13
● SC	5	2	2	9	56,2	16
Total	68	49	23	140	52,6	266

Fuente: Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial 161

En términos generales se encuentra en promedio una reducción de las diversas infecciones asociadas a la atención bajo vigilancia epidemiológica (infecciones del torrente sanguíneo, endometritis puerperal, infección de sitio operatorio, neumonías intrahospitalarias) con un éxito más limitado en los pacientes neonatales, sin embargo, estas cifras son promedios nacionales. Si se centra la atención en los ES, cuyas tasas se alejan de los estándares, la perspectiva cambia. Tabla 2.

Tabla 3. Tasas de incidencia de IIH-IAAS

Tipo de IIH-IAAS	Servicio	Perú	Chile
● Infección de torrente sanguíneo	Neonatología	6,00	2,05
– UCI pediátrico		2,94	2,28
– UCI adulto		2,04	1,69
● Neumonía asociado a ventilador	Neonatología	3,19	6,55
– UCI pediátrico			
– UCI adulto			
● Infección de vía urinaria asociada a catéter	Medicina Cirugía	3,19	6,55
– UCI adulto			
● Infección de herida operatoria	Colecistectomía	3,19	6,55
– Hernioplastia inguinal			
– Parto cesárea			
● Endometritis	Parto vaginal		
– Parto cesárea			

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Finalmente, cuando comparamos los promedios nacionales de las diversas tasas de infecciones asociadas a la atención con las que presenta Chile, apreciamos que la brecha es aún mayor.⁽¹²⁾ Tabla 3.

EN RELACIÓN A LOS EVENTOS ADVERSOS ASOCIADAS A CIRUGÍAS

Si bien varios de estos casos se han convertido en conocidos casos mediáticos, la información específica disponible es referencial, a pesar de que la Organización Mundial de la Salud propuso en el Segundo Reto Global, que los países cuenten con estadísticas básicas sobre las cirugías. Las cirugías se entrelazan con la atención obstétrica, cuando la cesárea es una de las cirugías más frecuentes y que se mantiene en constante incremento.⁽¹³⁾ Según el Reporte Defensorial N.º 161 se sabe que el 20 % de los hospitales visitados carecen de alguno de los equipos básicos, en el 15 % hay dificultades con algún insumo y en el 22 % el coche paro cardiopulmonar en las áreas de hospitalización de cirugía carece de algún medicamento. El mismo Informe Defensorial señala que un 11,2 % de historias clínicas revisadas de personas operadas en las áreas de hospitalización de cirugía no contaba con formatos de consentimiento informado para la intervención quirúrgica; y un 28,6 % para la medicación anestésica.⁽¹⁰⁾

EN RELACIÓN A LOS EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LOS ERRORES DIAGNÓSTICOS

La información es aún más escasa. Sin embargo, podemos identificar que los diagnósticos se establecen por medio de la anamnesis, el examen físico y el uso de elementos de soporte diagnósticos. Estos elementos son los diagnósticos por imágenes y los exámenes de laboratorio. Estos dos aspectos de la medicina, lamentablemente no están regulados por el Ministerio de Salud. La única regulación existente es la vinculada a los bancos de sangre y los laboratorios de salud Pública. Esto significa que el estado no cuenta con normas que permitan controlar los resultados de laboratorio, y la confiabilidad de los mismos depende del grado de organización, y liderazgo propios del Departamento de Apoyo al Diagnóstico de cada hospital. Este contexto crea las condiciones para el error diagnóstico.

En los pocos estudios donde se logró determinar a la evaluación externa el desempeño de los laboratorios de microbiología de establecimientos de salud (ES) del Minsa y de otros prestadores, se observó que aquellos establecimientos de menor complejidad, obtuvieron resultados con una concordancia menor de 70 %.⁽¹¹⁾

Cuidados críticos

Un tipo de servicio de cuidado crítico es el especializado en la atención neonatal. La mortalidad neonatal entre el primer y séptimo día se relacionan con la capacidad institucional de atención del recién nacido. Se estima que entre 2011 y 2012 se produjeron 15 097 muertes neonatales en el país. Tasa de Muerte Neonatal en el periodo 2011-2012 fue de 9,1 en la costa, 16,2 en la sierra y 19,8 en la selva. Si se hace la comparación por el ámbito, la tasa de Muerte Neonatal en el quintil 1 es de 18,5 y en el quintil 5 es de 10,1. Se aprecia que las grandes inequidades en el país hacen que la sobrevivencia de un neonato varía significativamente, dependiendo de la región en que nazca.

La primera causa de muerte neonatal es la prematuridad y constituye el 25 % de las muertes. Esto está en directa relación con la cobertura y calidad de los servicios de atención a la salud neonatal y de la atención del parto.

Cerca de 40 % de las muertes neonatales en el país se produjeron en niños a término, es decir, en aquellos que tenían las condiciones biológicas para adaptarse al medio externo y sobrevivir. Si sumamos a los prematuros leves y el 70 % de los prematuros con enfermedad de membrana hialina pueden sobrevivir con tecnología de baja complejidad, se puede concluir que el 57,5 % de las defunciones podrían haberse evitado.

En realidad cuando se observa las diversas tasas de muertes neonatales en el país, estamos en realidad apreciando el reflejo de la magnitud de la oferta de atención neonatal especializada.⁽¹⁴⁾

Servicios obstétricos

Según Defensoría del Pueblo, el servicio de salud más quejado es obstetricia, con un 37 % de las quejas.

El primer pilar en la reducción de la muerte materna es la reducción de los embarazos de riesgo así como los embarazos no deseados; el elemento central es la planificación familiar. En el reciente Informe N.º 001-2017-DP/ADM se encontró en los hospitales, discontinuidad en el abastecimiento de insumos anticonceptivos.

En segundo lugar, se apreció que el cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad de la atención de la salud materna en los ES que cumplen con funciones obstétricas y neonatales no se logró en el 50 % de los hospitales visitados (menor de 90 %). En tercer lugar, en once de trece hospitales supervisados, se encontraron dificultades vinculadas a la infraestructura. En cuarto lugar, casi en la mitad de los hospitales supervisados hubo alguna capacitación en emergencias obstétricas durante los tres últimos años.

Finalmente, ninguno de los ES supervisados instruyó a las pacientes púérperas a reconocer los signos de alarma.⁽¹⁵⁾

Este Informe de Defensoría del Pueblo no hacen sino volver a documentar los hallazgos en informes previos como el Informe Derecho a una Maternidad Segura: Supervisión Nacional a los Servicios de Ginecología y Obstetricia del Minsa en 2008 y el Informe de Adjuntía N.º 001-2010/OP Segundo Informe sobre el derecho a una maternidad segura en el año 2010. En estos informes se señaló que en la atención prenatal no había suficiente información en las áreas rurales, ni todas las condiciones necesarias para la atención así como insuficiencias en la capacitación del personal particularmente en el nivel de los servicios de emergencia.⁽¹⁶⁾

Intervenciones sobre seguridad del paciente: avances y limitaciones

De las diversas intervenciones desarrolladas en los últimos 17 años, desde que se dio el lanzamiento de la Alianza Internacional por la Seguridad del Paciente, la primera intervención dada en el país fue la constitución del Comité Técnico de Seguridad del Paciente, un grupo técnico consultivo que tuvo como primer objetivo desarrollar el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente. Si bien, en el momento de la formulación del Plan, no había experiencia en desarrollar el enfoque de Seguridad del Paciente en los hospitales nacionales, sí había un cuerpo de información que se había generado progresivamente en los últimos 15 años desde el *Harvard Medical Practice Study* (1991): primero en el ámbito de la investigación y posteriormente en los últimos 5 años en el ámbito de la Salud Pública. El espacio del Comité Técnico de Seguridad del Paciente, sirvió para construir un Plan desde un colectivo, que hizo el esfuerzo, con participación de la Organización Panamericana de la Salud de conocer la experiencia publicada y simultáneamente generar una masa crítica que no estaba restringida a la Dirección de Calidad en Salud, sino a otras instancias del propio Ministerio de Salud. Desde un inicio se hicieron los esfuerzos para que la seguridad del paciente no sea un tema de calidólogos, sino de las diversas áreas técnicas del Ministerio de Salud.

El segundo paso singular en el país y en América Latina, fue la aprobación en el año 2006, del Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008. Lo más importante del plan no fue la formulación del mismo, sino lo que se logró generar a partir de su oficialización, esto es, la construcción de un colectivo para su implementación. El Plan por en sí, combina la directiva de Gestión del Riesgo en Salud con lineamientos para la seguridad del paciente. A partir de la experiencia ganada en el proceso de implementación del plan, se esperaba que en 2008 se separen ambos temas: en primer término se requería definir los elementos centrales para construir un sistema de gestión del riesgo de la atención en salud y en segundo término se formule un nuevo Plan Nacional de Seguridad del Paciente para el siguiente periodo. Lamentablemente, no se produjo ni lo primero, ni lo segundo, llevando

a que el Ministerio de Salud pierda la rectoría que había ganada en un inicio y el liderazgo latinoamericano.

Este Plan tuvo como objetivos los siguientes: implementar un sistema de reporte de eventos adversos; fortalecer las competencias técnicas en el análisis de los eventos adversos; crear mecanismos de aprendizaje colectivo a partir de los eventos adversos; implementar prácticas seguras en la atención de salud; fomentar los espacios para la participación de los usuarios del sistema. Estos objetivos mostraban ciertas coincidencias con las áreas de trabajo planteadas por la Organización Mundial de la Salud para el año 2005: los retos globales (higiene de manos), la participación del usuario, definiendo la taxonomía en seguridad del paciente, investigación en el campo de seguridad del paciente, soluciones para reducir los riesgos en la atención de salud y mejorar su seguridad, reportando y aprendiendo para mejorar la seguridad del paciente.⁽¹⁷⁾ Durante su implementación trabajamos con hospitales del Ministerio de Salud, hospitales de Essalud, fuerzas armadas y del ámbito privado, creando un grupo de apasionados por la seguridad del paciente, que años más tarde se anidarían en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente del Colegio Médico del Perú.

En un esfuerzo por suplir la ausencia de rectoría del Minsa sobre este asunto, articulamos múltiples esfuerzos para, a través del Colegio Médico, formular la “Declaración de los Médicos Cirujanos Peruanos por la Seguridad del Paciente”, en 2007. Este proceso concertación convocó a múltiples autoridades, sin embargo, la actitud del ministro de Salud de turno en su confrontación con el gremio médico, debilitó el esfuerzo, pese a ello el documento fue suscrito por siete autoridades de salud. Sin embargo, este acercamiento hacia la seguridad del paciente forjó al Colegio Médico como institución líder en el tema de la calidad y seguridad del paciente, años más tarde se reeditaría esta Declaración.

El siguiente momento importante fue la participación del Perú en el estudio IBEAS, auspiciado por la Organización Panamericana de Salud. Esta participación permitió en primer lugar la transferencia de la tecnología para realizar posteriores mediciones de seguridad

de la atención en el ámbito hospitalario, en segundo lugar extendió la masa crítica en el conocimiento de la ciencia de la seguridad del paciente (como lo solía denominar Peter Pronovost. Esta iniciativa latinoamericana fortaleció el propio Plan Nacional para la Seguridad del Paciente en varios de sus objetivos y generó un cuerpo de evidencia respecto a la presencia del problema de la Seguridad de la Atención en Salud en el Perú, definiendo su magnitud, características y vulnerabilidad.

Se esperaba que cada país participante del estudio, una vez terminada toda la investigación y teniendo el reporte final general y el particular de cada país, hiciera públicos los resultados, para con cifras específicas a cada realidad, se cree el contexto adecuado para llevar este tema a la esfera de la salud pública y con una visión compartida sectorial, se articulen esfuerzos. Lamentablemente no hubo una ceremonia de la magnitud que permita comprometer a la más alta autoridad del Ministerio de Salud en la seguridad del paciente.

Posteriormente, en el año 2009, se aprobó la Política Nacional de Calidad en Salud, donde la Octava Política tiene por objetivo reducir la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención de salud y atenuar sus efectos. Nuevamente se oficializa una Política Nacional, pero sin el compromiso de la más alta autoridad, que posteriormente pudiere expresarse en recursos para las iniciativas de seguridad.⁽¹⁸⁾

Un hecho importante fue la adopción por parte del Colegio Médico del Perú de los contenidos de la Seguridad de la Atención en Salud, lo cual permitió llevar la discusión a la sociedad civil y a través de su Colegio Profesional, se produzca la participación significativa del gremio médico en la Seguridad del Paciente. Diversas Sociedades científicas, incorporación en sus Congresos Internacionales el tema oficial Seguridad del paciente y el propio Colegio Médico del Perú, desarrollarían diversos significativos eventos. Uno de estos eventos permitió la llegada de Peter Pronovost, quien facilitó que hospitales y clínicas de Lima se enrolen en la iniciativa de Bacteriemia Zero, en el control de las infecciones asociadas al cateterismo venoso central.⁽¹⁹⁾

Otra iniciativa impulsada por la OPS fue la campaña de higiene de manos la cual enroló algunos hospitales pero se extinguió rápidamente.

El último juego normativo del Ministerio de Salud fue la aprobación de diversas directivas orientadas a implementar el segundo reto global: la lista de verificación de la cirugía segura y su guía de implementación.

En el año 2009, en la Región Callao se dio inicio a la “Campaña Regional por una mejor calidad y seguridad de la atención en salud” con el respaldo de todo el sector salud presidido por el presidente Regional. Posteriormente el año 2010, mediante acto resolutivo, el Gobierno Regional del Callao declaró de carácter prioritario la implementación de acciones destinadas a reducir los eventos adversos asociados a la atención.⁽²⁰⁾ En este marco la Gerencia Regional de Salud del Callao publicó el Instructivo para las Rondas de Seguridad del Paciente y la Guía Técnica de Implementación del Segundo Reto Mundial: Cirugía Segura Salva Vidas, institucionalizando estas actividad.⁽²¹⁾

Otro conjunto de intervenciones a favor de la seguridad del paciente desarrolladas desde el año 2013 fue la creación de la Gerencia de Seguridad del Paciente, anidada en la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de Essalud. Desde esta Gerencia se formularon las Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Administración Correcta de Medicamentos, Prevención de Caídas de los Pacientes, Identificación Correcta de Pacientes y Reducción de Riesgo de Úlceras por Presión, todas ellas estandarizan medidas de seguridad para la prevención de eventos adversos.⁽²²⁾ También se desarrolló una guía técnica para facilitar el uso de tres instrumentos para el análisis en la gestión del riesgo: Análisis de Causa Raíz, el Análisis de Barreras y el Análisis de Modos de Fallas y Efectos.⁽²³⁾ En tercer lugar instauró el Concurso Nacional de Prácticas Seguras, para estimular y reconocer el esfuerzo en implementar las medidas de prevención de eventos adversos. Finalmente en el marco de la oficialización del “Sistema de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud” diseñó un instrumento de Evaluación de la Calidad y Seguridad de la Atención Obstétrica centrada en los procesos de atención y cuya aplicación no solo evalúa documentos, sino servicios en los puntos de atención.⁽²⁴⁾

Perspectivas para el desarrollo de una estrategia nacional para la seguridad del paciente

Un aspecto relevante para controlar efectivamente las infecciones asociadas a la atención de salud es definir quién va conducir este tema. La vigilancia epidemiológica está actualmente a cargo de del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, pero también intervienen ante los brotes. Sin embargo, la Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias fue elaborada por la Dirección de Servicios de Salud, pero la elaboración de los Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud estuvo a cargo de la Dirección de Calidad en Salud. Asumimos que esta conducción debiera estar en la Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud.

Sobre el mismo punto anterior, es importante contar con un repositorio de las normas vinculadas al control de infecciones asociadas a la salud, de modo que se facilite su acceso, difusión y conocimiento de los mismos. Esta labor la estuvo realizando la Dirección de Calidad en Salud, pero es importante no descuidar esta tarea, muy útil en la gestión del riesgo en salud.

Un segundo problema es la evidente falta de recursos humanos en el interior del país, para garantizar por lo menos la continuidad de la atención en pacientes críticos. El no contar por lo menos con servicios obstétricos y de cuidados críticos con los especialistas requeridos las 24 horas, lleva a la pérdida de la oportunidad de la atención y engrosará el número de pacientes complicados que buscan una referencia para llegar a los hospitales de Lima. Aunque es un tema de *input* de los procesos críticos, es sumamente importante contar con niveles de contención.

Un tercer aspecto a considerar es la necesidad de que regulen las unidades prestadoras de servicio de salud de apoyo al diagnóstico. La evidente falta de regulación, convierte a la lectura de los resultados de laboratorio o informes de diagnósticos por imágenes, en netos actos

de fe, confiando en el profesionalismo del colega a cargo de estos reportes, pero lamentablemente esto no es suficiente y genera una mayor variabilidad en los resultados; los cuales idealmente deben ser predecibles, e incrementa el riesgo de error diagnóstico.

En cuarto lugar, las actividades de la gestión del riesgo deben de poderse articular en una gestión del riesgo, que le dé a cada herramienta de análisis su lugar. Sobre una estructura central, se podrá más fácilmente articular las diversas iniciativas de seguridad del paciente.

En quinto lugar debe establecerse un nuevo Plan Nacional para la Seguridad del Paciente o unas Metas Nacionales para la Seguridad del Paciente, tal como lo vienen llevando a cabo en EE. UU. Si no hay objetivos comunes, no hay alineamiento, ni visión compartida, tan solo la aplicación de diversas herramientas o la ejecución de actividades bien intencionadas. La introducción de un conjunto de medidas para controlar los riesgos de eventos adversos ha generado casos exitosos si se han desarrollado estas intervenciones con una metodología multimodal.⁽²⁵⁾

En sexto lugar, fortalecer el enfoque proactivo de la seguridad del paciente. El enfoque proactivo implica el uso de medidas como las rondas de seguridad, la implementación de listas de chequeo y la implantación de prácticas seguras. Estas medidas tienen la ventaja de generar menos resistencia en el personal de salud, dado que no hay eventos adversos de por medio y el temor del componente médico legal se desvanece.

Finalmente, es importante enlazar a los líderes de la organización en la seguridad del paciente. Introducir en los mecanismos de evaluación de la gestión y/o de los directores de los hospitales, elementos del sistema de gestión del riesgo, facilita su interés por fortalecer estos procesos.

Propuesta de medidas para fortalecer la gestión del riesgo en salud

Con base en lo anteriormente desarrollado a lo largo del ensayo, podemos concluir que respecto a lo actuado por el ministerio de Salud en relación a la gestión del riesgo, se ha llevado a los hospitales a una

situación actual en la que no hay una conducción clara en el control de las infecciones asociadas a la atención, por lo que es necesario definir con claridad quién va a ser responsable del control de las infecciones asociadas a la atención y darle los recursos necesarios para este fin.

El tema de gestión de la calidad, particularmente la gestión del riesgo, han perdido relevancia en la nueva estructura del Ministerio de Salud, por lo que tal como el Seguro Social ha enmendado su error, se debe crear la Dirección General de Calidad en Salud la cual debiera actualizar las Políticas de Calidad en Salud, formular una Directiva en Seguridad del Paciente que establezca los elementos mínimos de una gestión del riesgo en todo hospital/ red de salud, y defina metas u objetivos nacionales por la seguridad del paciente fortaleciendo el enfoque proactivo.

Las grotescas deficiencias de recursos humanos, particularmente en el interior del país, hacen inviable tener ni siquiera un interlocutor válido para darle el enfoque de gestión del riesgo. Es indispensable desplegar los esfuerzos necesarios para cerrar las brechas de recursos humanos en las áreas críticas de la atención en el interior del país.

El error diagnóstico se mantendrá vulnerable mientras se carezca de directivas que regulen el diagnóstico por imágenes y los laboratorios clínicos, por lo que se debiera priorizar la formulación de las directivas de la UPSS Diagnóstico por imágenes y la regulación de los laboratorios clínicos en el país.

Es necesario introducir la gestión clínica en el país, para que los niveles de gestión no se queden tan solo con el director general del hospital, sino abarque a cada uno de los departamentos. El propio liderazgo del director hospitalario es insuficiente para controlar los riesgos derivados de la atención de salud y la Cultura de Seguridad del Paciente aun es pobre. Debiera contemplarse mecanismos para incentivar a los directores en el logro de metas de seguridad del paciente, introducir en los criterios de evaluación, de la acreditación hospitalaria, mayor número de verificadores vinculados a la seguridad del paciente y definir un modelo de gestión clínica fuertemente vinculado a la gestión del riesgo y cumplimiento de estándares de calidad y seguridad de la atención.⁽²⁶⁾

Referencias bibliográficas

1. Neuhauser D, Ernest Amory Codman. *Qual Saf Health Care*.2002;11(1):104-105.
2. Best M, Neuhauser D. Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(6):472-473.
3. Brennan T, Leape L, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study. *N Engl J Med*. 1991;324(6) 370-376.
4. Donaldson L. *An organisation with a memory*. London: The Stationery Office; 2000.
5. Kohn LT, Corrigan JM, Molla S. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington D.C.: Institute of Medicine; 2000.
6. Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA55.18. Ginebra: OMS; 2002.
7. World Health Organization. *World Health Alliance*. Geneve: OMS: 2004.
8. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR,Urroz O, Sarabia O, et al. Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. *Rev Calidad Asistencial*. 2011;26:194-200.
9. Organización Mundial de la Salud. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
10. Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial N.º 161 Camino al Aseguramiento Universal en Salud: resultados de la supervisión nacional a hospitales. Lima: Defensoría del Pueblo; 2013.
11. Ministerio de Salud. Documento técnico: Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud. Lima: Minsa; 2015.
12. Quispe Pardo ZE. Situación de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, Perú -2016. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. 2016. [Citado: 2 de setiembre de 2017.] <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/SE102017/02.pdf>.
13. Santivañez-Pimentel A, Quispe AM, Leyton-Valencia I, Pomasunco D. Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: Análisis de tendencia en el periodo 2001-2008. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2009;27:45-50.
14. Minsa, Dirección General de Epidemiología. Mortalidad neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011-2012. Lima: Minsa; 2013.
15. Defensoría del Pueblo. Derecho a la Salud Materna. seguimiento de las Recomendaciones Defensoriales a Establecimientos de Salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno. Lima: Defensoría del Pueblo; 2017.
16. Leyton Valencia I, Salazar Marzal E, Santivañez Pimentel A. Seguridad del paciente en Obstetricia. [book auth.] CMP. Seguridad del Paciente. Lima: Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú; 2012.
17. OMS. *World Alliance for Patient Safety: forward programme*. París: OMS; 2004.
18. Minsa. Política nacional de calidad en salud: Documento técnico. Lima: Minsa; 2009.
19. CMP. Seguridad del paciente. Lima: Fondo Editorial Comunicacional del CMP; 2012.
20. Gobierno Regional del Callao. Resolución Gerencia Regional N.º 002-2010- Gobierno Regional del Callao - GRS. Callao: Gobierno Regional; 2010.
21. Gerencia Regional de Salud Callao. Instrumentos del compromiso por la calidad y seguridad del paciente en la Region Callao. Callao: Gobierno Regional; 2010.
22. Essalud. Resolución N.º 983-GGEssalud-2013. Lima: Essalud; 2013.
23. Essalud, Oficina de Gestion de la Calidad y Humanizacion. Guía Técnica: Instrumentos para el análisis en la gestión del riesgo. Lima: Essalud; 2016.
24. Essalud, Resolución de Presidencia Ejecutiva N.º 380- PE- Essalud-2016. Lima: Essalud; 2016.
25. Santivañez AC, Cruzate VL,Vera E. Desarrollo de indicadores de la seguridad del parto en el Hospital San Bartolomé, Lima, Perú. *Revista Via Salud*. 2013;17.
26. Santivañez Pimentel AC. Seguridad del paciente y acreditación. Lima: Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú; 2013.
27. Best M, Neuhauser D. Ignas Semmelweis and the birth of infection control. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(3):233-234.

Análisis de la estrategia de seguridad del paciente en el Perú

2

Juan Limo-Salazar

Introducción

La calidad en la atención de salud se mantiene como una de las mayores preocupaciones en los sistemas de atención en la región de las Américas. En el Perú, los esfuerzos por mejorar la calidad del cuidado de la salud, así como el desempeño de las instituciones prestadoras de servicios de salud han sido innumerables y han recibido el apoyo tanto de diversos actores del sector a nivel nacional como de organizaciones de cooperación internacional.⁽¹⁾

Se han desarrollado una serie de documentos normativos⁽²⁾ y se han difundido las mejores prácticas a nivel de las regiones y comunidades locales para optimizar los procesos de atención de salud. Sin embargo, aun cuando es clara la voluntad de los directivos y las organizaciones del sector por mejorar el acceso a los servicios de salud, los esfuerzos por mejorar la calidad de la atención no han sido tan consistentes con las políticas de calidad existentes y, por ende, la implementación de las mismas han quedado rezagadas desde hace casi una década.

El Ministerio de Salud (Minsa) como ente rector ha desarrollado importantes iniciativas para mejorar la calidad de la atención, en cooperación con varias organizaciones del sector y ha respaldado de manera firme las iniciativas legislativas destinadas a proteger los derechos de los usuarios y mejorar la participación ciudadana en la vigilancia de la calidad de los servicios de salud. Asimismo, las organizaciones prestadoras de servicios de salud han respondido

positivamente a la orientación brindada por el ente rector y han adoptado en forma gradual una serie de estrategias en busca de poner en práctica las políticas de calidad establecidas por la autoridad sanitaria.

Aun cuando esta respuesta ha sido evidente, los actores del sector salud y, sobre todo, los pacientes perciben aún la ausencia de dirección y liderazgo en la gestión de los servicios de salud y un deterioro progresivo en la calidad de los servicios de salud.

En el contexto actual, es importante tomar en cuenta hacia dónde vamos como sistema de salud y cuáles son nuestras prioridades en lo referente a la mejora de la salud y bienestar de las personas y en especial a la calidad con la cual los servicios de salud se brindan a la población desde una perspectiva sistémica.

La Política Nacional de Calidad en Salud⁽³⁾ estableció en 2009, que la visión de la Calidad en la Atención de Salud es alcanzar en 2020 un sistema de salud que brinde una atención segura y efectiva, oportuna, equitativa e integral; informada y consentida, respetuosa del derecho y dignidad de las personas, sensible a los enfoques de género, acorde a las etapas de vida e interculturalidad y orientada a contribuir al logro del más alto nivel posible de salud física, mental y social.

Es claro que esta visión expresa con claridad y desde una perspectiva lo suficientemente amplia lo que deseamos conseguir como calidad de atención en salud. Tener una visión como la mencionada es el primer paso que un sistema nacional de calidad debe dar, y el siguiente es definir la misión, los objetivos y estrategias claves para el desarrollo e implementación de las políticas de calidad en base a un esfuerzo conjunto interinstitucional en el sector.

Es importante reconocer que la atención sanitaria depende no solo del desempeño individual del personal de salud, sino también de la coordinación, el trabajo en equipo y los procesos de gestión que subyacen a la propia atención de salud.

Cuando nos referimos a estos últimos aspectos o componentes de la atención estamos hablando de los elementos de un sistema de salud. Los sistemas de atención en salud son sistemas complejos, es decir, poseen una multitud de actividades y procesos, con diversos profesionales implicados cuyo accionar dependerá de muchos factores y, por lo tanto, el resultado final del sistema será dependiente del grado de integración entre los miembros de los equipos y el desempeño observado será más que la suma de los aportes individuales de cada componente.⁽⁴⁾

Aun cuando los resultados en la atención de salud pueden ser atribuidos al personal visible del sistema (médicos, enfermeras u otro personal de salud), en realidad dependen de muchos otros factores. Por tal motivo, las desviaciones o eventos indeseados que se presentan durante la atención de salud no son solo consecuencia de las acciones u omisiones del personal en forma individual, sino de una serie de debilidades del sistema de atención en su totalidad.

Una de las desviaciones más importantes que afectan a los sistemas de atención a nivel global son aquellas circunstancias en las que el paciente sufre un daño como consecuencia de la propia atención sanitaria y no relacionada a su enfermedad de fondo. Estos casos denominados eventos adversos han sido materia de investigación y análisis en varios estudios como el *Harvard Medical Practice Study*, publicado en 1988,⁽⁵⁾ donde se documentó una incidencia de eventos adversos del 3,8 % en pacientes hospitalizados en 51 hospitales en EE. UU. Otros estudios han encontrado diferentes resultados muy variados en cuanto a la incidencia de los eventos adversos.

El reporte "Errar es humano",⁽⁶⁾ publicado en 1999, resaltó la magnitud del problema y recomendó adoptar una serie de recomendaciones como reconocer que los eventos adversos son resultado de la fragmentación de los sistemas de atención y de la ausencia de barreras efectivas que eviten, primero, las fallas en los procesos y, segundo, que las fallas alcancen a los pacientes durante la atención de salud. Este reporte inicia el movimiento por la seguridad del paciente, con un creciente desarrollo de líneas de acción, estrategias, métodos de identificación de incidentes y herramientas para prevenir los eventos adversos a nivel global.

La Seguridad del Paciente (SP) se refiere al conjunto de conocimiento, metodologías y estrategias para minimizar y/o prevenir los eventos adversos en la atención de salud.⁽⁷⁾ Es importante entender que la SP es un componente clave de la calidad de atención en salud por lo que no existe una atención de calidad sin una atención segura –es decir, libre de daños al paciente– haciendo entonces de la seguridad una meta clave de toda atención sanitaria de calidad.

La Calidad de la atención en salud ha sido definida de diferentes maneras, sin embargo, una de las más utilizadas es la que se publicó en el Reporte Cruzando el Abismo de la Calidad:⁽⁸⁾

La calidad de la atención de salud es el grado en el cual la atención para individuos y poblaciones incrementa la posibilidad de alcanzar los mejores resultados en salud de acuerdo al mejor conocimiento actual disponible. También establece que para lograr los mejores resultados la atención debe ser: segura, efectiva, eficiente, oportuna, equitativa y centrada en el paciente.

Esta definición nos habla del carácter dinámico y medible de la calidad (grado) y de la orientación hacia los resultados finales que todo sistema de salud espera alcanzar. Pero lo más notable es que permite deducir que sin las condiciones descritas en la definición y, sobre todo, sin una atención segura, el sistema de atención no será capaz de lograr los resultados en salud que los usuarios requieren y tienen derecho a recibir.

Han transcurrido casi 18 años desde que se generó la corriente mundial de la seguridad del paciente y a pesar de esfuerzos sustanciales a nivel global, los problemas de calidad y seguridad continúan afectando seriamente a los pacientes. Los resultados esperados no se lograrán a menos que hagamos cambios importantes en la manera cómo estamos conduciendo la mejora de la calidad y la seguridad del paciente. Aun cuando se han aplicado nuevas estrategias para reducir los eventos adversos, tenemos mucho por avanzar en la protección del paciente de problemas de seguridad.⁽⁹⁾

Es necesario adoptar estrategias efectivas basadas en la evidencia y buscar su implementación, mediante un enfoque integral, estructurado y en especial sensible al contexto de cada organización, previo desarrollo de una cultura organizacional que prepare el terreno para que las intervenciones de mejora tengan mejor probabilidad de éxito. El presente ensayo tiene como objetivo analizar la Estrategia Nacional de Seguridad de la Atención de Salud, para tratar de comprender los avances y logros existentes, los retos y limitaciones que han aparecido en el proceso de implementación, para luego plantear algunas recomendaciones pertinentes a la luz del conocimiento actual disponible en seguridad de la atención.

Situación a analizar

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL PERÚ

El surgimiento de varias publicaciones relacionadas a la seguridad del paciente incentivó a varios profesionales en los establecimientos de salud en el Perú entre 2000 y 2004 a interesarse por la seguridad del paciente y se organizaron de manera espontánea y proactiva con miras a investigar a profundidad la magnitud y naturaleza del problema que ya era una preocupación a nivel mundial. La Dirección Ejecutiva de Calidad del Minsa asumió un rol importante en el desarrollo inicial de la seguridad del paciente. A inicios del año 2005 se conformó el Comité Técnico de Seguridad del Paciente, un grupo de carácter técnico-consultivo, de índole multidisciplinario e interinstitucional que tuvo la tarea de convocar a varios miembros del sector para desarrollar los primeros lineamientos relacionados al tema y elaborar una propuesta de Norma Técnica del Sistema Nacional para la Seguridad del Paciente.

Luego de casi un año de trabajo y superando una serie de barreras se oficializó el Comité con RM N.º 143-2006/Minsa⁽¹⁰⁾ y se completó una propuesta inicial de Norma Técnica para la Seguridad del Paciente, la cual fue difundida entre los colaboradores que participaron en las reuniones del Comité y otros funcionarios del Minsa.

En mayo de 2006 se aprobó el documento RM N.º 519-2006/Minsa⁽¹¹⁾ que normaba el Sistema de Gestión de Calidad en Salud donde se establecía la necesidad de fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad de los servicios de salud a través de principios, normas y metodologías.

A mediados de 2006 y luego de un gran esfuerzo de la Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud es emitida la Resolución Ministerial N.º 676-2006/Minsa, que aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008.⁽¹²⁾ Con esta normativa se convocan a los diferentes hospitales de segundo y tercer nivel para que elaboren sus respectivos Planes de Seguridad del Paciente y formalmente se inician las actividades operativas en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Por otro lado, gracias a la colaboración del Gobierno español y un grupo de expertos de OMS y la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, se iniciaron las Reuniones preparatorias del Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS),⁽¹³⁾ que fue el primer estudio a gran escala sobre eventos adversos en Latinoamérica, y que tuvo como objetivo inicial evaluar la magnitud del problema e identificar áreas prioritarias de intervención. Esta iniciativa estimuló el interés de desarrollar un Plan de Reducción de Eventos Adversos en cinco hospitales de Lima Metropolitana y se convirtió en una gran oportunidad de integrar esfuerzos y establecer una visión compartida para desarrollar iniciativas orientadas a minimizar los eventos adversos.

Hubo una gran expectativa en conocer y comprender un poco más la seguridad del paciente como nuevo paradigma en la calidad de la atención y se observó la voluntad de organizar diversas actividades de capacitación en el tema tanto a nivel del ente rector como de las Direcciones de Salud locales y regionales.

Considero que fue el momento clave en que los profesionales de la salud empezaron a entender la importancia de reconocer que aún en las mejores manos, se pueden presentar eventos que dañan a los pacientes y afectan a todo el sistema de atención.

El estudio IBEAS fue conducido por un grupo de investigadores de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, encontrando una prevalencia de 10,5 % de eventos adversos, siendo la prevalencia para Perú de 11,6 %. Un resultado importante fue que más de la mitad de los eventos adversos fueron prevenibles, lo cual nos informaba de la relevancia en establecer intervenciones efectivas para reducir el daño a los pacientes como resultado de los eventos adversos.

Mientras esta investigación se desarrollaba, los hospitales empezaban a trabajar en sus Planes de Seguridad del Paciente y organizaban eventos locales de capacitación en reporte de incidentes, el hospital Dos de Mayo fue el primero en desarrollar un estudio sobre notificación de eventos adversos, que fue resultado del compromiso y liderazgo de su equipo de investigación y de los directivos del hospital.

Un factor clave al comienzo de la iniciativa fue el excelente soporte técnico que recibieron los hospitales del Equipo técnico de la Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud, cuyos miembros estaban comprometidos con la calidad y seguridad, con gran capacidad y criterio técnico lo cual les permitió acompañar a los establecimientos de salud en la elaboración de los Planes de Seguridad del Paciente y en la ejecución de algunas buenas prácticas de seguridad basada en la evidencia, como las Rondas de Seguridad por ejemplo.

La Resolución N.º 676-2006/Minsa que aprobó el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008, tuvo como objetivo ayudar a los hospitales a reducir los eventos adversos en los hospitales del Sistema Nacional de Salud, a través de la implementación del reporte de eventos adversos, el análisis de los mismos, el aprendizaje colectivo para la prevención de eventos y las mejores prácticas de atención para la seguridad del paciente.

Dos hitos importantes en esta evolución fue la emisión de la Resolución Ministerial N.º 456-2007/Minsa, que aprobó la Norma Técnica Sanitaria de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, y que renovó el enfoque de la acreditación de los servicios de salud bajo un enfoque de procesos, donde se incluyó estándares

para mejorar la seguridad del paciente. Al año siguiente y luego de una colaboración estrecha con el Comité de Calidad y Seguridad de la Atención del Colegio Médico del Perú, se aprobó con Resolución Ministerial N.º 533-2008/Minsa los criterios mínimos de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.

En marzo de 2009, se lanzó la Campaña por la Calidad de la Atención y la Seguridad del Paciente, iniciativa importante presentada por el Colegio Médico del Perú y que fue acogida por el Consejo Nacional de Salud. El objetivo fue: “Promover una cultura de calidad y seguridad en la atención en las organizaciones sanitarias públicas y privadas como componente fundamental del derecho de las personas a la salud”.

Esta campaña brindó un impulso valioso para sostener el interés de las organizaciones del sector por la calidad y la seguridad, y lograr comprometer a todos los actores involucrados a trabajar de manera conjunta por un objetivo común. No obstante, la campaña careció de un suficiente financiamiento local y probablemente de mejores estrategias de comunicación para afianzar un mayor compromiso de los directivos, así como de nuevas estrategias de liderazgo y trabajo en equipo multiprofesional para hacer de la iniciativa más sólida y sostenible.

Desde 2009, la mayor movilización por la seguridad del paciente se trasladó al Colegio Médico del Perú, donde el Comité de Calidad y Seguridad de la Atención reunió a varios profesionales muy involucrados en el tema y que tenían experiencia tanto en investigación como en la implementación de los planes de seguridad del paciente en sus instituciones para trabajar en la generación de conocimiento y promoción de las estrategias efectivas en seguridad del paciente.

Un aporte muy valioso de dicho Comité fue la elaboración de la Guía de Implementación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su validación con el Equipo técnico de la Dirección Ejecutiva de Calidad del Minsa.

Durante los últimos siete años, el mencionado Comité ha organizado el Curso Anual de Calidad y Seguridad del Paciente en forma ininterrumpida, el cual se ha convertido en un referente local y regional en Latinoamérica, logrando convocar a un grupo cada vez numeroso de participantes de diferentes instituciones y profesiones de la salud; esto ha sido posible gracias al apoyo del vicedecanato del Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú y a la colaboración de expertos internacionales con quienes se ha constituido un consorcio de cooperación técnica y en temas de investigación.

Es indiscutible que hemos avanzado en la elaboración de documentos normativos, herramientas para el análisis de los eventos adversos y la difusión permanente del conocimiento más actual relacionado a la seguridad del paciente. Consideramos que es oportuno hacer una reflexión sobre la agenda pendiente en cuanto a la Estrategia Nacional para la Seguridad del Paciente, dado que esta disciplina ha progresado en forma notable en cuanto a nuevo conocimiento, mejor entendimiento de los factores que contribuyen a los eventos adversos y en especial a nuevas estrategias para hacer más efectiva y sostenible la implementación de las mejores prácticas para una atención de salud más segura.

La preocupación por cuánto hemos avanzado en seguridad del paciente es verdaderamente global,⁽¹⁴⁾ con una serie de publicaciones que resaltan la necesidad de identificar las barreras para la puesta en marcha de las estrategias en seguridad, así como la consideración de los factores clave de éxito en aquellas organizaciones que han logrado poner en práctica en forma sostenida acciones que están protegiendo a los pacientes y están reduciendo en forma permanente los eventos adversos, tales como las Infecciones asociadas a la atención de salud.

Lo que observamos a la fecha es la ausencia de un reporte oficial de la autoridad sanitaria que documente una evaluación a nivel nacional del estado de implementación de las estrategias de seguridad en la atención, según lo establecido en el Plan Nacional de Seguridad del Paciente.

En qué grado los prestadores de servicios de salud han implementado un sistema de vigilancia y/o reporte de incidentes de seguridad es una pregunta relevante que deberíamos ser capaces de responder, para luego precisar que barreras están impidiendo que los hospitales desarrollen estos mecanismos de identificación de incidentes.

Sería importante conocer por ejemplo cuáles son los riesgos más frecuentes y de mayor impacto que podrían afectar a nuestros pacientes, sin embargo, no disponemos aún de estadísticas que nos brinden dicha información, que nos permitiría una mejor toma de decisiones y focalizar los esfuerzos en temas prioritarios. Es probable que existan datos en cada una de las instituciones sobre lo actuado en seguridad del paciente, por lo que sería sumamente necesario integrar los datos disponibles y presentar cómo y cuánto hemos avanzado en el tema.

Sin duda, un aspecto clave sería conocer que instituciones han tenido avances y que ellos puedan compartir sus experiencias y los factores claves de éxito en la mejora de la seguridad de la atención.

Consideramos un aspecto clave que la educación y entrenamiento en tema de seguridad del paciente sea incluido los programas de educación médica continua en las instituciones prestadoras de servicios de salud, lo cual se realiza con muy poca periodicidad.

Análisis y alternativas de solución

La normatividad existente a la fecha en temas de seguridad del paciente tiene como objetivo guiar mediante la documentación técnica sobre las principales líneas de acción y actividades que las instituciones prestadoras de servicios de salud necesitan conocer para avanzar en la implementación de la estrategia de seguridad del paciente, sin embargo, podemos comentar que hemos podido identificar algunas observaciones con relación a ello:

- Los documentos técnicos incluyen adecuadamente los objetivos del tema, pero brindan información incompleta acerca de la manera más efectiva de implementar las actividades claves, como por ejemplo

en lo referido al reporte de los eventos adversos. Existen evidencia que resalta la utilidad del uso de ciertas estrategias paso a paso y el uso de habilidades blandas como talleres de liderazgo y trabajo en equipo, con la finalidad de lograr un mejor involucramiento del personal de salud en el despliegue de las intervenciones.

- El desarrollo de una cultura de seguridad es un factor crítico para el éxito de cualquier intervención en Seguridad del Paciente, de hecho, las organizaciones que más han avanzado en la implementación de sus Planes de Seguridad han priorizado acciones para promover la cultura de seguridad en forma regular en su personal asistencial. Al momento no disponemos de un estudio de cultura de seguridad por lo que es una oportunidad para desarrollarla y aplicar los resultados en nuestra Estrategia de Seguridad del Paciente a través de capacitaciones, talleres y el uso de nuevos recursos multimedia como videos ilustrativos, boletines en línea, entre otros.
- Se observa igualmente cierta confusión con la terminología utilizada. Esto probablemente es debido a problemas de traducción y/o utilización de diferentes acepciones en los términos más importantes como, por ejemplo, evento adverso versus efecto adverso, término muy usado en las publicaciones españolas. La OMS ha publicado una Clasificación y Terminología en Seguridad del Paciente que resultaría muy útil revisarla e implementarla en los proyectos de mejora como en la investigación de temas de seguridad del paciente.

El enfoque de la gestión de la seguridad del paciente debe ser esencialmente proactivo, es decir, orientarse hacia la identificación temprana de riesgos y su mitigación. La vigilancia activa de incidentes,⁽⁷⁾ por ejemplo, ha sido descrita como de mucha utilidad para identificar al paciente en riesgo de sufrir un evento adverso. Por lo tanto, es necesario entrenarnos más en la construcción de barreras efectivas para evitar los daños al paciente durante el proceso de atención.

El análisis causal de los eventos adversos es una herramienta muy efectiva en la medida que culmine con la ejecución de planes de mejora

de la seguridad según los resultados obtenidos. Sería muy interesante conocer alguna experiencia en la implementación de planes de acción posterior a este análisis. De lo contrario será un esfuerzo que será muy poco reconocido por quienes participan y, por ende, se puede convertir en un incentivo negativo para la cultura de seguridad del paciente.

La implementación de la mayoría de soluciones de seguridad como la lista de verificación en cirugía segura, requiere un esfuerzo estructurado multidisciplinario y basado en una metodología rigurosa de gestión de proyectos, dado que constituyen intervenciones complejas con múltiples componentes y con barreras culturales locales para su adopción. Un estilo prescriptivo de implementación ha demostrado poca efectividad en las experiencias nacionales e internacionales. La Guía técnica para la implementación elaborada en forma conjunta por el Colegio Médico del Perú y la Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud ha resultado de gran utilidad para tal fin.

Las infecciones asociadas a la atención de salud deben ser reconocidas no solo como un problema de índole epidemiológico sino como un problema de seguridad del paciente y un gran reto para la salud pública. El uso de los paquetes de medidas preventivas es muy efectivo, en la medida en que se cumplan bajo la ley del todo o nada. Existe mucha evidencia sustentando su eficacia, sin embargo, no disponemos de reportes de monitoreo y evaluación que nos permitan conocer cómo se encuentra el grado de implementación en los hospitales nacionales.

Un aspecto crucial para responder a la pregunta cómo vamos progresando en la implementación de la estrategia de seguridad del paciente es la necesidad de tener un sistema de información adecuado o en su defecto un tablero mínimo de indicadores que nos informe cómo va el cumplimiento de la implementación, pero sobre todo cómo van los indicadores de proceso y resultado con relación a las diferentes líneas de acción de la estrategia global de seguridad del paciente. Aún no disponemos de un grupo de indicadores mínimos de seguridad del paciente de consenso nacional.

El liderazgo por la seguridad del paciente ha sido también reconocido como un factor que contribuye a reducir la frecuencia de

eventos adversos. El compromiso y liderazgo de los directivos de las instituciones prestadoras de servicios de salud es fundamental para cualquier iniciativa de calidad. Creemos que el liderazgo de nuestros directivos tiene mucho potencial de mejora y que el involucramiento del personal médico en especial empieza asegurando un liderazgo ejemplar de los directivos clínicos y administrativos.

Consecuencia de un liderazgo efectivo es la asignación de responsables de seguridad del paciente en cada establecimiento de segundo y tercer nivel de atención. El personal responsable debe conformar un comité institucional de seguridad del paciente, debe tener una capacitación constante en calidad y seguridad y debe informar periódicamente al nivel directivo de los avances de las actividades en cada institución.

Toda iniciativa en seguridad de la atención debe estar centrada en el paciente, por lo que actualmente es cada vez más crítico el involucrar al paciente en su propia seguridad. Esto se ha demostrado mucho en los proyectos para la prevención de caídas y úlceras de presión; como también para la identificación correcta del paciente y la prevención de eventos relacionados a la incorrecta identificación del paciente y del sitio a intervenir en un procedimiento quirúrgico.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud han implementado de manera heterogénea las prácticas de seguridad del paciente. Esto es debido a la carencia de personal suficiente que se haga responsable del tema y también a la falta de motivación. Los directivos requieren igualmente asumir una mejor posición de liderazgo para impulsar adecuadamente las estrategias, son ellos los que deben mostrar visibilidad y sensibilidad con los pacientes como ejemplo para todo el personal de salud a su cargo.

Desde el punto de vista de la mejora continua, es necesario establecer planes de mejora de la seguridad de la atención a nivel nacional con prioridad en la atención materno-infantil, atención de pacientes críticos y en la atención quirúrgica en general. Los esfuerzos deben focalizarse en aquellas condiciones que afectan muy frecuentemente y en forma

severa a los pacientes, como las infecciones asociadas a la atención de salud, los problemas de seguridad relacionada a procedimientos invasivos y las condiciones que causan muerte materna.

Recomendaciones

- Es necesario conducir un análisis de la situación nacional en seguridad del paciente que permita identificar los avances y las brechas en la implementación de la estrategia de seguridad del paciente. Es un primer paso para reformular la política nacional de seguridad del paciente.
- Definir una política de calidad cuya prioridad sea la seguridad de la atención y privilegiar los aspectos claves y estándares de manera efectiva.
- La Cultura de Seguridad debe ser el punto de partida para cualquier componente de la estrategia nacional en seguridad del paciente.
- El uso de una terminología adecuada es un aspecto obligatorio para mejorar el entendimiento de los conceptos relacionados a los eventos adversos.
- La gestión de riesgos debe estar por encima de cualquier actividad de evaluación de eventos o auditoría de caso. Es la clave para proteger a los pacientes de los problemas de seguridad en la atención.
- Los sistemas de identificación de incidentes mediante reporte y/o vigilancia deben ser promovidos en cada institución que brinde servicios de salud.
- Un tablero adecuado de indicadores es un aspecto clave para la gestión de la seguridad de la atención a nivel del ente rector como de los hospitales que ya han desarrollado sus planes de acción y la única manera de saber cómo va el avance de las actividades y el logro de objetivos.⁽¹⁵⁾
- Es necesario promover y desarrollar un liderazgo efectivo por la seguridad de la atención, con involucramiento de todo el personal asistencial y de apoyo. Un mejor enfoque de Liderazgo y Trabajo en equipo orientado a mejorar los resultados clínicos se puede desarrollar en base a lo descrito en importantes reportes.

- Propugnamos un mayor soporte técnico al personal de las instituciones prestadoras de servicios de salud, por parte de la autoridad sanitaria, a través de todos los medios de comunicación disponibles en la actualidad como las redes sociales y blog profesionales en temas de calidad en salud.
- Finalmente, consideramos de suma importancia utilizar el modelo de mejora continua con fases de planear, hacer verificar y actuar para emprender proyectos efectivos de mejora en la seguridad del paciente.^(17,18)

Referencias bibliográficas

1. Usaid. Peru Quality Healthcare. Final Report. US Agency for International Development, 2013.
2. Ministerio de Salud. Sistema de Gestión de Calidad. Observatorio de Calidad en Salud. Acceso Internet: www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/index.asp
3. Ministerio de Salud. Política Nacional de Calidad en Salud: Documento técnico (R.M. N.º 727-2009/Minsa). Dirección General de Salud de las Personas.
4. Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of Complexity in Health Care. *BMJ*. 2001;323:625-628.
5. Brennan T, Leape L, Laird N, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. *Qual Saf Health Care*. 2004;13:145- 152.
6. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds.). *To err is human: Building a safer health system*. Washington DC: National Academies Press; 1999.
7. Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. *Advances in patient safety: New directions and alternative approaches*. Vol. 1. Assessment. AHRQ Publication N.º 08- 0034-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; August 2008.
8. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
9. Chassin MR. Improving the Quality of Health Care: What is taking so Long? *Health Affairs*. 2013;32(10):1761-1765.
10. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N.º 143-2006/Minsa, que aprueba la conformación del "Comité Técnico para la Seguridad del Paciente".
11. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N.º 519-006/Minsa, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
12. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N.º 676-2006/Minsa, que aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008.
13. Aranaz JM. Prevalence of adverse events in five hospitals in Latin America countries, IBEAS. *BMJ Qual Saf*. 2011;20 (12):1043.
14. National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. *Improving quality of care in low- and middle-income countries: Workshop summary*. Washington, DC: The National Academies Press; 2015.
15. Kelley E, Hurst J. 2006. Health Care Quality Indicators Project: Conceptual framework paper. OECD Health Working Papers, N.º 23, OECD Publishing.
16. Institute of Medicine. 2014. *Investing in global health systems: Sustaining gains, transforming lives*. Buckley GJ, Lange JE, Peterson EA. Washington D.C.: The National Academies Press.

17. Klazinga N. How to know it works? Measuring and assuring changes in quality: An OECD perspective. Presented at Workshop on Improving Quality of Care in Low- and Middle- Income Countries, Washington D.C. 2015.
18. Langley GJ. The improvement guide: A practical approach to enhancing organizational performance. San Francisco: Jossey-Bass; 2009.

Guías de práctica clínica como herramientas de gestión de calidad en el Perú

3

**Jorge A. García-Mostajo, Carlos A. Alva-Díaz,
Leslie P. Rivera-Morón, Mariela I. Huerta-Rosario y
Yahaira Becerra-Becerra**

Introducción

Las guías de práctica clínica (GPC) son una de las herramientas principales utilizadas por los sistemas de salud modernos y por los profesionales de la salud que practican medicina basada en evidencias científicas. Se constituyen como instrumentos para la gestión de calidad y estandarización de los procesos de atención con claros beneficios para el paciente e impacto positivo para los sistemas de salud, cuando en su elaboración se toman en cuenta criterios científicos reconocidos internacionalmente. Su desarrollo ha ido evolucionando hasta convertirse en herramientas confiables y de uso generalizado, siendo varios los conceptos que se han incorporado en la formulación de recomendaciones de intervenciones en salud: eficacia, seguridad, costo-eficacia, equidad y centralizado en las persona, además del desarrollo de metodologías propuestas para su elaboración y evaluación de calidad: AGREE, ADAPTE, GRADE entre otras.

Si bien se requiere de considerables recursos para la elaboración de GPC confiables, su aplicación conlleva la búsqueda de un máximo beneficio y mínimo riesgo para los pacientes y contribuye a la estandarización de los procesos de atención en salud, entre otras ventajas.

En nuestro país aún no se ha logrado un óptimo desarrollo de estas, pero se reconoce la necesidad de contar con GPC para estandarizar y mejorar la calidad de prestación de los servicios de salud desde el año 2005, e incluso se ha propuesto mejorar la calidad de su desarrollo desde el año 2015, mediante la promulgación de normativa específica. Así, se vienen

estableciendo diferentes estrategias y realizando múltiples esfuerzos con el objetivo de elaborar GPC confiables. En el presente ensayo se hace una revisión de los aspectos conceptuales e institucionales para el desarrollo de GPC, su relación con el mejoramiento de la calidad, la situación actual en el país resaltando los avances y limitaciones de las intervenciones realizadas y de la normatividad relacionada al tema. Por último se plantean algunas recomendaciones y se propone un instrumento de evaluación del cumplimiento de la normatividad peruana relacionada a la elaboración de GPC.

Enfoque conceptual en el desarrollo de guías de práctica clínica

ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS DE ATENCIÓN

Uno de los mayores problemas para los sistemas de salud es la variabilidad de los procesos de atención para los mismos problemas de salud. Diferentes estudios han mostrado que la frecuencia con la que se realizaban procedimientos para la atención de pacientes variaba drásticamente entre médicos especialistas y entre regiones geográficas.^(1,2) Además, se reportó que pacientes con problemas clínicos idénticos recibían diferentes tratamientos dependiendo también de su médico o ubicación geográfica. Las guías de práctica clínica (GPC) son herramientas que nacen para hacer frente a este problema de variabilidad de atenciones en salud y garantizar que con su uso los pacientes puedan recibir el mejor tratamiento, eficaz y seguro, independientemente del médico tratante o de dónde se encuentren.⁽³⁾

Sin embargo, las guías sobre un mismo tema o patología de diferentes instituciones no siempre son concordantes en sus recomendaciones incluso cuando se utilizan las mismas fuentes de evidencia.⁽⁴⁾ Estas discordancias podrían explicarse por diferencias en las prevalencias de las enfermedades, en las evidencias utilizadas, en la evaluación de calidad de las mismas y en la elección en los desenlaces clínicos de interés que guían las recomendaciones, así como por preferencias y conflictos de interés de los elaboradores.⁽⁵⁾ Estas discordancias en las recomendaciones entre GPC también se explican por diferencias en la

calidad de su elaboración y de las evidencias utilizadas. Se ha estimado que hasta 94 % de la variación en el nivel de calidad de las GPC podrían explicarse por la calidad de las evidencias utilizadas para su desarrollo. Además se ha reconocido que las GPC basadas en evidencia presentan una mejor calidad que las GPC basadas en consenso y que el uso explícito de evidencias de alta calidad puede conducir a una mejor concordancia de las recomendaciones entre guías.⁽⁶⁾

Para resolver estos problemas se propone que las GPC armonicen su proceso de elaboración mediante el uso de metodologías estandarizadas, reduzcan al mínimo posible los sesgos financieros o intelectuales de los elaboradores mediante la declaración completa de los conflictos de interés, acuerden previamente los desenlaces clínicos críticos e importantes para evaluar la eficacia de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas y generen propuestas de nuevas investigaciones que permitan resolver las áreas de incertidumbre donde existen discordancia por la ausencia de evidencias sólidas.⁽⁵⁾

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICAS

Las GPC no nacieron basadas en evidencia sino que inicialmente fueron elaboradas por opinión de expertos y luego por consenso de expertos con una mejora progresiva en la calidad de su desarrollo a través del tiempo.⁽⁷⁾ Se reportó que de 431 GPC de EE.UU. publicados en Medline, entre enero de 1988 y julio de 1998, 67 % no incluían ninguna descripción de los usuarios, 88 % no informaban la estrategia de búsqueda utilizada y 82 % no dio ninguna clasificación explícita de su sistema de recomendaciones. Solo 22 (5 %) de las GPC cumplieron estos tres criterios de calidad evaluados. Sin embargo, hubo una mejora en el tiempo en sus estrategias de búsqueda (de 2 % a 18 %, p 0,001) y en su sistema de recomendación (de 6 % a 27 %, p 0,001).⁽⁸⁾ Los resultados de Alonso Coello y col. también mostraron una evolución positiva en cuanto a los criterios de calidad del instrumento AGREE en el desarrollo de las GPC identificadas en Medline desde 1988 hasta 2007. Aunque a pesar de un cierto aumento en la calidad de las GPC con el tiempo sus niveles, según lo medido con el instrumento AGREE, se han mantenido moderados a bajos en las últimas dos décadas.⁽⁹⁾ (Figura 1)



Figura 1. Evolución en el desarrollo de las guías de práctica clínica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), que es líder en establecer recomendaciones de políticas y prácticas para la promoción de la salud, en 2007 identificó que sus guías se basaban principalmente en recomendaciones de expertos y rara vez utilizaban métodos sistemáticos basados en evidencias científicas,⁽¹⁰⁾ por lo que impulsaron la creación de un comité revisor de guías (GRC, del inglés *Guidelines Review Committee*) para asegurar la calidad de las mismas mediante metodologías sistemáticas y basadas en evidencia con adopción de la metodología GRADE.⁽¹¹⁾ Así, desde el año 2010 han mejorado el desarrollo de guías como se demuestra en el estudio realizado por Sinclair D. y col, quienes realizaron una evaluación con el instrumento AGREE II, y compararon diez guías aprobadas antes y después de la gestión del GRC, encontrando que las puntuaciones medias AGREE II para las guías aprobadas por GRC fueron más altas en los seis dominios AGREE en comparación con las guías pre-GRC. Los mayores cambios se registraron en los dominios "rigor de desarrollo" (de 30,7 % a 68,3 %) e "independencia editorial" (de 20,9 % a 73,6 %), concluyendo que los métodos de elaboración de guías de la OMS se han vuelto más sistemáticos y transparentes desde el inicio de la gestión del GRC.⁽¹²⁾

DEFINICIÓN DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA CONFIABLE

Las GPC son definidas por el Instituto de Medicina de EE. UU. (IOM, del inglés *Institute of Medicine*) como "declaraciones que incluyen recomendaciones destinadas a optimizar la atención al paciente, que se

1. Revisión sistemática de la evidencia
2. Equipo multidisciplinario de expertos y representantes
3. Representación de pacientes
4. Proceso explícito
5. Desarrollar un sistema de evidencias y recomendaciones
6. Proceso de actualización

Figura 2. Guía de práctica clínica confiable, según el Instituto de Medicina de EE. UU.

elaboraron mediante la revisión sistemática de las evidencias existentes y la evaluación de riesgos y beneficios de las diferentes opciones de cuidados”. Para que una GPC sea confiable, el IOM recomienda que estas deben cumplir lo siguiente: 1) basarse en una revisión sistemática de la evidencia existente; 2) ser desarrollada por un equipo de expertos, multidisciplinario y representativo de los grupos claves afectados; 3) considerar a subgrupos y las preferencias de los pacientes; 4) basarse en un proceso explícito y transparente que minimice las distorsiones, prejuicios y conflictos de interés; 5) proporcionar explicaciones claras de la relación entre las opciones alternativas de cuidado y los resultados de salud, y proporcionar calificaciones tanto de la calidad de la evidencia como de la fuerza de las recomendaciones; y 6) reconsiderar y revisar de forma conveniente cuando nuevas evidencias justifican la modificación de recomendaciones.⁽¹³⁾ (Figura 2)

DESARROLLO DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN EVIDENCIA

El desarrollo de una GPC basada en evidencia (GPC-BE) se inicia por la priorización sistemática y explícita de temas o condiciones clínicas, siendo este un proceso complejo y que se realiza mediante la aplicación de diferentes criterios como los efectos de las enfermedades en las poblaciones (prevalencia y/o carga de enfermedad), las intervenciones a realizar, los costos y las políticas sanitarias de los países.^(14,15) Además se deben seleccionar los tópicos de los temas a desarrollar que pueden estar referidos al diagnóstico, tratamiento u otros.⁽¹⁵⁾

Luego se seleccionan las preguntas a resolver, las mismas que deben de ser claras, precisas y específicas para facilitar la búsqueda y revisión de la evidencia científica.⁽¹⁶⁾ Se recomienda el uso del formato PICO (por sus siglas en inglés, *Patient, Intervention, Comparison and Outcome*) o el PIPOH (por sus siglas en inglés, *Population, Intervention, Professionals, Outcome and Health care*) de la colaboración ADAPTE para el desarrollo de GPC adaptadas.⁽¹⁷⁾ Estas preguntas estructuradas guían la búsqueda exhaustiva y explícita de todas las evidencias pertinentes en bases de datos como la Biblioteca Cochrane, Medline, Embase y otras específicas según el tema en desarrollo u organizaciones recopiladoras como el Centro Nacional de Guías de Estados Unidos (NGC, de sus siglas en inglés *National Guideline*).^(18,19)

Una vez identificada y seleccionada las evidencias es necesario evaluar su calidad y formular las recomendaciones. La calidad de la evidencia debiera estar íntimamente relacionada con la fuerza de las recomendaciones.⁽²⁰⁾ El método GRADE (por sus siglas en inglés, *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) de evaluación de la evidencia y formulación de recomendaciones es actualmente el más reconocido y cuenta con más de 100 organizaciones a nivel mundial, incluyendo la Organización Mundial de la Salud, la Colaboración Cochrane, y el Instituto Nacional de Excelencia para la Salud y los Cuidados (NICE, por sus siglas en inglés *National Institute for Health and Care Excellence*) que ahora lo usan o han adoptado sus principios.⁽²¹⁾ Este método categoriza los desenlaces de interés y su importancia relativa, evalúa la calidad de las evidencias y obtiene una calidad global y finalmente gradúa la fuerza de las recomendaciones.⁽²²⁾

Finalmente, para la adaptación o adopción de una GPC es necesario valorar su calidad global y para ello se recomienda utilizar el AGREE (por sus siglas en inglés, *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*)⁽²³⁾ y su actualización el AGREE II que es un instrumento validado internacionalmente y traducido a más de 33 idiomas para evaluar el rigor metodológico de las mismas.^(24,25) (Figura 3).

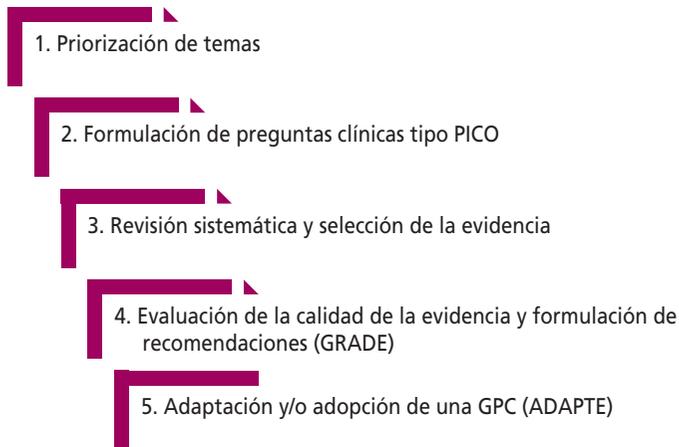


Figura 3. Desarrollo de una guía de práctica clínica basada en evidencia.

EQUIPO DESARROLLADOR DE UNA GPC-BE

Uno de los aspectos centrales para el desarrollo de GPC es la conformación del grupo elaborador. Este equipo de trabajo debiera estar integrado por representantes de todos a quienes las GPC podría afectar sus decisiones mediante las recomendaciones que se propongan. Además debiera ser un equipo multidisciplinario que garantice una suficiente discusión y valoración de las evidencias y evite el sesgo de ser elaborado por un solo individuo o un solo grupo de especialistas.

La cantidad de miembros no debe ser ni tan poca para garantizar una adecuada discusión ni excesiva que dificulte la funcionalidad del equipo. Se recomiendan entre 6 y 12 a 15 miembros. La composición mínima del equipo debe contener un líder del equipo, un especialista en fuentes, otro en metodología y la de administrador. El líder idealmente debe estar familiarizado con la condición clínica y con el manejo de evidencias sin generar un sesgo hacia sus opiniones, sino permitir un correcto funcionamiento del equipo para alcanzar los objetivos propuestos en el desarrollo de la GPC.⁽¹⁵⁾

BENEFICIOS

Se reconoce los beneficios de GPC basadas en evidencia (GPCBE), principalmente para los pacientes al mejorar la calidad de cuidado que reciben y los resultados en salud.⁽²⁶⁾ Las guías al recomendar intervenciones de beneficio probado y desalentar el uso de aquellas que son ineficaces pueden reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes,⁽³⁾ tal como se ha demostrado en diferentes estudios que han estimado distintos beneficios clínicos como la reducción de mortalidad^(27,28) y menor riesgo de infecciones.^(29,30) También se han reconocido beneficios en términos de un mayor acceso a la información mediante la difusión de versiones para los pacientes de las GPC que contribuyan a tomar decisiones compartidas con su médico tratante en relación a las diferentes opciones de tratamiento.⁽³⁾ Además, pueden ayudar a los pacientes al influir en las políticas públicas al generar recomendaciones para problemas de salud poco reconocidos, sobre servicios e intervenciones preventivas que no se ofrecían, así como identificación de grupos de pacientes de alto riesgo. Todas estas intervenciones podrían ponerse a disposición como respuesta a la implementación de las GPC recientemente publicadas o generar justicia distributiva promoviendo una mejor prestación de servicios a poblaciones de bajos recursos.⁽³⁾

Para los médicos, las GPC pueden mejorar la calidad de sus decisiones clínicas.⁽²⁶⁾ Las GPC basadas en una evaluación crítica de la evidencia científica (GPC basadas en evidencia, GPC-BE) aclaran qué intervenciones son de beneficio probado, reportan la calidad de los datos que la soportan e identifican a aquellas ineficaces. Por lo tanto, ofrecen recomendaciones explícitas para los médicos que dudan de cómo proceder, revierten creencias de prácticas anticuadas, mejoran la consistencia de la atención y ofrecen recomendaciones autorizadas que tranquilizan a los profesionales sobre la idoneidad de sus decisiones. Además las GPC-BE proveen herramientas para mejorar la calidad de atención como la lista de recomendaciones, rutas de cuidados críticos, algoritmos, criterios de auditoría entre otros.

Las GPC-BE son un punto de referencia para las auditorías de las prácticas clínicas y hospitalarias: los test, los tratamientos y los objetivos de tratamiento recomendados en las guías proporcionan medidas de proceso (criterios de revisión) para calificar el cumplimiento de las mejores prácticas de cuidado. La evaluación crítica de la evidencia que se utiliza en el desarrollo de las GPC-BE identifica defectos de diseño en estudios existentes y reconocen las brechas de evidencia que pueden reorientar el trabajo de los investigadores médicos y alentar a las agencias de financiamiento a apoyar investigaciones que cumplan con esta agenda basada en la efectividad.⁽³⁾

Para los sistemas de salud, tanto de proveedores públicos como privados, se ha descrito que las GPC pueden ser útiles para mejorar la eficiencia en el uso de recursos mediante la estandarización de la atención con terapias de beneficio probado y costo efectivas,⁽³¹⁾ al reducir las tasas de admisión,⁽²⁶⁾ la duración de la estancia hospitalaria^(26,30,32,33) y los costos hospitalarios.^(26,34,35) Además, la adherencia a GPC-BE mejora la imagen pública de las instituciones al garantizar un compromiso con la excelencia y la calidad.⁽³⁾

LIMITACIONES

A pesar de los beneficios comprobados en el uso de GPC, estas también pueden presentar limitaciones y riesgos. Una de las más importantes es que sus recomendaciones estén equivocadas o que no se ajusten a las necesidades del paciente individual y que fomenten el uso de intervenciones ineficaces, perjudiciales o derrochadoras. Los factores son varios, siendo un ejemplo la carencia o limitaciones de las evidencias para dar respuesta a un problema de salud. Las limitaciones pueden ser por problemas en el diseño de los estudios y riesgo de sesgos, inconsistencia de los resultados o estudios con resultados heterogéneos, ausencia de evidencia directa en el grupo de interés e imprecisión de los resultados.^(3,36) En segundo lugar, las recomendaciones implican juicios de valor y estos pueden estar influenciadas por las opiniones, experiencia y la composición del grupo elaborador con el riesgo de que estas sean inferiores u otras opciones existentes o incluso perjudiciales.

En tercer lugar, debido a que en el desarrollo de las guías existen otras perspectivas además de la del paciente en su elaboración, como las del financiador, que pueden generar recomendaciones subóptimas con el fin de controlar los costos, atender a las necesidades de la sociedad o incluso de otros grupos de interés.⁽³⁾

El mayor riesgo de GPC defectuosas es para los pacientes al fomentar intervenciones subóptimas, ineficaces o dañinas. El riesgo de generar recomendaciones inflexibles para los pacientes en general podría dificultar la contextualización e individualización de las mismas a las características peculiares de cada paciente, e incluso podrían no ajustarse a las necesidades de cada paciente y dificultar una atención individualizada. Este problema se manifiesta en mayor medida en pacientes con enfermedades crónicas que presentan multimorbilidad cuando las GPC plantean recomendaciones para condiciones únicas.⁽³⁷⁾ Estandarizar las intervenciones mediante GPC con recomendaciones generales en vez de plantear diferentes opciones de intervención podría ignorar la preferencia de los pacientes. Estas limitaciones a su vez pueden perturbar una buena relación médico paciente.⁽³⁾

Para los médicos, las GPC defectuosas pueden comprometer la calidad de las atenciones que estos brindan y generar observaciones o incluso penalidades infundadas a sus prácticas. La existencia de guías con recomendaciones opuestas de diferentes grupos elaboradores puede confundir a los médicos y prolongar el uso de prácticas anticuadas y obsoletas. Los algoritmos propuestos con secuencia de decisiones binarias (sí/no) a menudo no reflejan la complejidad del acto médico y los procesos de pensamiento paralelos e iterativos inherentes al juicio clínico. También pueden desalentar el desarrollo de investigaciones cuando se concluye inadecuadamente que ciertas intervenciones son ineficaces.⁽³⁾

Los sistemas de salud y los financiadores pueden verse perjudicados por GPC cuando se compromete la eficiencia o desperdicia recursos limitados, principalmente cuando se recomiendan intervenciones costosas que son inasequibles. También pueden generar una disminución o retiro de las coberturas de ciertas intervenciones, o

puede darse el caso en el que intervenciones costosas pueden desplazar los recursos siempre limitados desde intervenciones de enfermedades de mayor prevalencia o carga de una población.⁽³⁾

INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA

Una de las principales críticas que se realiza a las GPC es que al estandarizar los procesos de atención del paciente general, descuida la individualización de la atención.⁽³⁾ Sin embargo, importantes organismos desarrolladores como NICE han incorporado el enfoque de cuidado centrado en la persona, el que se fundamenta en cuatro principios: 1) toda persona debe ser tratada con dignidad, respeto y compasión; 2) ofrecer cuidados o tratamientos coordinados; 3) ofrecer cuidados o tratamientos personalizados y; 4) estar capacitado para hacerlo.^(38,39) (Figura 4).

DESARROLLO DE GPC-BE EN EL MUNDO Y LA REGIÓN

Existen diversas instituciones reconocidas internacionalmente que desarrollan GPC de calidad como las de NICE⁽⁴⁰⁾ o la Red Escocesa Intercolegiada de Guías (SIGN, del inglés *Scottish Intercollegiate*

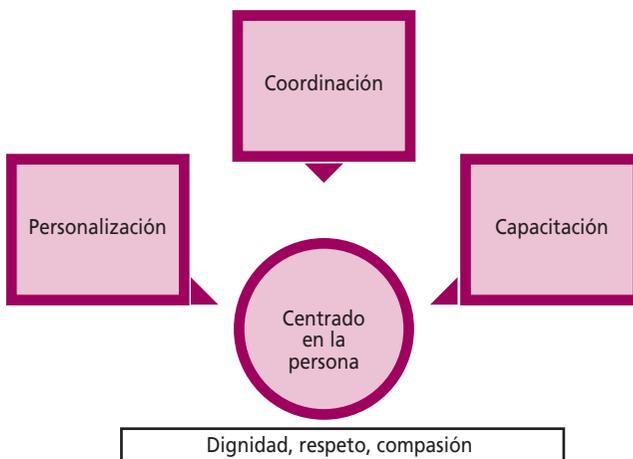


Figura 4. Cuidado centrado en la persona.

Guidelines Network) para el Servicio Nacional de Salud de Escocia.⁽⁴¹⁾ También instituciones de alcance mundial como la OMS vienen desarrollando y mejorando sus procesos de elaboración de GPC.⁽¹²⁾ En Latinoamérica destaca el trabajo que vienen realizando el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (Cenetec) de México y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) de Colombia.^(42,43)

Desarrollo de GPC para el sistema de salud peruano

AVANCES Y LIMITACIONES DE LAS NORMAS SOBRE GPC

En el año 2005, el Ministerio de Salud (Minsa) publicó el documento Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica (NT N° 027-Minsa/DGSP-V.01).⁽⁴⁴⁾ Dicho documento tenía la finalidad de “estandarizar la elaboración de GPC, de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados que respondan a las prioridades sanitarias nacionales y/o regionales, buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios, y el uso racional de recursos en las instituciones del Sector Salud”. Siendo su objetivo establecer el marco normativo para la elaboración de las GPC y su ámbito de aplicación a todas las instituciones públicas y privadas del sector, el documento estableció la metodología a usar en la elaboración de GPC, la misma que establecía cuatro fases: planificación, ejecución, implementación y revisión.

En la fase correspondiente a ejecución, la norma técnica mencionada incluyó los aspectos relacionados a la conformación del equipo técnico, especificando que debe ser interdisciplinario y que las características ideales de los integrantes del grupo de trabajo son el ser profesionales, especialistas o expertos en el tema a desarrollar, experiencia previa en el desarrollo de GPC y de preferencia con experiencia en docencia universitaria. La segunda característica resultaría ambiciosa si consideramos que era la primera normativa respecto al tema y que probablemente para entonces había escasez de personal con experiencia en el desarrollo de GPC, sin embargo, como bien especificó la norma técnica, es una característica ideal, mas no indispensable.

En otra sección de la fase de ejecución, se menciona que para establecer las recomendaciones se usaría la clasificación del *US Preventive Task Force*,⁽⁴⁵⁾ muy conocida y utilizada a nivel mundial para entonces, tal vez más que el sistema GRADE al cual se le han reconocido mayores ventajas siendo actualmente el más adoptado por diferentes organizaciones a nivel mundial.⁽²²⁾ Si bien se consideró que la búsqueda debía incluir al menos las bases de datos Medline,⁽⁴⁶⁾ Lilacs⁽⁴⁷⁾ y *Cochrane Database of Systematic Reviews*,⁽⁴⁸⁾ hoy en día sabemos que estas resultan insuficientes al elaborar una GPC, y que la búsqueda sistemática de la literatura debe incluir otras fuentes y bases de datos.⁽⁴⁹⁾

Es necesario resaltar que en dicha norma técnica también se hizo mención a la implementación y revisión de las GPC, ya que al elaborarlas el proceso no acaba con el documento aprobado, sino que la implementación resulta ser un aspecto fundamental y usualmente complejo.

Así entonces, la norma técnica publicada en 2005 presentó algunas limitaciones, pero fue el paso inicial en la elaboración de normativas relacionadas a GPC, integrando por primera vez en el país el enfoque de la llamada medicina basada en evidencias (MBE) a una política de estado en el ámbito de salud, constituyendo un punto de quiebre necesario para la elaboración de GPC que se venían publicando desde el Minsa.⁽⁵⁰⁾

La elaboración y publicación de GPC inició con temas de las patologías más frecuentes en emergencia tanto de adultos como de niños y se continuo con patologías de interés nacional como analgesia para el parto, salud mental y psiquiatría, emergencias obstétricas, hipertensión arterial, influenza H1N1, dengue, entre otras, sin embargo, durante algunos años como 2010, 2012 y 2013 no se publicó ninguna GPC.⁽⁵⁰⁾

Lamentablemente, en todo este proceso de desarrollo de GPC, de recursos humanos capacitados y de un mayor ordenamiento por niveles de atención de acuerdo a la capacidad resolutoria de los mismos, hay tres aspectos que deben ser resaltados para tenerlos en consideración en el futuro:

- Contrario a lo que se indica en la norma técnica de 2005, prácticamente no se hizo la actualización de ninguna de las guías elaboradas y publicadas por el Minsa.
- La mayoría de las GPC presenta serias deficiencias metodológicas, como las preguntas clínicas a resolver, los procesos de búsqueda de información, la clasificación de la evidencia, los grados de recomendación, la revisión por pares entre otros, teniendo en general una pobre bibliografía o no incluyendo bibliografía alguna. Así, en recientes estudios nacionales donde evaluaron la calidad del desarrollo de GPC concluyeron que las GPC del Minsa carecen de las características necesarias para recomendar su uso, habiendo detectado fallas similares a las que hemos mencionado.^(51,52)
- No se institucionalizó el desarrollo de GPC, no se ordenó de acuerdo a la estructura del sistema de salud para incluir en su desarrollo aspectos relacionados al nivel de complejidad. La estructura misma de desarrollo de las GPC que exigía la norma 2005 era de tipo narrativo y no permitía la incorporación de un enfoque de evidencias al no considerar los aspectos metodológicos en ella.

El perfeccionamiento de enfoques y metodologías para la elaboración de GPC es continuo y sigue en desarrollo, tal como se manifiesta con los criterios para GPC establecidos por el Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM, por sus siglas en inglés,⁽¹³⁾ actualización del instrumento AGREE II,⁽²⁵⁾ la incorporación de revisiones sistemáticas y las recomendaciones de la GRC de la OMS,⁽¹²⁾ el sistema GRADE,⁽²¹⁾ el enfoque de cuidado centrado en la persona⁽³⁹⁾ entre otros cambios y mejoras que se vienen desarrollando. Es así que en el Perú, el Minsa publicó en el año 2015 la Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud (NTS N.º 117-Minsa/DGSP-V.01).⁽⁵³⁾

Esta segunda normativa nacional para la elaboración de GPC constituye un nuevo hito en el desarrollo de GPC para el Perú, ya que muestra un notable avance en el tema al incluir los nuevos enfoques y desarrollar aspectos metodológicos que son reconocidos a nivel mundial y que

además son garantías de calidad para la atención en salud de las personas.

La finalidad de este segundo documento normativo nacional se diferencia de la establecida en la norma técnica de 2005 en que la actual enfatiza la contribución que realizan las GPC basadas en evidencias científicas a la calidad y seguridad de las atenciones de salud. El objetivo por el contrario se mantiene sin variación y el ámbito de aplicación continua siendo los prestadores de servicios públicos y privados, dejando a los establecimientos de salud del sector privado la posibilidad de acogerse a las GPC que apruebe el Minsa, adscribirse o elaborar otras GPC que les sean prioritarias, teniendo en cuenta que se debe asegurar que las GPC que suscriban o elaboren deben cumplir con los criterios técnico científicos mínimos establecidos en la norma técnica.

Esta norma considera para el proceso de elaboración de las GPC las fases de planificación, formulación, aprobación, difusión, implementación y evaluación. Es decir que reemplaza la fase de ejecución de la antigua norma técnica por el de formulación, aprobación y difusión, definiendo cada una de las fases y mencionando a los responsables.

Los pasos que se han considerado en esta nueva normativa se ajustan mejor a los estándares internacionales para elaboración de GPC(49) que incluyen una búsqueda sistemática de GPC, evaluación preliminar de las GPC identificadas, evaluación de la calidad de las mismas y decisión de desarrollar una GPC de novo o desarrollar una GPC adaptada. Es así que la norma se ajusta mejor a la realidad nacional, en la que, considerando la importancia de racionalizar los recursos, podría resultar en muchas ocasiones más conveniente el adaptar una GPC ya existente que desarrollar una GPC *de novo*. Esta posibilidad no se había contemplado previamente.

Otros aspectos a resaltar de la nueva normativa es la inclusión del sistema GRADE para la evaluación de la calidad de la evidencia y la formulación de recomendaciones, por lo que se han superado importantes limitaciones que se tenía en la normativa previa. No

Tabla 1. Comparación entre las normas técnicas emitidas por el Ministerio de Salud del Perú en relación a guías de práctica clínica

Criterio	Norma técnica de 2005	Norma técnica de 2015
<ul style="list-style-type: none"> ● Enfoque ● Selección de tópicos ● Grupo elaborador de la guía 	<p>Guías de tipo narrativo, con base en opinión de expertos</p> <p>No lo exige</p> <p>No lo exige (profesionales de salud, metodólogo, gestores y financiadores).</p>	<p>Guías de tipo metodológicas, basadas en evidencias científicas</p> <p>Estrategia de priorización</p> <p>Multidisciplinario</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Declaración de conflicto de interés ● Formulación de preguntas clínicas ● Uso de GPC existentes 	<p>No la exige</p> <p>No la exige</p> <p>No lo exige evaluación de calidad (AGREE II)</p>	<p>La exige y tipifica</p> <p>Preguntas PICO</p> <p>Establece búsqueda y</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Tipos de elaboración ● Metodología de desarrollo 	<p>No diferencia tipos (metodología ADAPTE y GRADE)</p> <p>Sin enfoque de MBE: establece cuatro fases planificación, ejecución, implementación y revisión)</p>	<p>De novo y adaptada</p> <p>Con enfoque de MBE: búsqueda sistemática, revisiones sistemáticas evaluación de calidad de la evidencia (instrumentos AMSTAR, Cochrane y QUADAS), sistema GRADE para formulación de recomendaciones.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Bases de datos recomendadas para la búsqueda ● Sistema para elaboración de recomendaciones ● Validación de la GPC 	<p>Medline, Lilacs y Cochrane Database of Systematic Reviews</p> <p>US Preventive Task Force</p> <p>Sí, por expertos y la comunidad</p>	<p>Medline, Cochrane y Embase, HTA Database, Lilacs, Scielo, Scopus, Cinahl, Web of Sciences</p> <p>Sistema GRADE</p> <p>Sí, mediante consulta a grupos de interés: gubernamentales, académicos y pacientes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión externa ● Aprobación, difusión y actualización 	<p>No la exige</p> <p>Sí las exige, actualización cada 2 años</p>	<p>Sí, por revisores externos y establece sus procesos.</p> <p>Sí las exige, actualización cada 3 a 5 años y establece tipos.</p>

PICO, Población, Intervención, Comparador y Outcome. MBE, Medicina Basada en Evidencia. AMSTAR, Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews. GRADE, Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation. ADAPTE, metodología de adaptación de guías.

obstante, con lo mencionado los autores del artículo no consideramos que una normativa sea mejor que la otra, sino que cada normativa corresponde a un periodo de tiempo y una realidad nacional distinta, contribuyendo ambas a mejorar la calidad y seguridad de las atenciones en salud en busca del mayor beneficio y menor riesgo para los usuarios. En la tabla 1 se mencionan algunas diferencias entre ambas normas técnicas.

Esta última norma técnica publicada por el Minsa vino acompañada también de un documento técnico que establece la metodología para la elaboración de GPC,⁽⁵⁴⁾ en el mismo se detallan todas las etapas y pasos para la elaboración una GPC, tanto *de novo* como adaptada. En él se propone criterios para la priorización y selección del tópico de la GPC, se especifica cómo constituir el grupo elaborador, se plantean las estrategias de búsqueda sistemática de GPC y se detalla cómo realizar la evaluación de las mismas mediante el instrumento AGREE II, el desarrollo de la GPC (de novo o adaptada), la evaluación de la evidencia con instrumentos reconocidos internacionalmente (QUADAS 2, Cochrane, AMSTAR), la formulación de recomendaciones (mediante lineamientos propuestos por GRADE), la aplicación de la herramienta de ADAPTE⁽¹⁷⁾ en caso de GPC adaptadas, además de incluir instrucciones para realizar la redacción, validación, aprobación, publicación, difusión y actualización de la GPC.

AVANCES Y LIMITACIONES EN EL TRABAJO INSTITUCIONAL DE DESARROLLO DE GPC

El Ministerio de Salud no es la única institución que ha realizado esfuerzos en la elaboración de GPC. En el año 2015, el Seguro Social de Salud, Essalud, publicó el Reglamento de Organización y Funciones del nuevo Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), teniendo entre sus funciones la evaluación y aprobación de GPC, así como la elaboración de las mismas en caso se traten de temas priorizados en Essalud. Para este fin cuenta con la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.⁽⁵⁵⁾

Entre la producción de dicha Institución, IETSI, se encuentra la Directiva para el Desarrollo de Guías de Práctica Clínica en Essalud, en la que se establecen las normas, criterios y procedimientos que regulan la priorización, elaboración, evaluación, aprobación y difusión de GPC en Essalud, brindando información detallada para cada uno de estos procedimientos. Además del desarrollo de GPC de novo y adaptada, contempla también la posibilidad de adoptar GPC existentes.⁽⁵⁶⁾

Lo mencionado ha sido complementado con una labor de priorización de patologías para la elaboración de GPC en Essalud, lo mismo que se refleja en el Informe de Priorización de Guías de Práctica Clínica en Essalud. Este informe menciona nueve condiciones como prioritarias para la elaboración de GPC, y especifican que para ello se ha tomado en cuenta la carga de enfermedad, el costo en medicamentos, las prioridades para la oferta de servicios del año 2015 al 2021 y la valoración de los decisores de política.⁽⁵⁷⁾

Producto de todo este esfuerzo, a la fecha de elaboración del presente ensayo se tiene una primera GPC publicada en el portal web de la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia;⁽⁵⁸⁾ correspondiente a la GPC para el diagnóstico y tratamiento de Hemofilia.⁽⁵⁹⁾ En esta guía se puede verificar que en su elaboración se han tomado en cuenta aspectos metodológicos relevantes, como la elaboración de preguntas en formato PICO (Población, Intervención, Comparador, Desenlace), búsqueda de evidencia, evaluación de las guías identificadas, revisión y síntesis de la evidencia, graduación de la evidencia, formulación de recomendaciones y validación de la guía. Al inicio del documento también se hace mención a los conflictos de intereses de los responsables de la elaboración de la guía y fuentes de financiamiento, datos no incluidos anteriormente en las GPC publicadas por el Ministerio de Salud, pero importantes como criterio de calidad de las mismas y como información relevante para el lector y usuario de una GPC. Los autores del artículo consideramos que se ha logrado un gran avance metodológico en la elaboración de GPC con este primer producto. De acuerdo a lo descrito en la documentación de IETSI, se encuentran próximos a publicarse las GPC de pie diabético, lumbalgia, cáncer de mama, trastornos minerales y óseos y manejo de dolor.⁽⁶⁰⁾

PERSPECTIVAS PARA EL DESARROLLO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

La experiencia internacional nos muestra que la viabilidad, sostenibilidad y mejora en la calidad del desarrollo de instrumentos de gestión clínica como las GPC se generan cuando sus procesos se institucionalizan y tienen el apoyo del estado. En nuestro país dos grandes Instituciones, el Ministerio de Salud y el Seguro Social de Salud, Essalud, han trabajado de manera independiente para el desarrollo de GPC. Si tomamos como punto de partida la primera normativa del año 2005, podemos afirmar entonces que han transcurrido más de 10 años para empezar a tener GPC que sigan las recomendaciones internacionales en su elaboración. Probablemente el largo tiempo que viene tomando el desarrollo del tema se deba a que los esfuerzos se vienen dando en cada institución de manera independiente, sin haber logrado una coordinación multisectorial para el desarrollo de GPC que sean aplicables a nivel nacional y que cumplan con altos estándares de calidad, tal como se realiza en otros países.

Bajo un enfoque de trabajo multisectorial en el desarrollo de GPC es importante resaltar el trabajo de NICE, quienes iniciaron sus actividades en 1999 con el objetivo de crear guías coherentes y dar fin a la variabilidad de tratamiento en el Reino Unido, teniendo actualmente múltiples centros colaboradores y una larga lista de GPC publicadas y que son de referencia mundial.⁽⁶¹⁾ Otra institución que merece ser mencionada como ejemplo es SIGN,⁽⁴¹⁾ institución escocesa constituida por representantes de diferentes colegios profesionales, no solo médicos, y otras instituciones; quienes elaboran GPC de excelente calidad metodológica.

En el ámbito regional, Colombia a través del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)⁽⁴²⁾ ha logrado integrar al Ministerio de Salud y Protección Social con otras instituciones, constituyendo una corporación sin ánimo de lucro, de participación mixta y de carácter privado para, entre otros objetivos, producir guías de atención en salud basadas en evidencia científica que sirvan de referente para la prestación de los servicios de salud.

Así, el trabajo multisectorial y de carácter mixto, idealmente con participación del sector público e instituciones relacionadas como universidades y colegios profesionales, podrían constituir una excelente alternativa para el desarrollo de GPC que sean aplicables a nivel nacional, logrando mayor seguridad, eficacia, costo-eficacia y equidad en las prestaciones de salud, estandarizando procesos de atención, mejorando indicadores sanitarios y la eficiencia de gastos en el sistema de salud peruano, no solo mediante la elaboración de las mismas, sino también a través de su difusión, aplicación y adherencia.

Conclusiones

- El desarrollo y la mejora de la calidad de las GPC han sido progresivos y se ha dado gracias a la incorporación de metodologías claras, capacidad de los recursos humanos en su elaboración y preocupación institucional por alcanzar los mejores estándares.
- Asegurar la calidad en el desarrollo de las GPC bajo un enfoque basado en evidencia y centrado en la persona, permite garantizar una mejor atención a los usuarios de los servicios de salud.
- Las GPC están en constante mejora y su desarrollo se ve influenciado por factores de organización social de sus sistemas de salud, y a pesar de sus limitaciones y riesgos generan mayores beneficios en el cuidado de los pacientes y mejoran la eficiencia de los sistemas.
- La importancia del equipo desarrollador es central en la elaboración de una GPC, lo que exige que los sistemas de salud de los países den continuidad y sostenibilidad a los equipos existentes e inviertan en su formación.
- La normativa del Minsa sobre GPC ha evolucionado entre la publicada en 2005 y 2015, habiendo logrado en esta última establecer lineamientos que permitan la elaboración de GPC basadas en evidencia mediante metodología reconocida internacionalmente.
- Actualmente, tanto el Minsa como Essalud se encuentran impulsando el desarrollo de GPC de acuerdo a los requerimientos de la norma técnica del año 2015 que establece estándares de calidad concordantes con los internacionales.

- En el Perú aún no se realiza un trabajo multisectorial para el desarrollo de GPC que sean de aplicación nacional, siendo esto uno de los factores probables del retrasado el desarrollo de GPC de calidad en el país.
- Para el desarrollo de GPC basadas en evidencia son necesarios recursos, no solo económicos sino también recursos humanos con experiencia y manejo de las metodologías necesarias para su desarrollo.

Recomendaciones

- Generar una política de gestión clínica basada en evidencias que incorpore, promueva y desarrolle el conjunto de herramientas de gestión clínica basada en evidencias, teniendo además las revisiones sistemáticas, evaluaciones de tecnología sanitaria y evaluaciones económicas.
- Clarificar las capacidades, funciones y competencias para el desarrollo de las herramientas de gestión clínica como las GPC desde la macrogestión (Minsa o Essalud), mesogestión (Redes o las Diresa) y microgestión (hospitales o centros) del sistema de salud.
- Gestionar el trabajo multisectorial (estado y academia) para el desarrollo de herramientas de gestión clínica como las GPC.
- Incentivar la formación de recursos humanos tanto a nivel de pregrado como postgrado para generar sostenibilidad de la gestión clínica basada en evidencias, tanto para su producción como para su implementación y adherencia.
- Se propone un instrumento de evaluación de guías de práctica clínica para verificar el cumplimiento de la normativa peruana vigente (anexo 1).

Referencias bibliográficas

1. Chassin MR, Brook RH, Park RE, Keeseey J, Fink A, et al. Variations in the use of medical and surgical services by the Medicare population. *N Engl J Med.* 1986;314:285-90.
2. Welch WP, Miller ME, Welch HG, Fisher ES, Wennberg JE. Geographic variation in expenditures for physicians' services in the United States. *The New England journal of medicine.* 1993;328(9):621-7.

3. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*. 1999;318(7182):527-30.
4. Paschke R, Hegedus L, Alexander E, Valcavi R, et al. Thyroid nodule guidelines: agreement, disagreement and need for future research. *Nat Rev Endocrinol*. 2011;354-61.
5. Sobieraj-Teague M, Eikelboom JW, Hirsh J. How can we reduce disagreement among guidelines for venous thromboembolism prevention? *J Thromb Haemostasis*. 2010;8:675-7.
6. Cruse H, Winiarek M, Marshburn J, Clark O, Djulbegovic B. Quality and methods of developing practice guidelines. *BMC Health Services Research*. 2002;2(1):1.
7. Attia A. Adaptation of international evidence based clinical practice guidelines: The ADAPTE process. *Middle East Fertility Society Journal*. 2013;18(2):123-6.
8. Grilli R, Magrini N, Penna A, Mura G, Liberati A. Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal. *Lancet*. 2000;355(9198):103-6.
9. Alonso-Coello P, Irfan A, Sola I, Gich I, Delgado-Noguera M, Rigau D, et al. The quality of clinical practice guidelines over the last two decades: a systematic review of guideline appraisal studies. *Quality & safety in health care*. 2010;19(6):e58.83
10. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A. Use of evidence in WHO recommendations. *World hospitals and health services*. 2007;43(2):14-20.
11. Hill S, Pang T. Leading by example: a culture change at WHO. *Lancet (London, England)*. 2007;369(9576):1842-4.
12. Sinclair D, Isba R, Kredt T, Zani B, Smith H, Garner P. World Health Organization guideline development: an evaluation. *PloS one*. 2013;8(5):e63715.
13. Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice G. In: Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, Greenfield S, Steinberg E, editors. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington (DC): National Academies Press (US) Copyright 2011 by the National Academy of Sciences; 2011.
14. Reveiz L, Tellez DR, Castillo JS, Mosquera PA, Torres M, Cuervo LG, et al. Prioritization strategies in clinical practice guidelines development: a pilot study. *Health research policy and systems / BioMed Central*. 2010;8:7.
15. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Developing guidelines. *BMJ*. 1999;318(7183):593-6.
16. Alonso-Coello P, Asensio del Barrio C, Briones Pérez de la Blanca E, Casariego-Vales E, Díaz Del Campo P, Estrada M. *Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Available from: <http://www.guiasalud.es/emanauales/elaboracion/documentos/Manual metodologico - Elaboracion GPC en el SNS.pdf>.
17. *Guideline Adaptation: A Resource Toolkit*. Perth: Scotland: The ADAPTE Collaboration 2009. Available from: <http://www.g-i-n.net>.
18. Cook DJ, Greengold NL, Ellrodt AG, Weingarten SR. The relation between systematic reviews and practice guidelines. *Annals of internal medicine*. 1997;127(3):210-6.
19. National Guideline Clearinghouse Rockville, Maryland: A; 2016 [cited Agency for Healthcare Research and Quality 2016 04 02]. Available: <https://http://www.guideline.gov>.
20. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schunemann HJ. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ*. 2008;336(7651):995-8.
21. Alonso-Coello P, Schunemann HJ, Moberg J, Brignardello- Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *BMJ (Clinical research ed)*. 2016;353:i2016.
22. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso- Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ (Clinical researched)*. 2008;336(7650):924-6.

23. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Quality & safety in health care*. 2003;12(1):18-23.
24. Makarski J, Brouwers MC. The AGREE Enterprise: a decade of advancing clinical practice guidelines. *Implementation Science: IS*. 2014;9.
25. Brouwers M, Browman G, Burgers J, Cluzeau F, Davis D, Feder G. Instrumento AGREE II: Consorcio AGREE; 2009. Available from: http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Spanish.pdf.
26. Bahtsevani C, Uden G, Willman A. Outcomes of evidence-based clinical practice guidelines: a systematic review. *International journal of technology assessment in health care*. 2004;20(4):427-33.
27. Allen LA, O'Donnell CJ, Giugliano RP, Camargo CA, Jr., Lloyd-Jones DM. Care concordant with guidelines predicts decreased long-term mortality in patients with unstable angina pectoris and non-ST-elevation myocardial infarction. *The American journal of cardiology*. 2004;93(10):1218-22.
28. Frei CR, Attridge RT, Mortensen EM, Restrepo MI, Yu Y, Oramasionwu CU, et al. Guideline-concordant antibiotic use and survival among patients with community-acquired pneumonia admitted to the intensive care unit. *Clinical therapeutics*. 2010;32(2):293-9.
29. Newton CA, Young S. Financial implications of glycemic control: results of an inpatient diabetes management program. *Endocrine practice: official journal of the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists*. 2006;12 Suppl 3:43-8.
30. Willis ZI, Duggan EM, Bucher BT, Pietsch JB, Milovancev M, et al. Effect of a Clinical Practice Guideline for Pediatric Complicated Appendicitis. *JAMA Surgery*. 2016:e160194.
31. Shapiro DW, Lasker RD, Bindman AB, Lee PR. Containing costs while improving quality of care: the role of profiling and practice guidelines. *Annual review of public health*. 1993;14:219-41.
32. Diercks DB, Roe MT, Chen AY, Peacock WF, Kirk JD, Pollack CV, Jr., et al. Prolonged emergency department stays of non-ST-segmentelevation myocardial infarction patients are associated with worse adherence to the American College of Cardiology/American Heart Association guidelines for management and increased adverse events. *Annals of emergency medicine*. 2007;50(5):489-96.
33. Knaus SJ, Saum L, Cochard E, Prichard W, Skinner B, Medas R. Impact of Evidence-Based Guidelines on Outcomes of Hospitalized Patients With *Clostridium difficile* Infection. *Southern Medical J*. 2016;109(3):144-50.
34. Beniwal LA, Kleven KL, Moody LT, Molin BM, Kantola SJ, Carlson ML, et al. Outcomes of a Quality Improvement Initiative to Prevent Unnecessary Packed Red Blood Cell Transfusions Among Extremely Low Birth-Weight Neonates. *Adv Neonatal Care*. 2016;16(1):E3-9.
35. Kosimbei G, Hanson K, English M. Do clinical guidelines reduce clinician dependent costs? *Health research policy and systems/BioMed Central*. 2011;9:24.
36. Sanabria AJ, Rigau D, Rotaache R, Selva A, Marzo-Castillejo M, Alonso-Coello P. [GRADE: Methodology for formulating and grading recommendations in clinical practice]. *Atencion primaria*. 2015;47(1):48-55.
37. Guthrie B, Payne K, Alderson P, McMurdo MET, Mercer SW. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ*. 2012;345.
38. Collins A. Measuring what really matters. London: Health Foundation; 2014. 2016.12.16]. Available from: <http://www.health.org.uk>.
39. Person-centred care made simple. London-England: HealthFoundation; October 2014. Available from: <http://www.health.org.uk>.
40. Inglaterra: National Institute for Health and Care Excellence (NICE);[2016.09.24]. Available from: <https://http://www.nice.org.uk>.
41. Scottish intercollegiate guidelines network Escocia: SIGN; [cited 2016]. Available from: <http://www.sign.ac.uk>.

42. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud Colombia: IETS; [cited 2016]. Available from: <http://www.iets.org.co>.
43. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud México: Cenetec Salud. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx>
44. Norma técnica para la elaboración de guías de práctica clínica. Norma técnica N° 027-Minsa/DGSP-V.01. Resolución Ministerial N° 422-2005/Minsa (1 de junio de 2005).
45. Grade Definitions: US Preventive Services Task Force; [updated February 2013]. Available from: <https://www.uspreventiveservices taskforce.org>.
46. Medline/PubMed Resources Guide Bethesda: National Institutes of Health; [updated 8 December 2016]. Available: <https://http://www.nlm.nih.gov/bsd/pmresources.html>.
47. Lilacs Sao Paulo: BIREME-OPS-OMS. Available from: <http://lilacs.bvsalud.org/es/>.
48. Cochrane Database of Systematic Reviews: Cochrane Library; [cited 2017]. Available from: <http://www.cochranelibrary.com>.
49. Developing NICE guidelines: the manual. Manchester: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2014. Available from: <https://http://www.nice.org.uk>.
50. Observatorio de Calidad en Salud Lima-Perú: Ministerio de Salud -Perú. Available from: <http://www.minsa.gob.pe>.
51. Canelo-Aybar C, Balbin G, Perez-Gomez A, Florez ID. Guías de práctica clínica en el Perú: evaluación de su calidad usando el instrumento Agree II. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2016;33(4):1-7.
52. Neira-Sanchez ER, Málaga G. Are the minsa clinical practice guidelines for hypertension and type2 diabetes mellitus reliable? *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33:377-79.
53. Norma técnica para la elaboración y uso de guías de práctica clínica del Ministerio de Salud. Norma técnica N° 117-Minsa/DGSP-V.01. Resolución Ministerial N° 302-2015/Minsa (14 de mayo de 2015).
54. Documento técnico: Metodología para la elaboración de guías de práctica clínica. Resolución Ministerial N° 414-2015/Minsa (1 de julio de 2015).
55. Reglamento de Organización y Funciones. Lima: Perú: Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI); 2015 p. 19.
56. Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 12-IETSI-Essalud-2016. Lima, Perú: Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI); 2016. Available: <http://www.essalud.gob.pe/ietSI/index.html>.
57. Priorización de guías de práctica clínica en Essalud. Lima, Perú: Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI); 2016. Available from: <http://www.essalud.gob.pe>.
58. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) Lima, Perú: Seguro Social de Salud del Perú, EsSalud. Available from: <http://www.essalud.gob.pe>.
59. IETSI. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de hemofilia. Guía en Versión Extensa. GPC N°1. Lima, Perú: Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación; 2016 [cited 2017]. Available from: <http://www.essalud.gob.pe>.
60. IETSI. Boletín 1: Iniciando el Desarrollo de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia en el Seguro Social. Lima, Perú: Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI); [cited 2017]. Available from: <http://www.essalud.gob.pe>.
61. History of NICE Reino Unido: National Institute for Clinical Excellence (NICE); [2016.01.12]. Available from: <https://http://www.nice.org.uk>.

Anexo I. Propuesta de instrumento de evaluación de guías de práctica clínica para verificar el cumplimiento de la norma técnica emitida por el Ministerio de Salud de Perú en 2015

Crterios	Cumple	Comentarios
<ul style="list-style-type: none"> ● Priorización <ul style="list-style-type: none"> – ¿Se ha priorizado el tópic de la GPC incluidas a todos los grupos de interés involucrados? 	Sí No	
<ul style="list-style-type: none"> ● Equipo elaborador <ul style="list-style-type: none"> a. ¿El grupo elaborador está constituido de manera multidisciplinaria? b. ¿Se ha incluido profesionales de la salud? c. ¿Se ha incluido al menos un metodólogo? d. ¿Se ha incluido gestores y financiadores? – ¿Existe declaración de conflicto de intereses para todos los miembros del grupo elaborador de la GPC y sus asesores? 	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No	
<ul style="list-style-type: none"> ● Formulación de preguntas clínicas <ul style="list-style-type: none"> a. ¿Se ha definido el flujograma de manejo del problema clínico? b. ¿Se ha identificado y seleccionado las preguntas clínicas? c. ¿Se ha formulado las preguntas en formato PICO? 	Sí No Sí No Sí No	
<ul style="list-style-type: none"> ● Búsqueda y evaluación de GPC existentes <ul style="list-style-type: none"> a. ¿Existe un proceso explícito de búsqueda de las principales fuentes de información como organismos recopiladores de GPC, organismos elaboradores y bases de datos biomédicas? b. ¿Se ha incluido en las bases de datos al menos Medline y Embase? c. ¿Se hizo una evaluación preliminar de las GPC identificadas incluidas la valoración de la rigurosidad, año de publicación, similitud de la población objetivo y coincidencia con tópic de estudio? d. ¿Se evaluó la calidad de las GPC identificadas mediante el instrumento AGREE II? 	Sí No Sí No Sí No Sí No	
<ul style="list-style-type: none"> ● Desarrollo de una GPC de novo <ul style="list-style-type: none"> a. ¿Se ha realizado una búsqueda sistemática de la evidencia para cada pregunta formulada? b. ¿Se han identificado revisiones sistemáticas y evaluado mediante la herramienta AMSTAR? c. Cuando corresponda, ¿se ha actualizado la revisión sistemática evaluada d. ¿Se ha evaluado la calidad de la evidencia siguiendo los lineamientos propuestos por GRADE? e. ¿Existen tablas resumen de evidencias según GRADE? f. ¿Se ha determinado la dirección de cada recomendación y la fuerza de la misma según GRADE? 	Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No	
<ul style="list-style-type: none"> ● Validación de la GPC <ul style="list-style-type: none"> a. ¿Se ha consultado con los grupos de interés y se ha integrado los resultados de la consulta? b. ¿Se ha realizado una revisión por pares (externa) de la GPC? 	Sí No Sí No	
<ul style="list-style-type: none"> ● Conflicto de interés <ul style="list-style-type: none"> a. ¿Se ha consultado a los participantes si presentan algún tipo de conflicto de interés económico? b. ¿Se ha consultado a los participantes si presentan algún otro tipo de conflicto de interés? 	Sí No Sí No	
<ul style="list-style-type: none"> ● Actualización <ul style="list-style-type: none"> a. ¿Se ha planteado un periodo de actualización de la GPC? b. ¿Se ha planteado un sistema de actualización de la GPC? 	Sí No Sí No	

Herramientas para mejorar la satisfacción del usuario a partir de un estudio situacional peruano

4

Christian R. Mejía-Álvarez, Rocío R. Miranda-Mesías, Pavel J. Contreras-Carmona y Oscar S. Huapaya-Huertas

Introducción

El objetivo de la atención en salud es llevar a cabo un servicio de calidad, adecuado y oportuno a toda la población. Existen diversas barreras para su realización de forma eficiente y en el proceso de mejora continua de la misma, la satisfacción del usuario ha sido y es una de las piezas centrales para su evaluación, ya que es la piedra angular de la relación médico-paciente.⁽¹⁾ El Ministerio de Salud (Minsa) en su búsqueda de garantizar se otorgue servicios de calidad y que satisfagan a la población ha establecido un Sistema de Gestión de la Calidad, así como una Política Nacional de Calidad en Salud.^(1,2) a través de documentos que detallan los mecanismos de implementación, evaluación y sostenimiento de dichas implementaciones.

Existen diversos estudios en nuestro país donde se reportan porcentajes altos de insatisfacción. Un claro ejemplo es el estudio realizado en el distrito de Lima en el mes de mayo de 2014, donde solo el 23 % de los pacientes atendidos presentaron una buena relación médico-paciente.⁽⁴⁾ Sin embargo, en el interior del país se encontró un estudio con porcentajes de 68 % de satisfacción del usuario a nivel de Essalud y del 54 % a nivel de Minsa.⁽⁵⁾

En el ámbito de la atención primaria, la percepción de la calidad de la consulta será influenciada por diversos factores, sabemos que la consulta médica establece la interacción médico-paciente, en donde se establece un vínculo de confianza; que este último brinda, y que obliga al médico a aplicar todas sus herramientas (destrezas, habilidades en comunicación y entrevista clínica, conocimientos, etc.) para disminuir,

aliviar o tratar sus necesidades.⁽⁶⁾ Esta relación es dinámica y los roles que se asumen varían en el tiempo, el énfasis actual es puesto en el respeto y participación mutua del médico y paciente en la toma de decisiones sanitarias que permitirán una eficacia terapéutica. Esto se asocia a una nueva visión del paciente, ahora capaz y autónomo, pese a estar enfermo, lo que a su vez genera un nuevo modelo de relación asistencial, donde el paciente tiene un rol protagónico.^(1,4-7)

No solo debemos entender a la empatía como una acción que favorece positivamente la anamnesis o al tratamiento, sino también como un elemento clave en la curación y, por lo mismo, para tenerse en cuenta en la formación de profesionales sanitarios.⁽⁸⁾ El médico puede cometer errores, los que no serán reprochables, ética y legalmente, si ha tratado al paciente con los medios adecuados, con los conocimientos actuales y ha seguido las normas que su deber le imponen.⁽⁹⁾

La literatura muestra que una buena relación y comunicación médico-paciente produce beneficios para la salud psicológica y física de este último aumentando su confianza y compromiso en su problema de salud, lo que deriva en una disminución del uso de los servicios de salud.⁽¹⁰⁾

En tal sentido se realizó una evaluación situacional de establecimientos del subsector Ministerio de Salud para conocer las características de calidad en términos de satisfacción del usuario y su relación con características propias de la relación médico-paciente.

Análisis situacional

Se evaluó un estudio multicéntrico, analítico y transversal realizado durante los meses de mayo-junio 2015, en sedes hospitalarias de cuatro ciudades peruanas (Lima, Ucayali, Piura e Ica). En este estudio se empleó la escala Premepa para medir las características de la consulta médica y se usó un modelo de regresión lineal para el análisis estadístico.

Se presentan los perfiles médico-paciente en relación a seis variables estudiadas: 1) buena atención, 2) buen tiempo de la atención, 3) buen trato, 4) buen entendimiento, 5) buena explicación del tratamiento y 6) buen aspecto en el vestir.

Se encontró que los pacientes percibían que las médicas brindaban una buena atención en mayor frecuencia que los médicos, 12 % de mejor atención (intervalo de confianza: 1 %-24 % y valor $p = 0,033$). Las otras características de los pacientes y los médicos no estuvieron asociadas a la percepción de una buena consulta médica. (Tabla 1).

Tabla 1. Perfil del médico y del paciente que percibió una buena atención durante la consulta médica

Variable	Buena atención médica N (%)		RPC(IC95%)	Valor p
	Sí	No		
● El paciente				
– Sexo				0,453
- Femenino	374(82,0)	82(18,0)	1,05(0,92-1,21)	
- Masculino	269(77,8)	77(22,2)		
– Edad				0,166
- Adulto mayor	155(82,9)	32(17,1)	1,04(0,98-1,11)	
- Adulto	484(79,3)	126(20,7)		
– Estudios				0,994
- Hasta secundaria	229(80,4)	56(19,6)	1,00(0,88-1,14)	
- Técnico/universitario	412(80,3)	101(19,7)		
– Trabaja como				0,901
- Operario	243(79,4)	63(20,6)	1,01(0,88-1,15)	
- Administrativo	278(78,8)	75(21,2)		
● El médico				
– Sexo				0,033
- Femenino	208(86,7)	32(13,3)	1,12(1,01-1,24)	
- Masculino	428(77,5)	124(22,5)		
– Edad				0,246
- Adulto mayor	71(75,5)	23(24,5)	0,93(0,83-1,05)	
- Adulto	567(81,1)	132(18,9)		
– Especialidad				0,331
- Clínica	469(81,6)	106(18,4)	1,06(0,95-1,18)	
- Quirúrgica	166(77,2)	49(22,8)		

Se encontró que los pacientes adultos mayores percibían que los médicos tenían un mejor tiempo en la consulta, 14 % mejor tiempo de atención (intervalo de confianza: 5 %-24 % y valor $p = 0,033$). Además, que las médicas brindaban un buen tiempo en la atención en mayor frecuencia que los médicos, 14 % de mejor atención (intervalo de confianza: 3 %-26 % y valor $p = 0,011$). Por último, los pacientes percibían que los médicos adultos mayores tenían peores tiempos en la consulta médica que cuando los atendían médicos adultos, 5 % de peor tiempo en la atención (intervalo de confianza: 4 %-7 % y valor $p < 0,001$). Las otras características de los pacientes y los médicos no estuvieron asociadas a la percepción de un buen tiempo de la consulta médica. (Tabla 2).

Tabla 2. Perfil del médico y del paciente que percibió un buen tiempo de atención durante la consulta médica

Variable	Buen tiempo de consulta N (%)		RPc(IC95%)	Valor p
	Sí	No		
● El paciente				
- Sexo				
- Femenino	347(75,9)	110(24,1)	1,05(0,88-1,26)	0,577
- Masculino	249(72,2)	96(27,8)		
- Edad				
- Adulto mayor	154(81,9)	34(18,1)	1,14(1,05-1,24)	0,003
- Adulto	438(71,9)	171(28,1)		
- Estudios				
- Hasta secundaria	215(75,4)	70(24,6)	1,02(0,92-1,13)	0,687
- Técnico/universitario	379(73,9)	134(26,1)		
- Trabaja como				
- Operario	220(71,9)	86(28,1)	0,99(0,89-1,09)	0,788
- Administrativo	258(72,9)	96(27,1)		
● El médico				
- Sexo				
- Femenino	195(81,3)	45(18,7)	1,14(1,03-1,26)	0,011
- Masculino	394(71,4)	158(28,6)		
- Edad				
- Adulto mayor	67(71,3)	27(28,7)	0,95(0,93-0,96)	<0,001
- Adulto	526(75,3)	173(24,7)		
- Especialidad				
- Clínica	442(76,9)	133(23,1)	1,12(0,97-1,28)	0,115
- Quirúrgica	148(68,8)	67(31,2)		

Tabla 3. Perfil del médico y del paciente que percibió un buen trato de atención durante la consulta médica

Variable	Buen trato médico N (%)		RPc(IC95%)	Valor p
	Sí	No		
● El paciente				
– Edad				
- Adulto mayor	163(86,7)	25(13,3)	1,10(1,03-1,16)	0,002
- Adulto	479(792)	126(20,8)		
– Estudios				
- Hasta secundaria	233(82,3)	50(17,7)	1,02(0,92-1,14)	0,659
- Técnico/universitario	411(80,4)	100(19,6)		
● El médico				
– Sexo				
- Femenino	206(86,2)	33(13,8)	1,09(0,95-1,26)	0,217
- Masculino	434(78,9)	116(21,1)		

Los pacientes adultos mayores percibieron en mayor frecuencia un buen trato por parte de los médicos durante la consulta, este aumento de la percepción fue de 10 % (intervalo de confianza: 3 %-16 % y valor $p = 0,002$). Las otras características de los pacientes y los médicos no estuvieron asociadas a la percepción de un buen trato en la consulta. (Tabla 3).

Los pacientes percibieron que las médicas se dejaron entender más, en comparación a los médicos, esta diferencia fue en 10 % (intervalo de confianza: 1 %-11 % y valor $p = 0,014$). Las otras características de los pacientes y los médicos no estuvieron asociadas a la percepción de un mejor entendimiento durante la explicación en la consulta. (Tabla 4).

No hubo diferencias estadísticamente significativas de las características de los pacientes o los médicos que los atendieron, esto según la buena explicación que los médicos les brindaron a los pacientes durante la consulta médica (todos los valores p fueron mayores a 0,05). Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas de las características de los pacientes o los médicos que los atendieron, esto según el buen aspecto en el vestir del médico durante la consulta (todos los valores p fueron mayores a 0,05).

Tabla 4. Perfil del médico y del paciente que percibió que el médico se dejó entender durante la consulta médica

Variable	El médico se dejó entender N (%)		RPc(IC95%)	Valor p
	Sí	No		
● El paciente				
– Sexo				
- Femenino	371(81,9)	82(18,1)	1,03(0,86-1,23)	0,769
- Masculino	275(79,7)	70(20,3)		
– Edad				
- Adulto mayor	162(86,2)	26(13,8)	1,09(0,99-1,19)	0,081
- Adulto	480(79,3)	125(20,7)		
– Estudios				
- Hasta secundaria	237(83,5)	47(16,5)	1,05(0,96-1,14)	0,299
- Técnico/universitario	408(79,8)	103(20,2)		
● El médico				
– Sexo				
- Femenino	202(84,5)	37(15,5)	1,06(1,01-1,11)	0,014
- Masculino	438(79,6)	112(20,4)		
– Edad				
- Adulto mayor	76(80,9)	18(19,2)	0,99(0,95-1,04)	0,732
- Adulto	568(81,5)	129(18,5)		

Discusión

El paciente constantemente critica las acciones del médico, ya sea en la atención, el tiempo, o en la explicación;⁽¹¹⁾ además de querer recibir una información clara y concreta,⁽¹²⁾ lo que convierte a la satisfacción del paciente en una prioridad durante el acto médico. De aquí la importancia de establecer nuevos conceptos, así como corregir o conservar las características de la práctica médica.

Aspectos de la consulta como la satisfacción con el tiempo brindado y la atención en general fueron influenciados por el sexo del médico, esto es comparable con un estudio realizado en Lima, donde la buena relación médico-paciente se caracterizó por el sexo del médico.⁽⁴⁾ Y similar resultado se obtuvo en Alemania, donde se demostró una mayor empatía por las médicas mujeres.⁽¹³⁾

Respecto a la edad aparente del médico los pacientes percibían que los médicos adultos mayores tenían peores tiempos durante la consulta médica, lo que generaba insatisfacción. Un trabajo similar realizado en Lambayeque –en el mes de junio de 2014– donde se indicaba que los médicos de mediana edad y adulto mayores presentaban una relación médico-paciente inadecuada, en comparación con los médicos jóvenes.⁽¹⁴⁾ Esto se contradice a otro estudio donde el grupo etario de mediana edad se asocia a mala práctica (56,9 %), demostrando que la edad no se asocia con el nivel de satisfacción sino quizás con el número de pacientes atendidos.⁽¹⁵⁾

Los pacientes ancianos percibían que los médicos tenían un mejor tiempo en la consulta y un buen trato durante la consulta, en comparación de lo percibido por los pacientes adultos. Aunque los adultos mayores son el grupo de crecimiento más acelerado a nivel mundial y nacional,^(16,17) muchos de sus aspectos permanecen sin conocerse de manera adecuada. Como muestra de ello, los estudios sobre la relación médico- paciente se han concentrado en ciertos aspectos que tienen que ver con pacientes niños y adultos.⁽¹⁸⁾

Alternativas de solución

Existen diversos factores que determinan una mejor satisfacción del usuario en su experiencia con los servicios de salud. En lo que concierne a la relación establecida entre el médico y paciente, el nivel de satisfacción aumentará cuando estos últimos aprecien una mejor atención, trato y explicación adecuada de sus problemas. Esto en la práctica médica no es una tarea sencilla, existen muchos limitantes, por ello el médico debe buscar estrategias y herramientas que le permitan hacer una adecuada gestión del tiempo y recursos, debido a que las necesidades de salud que se abordan son variadas y complejas.

Se plantean tres herramientas para lograr una relación médico-paciente fortalecida, con buenos resultados sanitarios, a pesar de los otros factores causantes de insatisfacción en la atención: 1) modelo por enfoque TOPIC; 2) medicina centrada en el paciente y 3) modelo de entrevista clínica semiestructurada.

MODELO POR ENFOQUE TOPIC

A diferencia de la práctica hospitalaria, donde se usa la historia clínica y la revisión anamnésica por aparatos y sistemas como la principal herramienta para la obtención de datos; en la práctica ambulatoria, una herramienta tan extensa puede no resultar apropiada para llegar a conectar con los problemas que traen los pacientes y sistematizarlos para generar un mejor abordaje.

Una de las estrategias que se plantea es el modelo por enfoque TOPIC (Tareas Orientadas a los Procesos de Atención Ambulatoria), que categoriza las consultas en cinco prototipos y establece un conjunto de tareas y procesos estandarizados para reconocer las necesidades existentes en cada tipo de visita, y en consecuencia responder ordenadamente a cada tipo de persona. Este modelo tiene una utilidad concreta en la práctica ambulatoria, por orientar un abordaje más costo efectivo y eficiente con el corto tiempo que se dispone en las consultas, resultando en un mayor impacto en la salud de la población.^(19,20)

En este modelo se engloban a los problemas más frecuentes, en donde se incluyen la evaluación de los problemas nuevos, la atención preventiva, la atención integral de las enfermedades crónicas, y la continuidad de la atención; en la que una buena relación médico-paciente promueve el adecuado manejo de los problemas psicosociales y cambios de comportamiento.^(21,22)

Uno de sus principales beneficios es favorecer una atención eficiente y de calidad, que aproveche al máximo el encuentro médico-paciente, y le permita al médico ser más resolutivo. Su estructura metodológica contribuye a que los profesionales de la salud logren tareas con eficacia, y puedan siempre elegir las opciones más adecuadas, con independencia de las particularidades de cada caso. Se estructurará de esta manera una respuesta ordenada, basada en fundamentos científicos y acompañados de los mejores procesos de cuidado para el paciente.

MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE

Otra de las estrategias recomendadas es la aplicación del método clínico de atención centrada en el paciente, que tiene como objetivo atenderlo de una manera más eficaz y adecuada; considerando no solo la enfermedad física, sino también, la dolencia al enfermar y su relación con el entorno personal, familiar y social. Sus componentes tienen relaciones favorables con una variedad de resultados positivos como la recuperación de la salud emocional y física del paciente, tal como lo demuestran Stewart et al. Además, en otra revisión realizada por la misma autora, se documenta la mejora de la adherencia, la satisfacción tanto del paciente como del médico y menos denuncias por mala praxis.^(23,24)

El modelo tradicional en el que se conoce mucho de la enfermedad, pero poco de la persona, podría generar más daño. La información que el médico proporciona a veces no es la suficiente; el paciente suele quedarse con ganas de preguntar y/o muchas veces no comprende la información recibida por lo que su participación en la toma de decisiones es escasa, a pesar que sabemos que ellos desean ser apoyados y escuchados. Tal como estableció Balint, los médicos no solo deben cerciorarse de las quejas de los pacientes y buscar la información objetiva que les permita interpretar enfermedades y obtener un diagnóstico, por el contrario, aplicando el método clínico centrado en el paciente deben buscar tanto un diagnóstico como una comprensión de la experiencia de estar enfermo. La dolencia y la enfermedad se entrelazan y, por lo tanto, no deberían separarse.^(25,26)

El método clínico de atención centrada en el paciente tiene cuatro componentes:⁽²⁷⁾

- **EXPLORANDO LA SALUD, ENFERMEDAD Y DOLENCIA.** Dolencia es la experiencia personal y subjetiva del paciente sobre la enfermedad. Incluye: los sentimientos, ideas, funciones y expectativas. La enfermedad y la dolencia no siempre coexisten. En toda enfermedad hay dolencia; pero no ocurre viceversa. Cuando la primera está presente, esta puede no explicar adecuadamente el sufrimiento del paciente. Tan

importante como identificar la enfermedad y la dolencia, es integrar estos componentes para poder realizar un adecuado plan de trabajo.

- **ENTENDIENDO A LA PERSONA EN SU TOTALIDAD.** Consiste en la integración de los conceptos de enfermedad-dolencia, con una comprensión integral de la persona. Es, estar conscientes de los múltiples aspectos de la vida del paciente: La persona (historia de vida, problemas personales y de desarrollo), el contexto proximal (familia, empleo, apoyo social) y el contexto distal (cultura, comunidad, ecosistema). Con el tiempo, los médicos acumulan una gran cantidad de información sobre sus pacientes que va más allá de diagnosticar una enfermedad; empiezan a conocer a toda la persona y, al hacerlo, llegan a entender las enfermedades del paciente y sus experiencias en el contexto de su etapa de desarrollo personal.
- **ENCONTRANDO UN CAMINO COMÚN EN RELACIÓN AL MANEJO DE LOS PROBLEMAS.** Encontrar un plan común requiere que, tanto paciente como médico lleguen a un acuerdo y entendimiento mutuo de los problemas, objetivos, prioridades y roles respectivos. Su ausencia está asociada a muchos malentendidos en la relación médico-paciente y errores de prescripción. Su abordaje mejora la percepción del paciente sobre su médico y la adherencia a sus tratamientos. El médico es el responsable de definir y describir el problema; paciente y médico pueden debatir mutuamente para entender el problema y así buscar la mejor respuesta.
- **MEJORANDO LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.** El propósito de la relación médico-paciente es ayudar al paciente, fomentar su curación y entablar una relación terapéutica. Requiere de compasión, empatía y cuidado, y de la habilidad para comprender que lo que el paciente desea es algo muy simple: un reconocimiento de su sufrimiento o quizá solo la presencia de su médico en un momento de necesidad. No hay duda de que una buena relación es la base para la atención centrada en el paciente. La relación cumple una función integradora y se logra a través de una acción sostenida, que incluye la compasión, el poder compartir, la constancia y la curación.

Podemos ver con este método el logro de una relación médico-paciente fortalecida y la responsabilidad compartida, sin detrimento de lo que le corresponde al médico en base a sus conocimientos y se intenta generar una alianza que favorezca la salud del paciente.

Modelo de entrevista clínica semiestructurada (método de entrevista clínica)

Finalmente, la tercera propuesta y en relación con los métodos anteriormente presentados, el médico y en general cualquier profesional de la salud, debe mejorar sus habilidades de comunicación interpersonal para lograr entender al paciente y ayudarlo en el alivio de sus necesidades. Se ha visto que los médicos van perdiendo sus cualidades empáticas a medida que se entregan a un aprendizaje centrado en el uso de la tecnología diagnóstica y de protocolos terapéuticos. De la calidad de la comunicación depende la precisión del diagnóstico, y buena parte de los resultados de la eficacia de la intervención médica. La primera entrevista es la más importante porque puede determinar si el paciente retornará, hecho importante porque cualquier tratamiento tendrá más posibilidades de éxito, si está sostenido por una relación médico-paciente. Una mala comunicación se asocia con entrevistas de tipo interrogatorio, en las que el médico no es empático, con un estilo paternalista, sin oportunidad para que el paciente exprese sus miedos, ideas, dudas y otras emociones.

Por ello se plantea el modelo de entrevista semiestructurada⁽²⁸⁾ que la divide en dos fases: exploratoria y resolutive. Se inicia la primera fase con un saludo cordial al paciente y posteriormente se le invita a delimitar el motivo de consulta mediante la realización de una pregunta abierta, evitando interrumpirlo y aplicando la escucha activa como técnica principal. Asimismo, se complementará con preguntas abiertas respecto a los otros síntomas que pudiera presentar, terminando la exploración con el examen físico orientado al problema. En la segunda fase, el médico se formula una idea de lo que le ocurre al paciente y define junto a él los problemas, objetivos y conducta a seguir. Aquí también hace preguntas abiertas para aclarar cualquier tipo de duda

respecto a la consulta, y verifica que el paciente haya logrado un entendimiento de su problema y del manejo.

Tanto médicos como pacientes vienen siendo influenciados por los avances tecnológicos en materia de salud, dejando olvidado el aspecto humano e interpersonal del encuentro clínico. Sin embargo, la práctica clínica exige la interacción de ambas dimensiones. La medicina de calidad no puede hacerse a expensas de la pérdida de cualquiera de ellas.

Conclusiones

- Las condiciones de una relación médico-paciente exitosa se basan en mantener una verdadera comunicación y no solo un simple intercambio de información. Los pacientes, como mínimo, necesitan saber que el médico ha entendido cuál es su problema y participar en la toma de decisiones respecto a su salud.
- El médico ha de ser un buen intérprete de la información verbal y no verbal que proporciona el paciente, así como, un buen comunicador interpersonal.
- El enfoque TOPIC tiene una utilidad concreta para la práctica ambulatoria, no solo para los pacientes sino también para los profesionales de la salud y para el sistema de salud, por orientar un abordaje más costo-efectivo y de mayor impacto en la salud de la población.

Recomendaciones

- El ente rector en salud debe relevar la reincorporación de los valores humanísticos tanto en la formación como en la práctica médica.
- Se debe realizar investigación en los distintos subsectores sanitarios para conocer las características de la relación médico-paciente en los establecimientos de salud, más aún en los del primer nivel de atención.

- El equipo de salud debe ser actualizado y entrenado en las metodologías comunicacionales, de entrevista clínica y de comprensión integral del paciente. Esto debe ser una política institucional.
- La capacitación en aspectos referidos a la relación médico-paciente, debe incluirse en las mallas curriculares de pre y posgrado de medicina y otras carreras afines a la salud.

Referencias bibliográficas

1. Celedón C. Relación médico paciente. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*. 2016;76(1):51-4.
2. Ministerio de Salud. R. M. 519-2006. Documento técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
3. Ministerio de Salud. Política Nacional de Calidad en Salud. Dirección de Salud de las Personas/ Dirección de Calidad en Salud 2009.
4. Mendoza C, Ramos-Rodríguez C, Gutierrez E. Relación médicopaciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú. *Horizonte Médico*. 2016;16(1):14-9.
5. Garcia R, Galvez NC. Calidad de Atención Asociada a la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos Asistenciales de Salud: Minsa.Essalud, Chongoyape-Perú. *Rev Tzhoecon*. 2016;8(2).
6. Moore P, Gómez G, Kurtz S. Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Atención Primaria*. 2012;44(6):358-65.
7. Couceiro A. La relación clínica: historia, modelos, instrumentos y retos. *Bioética clínica Santiago de Chile: Mediterráneo*. 2012:145 59.
8. Donoso-Sabando CA. La Empatía en la Relación Médico-Paciente como Manifestación del Respeto por la Dignidad de la Persona: Una Aportación de Edith Stein. *Persona y Bioética*. 2014;18(2):184-93.
9. Sánchez Arrastía D, Contreras Olivé Y. La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2014;43(4):528-33.
10. Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2011;24:229-39.
11. Pacífico J, Gutiérrez C. Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2015;32:66-72.
12. Leach CJ, Mandy A, Hankins M, Bottomley LM, Cross V, Fawkes CA, et al. Patients expectations of private osteopathic care in the UK: a national survey of patients. *BMC complementary and alternative medicine*. 2013;13(1):122.
13. Mongilardi N, Montori V, Riveros A, Bernabé-Ortiz A, Loza J, Málaga G. Clinicians involvement of patients in decision making. A video based comparison of their behavior in public vs. private practice. *PloS one*. 2013;8(3):e58085.
14. Morales RN, Cornejo MA, Sánchez NS, Porras TH, Bravo VB, Vallejos MR, et al. Relación Médico-Paciente desde la perspectiva del paciente en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 2014. *Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque*. 2015;1(1). *Medicina de México, AC*. 2011;147:266-9.

15. Fajardo Dolci G. Mala práctica y edad avanzada. *Gaceta Méd México*. 2011; 147:266-9.
16. Vera M, editor Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*; 2007: UNMSM. Facultad de Medicina.
17. Vulnerables MdIMyP. Plan Nacional para las personas adultas mayores 2013-2017. MIMP Lima; 2011.
18. Reyes Ortiz CA, Gheorghiu S, Mulligan T. Olvido de los fenómenos psicológicos en la relación médico-paciente anciano. 2014.
19. Rakel RE, ScienceDirect. *Essential family medicine: fundamentals and case studies*: Saunders Elsevier; 2006.
20. Masgo-Coronado KM, Cuba-Fuentes MS, Miranda-Mesías R. Modelo TOPIC: tareas orientadas a los procesos ambulatorios en el primer nivel de atención. *Acta Médica Peruana*. 2016;33(3):223.
21. Rogers J, Corboy J, Doins J, Huang W, Holleman W, Bray J, et al. Task-oriented processes in care (TOPIC): a proven model for teaching ambulatory care. *Family Medicine-Kansas City*. 2003;35(5):337-42.
22. Huang WY, Dains JE, Monteiro FM, Rogers JC. Observations on the teaching and learning occurring in offices of community-based family and community medicine clerkship preceptors. *Family Medicine- Kansas City*. 2004;36(2):131-6.
23. Stewart M. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*: Radcliffe Publishing; 2003.
24. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 1995;152(9):1423.
25. Stewart M, Brown J, Donner A, McWhinney I, Oates J, Weston W. The impact of patient-centred care on patient outcomes in family practice (Final report). London/Ontario: Centre for Studies in Family Medicine. 1995.
26. Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer*. 1999;3(1):25- 30.
27. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, STEWART MA, BROWN JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice*. 1986;3(1):24-30.
28. Carrió FB. *Entrevista clínica: manual de estrategias prácticas* 2004.

Incentivos para mejora de la calidad en salud

5

David F. Zavala-Curzo

Introducción

La calidad, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud.

La calidad en salud en sus tres dimensiones, la técnica, la humana y la del entorno pueden verse influidas de alguna manera por la asimetría de información generada entre los actores que participan en el cuidado de la salud. La teoría económica, que estudia la asimetría de la información, propone que la implementación de incentivos en los prestadores de servicios de salud puede promover el logro de resultados relacionados a calidad de atención.

Este documento intenta dar un abordaje de cómo este fallo en el mercado sanitario del sistema de salud peruano, constituye una barrera para la mejora de calidad de los servicios de salud.

Situación analizada

Analizando el comportamiento de la demanda en relación al acceso y las barreras que la impiden; tenemos que según la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho) en el tercer trimestre de 2016, de cada 100 personas que presentan problemas de salud, 48 no acuden a ningún establecimiento de salud, 19 lo hacen en farmacia o botica, 16 consultan en un establecimiento del Ministerio de Salud, 7 en consultorio o clínica

particular y solo 6 en un establecimiento de Essalud. Según la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Salud (EnSusalud-2016), el motivo más frecuente para adquirir medicamentos sin receta fue que el usuario ya tomó previamente el medicamento (31 %), seguido de la demora en encontrar una cita para la atención (26,6 %).

Según la encuesta Lima como Vamos 2015, realizada por el observatorio ciudadano Lima Cómo Vamos, del grupo de limeños que tuvo algún problema de salud durante el año 2015 y buscó atención médica, 73,2 % se automedicaron y 47,3 % manifestaron haber buscado atención en una farmacia o botica local. La situación descrita puede explicarse por la incertidumbre en la calidad de atención que puedan recibir en los establecimientos de salud, lo cual genera desconfianza, por evitar el gasto de bolsillo o por evitar pérdida de tiempo. Figura 1.

Realizando el análisis de la percepción de los usuarios de la calidad de los servicios de salud; tenemos que según la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Salud de 2016 (EnSusalud), ha crecido la percepción de los usuarios externos de la necesidad de mayor número de médicos especialistas (de 21,8 % del total de encuestados en 2015 a 47,4 % en 2016) y la necesidad de mayor disponibilidad de



Figura 1. Tipo de centro de atención médica que se buscó tras un problema de salud, 2015.

medicamentos en las farmacias (de 16,7 % del total de encuestados en 2015 a 29,8 % en 2016). También se evidencia que el 13,3 % de los usuarios declaran haber tenido algún problema durante su atención en los últimos 6 meses. De estos, 41,1 % corresponden a demora en la atención; 22,4 %, a pocos turnos para la atención; 22,1 %, a maltrato en la atención; 20,3 %, a falta de medicamentos.

Según la misma encuesta, los directivos de los establecimientos de salud perciben como principales problemas en el establecimiento de salud a la escasez de recursos humanos (76,5 %), costos elevados o escasez de insumos o medicamentos (41,8 %).

Según la encuesta Lima Vamos 2015 al consultar sobre el nivel de satisfacción con el tipo de centro de atención al que se acudió, aquellos que pertenecen al Estado son los que tienen la insatisfacción más alta: 42 % los hospitales de Essalud, 29,7 % los hospitales del Minsa, 28,8 % las postas médicas y 26,7 % los hospitales militares y policiales.

Un análisis del conocimiento del derecho a la salud de los usuarios de los servicios de salud, a partir de los resultados de la encuesta "Lima Vamos 2015", permite concluir que con respecto al conocimiento sobre los derechos en salud el 78,6 % de los usuarios de consulta externa han mostrado tener adecuado conocimiento, mientras que un 19,3 % no tienen un adecuado conocimiento. Si se estratifica esta variable por subsectores, se evidencia que en establecimientos del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales hay un menor porcentaje de conocimiento (72,5 %). Cuando este resultado se desagrega por tema se evidencia que predomina el poco conocimiento con respecto a derecho al acceso (67,7 %), derecho a la información (66 %), derecho a la atención y recuperación (62,9 %), derecho al consentimiento informado (53,4 %).

La Organización Panamericana de la Salud (OMS) en el documento de "Salud Pública en las Américas" del año 2002 define como novena función esencial de salud pública "garantizar la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos" y en su resolución "Política y

Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la Seguridad del Paciente” aprobada en 2007, considera que la falta de calidad se manifiesta en la variabilidad de la práctica clínica, aplicación de cuidados inoportunos o innecesarios, y un alto porcentaje de cuidados no consistentes con el conocimiento profesional actual volviendo al servicio de salud inseguro ocasionando daño material o humano, servicios de salud ineficientes, limitada accesibilidad, con barreras administrativas, geográficas, económicas, culturales o sociales y la Insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de salud con los servicios de salud; siendo las causas de la mala calidad: 1) la falta de posicionamiento de la calidad en las prioridades, y agenda de reforma del sector salud; 2) la deficiencia de los marcos reguladores de la calidad tales como las normas y estándares técnicos, los sistemas de acreditación, certificación, y habilitación, y el limitado conocimiento de derechos y deberes de los pacientes; 3) la insuficiencia o falta de recursos materiales, humanos y financieros; 4) la falta de sistemas de información para la gestión adecuada de los recursos; 5) las transferencias financieras o mecanismos de pago a prestadores no vinculados a nivel de desempeño y resultados en salud; y 6) la formación de pregrado y posgrado con bajos estándares técnicos, éticos y humanos.

En el Perú mediante la Resolución Ministerial 727-2009/Minsa se aprobó la Política Nacional de Calidad en Salud, la cual establece como segunda política que “la Autoridad Sanitaria, en su respectivo nivel, es responsable de informar y rendir cuentas a la ciudadanía sobre la calidad de la atención y promover la vigilancia social de la misma” y plantea estrategias para alcanzar este objetivo: Establecimiento de instancias y mecanismos de rendición de cuentas a la ciudadanía sobre la calidad de la atención provista y la promoción de espacios e instancias de vigilancia social de la calidad de atención. Asimismo establece como tercera política que “La Autoridad Sanitaria, en su nivel correspondiente, fomenta y difunde las buenas prácticas de atención de la salud y establece incentivos a las organizaciones proveedoras de atención de salud que logren mejoras en la calidad de la atención”, planteando estrategias para alcanzar este objetivo:

Realización de eventos y otros medios presenciales y virtuales para la difusión y capacitación en la implementación de buenas prácticas de atención de salud y la implementación de programas de incentivos a las organizaciones proveedoras de atención de salud que logren mejoras en la calidad y seguridad de la atención de salud.

Con la finalidad de poder garantizar una atención de salud con calidad a los usuarios de los servicios de salud, en el Perú se han tenido avances en la última década: aprobación de la política nacional de calidad de atención en salud, aprobación de estándares de acreditación de calidad de atención para establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención, creación de la Superintendencia Nacional de Salud, entre otros.

En relación a la promoción y protección de los derechos de salud también hubo avances, conducidos por Susalud: la promoción y difusión de los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud, se estableció el procedimiento para la implementación y operatividad de la Plataforma de Atención a los Usuarios de los Servicios de Salud-PAUS y el procedimiento para la atención de los reclamos. Sin embargo, existen aún algunas estrategias que están pendientes de implementarse, muchas de las cuales están contempladas expresamente en la Política Nacional de Calidad en Salud. Entre ellas se encuentra:

- Determinación de estándares de atención para evaluar la calidad de salud que se brinda en los establecimientos de salud (solo están aprobados estándares con fines de acreditación).
- Mayor capacidad operativa por parte de Susalud para poder supervisar la atención brindadas por prestadores públicos y privados (supervisar a mayor cantidad de establecimientos de salud).
- A parte del incentivo por el concurso de buenas prácticas y el incentivo coercivo de las supervisiones realizadas por Susalud, no existe algún otro incentivo periódico para los establecimientos de salud para poder mejorar continuamente su calidad de atención.

- Establecimiento de instancias y mecanismos mediante las cuales se pueda informar y difundir en el ámbito social el nivel de la calidad de la atención en salud en los distintos establecimientos de salud.

Analizando lo descrito se identifica como problema central que la población elige el establecimiento de salud donde recibirá atención con un alto grado de incertidumbre acerca de la calidad de atención que recibirá. Como principal causa de este problema se identifica que los resultados del desempeño de los establecimientos de salud (cumplimiento de estándares e indicadores) no se encuentran disponibles en la población ni se ha definido indicadores, ni estándares de calidad de atención de forma transversal para los establecimiento de todos los subsectores, ni mucho menos se realiza una medición de indicadores y del cumplimiento de estándares de calidad en forma suficiente.

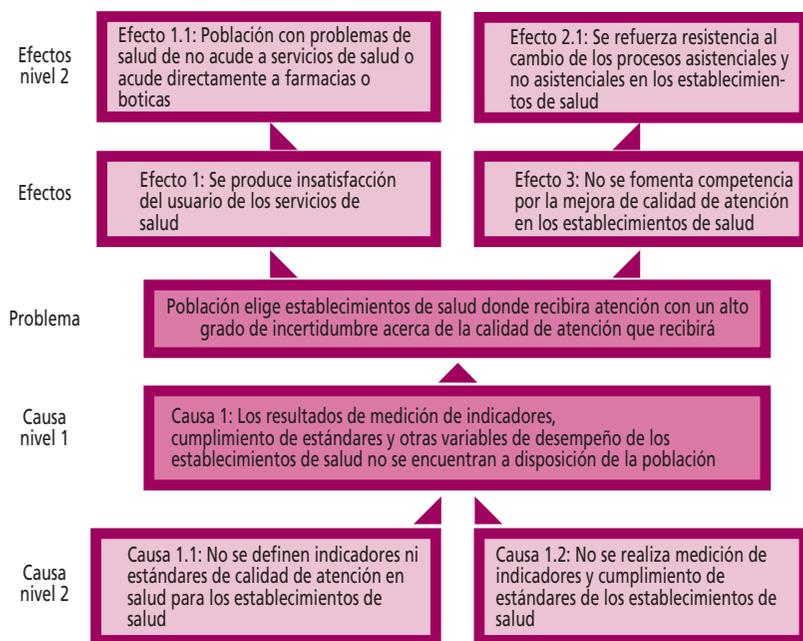


Figura 2. Árbol causa y efecto.

Para ello se plantean dos soluciones: el Otorgamiento de Incentivos y el Reporte público del desempeño de la atención de la salud.

Se puede definir un incentivo como un estímulo que al aplicarse a un individuo, organización o sector, mueve, incita o provoca una acción. Este estímulo puede ser de carácter material (dinero), simbólico (reconocimiento), social (aceptación por parte de los demás), de poder o posición (prestigio), etc. y puede significar un beneficio o recompensa, o un costo o castigo (Gómez de León y Pinto, 2001).

El pago por desempeño es un sistema de incentivos que da recompensas o sanciones por la atención médica individual a proveedores, grupos de proveedores o instituciones de acuerdo su desempeño en medidas de calidad. En teoría si están adecuadamente dirigidos y diseñados, estos programas ayudarían a impulsar el comportamiento de los proveedores para mejorar la calidad de la atención prestada, reducir el uso innecesario de costosos servicios de atención médica, y mejorar los resultados de salud del paciente (Epstein, Lee y Hamel, 2004).

Algunos países han incorporado determinados sistemas de incentivos, como el Reino Unido, en donde se ha implementado el *Quality and Outcomes Framework* (QoF: calidad y marco de resultados) para médicos de atención primaria, el cual está definido como "una recompensa voluntaria anual y un programa de incentivos para todas las consultas de medicina general en Inglaterra, que detalla los resultados y logros en la práctica asistencial. No se trata de la gestión del rendimiento, sino de recursos que recompensen las buenas prácticas". (*Health and Social Information Centre, 2016*). Australia, es otro de los países en los que se ha desarrollado el sistema de incentivos financieros el cual se encuentra ligado a objetivos conocido como *Practice Incentives Program* (programa de incentivos en la práctica), cuyo objetivo es promover de manera constante la mejora en la práctica a través del uso de incentivos financieros para apoyar la atención de calidad, mejorando el acceso y los resultados de la salud de los usuarios (*Department of Human Services. Australian Government, 2016*).

El Reporte público del desempeño de la atención de la salud es una estrategia que consiste en “proveer” datos sobre una estructura, proceso o resultado de salud disponible públicamente o disponible para una amplia audiencia, a fin de poder comparar los datos de rendimiento, de calidad y desempeño clínico entre los proveedores o con un proveedor nacional/regional. (Totten, Wagner, Tiwari, O’Haire, Griffin y Walker, 2012).

Esta estrategia es cada vez más común entre los sistemas de salud en todo el mundo, así políticos y tomadores de decisiones se interesan cada vez más en tener información sobre el desempeño de calidad, y por lo tanto se ha propuesto a esta estrategia como un mecanismo de transparencia y rendición de cuentas de los proveedores de atención médica.

De acuerdo con la teoría del reporte público se espera que los usuarios de la salud se informen acerca de la calidad del sistema sanitario antes de seleccionar al proveedor y por lo tanto aquellos con alto rendimiento serían recompensados por la selección, mientras que los de bajo rendimiento serían evitados y, por lo tanto, estimularían a mejorar su actuación.

Conclusiones

- En el mercado de la salud existe dificultad para los usuarios de los servicios de salud de conocer el cumplimiento de estándares de calidad de atención de un establecimiento de salud, esta situación genera incertidumbre y desconfianza por parte del ciudadano al momento de tener que decidir donde atenderse.
- Estandarización de procesos asistenciales, la definición de indicadores y estándares de calidad siguen siendo una tarea pendiente por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional.
- En los últimos años se han dado importantes avances en la promoción de los derechos de salud en la población y en la

supervisión de los procesos asistenciales por parte de Susalud que están dando incentivos a la mejora de la calidad de atención (la primera disminuye la asimetría de información en derechos de salud para el ciudadano y la segunda da incentivo coercivo).

- Existen otras variables como la medición del desempeño de los servicios de salud, que deberían ser mejor reguladas por el Estado, pues su desconocimiento (por parte de los tomadores de decisiones y por parte del Ciudadano) incrementan el riesgo de disminuir la calidad de atención brindada en el sistema de salud peruano.
- El pago por desempeño y el reporte público del desempeño (sobre todo de indicadores de calidad) de los establecimientos de salud, son alternativas que deben ser contempladas a mediano plazo).
- A corto plazo se requiere con urgencia invertir recursos y esfuerzos en dar enormes avances en la estandarización de procesos asistenciales y definición de indicadores y estándares de calidad.

Recomendaciones

- Implementar un programa de pago por desempeño a los establecimientos de salud en el ámbito de atenciones ambulatorias con duración mínima de tres años.
- Implementar un programa de reporte o divulgación pública del desempeño de la atención de la salud.
- Asimismo, se recomienda que de forma complementaria:
 - Dar mayor impulso al proceso de estandarización de procesos asistenciales, establecer formalmente indicadores y estándares mínimos de calidad de atención para cada nivel de atención que sea aplicable a todo el sistema de salud.
 - Identificar qué factores financieros y organizacionales promueven la calidad y cómo los diferentes métodos de

pago, incentivos financieros y factores organizativos afectan el comportamiento de las organizaciones, proveedores, compradores y pacientes del cuidado de la salud.

- Identificar las aplicaciones de las telecomunicaciones que potencialmente pueden mejorar el acceso de los pacientes a la información y la comunicación entre el paciente y el proveedor de servicios de salud.
- Identificar herramientas y sistemas eficaces de tecnología de la información que permitan dar alerta a los proveedores de servicios de salud en tiempo real sobre la información crítica que necesitan para proporcionar un cuidado más seguro y de alta calidad.
- Identificar y abordar factores que promueven la adopción de estrategias prometedoras de mejora de la calidad (por ejemplo, la autogestión del paciente) por todos los que se beneficiarían.

Referencias bibliográficas

1. Department of Human Services. Australian Government. (2016). Practice Incentives Program. Recuperado el 10 de enero de 2017, de <https://www.humanservices.gov.au/health-professionals/services/medicare/practice-incentives-program>
2. Epstein, A. M., Lee, T. H., & Hamel, M. B. (2004). Paying physicians for high-quality care. *New England Medicine*, 406-4010.
3. Gomez de León, P., & Pinto, D. (2001). Incentivos para la calidad en salud. *Via Salud*, 11-21.
4. Health and Social Information Centre. (2016). Quality and Outcomes Framework - Prevalence, Achievements and Exceptions Report, England 2015-16. London: Health and Social Care Information Centre.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). Encuesta Nacional de Hogares. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
6. Lima Cómo Vamos. (2015). VI Informe de percepción sobre calidad de vida. Lima: Lima Cómo Vamos.
7. Ministerio de Salud del Perú. (2009). Política Nacional de Calidad en Salud. Lima: Biblioteca Central Minsa.
8. Organización Panamericana de la Salud. (2002). La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Washington, D.C.: Biblioteca Sede OPS.
9. Organización Panamericana de la Salud. (2007). Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente. Washington D.C.: OPS.
10. Superintendencia Nacional de Salud. (2016). Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Salud. Enero-Julio 2016. Lima: Superintendencia Nacional de Salud.
11. Superintendencia Nacional de Salud. (2016). Memoria Institucional 2015. Lima: Susalud.
12. Totten, A. M., Wagner, J., Tiwari, A., O'Haire, C., Griffin, J., & Walker, M. (2012). Closing the quality gap: revisiting the state of the science. *Evid Rep Technol Assess* 1-645.

Acceso y calidad de atención al adulto mayor

6

Oscar D. Aguirre-Sánchez

Introducción

Como parte del proceso de desarrollo económico en nuestro territorio, se está aumentando la esperanza de vida al nacer, al mejoramiento de la calidad de vida y mejores servicios sociales, pero esto a la vez produce grandes brechas de acceso y atención en algunos grupos poblacionales, como lo son los adultos mayores, aquellos mayores de 60 años y con mayor necesidad a medida que avanza la edad.⁽¹⁾

En la población peruana, en los últimos años se evidencia un mayor envejecimiento de las personas, y una mayor esperanza de vida. El proceso de envejecimiento en la población, constituye una etapa del ciclo de vida de todas las personas, y se debe de concebir de manera natural, siendo conscientes de todo lo que implica en la salud física y mental, además de los efectos en el entorno. El adulto mayor, por tanto como persona, debe de tener la garantía de acceder a una atención de salud digna y de calidad; sin que tenga limitaciones en su acceso.

El presente trabajo, trata de analizar la situación de acceso de los adultos mayores previo y luego de la intervención, demostrando algunos avances al respecto, pero sobre todo es hacer ver que con decisión y un trabajo coordinado con otros actores, si es posible reducir la brecha de acceso de este significativo grupo poblacional a los servicios de salud.

Marco conceptual

La salud entendida como un derecho humano y la calidad de la atención de salud desde el punto de vista por Avedis Donabedian, tiene varios atributos, los pilares de la calidad: eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad, equidad.

La calidad de la asistencia se juzga por el cumplimiento de una serie de expectativas o estándares que tienen tres orígenes: la ciencia de la atención sanitaria, que determina la eficiencia, los valores y expectativas individuales, que determinan la aceptabilidad, y los valores y expectativas sociales, que determinan la legitimidad.

Como consecuencia de lo anterior, la calidad no puede juzgarse únicamente en términos técnicos, solo por profesionales sanitarios; las preferencias de los pacientes individuales y de la sociedad en general deben tenerse también en consideración.

La búsqueda de cada uno de los atributos de calidad puede reforzarlos mutuamente, ya que la asistencia afectiva es normalmente más aceptable y legítima.

Cada una de estas conclusiones plantea un reto a nuestra profesión en su misión de evaluar y garantizar la calidad de la asistencia. El reto más importante, no obstante, y el de mayor significado moral es el de reconocer y alejar la discrepancia entre las preferencias individuales y sociales.

Esta discrepancia genera un descontento individual y sitúa a los profesionales sanitarios en la difícil tesitura de que cumplir sus obligaciones con los pacientes individuales y, de manera simultánea, cumplir con sus responsabilidades sociales. Este es el mayor reto al que nos debemos enfrentar y manejar de manera que honre a nuestra profesión.⁽⁶⁾

La identificación de barreras y facilitadores se realiza mayoritariamente en personas que han contactado los sistemas sanitarios y en todas las

etapas del proceso de acceso a la atención de salud. Se identificaron pocos estudios orientados a quienes no contactan los servicios. Las barreras y facilitadores identificados están socialmente determinados, y la mayoría es expresión de inequidades sociales que existen y requieren una acción conjunta con otros sectores distintos de salud para ser reducidas o eliminadas. Esto se evidencia mucho más en los adultos mayores.⁽¹⁾

La revisión muestra limitaciones importantes en el análisis del acceso en Colombia que indican la necesidad de reorientar la evaluación hacia el acceso realizado, e incorporar variables de contexto y la perspectiva de los actores para comprender mejor el impacto de la reforma en el uso de servicios.⁽⁴⁾

La demanda de los servicios de salud depende del precio de la consulta, los precios de las medicinas, los ingresos disponibles, los costos de transporte, el tiempo de espera, la calidad del trato recibido, la calidad clínica de los tercios ofertados, los factores demográficos del hogar y sus miembros, los hábitos y costumbres de las personas. Por ello, la ausencia de un análisis de este tipo podría alterar los esquemas de financiamiento sostenibles y el acceso a las poblaciones más desfavorecidas.⁽⁵⁾

El derecho al “grado máximo de salud que se pueda lograr” exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación.⁽³⁾

Justificación

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la esperanza de vida de la población peruana aumentó en 15 años, en las últimas

cuatro décadas, por lo que, de mantenerse constantes las condiciones de mortalidad del año 2015, los peruanos y las peruanas vivirán, en promedio, 74,6 años (72,0 años los hombres y 77,3 las mujeres).

Toda persona, a medida que envejece, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política.

En el Perú, 3 118 612 de habitantes son adultos mayores, representando cerca del 10 % de la población nacional, en el caso de la Microrred Baños del Inca, ascienden a 5 375 adultos mayores, que representan el 12,5 % del total de la población (42 753) de los cuales al término de 2015 se lograron atender 989, es decir, solo el 18,4 % de los adultos mayores tuvieron por lo menos una atención en ese año 2015, es decir que más del 80 % de los adultos mayores en el distrito de Baños del Inca carecen de acceso a los servicios de salud.

La situación de la calidad de la atención en el adulto mayor contextualizándolo como un Derecho Humano en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, todavía sigue teniendo grandes brechas en su operatividad real.

El acceso de la población adulta mayor en los servicios del primer nivel y en el Centro de Salud Baños del Inca (CSBI), antes de 2016, tenía grandes limitaciones, entre las cuales podemos mencionar las siguientes:

- Se carecía de una atención preferencial, oportuna en los diferentes procesos de atención, como en; admisión, triaje, consulta externa, laboratorio, etc.
- Se carecía de un ambiente a exclusividad para la atención de la consulta ambulatoria del adulto mayor.
- En el caso de la atención en la consulta ambulatoria, solo se ha estado enfocando a la enfermedad y no ha estado centrado en el paciente.

- Se carecía de un registro de los adultos mayores, con sus identificaciones, diagnósticos, dirección, entre otros datos, que permita hacer la visita domiciliaria para el seguimiento correspondiente.
- Se carecía de un trabajo comunitario que permita hacer el seguimiento a través de las salidas diarias del personal de salud a los adultos mayores.
- Era muy limitado las campañas de atención integral a los adultos mayores.
- La coordinación para la realización de las actividades conjuntas con los actores locales era muy escasa.

Al término de 2015, solo se atendió a 211 adultos mayores que corresponde a un 3,9 % de la totalidad del adulto mayor del ámbito del CSBI, con un nivel de concentración de cinco atenciones como promedio durante ese año.

Por todas estas razones, era justo y necesario dentro de un marco del derecho humano, que los adultos mayores del CSBI, puedan tener una mejor calidad y acceso a la atención de salud.

Objetivos

El objetivo general fue mejorar el acceso de los adultos mayores a la atención de salud en el CSBI.

Los objetivos específicos fueron:

- Implementar la atención preferencial del adulto mayor en el CSBI.
- Agilizar los procesos de atención ambulatoria.
- Promover una atención integral del adulto mayor centrada en la persona y no en la enfermedad, durante la consulta ambulatoria.
- Fortalecer el trabajo comunitario a través de las visitas domiciliarias.
- Coordinar con las instituciones locales para un trabajo más integrado a favor de los adultos mayores.

Caracterización de la atención del adulto Mayor y situación general del CSBI

El CSBI se encuentra ubicado en el distrito del mismo nombre, en la provincia de Cajamarca a 12 kilómetros de la ciudad de Cajamarca del departamento del mismo nombre. El CSBI tiene bajo su responsabilidad directa a la población del distrito distribuidas 17 comunidades rurales y 4 sectores urbanos. La población del distrito asciende a 42 753, y en los últimos quinquenios, la población adulta mayor viene aumentando.

Podemos mencionar respecto a las pirámide poblacional de los últimos quinquenios, una población adulta mayor cada vez es mayor, en concordancia con la mayor esperanza de vida esto significa que los servicios de salud tienen que adecuarse para las necesidades y expectativas de este tipo de pacientes, tanto desde el punto de vista arquitectónico como de flujos y procesos asistenciales. Los perfiles de morbilidad y mortalidad en Baños del Inca se presentan en las Tablas 1 y 2, respectivamente.

El CSBI tiene una población total de 18 677, y de estos el 7,2 % (1 337) representan a los adultos mayores, los cuales están distribuidos en 17 comunidades y cuatro sectores de la zona urbana y como Microrred de Baños del Inca conformada por 14 establecimientos de salud. Al término de 2015, solo habían accedido a una atención de salud, 211 adultos mayores que corresponde a un 15,7 % de los adultos mayores, durante ese año y si tenemos en cuenta que algunos pacientes son referidos de otros establecimientos, y que por lo tanto no pertenecen directamente a la jurisdicción del CSBI; este porcentaje sería mucho menor. (fuente: Dirección Estadística de la Diresa Cajamarca, 2017)

Más del 95 % de los adultos mayores que acuden a la consulta médica, son analfabetos y alrededor del 55 % viven solo o con su pareja, teniendo una relación muy puntual con el resto de sus familiares. Producto de esta condición, esto genera mayor dificultad en su atención y, sobre todo, para cumplir con la rigurosidad de los tratamientos.

Tabla 1. Morbilidad en el adulto mayor. Primeras causas de morbilidad, distrito Baños del Inca, 2014 y 2015

Patología	2014	2015
● Gastritis y duodenitis	85	84
● Hipertensión esencial	75	102
● Dorsalgia	75	42
● Rinofaringitis aguda resfriado común	54	25
● Otras artritis	33	1
● Otros trastornos del sistema urinario	30	0
● Faringitis aguda	30	79
● Diabetes <i>mellitus</i>	15	7
● Neumonía, organismo no especificado	14	5
● Otras artrosis	12	4
Total	423	349

El acceso a la atención por parte del adulto mayor es muy limitado para la atención ambulatoria y peor aún para el seguimiento domiciliario, ya que como en otros establecimientos de salud del Minsa, los niños

Tabla 2. Diez primeras causas de muerte en el adulto mayor, distrito Baños del Inca

Patología	Número de muertes		
	Masculino	Femenino	Total
● Infarto del miocardio	16	6	22
● Neumonía	13	5	18
● Sepsis	3	3	6
● Insuficiencia cardíaca congestiva	8	6	14
● Bronconeumonía	5	0	5
● Falla multiorgánica	3	5	8
● Insuficiencia respiratoria	6	3	9
● Obstrucción intestinal aguda	2	3	5
● Infarto cardíaco	3	2	5
● Insuficiencia respiratoria	4	5	9
Total	63	38	101

Fuente: Dirección de Estadística de la Diresa Cajamarca, enero 2017

menores de tres años y las gestantes y/o puérperas son las prioridades. Este grupo poblacional estaba relegado.

Desde ya, en ese contexto en 2015, no era una prioridad la atención al adulto mayor, más aún, este grupo poblacional si requerían atención de salud, eran relegados dando prioridad a otros grupos poblaciones, generando así una mayor brecha en el acceso de atención a este grupo poblacional.

Acciones emprendidas para mejorar el acceso a Los servicios de salud

De acuerdo a los objetivos específicos planteados podemos describir las acciones implementadas:

ATENCIÓN PREFERENCIAL DEL ADULTO MAYOR EN EL CSBI

- Se emprendió un campaña de priorización del adulto mayor entre los trabajadores del CSBI, tanto para el trabajo intra y como extramuros.
- Se programó un día permanente de atención a los Adultos Mayores que fueron todos los miércoles por las mañanas. Los miércoles, los adultos mayores no hacían colas en admisión, sino pasaban de frente a sentarse en la sala de espera.
- Se delimitó un triaje a exclusividad solo para los adultos mayores dentro de la sala de espera para su mayor comodidad.
- Se colocó un autoadhesividad de color anaranjado en su DNI, con su Número de historia clínica para una mejor y rápida identificación.

MEJORAR LOS PROCESOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA

- Para superar el problema de las colas para la atención en admisión, servicio de triaje, consultorio médico, farmacia y laboratorio; se consiguió delimitar un solo espacio físico convirtiéndolo en una sola espera sentados cómodamente para todas esas actividades.

- Se abrió un cuaderno de citas para que evitar aglomeraciones de los pacientes y también malestar si en caso no fuesen atendidos.
- En los servicios de farmacia y laboratorio todavía continúan de igual manera.
- Se implementó una política de atención si o sí, por más pacientes en el turno para evitar insatisfacciones de los adultos mayores en su consulta.

PROMOVER UNA ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR EN LA CONSULTA AMBULATORIA

- Se abrió una hoja de Excel, para el registro de la atención de los adultos mayores, organizándolos por el lugar de domicilio, y con los datos necesarios que nos permitan la continuidad de la atención.
- Se evitó utilizar un pupitre que distancie más la relación entre el paciente y el médico.
- Se inició con el énfasis de atender al paciente y no a la enfermedad.
- Se utilizó en la mayoría de veces la Historia Clínica del Adulto Mayor VACAM, para su atención.
- Se esforzó por darle el tiempo necesario al adulto mayor en su atención para:
 - Escuchar al paciente.
 - En investigar no solo su situación corporal, sino también mental y social.
 - Conocer más al paciente como persona en su contexto individual, familiar y social.
 - Tener un abordaje de su bienestar psicológico, biológico y social.
 - Enfatizar mucho en su tratamiento, teniendo en cuenta que la mayoría son analfabetos y muchos viven solos o con su pareja.
 - Promover la prevención cuaternaria en la medida de las posibilidades.
 - Trabajar de la mano con los otros servicios como inmunizaciones, psicología y nutrición.

- Además, una mayor coordinación con farmacia, para tener la disponibilidad de medicamentos necesarios y con laboratorio para contar con los exámenes mínimos necesarios.
- Se trabajó de manera más cercana con los especialistas del Hospital Regional de Cajamarca, para complementar la atención en los casos que se hacían necesario.

FORTALECER EL TRABAJO COMUNITARIO A TRAVÉS DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS

- Como resultado de la hoja en Excel que se apertura en 2016, en donde se estaba registrando a los pacientes durante la consulta externa, se logró obtener información para el trabajo comunitario.
- Se sacó la relación de los pacientes con sus nombres, número de historia clínica y diagnósticos por comunidades en cartulinas colocadas en un ambiente privado (solo de acceso del personal de salud) para que el personal visualice de acuerdo al ámbito donde corresponde los adultos mayores de mayor riesgo de su zona o comunidad, para el respectivo seguimiento.
- Se colocó en el mismo sitio, una cartulina con las actividades que se tienen que enfatizar en la visita domiciliaria de los adultos mayores.
- Dicha información se actualizaba cada trimestre.
- Con esta forma de visualizar la información ante los ojos de todo el personal y enfatizar la visita domiciliaria, se fortaleció más la priorización de los adultos mayores ya no solo para el trabajo intramural, sino también para el trabajo extramural.

COORDINAR CON LAS INSTITUCIONES LOCALES PARA UN TRABAJO MÁS INTEGRADO A FAVOR DE LOS ADULTOS MAYORES

En el ámbito del CSBI, se encuentra la Municipalidad Distrital de Baños del Inca, y dentro de esta institución, existen las siguientes entidades:

- El Centro Integral del Adulto Mayor CIAM.
- La Oficina responsable del Programa de Pensión 65, ULE.
- Existe un Comité del Adulto Mayor, liderado por una Regidora de la Municipalidad, en donde congrega diferentes oficinas, además

de las dos antes mencionadas, también lo integra la Oficina responsable de los Discapacitados, entre otras.

- El CSBI se integró al Comité del Adulto Mayor, del distrito de Baños del Inca, en las actividades que se realizaron a favor del adulto mayor.
- Se coordinó estrechamente con el CIAM y el ULE durante todo el año, con reuniones bimestrales y coordinaciones mensuales durante todo el año 2016. Producto de este trabajo coordinado con ellos se logró realizar las siguientes actividades:
Dos campañas de Atención Integral de Prevención de Enfermedades y Promoción de Salud, cuya participación fue de 80 en la primera (mayo) y 122 en la segunda (octubre), haciendo un total de 202 adultos mayores.
 - Se realizaron inmunizaciones, prioritariamente contra la influenza.
 - Control de la presión arterial.
 - Despistaje de enfermedades crónico degenerativas a través de exámenes de laboratorio.
 - Examen bucal.
 - Consejería nutricional,
 - Consejería en estilos de vida saludable.
 - Consejería para una adecuada salud mental.
 - Consejería sobre Rehabilitación Física y cuidados que se tienen que tener.

Resultados obtenidos

Los resultados obtenidos fueron clasificados de dos maneras. La primera, de manera cuantitativa, que son producto de las atenciones y del sistema de información del HIS, y la segunda, la parte cualitativa, que ha sido producto de una encuesta que se ha realizado a los adultos mayores durante un mes, en diciembre de 2016.

RESULTADOS CUANTITATIVOS

Al término de 2016, se logró más del triple de acceso de los adultos mayores, a la atención de salud; lo que demuestra que el consultorio de medicina familiar para el adulto mayor y la atención preferencial de los miércoles, surgió efecto, ya que pasamos de un 15,7 % a un 59,5 % de acceso de los adultos mayores a una atención de salud preferencial e integral.

De igual manera se logró casi triplicar las atenciones de los adultos mayores (1069 en 2015 a 2988 en 2016), un aspecto muy importante para esto, es que se implementó un libro de citas y el seguimiento extramural que promocionó una atención continuada y longitudinal de los adultos mayores.

Respecto al perfil de morbilidad en el adulto mayor, se tiene que las hipertensión arterial, problemas respiratorios, enfermedades articulares, problemas prostáticos, diabetes mellitus, enfermedades mentales y del oído, corresponden a más del 70% de las patologías en este grupo etario. Esta información es muy importante para mejorar la capacidad resolutoria del CSBI y tener una mejor calidad de atención para ellos.

Las patologías más frecuentes que están siendo causas de muertes en los adultos mayores, se encuentran los procesos infecciosos generalizados (muchos de los adultos mayores están inmunodeprimidos), problemas respiratorios, neoplasias (estómago, páncreas), problemas cardiovasculares, hemorragias gastrointestinales, entre las más frecuentes.

RESULTADOS CUALITATIVOS

Se elaboró una encuesta con 30 preguntas, de las cuales 27 fueron preguntas cerradas y 3 preguntas abiertas. Se encuestó a 98 adultos mayores al término de su atención médica, durante todo el mes de diciembre de 2016, fuera del consultorio de Medicina Familiar del Adulto Mayor.

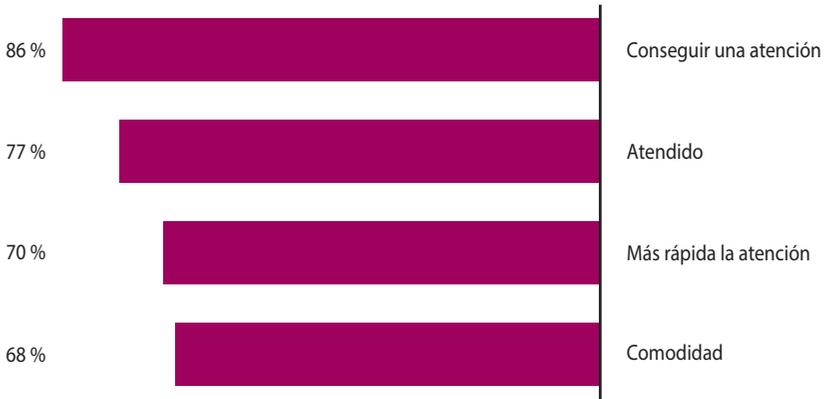


Figura 1. Satisfacción de los adultos mayores (accesibilidad).

Los resultados de la encuesta, que se muestran en las Figuras 1 a 6, hablan por sí solos de cómo percibe ahora sus atenciones en el Consultorio de Medicina Familiar del Adulto Mayor.

Las figuras, todas expresadas en porcentajes, muestran la satisfacción de los adultos mayores en accesibilidad, información, empatía, apoyo al diagnóstico y tratamiento y familia.



Figura 2. Satisfacción de los adultos mayores (información).



Figura 3. Satisfacción de los adultos mayores (empatía).

Se puede apreciar en las diversas opiniones de los adultos mayores, que de manera general ha sido positivo el abrir un consultorio exclusivamente para ellos, en un día fijo. El por qué les parece bien que hayan abierto el consultorio para el adulto mayor.

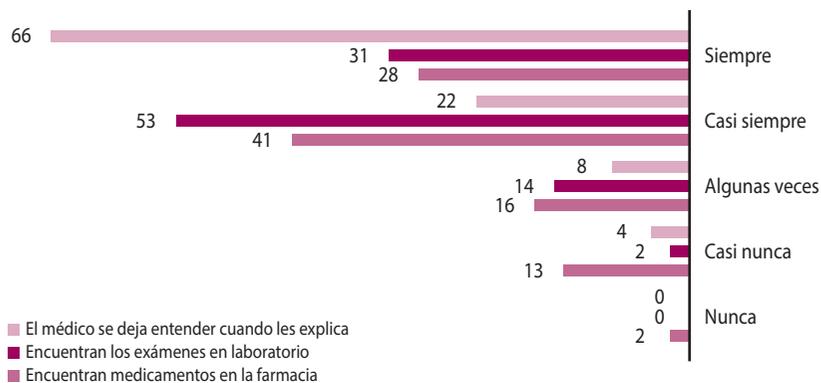


Figura 4. Satisfacción de los adultos mayores (apoyo al diagnóstico y tratamiento).

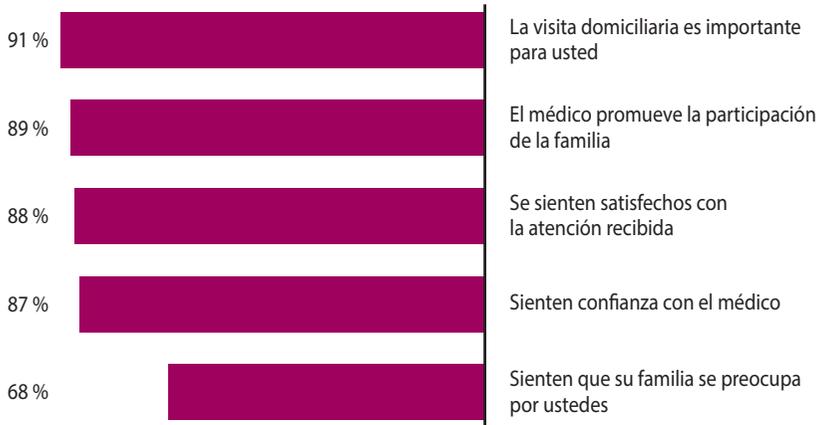


Figura 5. Satisfacción de los adultos mayores (familia).

Por otro lado, se observa que hay aspectos que corregir de parte de la oferta. Figura 7.

La encuesta también muestra que la gran mayoría de pacientes son analfabetos, que un porcentaje considerable está viviendo solo y, por tanto, perciben que sus familiares directos (hijos) no se preocupan por ellos.



Figura 6. Por qué les parece bien que hayan abierto el consultorio para el adulto mayor.



Figura 7. Qué debería corregirse para mejorar la atención.

Conclusiones

Frente a este contexto y producto de esta experiencia de abrir una ventana de atención para el paciente adulto mayor en el Centro de Salud Baños del Inca (CSBI), Cajamarca, se pueden hacer las siguientes conclusiones:

- El adulto mayor se merece una atención digna y de calidad, teniendo las mayores facilidades para su acceso en la atención ambulatoria en el CSBI.
- El Consultorio de Medicina Familiar para la atención ambulatoria exclusiva del adulto mayor ha generado un mayor acceso a la atención a ese grupo poblacional.

- Tener un día o días permanentes de atención para los adultos mayores, es fundamental para una mayor continuidad para su acceso al CSBI.
- Si es posible dar una verdadera atención preferencial al adulto mayor, cuando uno se propone.
- El trabajo concertado con la Municipalidad, el Programa Pensión 65 y otros, es muy necesario, para mejorar el acceso de los adultos mayores al CSBI, solo no podemos.

Recomendaciones

- Es imperativo y justo ofrecer realmente una atención preferencial al adulto mayor convirtiéndola en una característica operativa de nuestro quehacer en la atención ambulatoria, con las siguientes características:
 - No hagan colas para el sacado de sus historias clínicas
 - Tener las sillas de ruedas disponibles y a la entrada del CSBI, para su uso inmediato.
 - El personal va al paciente a recolectar su DNI para que le saquen sus historias clínicas.
 - En ese mismo lugar le hagan su triaje, sin movilizarlo.
- Ha sido una experiencia muy provechosa tener un día fijo para la atención ambulatoria del adulto mayor, por lo que se debe de mantener esta estrategia.
- El Consultorio de Medicina Familiar para la atención exclusiva del adulto mayor, se ha convertido en una gran opción de acceso real para este grupo poblacional, en lo concerniente a la atención ambulatoria.
- El abordaje integral en la atención del adulto mayor, centrado en la persona y no en la enfermedad, ha generado una gran percepción de confianza por parte de los pacientes y ha contribuido a mantener una atención longitudinal y gran adherencia a la prescripción médica.

- Se ha hecho un esfuerzo para abordar con medicamentos a sus problemas, así como se ha priorizado los exámenes de laboratorio necesarios, y de esta manera se ha iniciado hacer prevención cuaternaria.
- Se ha logrado consolidar un listado de los adultos mayores con mayores problemas de salud por cada comunidad y sectores urbanos, para que el personal de salud, puedan visitarlos en sus domicilios y enfatizar aspectos de sus tratamientos, dar consejería integral, en alimentación saludable y reforzar sus citas a la consulta médica.
- Es necesario fortalecer en cada trabajador, que el Adulto Mayor es una alta prioridad en todos sus aspectos y necesidades de salud.
- Hay que adecuar las instalaciones para ofrecer mayor espacio y comodidad al adulto mayor en sus atenciones ambulatorias.
- Es imperativo seguir coordinando y trabajando conjuntamente con el gobierno local, así como sus dependencias, como CIAM, Programa de Pensión 65, entre otros actores.

Referencias bibliográficas

1. Hirmas Adauy M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Pública*. 2013;33(3):223-9.
2. INEI. Perú: Demanda de atención del adulto mayor por problemas de salud, 2006-2010. Lima: INEI.
3. OMS. Salud y Derechos Humanos, Nota descriptiva N.º 323 Diciembre de 2015
4. Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML, Mogollón-Pérez AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. *Rev Salud Pública*. 2010;12(5):701-712.
5. Minsa-OGE, Análisis de la demanda y acceso a los servicios de salud en el Perú. Lima: Dirección general de Epidemiología, Minsa; 2012.
6. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: *Explorations in quality assessment and monitoring*. Vol.I. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.
7. Net A, Suñol R. La Calidad de la atención. Ponències i Jornades.
8. INEI. Características sociodemográficas del adulto mayor por el Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2012
9. INEI, Informe Técnico Situación de la Población Adulta Mayor, julio-agosto-setiembre 2016, Informe Técnico N.º 4, Diciembre 2016.
10. Donabedian A. Los siete pilares de la calidad. *Revista Calidad Asistencial*. 2001;16:96-100
11. Vargas Rojas K, Sangay Aquino E. ASIS 2015, Centro de Salud baños del Inca, elaborado por la Gerente de la Micro red Baños del inca.

Situación de la calidad de la salud en el Perú

7

Wilfredo O. Pino-Chávez

Introducción

Se presenta un ensayo sobre la calidad en salud en el Perú, vista desde una perspectiva regional, lejos del bullicio y la complejidad centralista que ha generado múltiples opiniones y debates, se presenta un análisis desapasionado de la calidad en salud en el país y en la región Arequipa, se trata de un trabajo que contrasta los aspectos determinantes para el desarrollo de la calidad en la atención en salud en el país y lo que ocurre en nuestra realidad cotidiana. Se analizan los conceptos y estrategias de medición de la calidad mediante la satisfacción de los usuarios y la autoevaluación como parte de la acreditación, ambos procesos directamente relacionados con la calidad en salud, es decir, con la satisfacción de los usuarios y con el cumplimiento de estándares y sobre estas bases, determinar en qué medida los servicios de salud en la región y el país son de calidad.

Estas evaluaciones son producto de procesos efectuados directamente por el autor como parte del equipo de trabajo de Calidad en un Hospital de referencia macrorregional, que por razones éticas no se menciona directamente, y que debiera tener una capacidad resolutoria importante, se trata básicamente de un establecimiento de salud representativo del sector, que al evaluarlo nos marcará una clara evidencia de cómo está la calidad en la prestación de servicios de salud en el país. No nos adentramos en analizar meticulosamente los componentes teóricos y políticos o las acciones desarrolladas históricamente como parte del proceso de evaluación de la calidad en salud en el país, sino que vamos directamente al terreno operativo, es decir a un trabajo

de campo netamente práctico, allí donde efectivamente ocurren los hechos, no con supuestos, sino con realidades. Al evaluar la calidad en la prestación en salud en un hospital representativo del país, estamos evaluando, por tanto, la situación de la calidad de la atención en salud en el Perú.

CALIDAD Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Una de las estrategias más utilizadas para determinar la calidad de los servicios de salud y su posterior mejora en la atención, es la satisfacción del usuario externo (paciente) con la atención recibida, hay diversos cuestionarios que miden desde la perspectiva del usuario, si los servicios son buenos o deficientes, si el paciente se halla satisfecho con la atención que le brindaron o no. Frecuentemente se realizan este tipo de estudios, habitualmente se encuesta al paciente mientras espera para ser atendido, para determinar qué expectativa tiene de la atención que recibirá y luego, después de ser atendido, se le vuelve a interrogar para establecer si efectivamente el servicio prestado estuvo a la altura de sus expectativas, con ello se mide la brecha entre lo esperado y lo real (método Servqual) o a veces simplemente se le encuesta para establecer cuál es su perspectiva de la atención que ha recibido. Sea como fuere, el usuario de los servicios califica cómo se halla la prestación de los mismos, su opinión entonces resulta ser muy importante, porque se trata del propio usuario opinando sobre la atención sanitaria que acaba de recibir. Pero, ¿en qué medida se da la importancia a los resultados?

Frecuentemente los alumnos de pre y posgrado de las diversas profesiones de la salud realizan trabajos de investigación, muchos de ellos tesis de graduación, acerca del nivel de satisfacción con los servicios de salud, con diversas encuestas, entre ellas la encuesta de satisfacción propuesta por el Ministerio de Salud del país, que toma el modelo Servqual.⁽⁶⁾ Por tanto, hay gran cantidad de trabajos al respecto, hay mucha información sobre calidad de la atención en salud, muchos establecimientos son evaluados dos o tres veces cada año. En consecuencia, se puede concluir que hay una gran información respecto de la opinión que tienen los usuarios sobre los servicios de salud en el país.

CALIDAD Y ACREDITACIÓN

Además de conceptualizar la calidad como la “satisfacción del usuario”, también se ha establecido que la calidad es el “cumplimiento de estándares”. Los estándares en salud se verifican mediante el proceso de Acreditación, cuyo primer paso es la autoevaluación, es decir el propio establecimiento verifica internamente el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos por la Autoridad Nacional en Salud (Ministerio de Salud). Los establecimientos de salud del país, deben verificar mediante la autoevaluación, si efectivamente cumplen con los estándares de calidad establecidos para desarrollar sus labores en las mejores condiciones, de esta forma se busca que los usuarios reciban un servicio de calidad.

En la autoevaluación, los agentes evaluadores, son los propios trabajadores de la institución, preparados y calificados para ello, que realizan una valoración para determinar si efectivamente los servicios cumplen con lo que establece la norma, se busca que esta autoevaluación sea efectuada de la manera más objetiva posible.^(4,7) Es necesario indicar que hasta el momento, desde que se dieron a conocer los aún vigentes estándares de evaluación, ningún establecimiento de salud ha sido acreditado, solo se han autoevaluado, algunos en diversas ocasiones, sin obtener la ansiada acreditación.⁽⁵⁾

En suma, por un lado, los usuarios externos de los establecimientos de salud en el país han sido reiterativamente consultados sobre su satisfacción con la atención recibida y por otro lado, los establecimientos prestadores de servicios de salud son autoevaluados frecuentemente. Con todo ello, debiéramos tener toda la información necesaria para determinar la calidad de la atención de salud en el país, pero no se tiene información oficial al respecto. Y lo que es más crítico, es que poco o nada se ha hecho para establecer un claro diagnóstico de esta situación en el país, que finalmente propugne una mejora ostensible de la calidad en salud.

La situación analizada

El concepto de “calidad” proviene del vocablo latino *qualitas*, que está en relación a un “conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o de una cosa”. También se define “calidad” como el conjunto de cualidades de una persona o cosa. En estas definiciones se concibe la calidad como un atributo o característica que distingue a las personas, bienes y también a los servicios.⁽¹⁾

Según William E. Deming, padre de la calidad: “La calidad es un grado de uniformidad y fiabilidad predecible, de bajo coste y adaptado al mercado”. En otras palabras, “la calidad es todo lo que el consumidor necesita y anhela”. “En vista de que las necesidades y deseos del consumidor son siempre cambiantes, el modo de definir la calidad con referencia al consumidor consiste en redefinir constantemente los requerimientos”. Philip B. Crosby dice que: “La calidad debe definirse como ajuste a las especificaciones y no como bondad o excelencia”, y Joseph M. Juran define “calidad” como “aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias, consiste en aquellas características del producto que satisfacen las necesidades del consumidor; una segunda forma de calidad consiste en la ausencia de fallas y deficiencias.”^(2,10,14)

Por tanto, calidad básicamente tiene que ver con dos aspectos fundamentales: el primero “satisfacer al usuario” y el segundo “cumplir con los estándares”.

El concepto de calidad en salud es muy general y hasta algo abstracto, también tiene siempre un doble carácter: objetivo y subjetivo. Avedis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que se ha convertido en clásica: “Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”.⁽¹¹⁾ Luego en 1989, la *International Organization for Standardization* (ISO) definió que “Calidad es el grado en que las características de un producto o

servicio cumplen los objetivos para los que fue creado". Esta definición considera claramente que la calidad de la asistencia puede medirse; y que calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y, por tanto, depende de cómo se define este. Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica el gerente del establecimiento de salud, que cuando es aplicado por los profesionales de la salud y también por los usuarios. En 1991, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que: "Una atención sanitaria de calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población en su conjunto, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos, materiales y otros), de forma oportuna y efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".⁽³⁾

Con estos dos elementos fundamentales: Satisfacción del usuario (evaluado con encuestas de satisfacción) y Cumplimiento de estándares (establecido mediante el proceso de autoevaluación y de acreditación), se determina justamente la característica definición de calidad, con estos dos simples aspectos: medición del nivel de satisfacción de los usuarios externos y la verificación del cumplimiento de estándares de calidad, mediante el proceso de autoevaluación, estamos en condiciones de determinar si efectivamente estamos haciendo las cosas con calidad en los servicios de salud, si solo estamos "cumpliendo" con lo establecido o simplemente satisfaciendo un criterio academicista o teórico. No obstante el importante dispendio de tiempo y dinero solo se ha determinado lo que siempre hemos sabido que tenemos en salud en el país: incompetencia, insatisfacción, insuficiencia y hasta mala calidad de servicios.^(18,19)

La historia no es reciente, es una historia de muchos años, desde mucho antes que se presentaran las políticas de calidad en salud, algunas de ellas efectivamente sesudamente pensadas pero ineffectivamente establecidas. Las preguntas que aún no se responden son ¿qué estamos haciendo por la salud en el Perú?, ¿son los servicios de salud de calidad?, ¿se aplican efectivamente las políticas de calidad en salud?,

¿funcionan de manera efectiva las oficinas de calidad de los servicios de salud?, ¿qué se ha hecho en la mejora de los servicios de salud, que el propio usuario externo haya percibido? y ¿seguimos haciendo más de lo mismo?

El diagnóstico parece evidente, los servicios de salud en el país, no son de buena calidad, en muy pocos casos existe una incuestionable satisfacción de los usuarios, casi siempre la comunidad encuestada refiere que los servicios son deficientes y si constatamos cumplimiento de normas o estándares, la brecha es mayor, ya que en ningún caso se ha acreditado Institución de salud alguna y las autoevaluaciones no muestran que se cumple con ofertar servicios de salud de buena calidad. No se tratan de apreciaciones teóricas o sugeridas, se ha evidenciado en campo, que efectivamente no hay buena calidad en salud en ambos casos, así como lo demostramos con las siguientes evaluaciones en nuestro hospital.

ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EXTERNOS

Se aplicaron encuestas en nuestro hospital, uno de los más importantes del país, se trata de un hospital que recibe referencias de muchas provincias y que como todos, debiera tener un buen nivel de calidad en sus servicios. En la encuestas oficial de satisfacción de los usuarios,⁽⁶⁾ aplicada el año 2012 en tres áreas de atención: a) Emergencia, b) Consultorio Externo y c) Hospitalización, se encontró:

- En el servicio de Emergencia, se halló que de una muestra de 357 pacientes, solo el 21,3 % se hallaba satisfecho con la atención y el restante (78,7 %) insatisfecho. Es evidente que existe una notable insatisfacción en todas las dimensiones de la calidad investigadas, siendo mayor en la dimensión “Capacidad de Respuesta” que muestra más del 82 % de insatisfacción.

La Figura 1 muestra los niveles de satisfacción de los usuarios externos con la atención recibida en Emergencia según dimensiones evaluadas con el cuestionario oficial del Minsa.



Figura 1. Evaluación de la satisfacción de los usuarios externos en Emergencia.

- Entre 367 usuarios de Consulta Externa, en promedio se halló solo 8,5 % de pacientes satisfechos, frente a 91,5 % de insatisfechos. También en consulta externa la insatisfacción con la atención es marcada, es la más baja de las tres áreas evaluadas. La mayor insatisfacción fue con la dimensión Aspectos Tangibles (infraestructura y mobiliario) con 96 %. Figura 2.

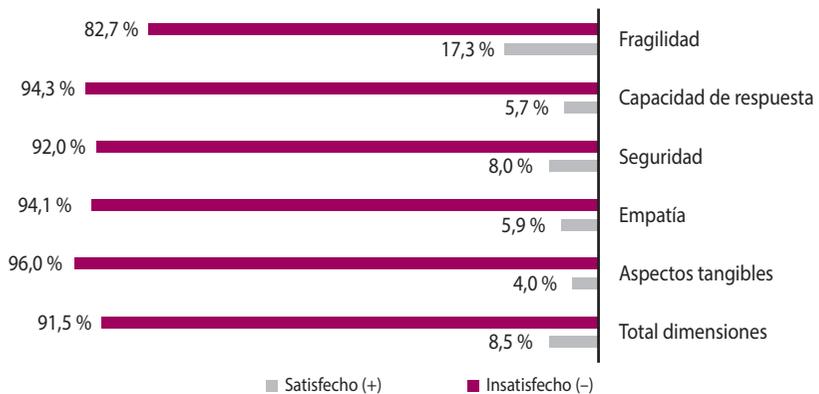


Figura 2. Evaluación de la satisfacción de los usuarios externos en Consultorio Externo. Fuente: DCS-DGSP/ Minsa 19 de abril de 2012.

Atención de salud con calidad: desafíos

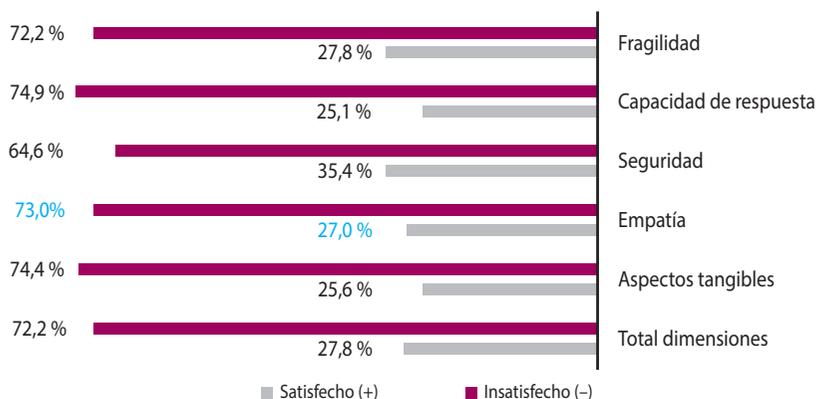


Figura 3. Evaluación de la satisfacción de los usuarios externos en Hospitalización.

- Finalmente en hospitalización, se entrevistó a 234 pacientes, encontrando solo al 27,8 % satisfecho y el 72,2 % insatisfecho. No obstante estar algo mejor que en Emergencia, los resultados son muy bajos. La distribución de las dimensiones en hospitalización se muestra en la Figura 3.

PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN

Es importante indicar que este proceso fue coordinado por el autor del presente ensayo. Primero se capacitaron a una veintena de evaluadores, todos profesionales del hospital, propuestos por sus servicios y posteriormente en el transcurso de poco más de un mes, se realizó la primera y única autoevaluación del Hospital, esta se efectuó durante el primer semestre del año 2014.⁽⁷⁾ Los resultados fueron tabulados en el software creado por el Minsa para tal efecto y se elevó el informe correspondiente a las autoridades del Hospital y a la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud en Lima. Figura 4.

El Hospital alcanzó en promedio solo el 30 % de cumplimiento de criterios, por lo que se halló "desaprobado".

Luego de concluida la autoevaluación se esperaba contar con proyectos de mejora, pero en ningún caso se elaboraron, ni siquiera en aquellos

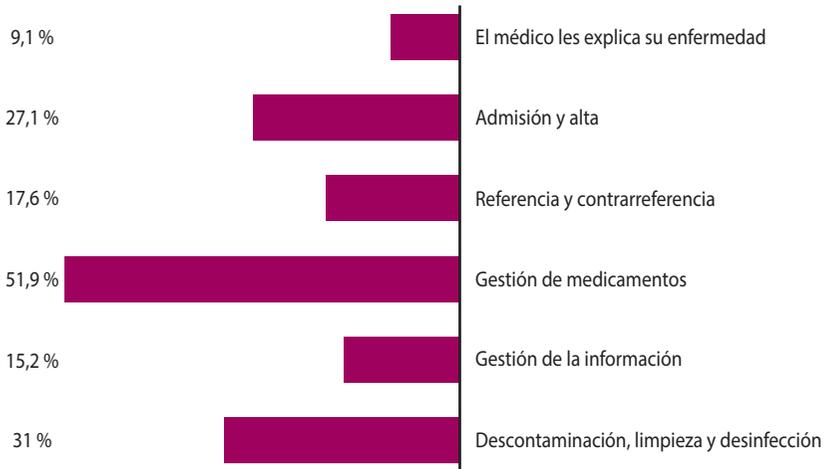


Figura 4. Porcentaje de cumplimiento por macroproceso en la autoevaluación. Los resultados muestran que el macroproceso “Apoyo al diagnóstico y tratamiento” fue el de menor puntaje (9 %) y el “Manejo del riesgo de la atención” fue el más alto (57,1 %), en general se halló que los estándares (criterios) evaluados presentan puntajes muy bajos.

que no requerían mayor presupuesto. De seguro actualmente, lejos de haber mejorado, se ha empeorado; por lo menos con los estándares sanitarios aún vigentes.

Sabido es que una vez que se tengan los resultados de las evaluaciones es necesario determinar las áreas más débiles, priorizarlas y luego intervenir a través de algún proyecto, con ello se supone se estará mejorando progresivamente la calidad de los servicios, pero lo cierto es que muy pocos o ningún proyecto se presentan o se ejecutan, por diversas razones: falta de capacitación de los trabajadores en hacer proyectos de mejora, no existe mayor interés en servidores y directivos en gestionarlos, o porque simplemente no existen los fondos necesarios para llevarlos adelante. Es cierto que de alguna manera se fomentan los proyectos de mejora continua y hasta se premiaban algunas iniciativas, pero esto no ha sido la constante en los servicios de salud, salvo muy honrosas excepciones. Luego de haber establecido claramente que no hay satisfacción del usuario externo y que no se cumplen con los estándares mínimos, podemos concluir sin ninguna duda que “no existe calidad en los servicios públicos de salud del Perú”.

Adicionalmente cabe comentar que si bien el clima organizacional, es una medida indirecta de satisfacción laboral de los usuarios internos, también ha sido una actividad promovida por el Ministerio de Salud a nivel nacional,⁽⁸⁾ para desarrollar una cultura de calidad en las organizaciones de salud a través de la mejora continua del clima organizacional, esta medición también se aplicó en el Hospital evaluado, encontrando que solo dos dimensiones, la de estructura y la de identidad, se hallan en estado "saludable", siete están por mejorar y dos están en estado "no saludable". De hecho, al correlacionar los resultados de satisfacción del usuario externo y de la autoevaluación con el clima laboral, encontramos también una simbiosis que influye en la baja calidad en salud en el hospital.

Los resultados de la medición del clima organizacional realizados válidamente a 591 trabajadores, en mayo 2014, se muestran en la Figura 1.

Complementando lo demostrado, es necesario comentar algunos aspectos que son causa de los resultados obtenidos y que ameritan repensar las políticas de calidad en salud. La mayoría de los servicios de salud son inefectivos, no alcanzan el resultado que se espera. Este problema se presenta por la marcada variabilidad de la práctica clínica, por la aplicación de cuidados o procedimientos no estandarizados, muchas veces personalizados y no basados en la mejor evidencia clínica, en muchos casos sin guías de práctica clínica aprobadas y ejecutadas eficazmente. Además la falta de oportunidad y de equipamiento básico hace al servicio de salud inseguro, ocasionando daño material o humano, situación evidente en el país y que está motivando un aumento de las demandas legales contra profesionales de la salud y en particular contra los médicos. Los prestadores de servicios de salud nos sentimos atacados y muchas veces se adoptan prácticas de medicina defensiva para evitar correr riesgos, que lejos de ser entendidos, terminan en demandas civiles o penales. Son ejemplos de lo anterior el excesivo número de casos de mortalidad materna y neonatal, de infecciones nosocomiales, de uso irracional de medicamentos, de una extensa lista de espera, de estancias hospitalarias prolongadas y aumento de complicaciones quirúrgicas.

Tabla 1. Medición del clima organizacional hospital

Dimensiones del clima organizacional		Resultado
● Dimensión 10	Remuneración	No saludable
● Dimensión 9	Recompensa	No saludable
● Dimensión 6	Innovación	Por mejorar
● Dimensión 7	Liderazgo	Por mejorar
● Dimensión 2	Conflicto y cooperación	Por mejorar
● Dimensión 3	Confort	Por mejorar
● Dimensión 11	Toma de decisiones	Por mejorar
● Dimensión 8	Motivación	Por mejorar
● Dimensión 1	Comunicación organizacional	Por mejorar
● Dimensión 4	Estructura	Saludable
● Dimensión 5	Identidad	Saludable

Fuente: Calidad Hospital. GRA.Minsa

Los servicios de salud en el país son ineficientes, ya que tienen costos superiores a los necesarios para obtener el mismo resultado. Esto contribuye a un aumento excesivo del gasto en salud sin que se mejore notablemente el desempeño de los servicios. Es decir somos ineficientes en el gasto cuando la eficiencia debe ser la norma, debido a la escasez de recursos y a la gran demanda por los servicios de salud, más ahora que antes, ya que si bien el Seguro Integral de Salud (SIS) ha reducido la barrera económica a los servicios de salud, no se cumple a cabalidad con el asegurado, por la falta de financiamiento y llevando un aumento en el gasto de bolsillo.

Otro aspecto que limita la calidad y genera más gasto, es la baja capacidad resolutoria del primer nivel de atención, situación percibida por los usuarios que prefieren la consulta directa en los hospitales, atosigando los consultorios externos y las emergencias, sobreutilizando no solo los espacios, sino el propio personal, los insumos y medicamentos. La idea poco realista de que el Hospital resuelve todos los problemas de salud, aunado a una escasa capacitación y actualización del personal de salud del primer nivel, que finalmente refiere a un buen número de

pacientes a los hospitales con problemas que debieran ser solucionados en puestos y centros de salud, es claro y fácil de comprobar, ya que las emergencias hospitalarias están llenas de pacientes con pequeñas heridas, traumatismos leves y cólicos o indigestiones solucionables en el primer nivel de atención. Los consultorios externos de los hospitales están repletos con pacientes que acuden para retiro de puntos, curaciones menores, despistaje de patologías benignas y otros, con la disculpa de que en las postas y centros de salud “no cuentan con lo necesario para atenderlos”. Es un paradigma de ineficiencia por su repercusión en la presión sobre urgencias hospitalarias o en consultas en niveles de atención más complejos. El primer nivel ha sido abandonado por los gobiernos sucesivamente y su labor preventivo-promocional es casi ausente.

La mala calidad es evidente también en la limitada accesibilidad a los servicios, fundamentalmente de carácter funcional u operativo, con barreras administrativas, culturales o sociales, y en la falta de equidad en la provisión de servicios y de materiales e insumos para atender a los usuarios. Esta situación se manifiesta claramente en las largas listas de espera para cirugías, horarios de atención incompatibles con las posibilidades de consulta del usuario, falta de medicamentos en los establecimientos de salud y oferta de servicios que no van de acuerdo a las necesidades y perfiles epidemiológicos de la población y al contexto sociocultural del paciente.

Existe también un déficit en la formación administrativa en los responsables de la gestión de los servicios, la supervisión en los últimos tiempos es nula o ausente, limitada solo a algunas visitas sin mayor trascendencia, sin retroalimentación ni monitoreo; encontramos dificultad para solucionar problemas administrativos básicos y gestionar los elementos necesarios para la atención, que termina con el paciente en farmacias privadas y en terceros prestadores, generando nuevamente mayor gasto para el bolsillo de las personas, particularmente cuando el paciente luego de esperar varios meses por una cirugía, termina acudiendo a un prestador particular que muchas veces es el mismo profesional que lo atiende en el servicio público,

que acaba operándolo en forma privada, inclusive si el paciente es un beneficiario del SIS, es decir un paciente pobre, que finalmente debe asumir el costo con apoyo de su familia y amigos, quedando finalmente con un serio colapso económico familiar. Tal situación no es ocasional y hasta es el propio usuario, que por necesidad, lo solicita al prestador público, generando entonces no solo falta de calidad, sino también corrupción, que si bien es cierto se ha hecho más tangible en los últimos años, siempre ha existido en el sector público. La evidente insuficiencia de los servicios públicos de salud, se manifiesta en el marcado crecimiento de clínicas y servicios médicos frente a los hospitales o centros de salud del estados, que lejos de contar con más y mejores servicios, han ido colapsando, mientras que los nacientes servicios privados resultan ser mucho más eficientes que quienes debieran ser los líderes de la salud pública.

Otra expresión de la falta de calidad corresponde a la insatisfacción de los usuarios con el trato por parte de los profesionales de salud. Los ciudadanos se quejan, de maltrato, falta de cortesía y comprensión y de una inadecuada comunicación, entre el prestador y el usuario, la información es ausente, poco clara o con lenguaje demasiado técnico y muchas veces es efectuada de mala manera, con falta de empatía. Es común hallar marcado contraste en el trato al paciente, por el mismo profesional en el servicio privado versus el público, que pone en evidencia una falta de ética profesional, cada vez más sentida por los usuarios.

También es necesario acotar que en muchos casos el exceso de trabajo, por la alta demanda y la escasa cantidad de profesionales destinados a la atención de pacientes está generando que los profesionales y trabajadores de la salud sufran de desmotivación, sobrecarga de trabajo y en los casos más extremos se presente el llamado síndrome de *burn-out*, lo que contribuye aún más al deterioro de la calidad del servicio prestado. Son numerosos los estudios sobre *burn-out* en el trabajador de salud, que le ocasiona marcada despersonalización en el trabajo, con una mayor insensibilidad en la atención.^(10,12)

Análisis

Las causas de la falta de calidad son múltiples e involucran fallas tanto a nivel sistémico como en la prestación de servicios de salud individual. A nivel sistémico contribuyen a la mala calidad: la falta de interés de las autoridades de turno, dejando sin agendar el tema como prioritario; así, el proceso de acreditación de los establecimientos de salud en el Perú ha sido nulo, desde la publicación de los últimos estándares. Susalud que se hizo cargo del proceso de acreditación, no generó los cambios requeridos.⁽⁵⁾

Otro factor decisivo es la falta de interés en financiar proyectos de mejora, si bien se identifican problemas, no se apoya en la ejecución de proyectos, para ello la inversión es fundamental, al igual que se cuenta con el personal idóneo en elaborar proyectos, por lo que las Direcciones o Gerencias Regionales de Salud, deben priorizar este trabajo, apoyando a los establecimientos de salud, muchos de los cuales no cuentan con personal calificado en elaboración y sustentación de proyectos.

Es necesario que se de un impulso importante a todos los procesos de calidad trabajados y que en muchos casos han quedado detenidos, tal es el caso de la categorización y la acreditación de establecimientos de salud. Si bien Susalud verifica estándares de calidad en Instituciones Prestadoras de Salud públicas, donde el estado poco o nada ha invertido y hasta sanciona. El sistema peruano se está empezando por verificar y sancionar, cuando debe empezarse por tener un plan muy claro y aplicarse, es decir capacitar e invertir, ejecutar y luego recién evaluar. Se hace necesario que Susalud realice un trabajo en equipo, cercano y coordinado con los establecimientos de salud públicos, ya que siendo una institución del estado, debiera apoyar para que se cumpla con los estándares y sean los primeros en acreditar.

Como puede verse el estado debe incrementar el presupuesto para salud, no se podrá avanzar si se sigue haciendo lo mismo, sino se cuenta con el respaldo del estado desde el punto de vista presupuestal

y es imprescindible que la inversión llegue al usuario y no se quede en niveles administrativos intermedios, en grandes estructuras burocráticas que consumen el presupuesto.

Así mismo es requisito fundamental que el Ministerio de Salud, ente rector de la salud a nivel nacional, recupere este rol y tenga su contraparte en las Direcciones o Gerencias Regionales de Salud, que deben contar con personal idóneo, altamente calificado en gestión. La descentralización es importante y necesaria, pero debe estar acompañada por el gobierno nacional. En los últimos años y más en la actual gestión, el Minsa ha jugado solo un papel de observador pasivo, cuando se supone debe ser el líder del ejecutivo descentralizado.

Igualmente en relación al personal idóneo, es preciso que los cargos administrativos sean ocupados por concurso público de méritos transparente y no por filiación partidaria o amical, que ya mucho daño le ha hecho a la salud de la población. También se debe motivar a los trabajadores del sector, muchos de ellos recurren al multiempleo, los médicos atienden en varias instituciones, sin embargo, hacen falta en sus propios centros de labor por falta de personal. Se le debe programar horas extras mediante presupuesto por resultados, con la finalidad que siga trabajando y produciendo en su propio establecimiento y solucione las necesidades existentes con un beneficio justo por parte del empleador (gobierno), que le permita desarrollarse y contribuir con su Institución, el denominado trabajo “complementario” no ha sido de fácil aplicación, por lo que debe mejorarse la normativa.

Es preciso tener equipos de logística serios, honestos y comprometidos, que deben ir rotando progresivamente, con supervisión local y nacional, que garanticen la existencia de recursos materiales permanentemente, en salud no deben faltar medicamentos ni insumos para atender a los pacientes y mayor razón en las emergencias, igualmente la dotación de medicamentos para sala de operaciones ha de trabajarse mediante paquetes quirúrgicos que garanticen contar con todo lo necesario para las operaciones, esto previene el dispendio y permite que el establecimiento se beneficie utilizando eficientemente sus materiales.

Es crucial contar con sistemas de información modernos que permitan una adecuada gestión de la historia clínica, de los exámenes auxiliares (de laboratorio e imagenología), de medicamentos y otros, que permitan además uniformizar el sistema en todo el territorio nacional y que al mismo tiempo permita la universalización de la atención, de acuerdo a las características de cada usuario.⁽²⁰⁾ Desde hace tiempo existe la propuesta de la historia clínica digital, sin embargo, aún no se aplica, limitando la eficiencia y la rapidez de los procedimientos.

El Minsa debe liderar la planificación estratégica del capital humano en salud, tanto en cantidad como en calidad, para ello debe existir una adecuada coordinación entre instituciones formadoras de profesionales de la salud y las prestadoras de servicios de salud, ya que en muchos casos los profesionales son formados con características distintas a las que se requiere. Se debe trabajar en la Universidad en la formación de profesionales de la salud con valores y capacidad empática, que permita que los servidores de salud tengan y mantengan la humanidad que se espera de ellos; es un reclamo ciudadano permanente.

La capacitación técnica conforme a las necesidades de la población y del establecimiento de salud debe ser una constante, que permita que mantengamos actualizados los conocimientos de los servidores de salud, en particular de los que atienden a las personas. Se requiere trabajar coordinadamente entre el Minsa, gerencias o direcciones regionales y colegios profesionales, que garanticen procesos de certificación y recertificación de manera idónea, garantizando la calidad y actualización del profesional, evaluando no solo los conocimientos, sino también las competencias y destrezas técnicas. Es imperioso generar un clima laboral saludable, con incentivos al mérito y motivación permanente a los trabajadores, con eventos de capacitación, nuevas labores, facilidades administrativas, mejora en la línea de carrera, etc. con enfoque de trabajo en equipo y la participación de los trabajadores calificados en la toma de decisiones.

Si bien en el país en las últimas décadas, se han introducido algunas estrategias tendientes a la mejora de la calidad de los servicios, estas han sido muy limitadas y se han desarrollado más en la capital, muy

poco en las provincias. El proceso de descentralización que debiera haber permitido un crecimiento e innovación, ha sido un limitante por la falta de acompañamiento del nivel nacional, el propio Ministerio de Salud considera que su campo de acción es solo Lima, generando estancamiento en el país. El Minsa debe preparar personal en gestión, previa selección de los mismos, la Dirección Nacional de Recursos Humanos debe ser un ente de desarrollo del talento humano en salud; SERVIR ha dejado en claro que sus gerentes en salud no son efectivamente competentes para la Gestión, el pequeño proceso de capacitación de tres meses resulta ser insuficiente y considero, no es la forma más adecuada de preparar gerentes que garanticen un cambio importante en la salud del país.

Las iniciativas de “semana de la calidad”, “proyectos de calidad”, “Cruzada por la calidad”, “Seguridad del paciente”, “Auditorías de la calidad”, entre otros, deben ser fortalecidos e incrementados, para que se mantenga un trabajo constante. La necesaria y obligatoria elaboración y aprobación de Guías de Práctica Clínica en todos los hospitales deben ser manejados regionalmente, de acuerdo a su perfil epidemiológico y a los recursos con los que se cuente, este trabajo es básico para uniformizar el trabajo y los procedimientos en salud utilizando la mejor evidencia posible y garantizando al usuario que se está haciendo lo mejor posible de acuerdo a nuestra propia realidad.⁽¹⁵⁾

Recordemos que es el estado el que debe garantizar la calidad de los servicios de salud tanto públicos como privados. El Ministerio de Salud tiene que desarrollar las funciones que le corresponden, la Política Nacional de Calidad en Salud debe ser cumplida a cabalidad, existe un documento bien redactado, pero que poco se ha hecho para implementarlo,⁽¹³⁾ se hace obligatorio ejecutar todas las estrategias y actividades de manera permanente que efectivamente garanticen un trabajo de calidad en salud. La normativa de calidad en salud^(16,17) es importante, pero pierde valor si no se aplica. La mejora de la calidad en salud constituye todavía un reto muy significativo para el país, no solo por la persistencia de los problemas asociados a la falta de calidad, sino también porque no ha existido un ente conductor o direccionador de la misma, no ha existido el liderazgo necesario para lograrlo.

Es requisito principal en el trabajo de mejora continua, el involucramiento de los actores sociales en salud, hablamos de autoridades, trabajadores del sector y los propios usuarios, o sociedad civil organizada, que no busquen figuración política, sino que trabaje en beneficio de su comunidad, de su país. Hay poco compromiso del personal de salud con la mejora de la calidad de la atención en salud, se requiere de mayor motivación a los trabajadores para lograr objetivos claros y compartidos. De otro lado, la gestión de la calidad en salud no cuenta con gestores calificados en la gerencia de los servicios de salud. El usuario externo no está involucrado en la gestión de la calidad en salud.

Alternativas y recomendaciones

Muchas de las alternativas las he mencionado líneas arriba, de manera resumida, las vuelvo a poner en consideración:

- Mejorar la calidad técnico-científica y humana de los profesionales de la salud, es una de las variables más importantes en un programa de mejora de la calidad, ya que con ello se mejora el uso eficiente de los recursos, se reduce el riesgo de complicaciones y aumenta la satisfacción del usuario. Se requiere una permanente y estrecha coordinación con las instituciones formadoras y una capacitación perseverante del capital humano en salud.
- Es necesario contar con personal administrativo calificado en gestión de la calidad. El control de calidad es necesario, un control estadístico con indicadores permite mejorar los servicios, para ello se deben reorganizar las actividades administrativas, con procesos de selección adecuados y bien planteados, libres de corrupción. El trabajador debe ser participe en la toma de decisiones importantes, no solo para que las conozca, sino para que se comprometa, el estilo de gestión participativo es sustancial. Además se deben mejorar procesos, es necesario eliminar las barreras que impiden a los trabajadores desarrollar una tarea eficiente.

- La supervisión es una de las actividades que necesariamente se debe practicar en toda la gestión, tanto administrativa como asistencial, que garantice el cumplimiento de los objetivos, que previamente deben estar claramente establecidos, señalando las estrategias y actividades a ejecutar.
- Desarrollar una estrategia regional para el fortalecimiento de la calidad de la atención sanitaria y seguridad del paciente a través de un proceso consultivo regional que involucre autoridades de salud, líderes en salud, prestadores de servicios, expertos en calidad y otros actores sociales relevantes.
- Creación de un Observatorio Regional de Calidad en la Atención en salud y en Seguridad del paciente, fruto del trabajo coordinado con las Universidades e instituciones formadoras de personal de salud para formación en valores y en sensibilidad humana. Y con la participación de los usuarios externos en la gestión de la calidad en salud. Este organismo debiese generar información y evidencia en materia de calidad, medición periódica de la calidad y seguridad del paciente en los establecimientos de salud fundamental para la toma de decisiones.

Referencias bibliográficas

1. García-Pelayo R. Pequeño Larousse Ilustrado. Buenos Aires: Larousse; 1987.
2. Blog "Calidad". <http://maestrosdelcalidadop100111.blogspot.pe/2012/09/filosofia>. Consultada en enero 2017.
3. Camisón, Cruz y González Gestión de la Calidad: Conceptos, Enfoques, Modelos Y Sistemas. Pearson Educación, S. A., Madrid, 2006
4. Ministerio de Salud del Perú. R.M. 456-2007-Minsa. Norma técnica para la acreditación de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
5. Acosta Saal, C. La acreditación nacional en Perú. Intendencia de Supervisión de IPRESS Dirección de Acreditación de la Calidad en Salud de las IPRESS. Superintendencia Nacional de Salud (Susalud), Presentación en Curso Nuevos Retos en Calidad y Acreditación en Salud. Universidad Esan. Lima. Agosto 2016.
6. Ministerio de Salud del Perú. "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo". RM N.º 527-2011/Minsa. Lima, Perú.
7. Ministerio de Salud del Perú. Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Lima 2009.

8. Ministerio de Salud del Perú. Documento Técnico: Metodología para el Estudio del Clima Organizacional. Dirección General de Salud de las Personas Dirección de Calidad en Salud RM N° 623-2008/Minsa.
9. Mendoza, Ascencio, Tapia, Montes y Salado. Desgaste profesional, calidad de vida y salud en Residentes de Medicina, México. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad vol. 6, no. 2 (ene-abr) 2016
10. Munro-Faure L, Munro-Faure M. ¿Qué podemos aprender de los gurúes de la calidad? En Calidad Total en Acción. Barcelona: Folio; 1994. p.17-33.
11. Fundación Avedis Donabedian editores, Actas del I Simposio Nacional sobre Calidad de la Atención Médica. Argentina; 1993.
12. Hernández-Vargas CI, Dickinson ME, Fernández-Ortega MA. El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. Rev. Fac. Med. UNAM. 2008; 51(1):11-14.
13. Ministerio de Salud. Política nacional de calidad en salud: Documento técnico (R.M. N° 727-2009/ Minsa). Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud. Lima, 2009.
14. Bautista-Rodríguez. La calidad en salud un concepto histórico vigente. Revista Ciencia y cuidado. Vol. 13 No. 1, Ene - Jun 2016, Cúcuta, Colombia
15. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas Resolución Ministerial N° 302-2015/Minsa. NTS N° 117-Minsa/DGSP – V.01. Setiembre 2015
16. Presidencia del Consejo de Ministros. Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional para la Calidad. D.S. N° 046-2014-PCM. Lima
17. Congreso de la República del Perú. Ley 30224. Ley que crea el Sistema para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad. Lima.
18. World Health Organization. Quality of care, a process for making strategic choices in health systems. WHO Library. 2006.
19. Hospital Universitario del Valle, HUV, “Evaristo García”, Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios. Cali, Valle, Colombia, 2010.
20. Lazo Gonzales, O. Documento Técnico “Sistema de Gestión de la calidad en Salud, en el marco de la política Nacional de Calidad en Salud, la Descentralización y el aseguramiento Universal en salud”, Ministerio de Salud. Lima, junio 2010
21. Documentos de Oficina de Calidad. Resultados oficiales de Encuestas de satisfacción, Clima Organizacional y Autoevaluación. 2012, 2014.

La calidad de atención en salud en el Perú: ¿un derecho invisible?

8

Daniel Rojas, Víctor Zamora, Renzo Sotomayor

Resumen

El Perú ha tenido logros notorios en salud pública; sin embargo, existen retos pendientes en materia de mejora de la calidad de atención. La proporción de personas que no buscaron atención médica por maltrato del personal de salud y por demora en atención aumentó en los últimos años. Una posible razón por la que la calidad de atención continúa siendo un reto es porque no ha sido abordado de manera adecuada en los subsecuentes esfuerzos por mejorar el sistema de salud peruano. Un aspecto importante a tomar en cuenta es el escaso número y baja calidad de las investigaciones sobre este rubro en nuestro país. Esto se suma a la fragmentación y segmentación del sistema de salud, su debilidad en el ejercicio de su función rectora, así como en su precariedad financiera, de recursos humanos, de infraestructura y de equipos, y de materiales e insumos. La corrupción es también un problema que se agrega a los antes mencionados e impacta directamente en la calidad de la atención.

Se plantean como alternativas para el mejoramiento de la calidad de atención algunas medidas orientadas a mejorar el desempeño del recurso humano, entre ellas, el incremento de la producción científica en calidad de atención a través de financiamientos o premios a investigaciones multidisciplinarias en calidad de atención, la evaluación rigurosa de las facultades de medicina, la exposición pública de los resultados del Examen Nacional de Medicina, la modificación del régimen del Servicio Rural Urbano Marginal en Salud de tal manera que esté dirigido por los especialistas en medicina familiar y la vigilancia de la gestión de los servicios de salud a través de la sociedad civil y organizaciones independientes.

Palabras clave: calidad de atención, sistema de salud, educación médica, gestión en salud, Perú.

Introducción

El Perú en los últimos años ha realizado avances notorios en salud pública; entre ellos resaltan los avances en la reducción de la desnutrición crónica, la reducción de la mortalidad materna y neonatal y la reducción de la mortalidad infantil, especialmente en la población más pobre;⁽¹⁾ los cuales son resultado de la ampliación del acceso a servicios de control prenatal, parto institucional y control del crecimiento y desarrollo. Sin embargo, aún quedan muchos retos por lograr para una mejor salud del país y uno de estos es mejorar sustantivamente la calidad de atención. Según los datos de Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi) la cantidad de reclamos atendidos referidos a los servicios de salud aumentó en 250 % desde 2006 hasta 2015.⁽²⁻⁷⁾ Por otra parte, según Rojas-Bolívar, con los datos de la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho), la proporción de la población peruana con un problema de salud que no buscó atención médica por una percepción de maltrato del personal de salud aumentó en 368 %, mientras que la proporción de personas que no buscaron atención por demora en la atención aumentó en 320 %.⁽⁸⁾ Situación similar es descrita por la Defensoría del Pueblo en sus reportes sobre la situación de los servicios de salud.⁽⁹⁾

Entonces, se observa una tendencia hacia una percepción desfavorable de la calidad de los servicios de salud. Las implicancias de esta situación son importantes dado que se trata de personas con problemas de salud que no buscan atención y posponen la decisión de buscar atención médica hasta probablemente el punto donde la capacidad resolutoria de los servicios de salud sea insuficiente. Las personas más afectadas son probablemente quienes más necesidades en salud presentan. Las cifras mostradas evidencian que la efectividad de las políticas sobre la calidad de atención en el país no tuvo los resultados esperados.

Resalta, sin embargo, que este problema no se haya evidenciado antes. Una explicación posible está en que no se prestó atención a la calidad de atención a pesar de ser considerada como un problema de salud pública y que la deficiencia de calidad de atención no es

solo un problema de gerencia en salud, sino la expresión de todo el sistema de salud. El presente ensayo intentará explicar esta hipótesis a través de dos puntos. En primer lugar, se describirá la situación de la investigación en el país sobre la calidad de atención y, en segundo lugar, se mostrará la situación del sistema de salud respecto a la calidad de atención. Finalmente, se presentarán algunas propuestas de solución para revertir esta situación.

La investigación en calidad de atención

En los últimos años se incrementó el número de publicaciones en revistas indexadas;⁽¹⁰⁾ pero la producción relacionada con la gestión de los servicios de salud (y con ello también sobre la calidad de atención) fue escasa. Por ejemplo, respecto a la tuberculosis en el Perú, se encontraron 23 artículos relacionados con la gestión de servicios de salud en un periodo de 10 años,⁽¹¹⁾ mientras que respecto al VIH, el 3,9 % de los artículos publicados desde 1985 hasta 2010 fueron sobre gestión de servicios de salud.⁽¹²⁾ Estos resultados muestran el poco énfasis que tiene la investigación científica médica peruana sobre la calidad de atención, a pesar de que la calidad de atención uno de los factores que están asociados a la búsqueda de atención médica y a la adherencia a los tratamientos.⁽¹³⁾ Con esto deja de lado un factor importante en el pronóstico de los problemas de salud de las personas. Por ejemplo, el error médico fue la tercera causa de mortalidad en Estados Unidos en el año 2016.⁽¹⁴⁾

Por otro lado, el enfoque hegemónico de las investigaciones epidemiológicas es de tipo biologicista, con limitado enfoque a los otros factores relacionados con las características de la prestación de los servicios de salud; tampoco toman en cuenta el contexto histórico social de su objeto de estudio. Por ejemplo, no es frecuente observar que en un estudio epidemiológico tomen en cuenta la tasa de error médico como un factor de riesgo para la mortalidad de una enfermedad. Esta situación refleja la poca capacidad de la investigación médica en ser crítica consigo misma, en otras palabras, es difícil la aplicación del principio de reflexividad en la investigación médica.⁽¹⁵⁾ Además, son numerosas las tesis de maestría y doctorado en el país que evaluaron

la calidad de atención a través de la satisfacción del usuario con encuestas tomadas a los pacientes dentro de los servicios de salud donde han sido atendidos, esta situación genera sesgos potenciales en la respuesta del encuestado.⁽¹⁶⁾ Al mismo tiempo, las encuestas son aplicadas para pacientes de un servicio específico de un hospital, lo cual no brinda un panorama general de la atención del hospital.

Un aspecto que es necesario tomar en consideración es el valor de las investigaciones sociales en salud. Estas parten del hecho que su objeto de estudio es histórico y que las sociedades humanas están enmarcadas en un contexto histórico social definido y buscan una interpretación más amplia de los problemas de investigación que no siempre es conseguida con los enfoques cuantitativos aplicados a las ciencias de la salud.⁽¹⁷⁾ Aportes importantes desde las investigaciones sociales son los de Jeanine Anderson en el Perú⁽¹⁸⁾ y Ramirez-Hita en comunidades quechuas y aimaras en Bolivia.⁽¹⁹⁾ No obstante, son pocas las investigaciones sociales en salud y menos aún las investigaciones en calidad de atención, además es poco frecuente el diálogo entre la investigación de las ciencias sociales y las ciencias de la salud respecto a la prestación de servicios de salud.⁽¹⁵⁾ Por ejemplo, no se encontró referencias bibliográficas de estudios de ciencias sociales en salud sobre calidad de atención en el Perú en las normas técnicas y documentos del Ministerio de Salud referidos a calidad de atención.⁽²⁰⁻²²⁾

Entonces, la investigación en calidad de atención en el Perú es escasa, tiene predominantemente un enfoque cuantitativo, está sujeto a sesgos y tiene poca participación multidisciplinaria.

El sistema de salud y la calidad de atención

Actualmente el sistema de salud peruano está constituido por dos subsistemas: el público y el privado,⁽²³⁾ ambos gobernados por el Minsa y supervisados por la Susalud.⁽²⁴⁾ Tiene cuatro funciones esenciales: rectoría, financiamiento, prestación de servicios y generación de recursos humanos y físicos.⁽²⁵⁾ En este punto se hará un balance entre los logros conseguidos y los retos que tuvo el sistema de salud que repercuten en la calidad de atención hasta el día de hoy.

RECTORÍA

El sistema de salud en la década pasada se caracterizó por su desempeño deficiente y discontinuidad sin evaluación.⁽²⁵⁾ La OMS publicó en el año 2000 su Informe sobre la Salud en el Mundo y el tema fue el desempeño de los sistemas de salud de los países. En este informe el Perú ocupó el puesto 129 de 191 sobre desempeño global de sistema de salud.⁽²⁶⁾ Sánchez-Moreno mostró las creaciones y derogaciones de distintas entidades reguladoras del sistema de salud que evidencia un panorama histórico de desorganización.⁽²⁵⁾ Situación que difiere poco en la actualidad con la desactivación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS)⁽²⁷⁾ y de la Escuela Nacional de Salud Pública (Ensap).⁽²⁸⁾

FINANCIAMIENTO

El presupuesto público en salud ha tenido un incremento en los últimos años; sin embargo, el Perú es el segundo país con más bajo porcentaje del PBI destinado para salud en la región Andina.⁽²⁹⁾ El gasto de bolsillo continua siendo una de las principales fuentes de financiamiento de los servicios de salud,⁽²³⁾ no obstante este tipo de gasto viene disminuyendo en los últimos años. Esta situación está enmarcada en un proceso de crecimiento económico y disminución de los niveles de pobreza.⁽³⁰⁾

En este contexto resalta una contradicción: la presencia de mejores indicadores económicos y de financiamiento en salud, pero una mayor proporción de no búsqueda de atención por deficiencias de calidad de atención.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y RECURSOS HUMANOS

En el año 2002 se crea el Seguro Integral de Salud (SIS) a través de la fusión del Seguro Escolar y el Seguro Materno Infantil. Asimismo, a partir de 2007 hay un incremento de las plazas remuneradas para médicos serumistas con énfasis en zonas rurales y zonas de mayor población pobre y pobre extrema,⁽³¹⁾ con esta medida se genera un aumento de la densidad de recursos humanos en salud (RHS). Estas

políticas sanitarias tuvieron como objetivo aumentar el acceso de la salud a través de la disminución de las barreras económicas enmarcadas dentro de un contexto de crecimiento económico.⁽³⁰⁾ Una consecuencia de estas políticas fue la disminución de la proporción de personas que no buscaron atención médica por falta de dinero.^(8,32) Otra consecuencia fue el aumento de la demanda de los servicios de salud que se reflejó con el aumento del número de atenciones con predominio del primer nivel de atención.⁽³³⁾ El número de atenciones de parto aumentó y la tasa de mortalidad materna disminuyó en algunas regiones del país donde la densidad de recursos humanos era mayor.⁽³⁴⁾ Estos logros mostraron un avance del sistema de salud en la gestión de los recursos humanos y en la utilización de los servicios de salud; sin embargo, los problemas con los recursos humanos en salud continuaron. En el año 2006 el Perú fue considerado como un país en crisis de recursos humanos en salud.⁽³⁵⁾ Al año siguiente se implementaron las políticas de aumento de plazas de médicos serumistas y se consiguió un aumento de la densidad de RHS,⁽³⁶⁾ pero que sigue siendo inferior a nivel de las Américas.⁽³⁷⁾

Asimismo, a pesar de que la distribución de los médicos serumistas sea predominantemente en zonas rurales y pobres, se observó que la distribución total de médicos está centrada en zonas urbanas. El 85 % de médicos en el año 2013 estaba localizado en zonas urbanas, la mayoría estaba localizada en zonas de quintil IV y V (menos pobres), y 7 194 médicos de un total de 18 723 están ubicados en Lima Metropolitana.⁽³⁸⁾ Estos datos evidencian una distribución desigual de los recursos humanos en salud. El Serums es una política de incremento de recursos humanos en salud, pero no significa necesariamente que sea de calidad. La mayoría de médicos serumistas con quintil inferior en el Examen Nacional de Medicina (ENAM) está localizado en las zonas de pobreza extrema.⁽³¹⁾ El Serums es un requisito indispensable para postular a una vacante de especialidad o para trabajar para el Estado, entonces los médicos egresados se ven forzados a realizar este trabajo.⁽³⁹⁾

En esta situación, el médico serumista quien había sido formado en una universidad donde la educación se centraba en la atención hospitalaria, con énfasis en patologías complejas, debe ahora lidiar en una zona rural, atendiendo casos de primer nivel de atención, con pacientes que

en muchas ocasiones no tienen el mismo idioma que él, gestionando los recursos de un centro de salud en muchas ocasiones precario, incluso poniendo en riesgo su vida. En estas circunstancias, es más probable que existan conflictos entre los pacientes y los serumistas dada las deficiencias de capacidad técnica, administrativa y cultural de los médicos sumado a los efectos en la salud mental de los médicos que tiene la adaptación a un medio que probablemente les sea desconocido.

La formación de los estudiantes de las ciencias de la salud tiene muchos retos por alcanzar también. El entrenamiento de los estudiantes depende del campo clínico y en el caso del Perú la oferta de campos clínicos es insuficiente para satisfacer la demanda y esta oferta está por debajo de los estándares internacionales.⁽⁴¹⁾ Esta situación se ve agudizada por el incremento poco regulado de las facultades de medicina que continúa avanzando a pesar de las medidas tomadas en estos años.⁽⁴²⁾ Por ejemplo, en la actualidad hay diez facultades de medicina que no cuentan con la acreditación de la Superintendencia Nacional de Salud (Sunedu).⁽⁴³⁾ La situación de los alumnos de las escuelas de medicina también es importante: en el año 2013 se reportó que 23,3 % de los estudiantes de medicina de una universidad pública del país presentaron sintomatología depresiva;⁽⁴⁴⁾ 30,7 %, conducta suicida y 4 %, un intento suicida.⁽⁴⁵⁾

Los resultados de estas condiciones se pueden reflejar a través de las evaluaciones. El porcentaje de internos de medicina desaprobados del ENAM fue 56,7 % en el año 2008, este porcentaje disminuye a 28,9 % en el año 2010; sin embargo, estos resultados muestran que una importante proporción de médicos egresados no alcanzaron los puntajes mínimos aprobatorios que el país solicita.⁽⁴⁶⁾ Estos médicos atienden personas a nivel nacional en la actualidad.

Entonces, este panorama de formación deficiente, con desigual inserción en el mercado laboral y conflictos dentro del ambiente de trabajo generó reacciones en el personal de salud. Resaltan cuatro puntos: las protestas del sector salud, las migraciones de recursos humanos en salud, la satisfacción de los trabajadores y el estrés laboral. El número de conflictos laborales incrementó de cuatro en el

año 2005 a 27 en el año 2010.⁽⁴²⁾ El principal reclamo fue por los regímenes salariales. Estos reclamos continúan hasta la actualidad.⁽⁴⁷⁾ Respecto a las migraciones, el Perú es el país con mayor porcentaje de médicos y enfermeras emigrantes con respecto al total de médicos y enfermeras emigrantes en el área andina.⁽⁴⁸⁾ Según las estadísticas de la Superintendencia Nacional de Migraciones, el número de médicos emigrantes aumentó de 303 en el año 2000 a 1 152 en el año 2012.⁽⁴⁹⁾ Respecto a la satisfacción del personal de salud, según la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud (EnSusalud), el 58,1 % de los médicos encuestados se encuentran satisfecho en relación a su trabajo mientras que el 18,9 % se encuentra insatisfecho.⁽⁵⁰⁾ Los porcentajes de satisfacción del personal de salud son menores en el Minsa. Por otra parte, la prevalencia de síndrome de *burnout* entre médicos y enfermeras a nivel nacional según los datos de EnSusalud fue 12,5 (IC95%: 11,29 a 13,77).⁽⁵¹⁾

En resumen, el sistema de salud peruano se caracteriza, a pesar de sus avances, por ser de rectoría desorganizada, con recursos humanos de formación deficiente. Teniendo en cuenta estos puntos, no se puede tratar el problema de la calidad de atención solamente por el trato que brinde el personal de salud ni tampoco por el menor tiempo de espera, para el análisis y mejora de la calidad de atención en salud es necesaria una seria reflexión sobre la situación del sistema de salud.

PUNTO ADICIONAL: CORRUPCIÓN

Un punto poco discutido, pero de necesario análisis es la corrupción en el sector salud. Desde la década de los 90 existen antecedentes importantes de corrupción en el Ministerio de Salud por compra sobrevalorada de medicamentos e insumos.⁽⁵²⁾

Posteriormente, se han descrito casos de corrupción en los servicios de atención primaria caracterizadas por ausentismo laboral, compra de puestos de trabajo, vulnerabilidades en la gestión de los medicamentos y equipos médicos.⁽⁵³⁾ En la actualidad, los problemas asociados a corrupción continúan con importante impacto en los medios de comunicación,^(54,55)

La calidad de atención es un derecho invisible

En primer lugar, se señaló como la investigación científica médica no prestó atención a la calidad de atención como una prioridad de investigación, luego, se discutió por qué las metodologías utilizadas por el enfoque biomédico son insuficientes para abordar este problema y se mostró también el poco diálogo que hay entre las distintas disciplinas del conocimiento para abordar el problema de la calidad de atención. Por otra parte, se discutió brevemente la situación del sistema de salud y su relación con la deficiencia de la calidad de atención. En resumen, se mostró que el sistema de salud es aun precario, desorganizado y la formación de los recursos humanos en salud es deficiente. Finalmente, se señalaron otros puntos importantes en el análisis de la calidad de atención relacionado con la corrupción presente en el sector salud. Entonces, con un sistema de salud con estas características no es posible plantearse soluciones de corto plazo a un problema que es sistémico.

Todos los puntos señalados son base para argumentar la creciente insatisfacción de la población peruana respecto a los servicios de salud. Para muchos pacientes la calidad de atención sigue siendo un derecho virtual dado que siguen esperando por largos periodos una atención precaria donde corren el riesgo de ser maltratados. Las cifras muestran como son cada vez más las personas que no buscan atención médica por maltrato y por demora en la atención y también son más el número de reclamos presentados a Indecopi. Las cifras mostradas por Susalud no son suficientes para abordar el problema. Además se consideró un análisis de los antecedentes del sistema de salud dado que el estudio transversal de este problema sería limitado, un problema que tiene características similares desde la creación del sistema de salud⁽⁵⁶⁾ no podría tener soluciones elaboradas con bibliografía de cuatro años.

¿Qué hacer?

Si bien es cierto que el problema de la calidad de atención es sistémico y que se necesita de estrategias a largo plazo para su mejora, no obstante, las demandas inmediatas de calidad de atención podrían ser compensadas a través de las propuestas que se sustentarán a continuación.

En primer lugar, dado que las investigaciones en calidad de atención son escasas, se propone que haya un incremento de la producción científica sobre calidad de atención, para ello se sugiere que haya estímulos a la investigación a través de financiamientos con énfasis para equipos multidisciplinarios o concursos de investigación donde se premien los mejores trabajos en esta área.

En segundo lugar, para lograr cambios significativos en el sistema de salud de tal manera que se garantice una mejora en la calidad de atención es necesario que se tomen en cuenta los siguientes aspectos: a) financiamiento; b) mecanismo de pago; c) reorganización de servicios; d) regulación y e) cambios en el comportamiento.⁽⁵⁷⁾ En este sentido, las propuestas giran en torno a estos puntos con énfasis en la reorganización de servicios, regulación y cambios de comportamiento.

Un método de regulación de la calidad de atención es a través de la utilización de indicadores sensibles para la evaluación de la calidad de atención. En el país se está utilizando las encuestas de satisfacción de usuario, sin embargo, en este ensayo se mostraron otros indicadores que pueden ser útiles tales como la proporción de personas que no buscan atención por deficiencias de calidad de atención (maltrato y tiempo de espera prolongado) y los reclamos atendidos por Indecopi.

Una iniciativa importante planteada por el Minsa fue la Resolución Ministerial N.º 484-2016/Minsa donde se instituye el Premio Nacional al Desempeño Excepcional en Salud; sin embargo, otras opciones pueden plantearse para generar competencia entre centros hospitalarios tales como una premiación al establecimiento con mejores índices de calidad de atención. Los indicadores podrían ser tiempo promedio de espera, menores índices de reclamos de pacientes y logro eficiente de sus objetivos.

Por otra parte, si bien es cierto que el Minsa cuenta con sistemas de información geográfica, sería importante que cuente con más datos acerca de los centros de salud que están registrados en los mapas de tal manera que se puedan realizar intervenciones en zonas alejadas o poco accesibles donde haya escasez de personal de salud.

En general, el Instituto de Estadística e Informática (INEI) publica constantemente información sobre el sistema de salud, pero es necesario que haya una mayor divulgación de la información de tal manera que los profesionales de la salud tengan un panorama más exacto sobre la situación del sistema de salud, para que conozcan los avances y los retos del sistema de salud. Una sugerencia es que se realicen boletines con información concisa y relevante sobre la situación del sistema de salud, que contenga tanto los logros como los retos por alcanzar.

Respecto a la formación de los recursos humanos en salud, es importante el control riguroso de la calidad de la educación en las facultades de medicina. Este control se puede realizar desde distintos planos. Por una parte, los procesos de acreditación deben ser más rigurosos y constantes, por otro lado, los resultados del ENAM deben ser públicos para que las personas en general y los aspirantes a estudiar ciencias de la salud tengan un balance de cuales universidades tienen un mejor desarrollo de estos exámenes y cuáles tienen aún brechas por superar. Esta medida promueve mayor competitividad entre las universidades y la exigencia académica podría mejorar. Por otro lado, se han descrito instrumentos de evaluación de las universidades desde la perspectiva de los estudiantes, estos instrumentos están validados a nivel internacional y también podría ser un indicador de calidad universitaria evaluada desde los estudiantes.⁽⁵⁸⁾

Otra medida importante es el cuidado de la salud mental de los estudiantes de ciencias de la salud. La implementación de programas efectivos de asesoría a estudiantes que tienen problemas en salud mental sería importante para que se desenvuelvan mejor en el medio universitario y en sus vidas.

Un problema importante que se ha descrito en este ensayo es el Serums, por lo tanto, una sugerencia es que se modifique esta estrategia de tal manera que no sean médicos sin experiencia los que atiendan a las zonas rurales, sino los profesionales de medicina familiar dado que son médicos especialistas en manejar los problemas de salud de primer

nivel de atención y que han sido entrenados para trabajar en el medio pluricultural del país. Con esta medida se consigue que las destrezas de estos especialistas se consoliden y que las personas en las zonas rurales accedan a un servicio de salud de calidad con personal especializado y no solo a personal sin experiencia que son vistos como practicantes en algunas zonas.

Es importante también la sistematización de todas las iniciativas propuestas de mejora del sistema de salud y de la calidad de atención, de tal manera que se tengan balances de los antecedentes de las estrategias planteadas a lo largo de la historia y con ello aprender de los éxitos y corregir aquellos aspectos que necesitaron de mejora.

Finalmente, es necesario que haya una vigilancia de los casos de corrupción en el sector salud. Esta vigilancia debe partir de la sociedad civil y de las agrupaciones independientes de tal manera que se reduzca la probabilidad de conflictos de interés.

Conclusiones

- La salud pública en el país ha presentado avances importantes, pero la calidad de atención en salud presenta retos por alcanzar. El abordaje de los problemas de la calidad de atención requiere de un análisis histórico del sistema de salud.
- El sistema de salud tiene aún muchas deficiencias tanto en rectoría, financiamiento y recursos humanos y la corrupción es un problema patente que afecta hasta la actualidad. Incentivar la mejora de la calidad de atención a través de premiaciones o incentivos a los centros de salud que mejor atención brinden por medio de indicadores tales como el tiempo de espera promedio y el número de reclamos expresados por los pacientes. Igualmente, es menester mejorar el nivel académico de las facultades de las ciencias de la salud a través del estímulo de la competitividad con la publicación de los resultados del Examen Nacional de Medicina.

- Las investigaciones en calidad de atención son deficientes y no hay un diálogo multidisciplinario para el abordaje de este problema. Es necesario incentivar la investigación multidisciplinaria en salud a través de financiamientos o premios con énfasis en investigaciones de tipo multidisciplinario enfocados especialmente en temas de calidad de atención.
- Las propuestas de solución se abordan desde distintos ángulos. En primer lugar, el establecimiento de competitividad entre los establecimientos de salud a través de incentivos que premien los centros de salud con mejor atención, luego el incremento de la producción científica sobre calidad de atención a través del incentivo a la investigación multidisciplinaria. Por otra parte, se debe desarrollar sistemas de acreditación más rigurosos y que los resultados del ENAM sean públicos con el fin de mejorar la competitividad entre las universidades.
- El Serums debe ser modificado de tal manera que los médicos de familia sean quienes dirijan el primer nivel de atención en todo el país. La corrupción debe ser enfrentada a través de la participación ciudadana y de movimientos independientes que vigilen las gestiones en el sector salud.

Referencias bibliográficas

1. Huicho L, Segura ER, Huayanay-Espinoza CA, de Guzman JN, Restrepo-Méndez MC, Tam Y, et al. Child health and nutrition in Peru within an antipoverty political agenda: a Countdown to 2015 country case study. *The Lancet Global Health*. 2016;4(6):e414-e26.
2. Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual. Protección al consumidor. Compendio estadístico institucional 2006-2010. Lima: Indecopi; 2011. p. 26.
3. Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual. Reclamos. Anuario de estadísticas institucionales 2011. Lima: Indecopi; 2012. p. 37.
4. Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual. Reclamos. Anuario de estadísticas institucionales 2012. Lima: Indecopi; 2013. p. 28.
5. Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual. Reclamos. Anuario estadístico institucional 2013. Lima: indecopi; 2014. p. 27.
6. Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual. Reclamos. Anuario estadístico institucional 2014. Lima: indecopi; 2015. p. 26.
7. Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual. Reclamos. Anuario de estadísticas institucionales 2015. Lima: Indecopi; 2016. p. 24.

8. Rojas Bolívar D. Características de la población peruana que no busca atención médica por deficiencias de la calidad de atención en salud en el periodo 2005-2015 [Tesis]. Lima: UNMSM; 2016.
9. Defensoría del Pueblo. Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS): resultados de la supervisión nacional a hospitales. Lima: Defensoría del Pueblo; 2013: Informe defensorial N° 161.
10. Huamani C, Mayta-Tristán P. Producción científica peruana en medicina y redes de colaboración, análisis del Science Citation Index 2000-2009. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2010;27:315-25.
11. Yagui-Moscoso M, Oswaldo-Jave H, Curisínche-Rojas M, Gutiérrez C, Romani-Romani F. Análisis bibliométrico de la investigación sobre tuberculosis en el Perú: periodo 1981-2010. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2012;73:299-306.
12. Caballero P, Gutiérrez C, Rosell G, Yagui M, Alarcón J, Espinoza M, et al. Análisis bibliométrico de la producción científica sobre VIH/SIDA en el Perú 1985-2010. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2011;28:470-6.
13. Chrisman NJ. The health seeking process: An approach to the natural history of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1977;1(4):351-77.
14. Makary MA, Daniel M. Medical error the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;353.
15. Castro R. De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad. *Salud Colectiva*. 2016;12(1):71-83.
16. Hamui Sutton L, Fuentes García R, Aguirre Hernández R, Ramirez de la Roche O. Dimensiones epistemológicas, teóricoconceptuales y metodológicas en el estudio de la satisfacción. Expectativas y experiencias de los usuarios del sistema de salud en México: un estudio de satisfacción con la atención médica. México DF: Universidad Autónoma de México; 2013. p. 41.
17. De Souza Minayo MCE. La artesanía de la investigación cualitativa. Spinelli H, editor. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2009.
18. Anderson J. Tendiendo puentes: calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de servicios de salud. 2 ed. Lima: Manuela Ramos; 2004.
19. Ramírez Hita S. Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano. 2 ed. La Paz: OPS/OMS; 2010.
20. Ministerio de Salud. Dirección general de Salud de las Personas. Documento técnico: política nacional de calidad en salud (R.M. N° 727-2009/Minsa) / Ministerio de Salud. Lima: Minsa; 2009.
21. Ministerio de Salud. Normas técnicas de estándares de calidad para hospitales e institutos especializados. Lima: Ministerio de Salud; 2003.
22. Lazo Gonzales O. Documento técnico: " Sistema de gestión de calidad en salud, en el marco de la política nacional de calidad en salud, la descentralización y el aseguramiento universal en salud". Lima: Ministerio de Salud; 2010.
23. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. *Salud Pública de México*. 2011;53:s243-s54.
24. Lazo Gonzales O, Alcalde Rabanal J, Espinosa Henao O. Introducción. El sistema de salud en Perú: situación y desafíos. Lima: Colegio Médico del Perú; 2016. p. 13.
25. Sánchez-Moreno F. El sistema nacional de salud en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31(4):747-53.
26. Organización Mundial de la Salud. Anexo estadístico. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000 Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS 2000. p. 178.
27. Colegio Médico del Perú. Desactivación del IGSS significa el fracaso de la reforma de salud Lima: Colegio Médico del Perú; 2016 [updated 11 Nov 2016; cited 2016 10 Ene]. Available from: <http://cmp.org.pe/desactivacion-del-igss-significa-elfracasode-la-reforma-de-salud/>.
28. Colegio Médico del Perú. Colegio Médico rechaza desactivación de Escuela Nacional de Salud Pública Lima: Colegio Médico del Perú; 2017 [updated 4 Ene 2017; cited 2017 11 Ene]. Available from: <http://cmp.org.pe/colegio-medicorechaza-desactivacion-de-escuela-nacional-de-salud-publica/>.

29. Lazo Gonzales O, Alcalde Rabanal J, Espinosa Henao O. Financiamiento. El sistema de salud en Perú: situación y desafíos. Lima: Colegio Médico del Perú; 2016. p. 49.
30. Parodi Trece C. El gobierno de Alan García (2006-2011). Parte 2. Perú 1995-2012: cambios y continuidades. Lima: Universidad del Pacífico; 2016. p. 314-6.
31. Ministerio de Salud. Experiencias de planificación de los recursos humanos en salud, Peru 2007-2010. Lima: Ministerio de Salud, Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud; 2011. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud N° 10.
32. Ministerio de Salud, Dirección General de Planteamiento y Presupuesto, Unidad Funcional de Estudios Económicos en Salud. Cuentas nacionales de salud. Perú 1995-2012. Lima: Minsa; 2015.
33. Ministerio de Salud. Logros julio 2013-diciembre 2014. Seguro Integral de Salud (SIS) Informe anual julio 2013-diciembre 2014. Lima: Ministerio de Salud; 2015. p. 49.
34. Dayrit MM, Dolea C, Dreesch N. Abordando la crisis de los Recursos Humanos para la Salud: ¿Hasta dónde hemos llegado? ¿Qué podemos esperar lograr al 2015? Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011;28(2):327-36.
35. Organización Mundial de la Salud. Panorama general por la salud. Informe sobre la salud en el mundo 2006 - colaboremos por la salud. Ginebra: OMS; 2006. p. xviii.
36. Ministerio de Salud. Recursos humanos en el sector salud, Perú 2013. Compendio estadístico: Información de recursos humanos del sector salud, Perú 2013. Serie Recursos Humanos en Salud N° 16. Lima: Ministerio de Salud; 2014. p. 20.
37. Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud. Mapa de densidad de recursos humanos en salud por cada 10 mil habitantes: Organización Panamericana de la Salud; [cited 2016 11 Jul]. Available from: <http://www.observatoriorh.org/?q=node/242>.
38. Ministerio de Salud. Disponibilidad de médicos del Minsa y gobiernos regionales, Perú 2013. Compendio estadístico: Información de recursos humanos del sector salud, Perú 2013. Serie Recursos Humanos en Salud N° 16. Lima: Ministerio de Salud; 2014. p. 146-8.
39. Mayta-Tristán P, Poterico JA, Galán-Rodas E, Raa-Ortiz D. El requisito obligatorio del servicio social en salud del Perú: discriminatorio e inconstitucional. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(4):781-7.
40. Reyes E. El quehacer institucional. En nombre del Estado: servidores públicos en una microrred de salud en la costa rural del Perú. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2007.
41. Alva J, Verastegui G, Velasquez E, Pastor R, Moscoso B. Oferta y demanda de campos de práctica clínica para la formación de pregrado de estudiantes de ciencias de la salud en el Perú, 2005-2009. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011;28:194-201.
42. Arroyo J, Hartz J, Lau M. Los recursos humanos de salud en el Perú: segundo informe al país. Lima; 2011.
43. El Comercio. 10 universidades enseñan carreras de pregrado sin permiso Lima: El Comercio; 2016 [updated 29 Dic 2016; cited 2017 11 Ene]. Available from: <http://elcomercio.pe/sociedad/lima/diez-universidades-ensenan-carreras-pregradosin-permis-noticia-1956726>.
44. Valle R, Sánchez E, Perales A. Sintomatología depresiva y problemas relacionados al consumo de alcohol durante la formación académica de estudiantes de medicina. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(1):54-7.
45. Perales A, Alarcón J, Sánchez E, Arcaya MJ, Cortez E, Parhuana A, et al. Conducta suicida en estudiantes de medicina de una universidad nacional peruana. In: Bustamante Chávez I, Rivera Holguín M, Matos Retamozo L, editores. Violencia y trauma en el Perú Desafíos y respuestas. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2013. p. 105-13.
46. Huamaní C, Gutiérrez C, Mezones-Holguín E. Correlación y concordancia entre el examen nacional de medicina y el promedio ponderado universitario: análisis de la experiencia peruana en el periodo 2007-2009. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011;28(1):62-71.

47. El Comercio. Médicos acatan paro de 24 horas para exigir aumento de sueldo Lima: El Comercio; 2016 [updated 17 Feb 2016; cited 2017 11 Ene]. Available from: <http://elcomercio.pe/sociedad/lima/medicos-acatan-paro-24-horas-exigir-aumentosueldo- noticia-1879646>.
48. Organización Panamericana de la Salud. Impacto financiero de la emigración de médicos y enfermeras del área andina. Migración calificada en salud, impacto financiero, reconocimiento de títulos: retos y perspectivas en los países de la región andina. Lima: OPS; 2013. p. 105.
49. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Superintendencia Nacional de Migraciones, Organización Internacional para las Migraciones. Anexos: cuadros estadísticos. Perú: Estadísticas de emigración internacional de peruanos e inmigración de extranjeros 1990-2012. Lima: Organización Internacional para las Migraciones; 2013. p. 134.
50. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Final. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2014- EnSusalud 2014. Lima: Superintendencia Nacional de Salud Superintendencia Nacional de Salud; 2014.
51. Maticorena-Quevedo J, Beas R, Anduaga-Beramendi A, Mayta-Tristán P. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, EnSusalud 2014. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(2):241-7.
52. Quiroz A. Conspiraciones corruptas, 1990-2000. Historia de la corrupción en el Perú. Serie: Perú Problema, 38. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2013. p. 388.
53. Hussmann K. Resumen de los estudios de caso de país. Vulnerabilidades a la corrupción en el sector salud: perspectivas de América Latina en los sub-sistemas para los pobres (con un enfoque especial en el nivel sub-nacional). Panamá: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD; 2011. p. 65.
54. Gestion D. Fernando Zavala: Ex asesor de salud habría intentado sacar provecho del SIS Lima: *Diario Gestion*; 2016 [updated 2016-08-10; cited 2016 08-10]. Available from: <http://gestion.pe/politica/fernando-zavala-ex-asesor-saludhabria-intentado-sacar-provecho-sis-2171968>.
55. Patriau E. El ex consejero Moreno Chacón habría incurrido hasta en siete delitos Lima: *Grupo La República*; 2016 [updated 2016-10-10; cited 2016 10-10]. Available from: <http://larepublica.pe/impres/politica/810013-el-ex-consejeromoreno-chacon-habria-incurrido-hasta-en-siete-delitos>.
56. Lip C, Lazo O, Brito P. El trabajo médico en el Perú. Lima: Organización Panamericana de la Salud; 1990.
57. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting helath reform right. Oxford: Oxford University Press; 2002.
58. Soemantri D, Herrera C, Riquelme A. Measuring the educational environment in health professions studies: a systematic review. *Medical Teacher*. 2010;32(12):947-52.

Implementación de la política de calidad en salud: cambio o ... más de lo mismo

David Gordillo-Inostroza y Lourdes Álvarez-Gasco

Introducción

La calidad de la atención de salud se construye tardíamente como problema público en los sistemas de salud, alcanzando su más clara expresión en los países del hemisferio norte, principalmente en EE. UU.^a y algunos países europeos,^b frecuentemente por el impulso de agencias intergubernamentales especializadas en salud. América Latina hace eco de este problema de manera tardía, pues la prioridad sanitaria de la mayor parte de los países latinoamericanos antes de la década de 1970 fue la ampliación de la cobertura sanitaria.

Las primeras iniciativas institucionales por mejorar la calidad de atención surgen en Brasil, seguidas luego por México y Colombia. Es importante recordar que en el Perú, recién a partir de la década de 1980 y por el impulso de la Organización Panamericana de la Salud, se promueve la incorporación de la acreditación hospitalaria como método de garantía de la calidad. Posiblemente este sea el hito inicial de un proceso sinuoso y complejo de incorporar la calidad de la atención en la agenda pública.

^a Tentativamente se puede identificar como hito fundacional la creación de la JCHA, a inicios de la década de los 50, a la actualidad Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ha constituido la *Agency for Healthcare Research and Quality*, (AHRQ).

^b El Reino Unido a través de una organización privada, la Fundación de la Salud, desarrolló la iniciativa *Quest Quality and Improved Performance* (QQuIP) dedicada al análisis de la política sobre la calidad y desempeño del Servicio Nacional de Salud, con base en evidencias.

Es posible constatar cómo la autoridad sanitaria nacional descuida por mucho tiempo la calidad como atributo fundamental de la atención y si bien existen diferentes reportes que dan cuenta implícitamente de la magnitud, profundidad e impacto social de este problema, es poco o nada lo que se hace al respecto. Al parecer se concibe la calidad como problema limitado al dominio privado, cuya solución queda librada a la decisión o la capacidad adquisitiva de las personas. Esta falsa premisa puede explicar la tardía y aun restringida preocupación por contar con una política de calidad que brinde orientación a su desarrollo en el sistema de salud y sus organizaciones, y defina su itinerario con metas concretas y evaluables.

El presente estudio pretende recuperar y analizar el proceso de formación de la política de calidad en el país, para colegir, a modo de síntesis, sus principales características y brindar algunas propuestas a fin de reorientar este proceso.

Calidad de la atención: difícil ingreso en la agenda sanitaria nacional

CALIDAD DE LA ATENCIÓN COMO PROBLEMA PÚBLICO

El tránsito que cursa la calidad de la atención para convertirse en problema público es complejo y prolongado. Es recién en la Síntesis Diagnóstica de la Situación del Sector, elaborada por el Ministerio de Salud (Minsa), en 1990, que la autoridad sanitaria señala con nitidez la existencia de "diferencias de calidad, cobertura, acceso y oportunidad en la atención de salud". Sin embargo, esta constatación no se tradujo en orientaciones ni objetivos específicos en el campo de la calidad.

ACREDITACIÓN DE HOSPITALES: ¿LA PRIMERA POLÍTICA DE CALIDAD?

En la década de 1990 se configura el Sistema de Acreditación de Hospitales, tras un prolongado periodo de generación de consensos entre las principales organizaciones de salud a través de un complejo proceso que puso a prueba el liderazgo sectorial y la capacidad de

negociación del Minsa. Visto en retrospectiva, resulta evidente que esta medida destinada a orientar el desarrollo de la calidad por el camino de su garantía -mediante la acreditación hospitalaria-, constituyó la primera propuesta de política pública en el campo de la calidad en salud.

PROYECTOS DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL: ¿MIL FLORES QUE FLORECEN?

Concurrentemente, desde mediados de la década de 1990 hasta fines de la primera década de presente siglo, diversas agencias de cooperación internacional mostraron su interés por cooperar en el desarrollo de propuestas de mejora de la calidad de la atención de salud en el Perú.

Esta cooperación se plasmó en diversos proyectos^c a través de los cuales se introdujeron modelos de intervención en calidad hasta entonces poco conocidos. Los resultados de su implementación suscitaron controversia, pues si bien ayudaron a visibilizar la gravedad del problema de la calidad y dieron a conocer la variedad de posibilidades de intervención frente a este, no aportaron en la construcción de una orientación para alcanzar un desarrollo sostenido sobre el tema. Por el contrario, la dispersión de iniciativas produjo frecuentemente confusión en el personal de los servicios de salud.

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD: ¿UNA POLÍTICA DE CALIDAD?

La nueva gestión gubernamental inaugurada el año 2000, buscando incorporar el enfoque sistémico en la gestión de la calidad, diseñó una propuesta de Sistema de Gestión de Calidad en Salud. Esta trató de mejorar la eficacia de las intervenciones en calidad adoptando el enfoque sistémico, aunque sin suscribir ninguno de los modelos de

^c Entre los proyectos son de resaltar los ejecutados por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (Usaid) a través de diversas agencias operadoras, tales como el Proyecto 2000 (1965-2000), Cobertura con Calidad (2000- 2005), Mejorando la atención de la salud materna (2004), también el componente de calidad del proyecto Iniciativa de Políticas de Salud (2008-2009).

sistemas internacionalmente difundidos.^d Es así que, en diciembre de 2001, se aprobó, mediante RM N.º 768-2001-SA/DM, el documento técnico denominado Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.⁽³⁾

Pese a que el documento presenta una primera propuesta de política de calidad en salud, es evidente que la principal decisión de esta era, justamente, adherir al enfoque sistémico. Finalmente, la iniciativa no pasó de ser una formulación teórica,^e pues el equipo de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) que lideró esta propuesta, se alejó de la actividad funcionaria. Lamentablemente, quienes continuaron en la gestión no tuvieron el mismo interés por impulsar este cambio.

CALIDAD EN ESSALUD

Como es de conocimiento público, Essalud desarrolla un comportamiento diferenciado frente a este y otros asuntos de la política de salud, lo que evidencia una notoria segmentación del sistema de salud. Durante la década de 1990, creó el Consejo Nacional de Calidad de la institución y la Oficina de Mejoramiento de Gestión y Procesos. Asimismo, implementó un Sistema de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud.

Posteriormente, en 2006, mediante Resolución de presidencia ejecutiva, aprobó cinco Lineamientos de Política del Sistema de Gestión de la Calidad, dirigidos a *"impulsar la mejora de la calidad de gestión y vigilar la calidad de las prestaciones y lograr el compromiso propio y de todos los trabajadores de la institución, precisando además su decisión por mejorar la calidad percibida, la calidad técnica y el entorno de la atención"*. Esta iniciativa constituye la primera formulación de política de calidad en una organización pública de salud.

^d En términos generales se conocen dos tipos de modelos normativos de sistemas de gestión de calidad: de un lado, los creados bajo el enfoque de la garantía de la calidad que tienen como paradigma a la familia ISO, de otro, los que surgieron como de premios internacionales que tienen como norte la excelencia, de allí que se les denomine modelos de la excelencia.

^e Esta formulación es frecuentemente invocada para dar legitimidad a cualquier narrativa sobre calidad "en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"

PLAN NACIONAL DE CALIDAD: PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

En junio de 2007, se conformó un grupo de trabajo organizado desde la Alta Dirección del Minsa, con la participación de funcionarios de la Dirección de Calidad de la DGSP y de la Defensoría de la Salud y Transparencia, con el objeto de elaborar la propuesta de Plan Nacional de Gestión de la Calidad. Este documento, aprobado por RM N.º 596-2007/Minsa, señala en su introducción, que “resulta necesario la elaboración e implementación de un Plan Nacional de Gestión de la Calidad que permita a través de un conjunto de actividades para operativizar el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad en cada una de las instituciones comprometidas con la atención de salud de la población...”. Adicionalmente, el plan define como su primer objetivo específico: “Incorporar e implementar políticas de calidad en los Lineamientos de Política del Sector y en los planes de Gestión Institucional (POI-PEI, otros) a todo nivel.”

El proceso de formulación de la Política Nacional de Calidad en Salud

ACTORES DEL PROCESO

Con frecuencia los procesos de formación de las políticas son promovidos por actores individuales o colectivos antes que por organizaciones. Uno de estos colectivos estuvo conformado por un grupo de profesores universitarios organizados en la unidad de Gestión de Calidad de la Facultad de Salud Pública y Administración de la UPCH, quienes impulsaron la gestión de la calidad utilizando el enfoque de programas de gestión de calidad. Este enfoque fue difundido a través de una propuesta académica *ad hoc*^f que pese a su corta duración, logró cierto impacto en el medio.

^f Se trata del Diploma en Gestión de la Calidad en Salud desarrollado por la UPCH, durante el año 2005.

Otro grupo de profesionales de la salud, la mayor parte médicos, fue convocado en 2007 por la Alta Dirección del Minsa, para diseñar e implementar el Plan Nacional de Calidad antes mencionado. Esta experiencia puede calificarse como una singularidad en el desarrollo de la calidad en el país, ya que contó con apoyo político del más alto nivel y por consiguiente, con los recursos necesarios para su implementación por lo menos durante su primer periodo.

No obstante, la constitución del actor y la propuesta por fuera de la estructura orgánica regular causó conflictos de poder y disputas por la administración de los recursos, dando lugar a su pronta disolución. Este colectivo realizó un conjunto de actividades a nivel nacional durante aproximadamente un año, luego fue desactivado como producto de las pugnas antes señaladas sin haberse evaluado su accionar. Pese a su corta duración vale reconocer que esta fue una de las pocas iniciativas surgidas dentro del Minsa que buscó implementar una propuesta coherente para el desarrollo de la calidad en salud.

En ambos casos se constata cómo se establece una interacción dinámica entre el actor y la propuesta que enarbola, de modo que en un sentido, la propuesta instituye al actor mientras que en el otro, el actor constituye la propuesta. Para el caso, la débil institucionalidad de los actores incide negativamente en la capacidad de construir e implementar propuestas de mayor solidez y sostenibilidad, dando pie a su pronta extinción.

Al definirse las prioridades de cooperación del proyecto Iniciativas de Políticas de Salud (HPI)⁹ con la DGSP del Minsa, en 2008, se acordó impulsar el proceso de formación de la política nacional de calidad en salud. Certeramente, se concibió la política de calidad como parte del "corpus" de la política de salud vigente, en consecuencia, una política que desplegase el quinto lineamiento de política de salud del Plan Nacional Concertado de Salud aprobado en 2007.

⁹ Proyecto financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de EE. UU.(Usaid).

Asimismo, se señaló la necesidad de ubicar este esfuerzo como parte de un itinerario que reconocía como hitos previos las formulaciones de política de calidad contenidas en los documentos del Sistema de Gestión de Calidad en Salud del Minsa, publicados en 2001 y 2007.

De este modo, bajo el liderazgo de la Dirección de Calidad (DC), se inició el proceso de formulación de la política nacional de calidad, mediante la convocatoria a un amplio y variado conjunto de actores representativos de la institucionalidad pública y la sociedad civil. Durante varios meses, apelando a diversos métodos tales como reuniones de debate, talleres de producción, acuerdos institucionales, entre otros, se fueron construyendo consensos.^h

La participación de los representantes de los órganos del Minsa fue poco motivadora y escasamente propositiva. A contraparte, los participantes que procedían de las Diresa, si bien no hacían gala de conocimiento respecto de los aspectos teóricos y metodológicos de las políticas, eran sumamente perspicaces e incisivos al analizar las diferentes aristas o perspectivas de los problemas de calidad de la atención que afrontaban a tiempo real.

Pese a la amplia presencia institucional, la representatividad de los participantes, así como su conocimiento y experiencia en el asunto eran limitadas, situación que se expresó durante el debate de las propuestas.

La DC del Minsa jugó el rol central en el proceso de formulación de la política, pero tan pronto como este culminó, se produjeron cambios en su conducción que comprometieron seriamente la implementación de las políticas formuladas, pues inclinaron la balanza de las decisiones políticas en un sentido diferente. En efecto, mientras la DGSP, a través

^h El Minsa estuvo representado por diferentes instancias, pero igualmente participaron entre otros: Essalud, Sanidades de FFAA y FFPP, Asociación de Clínicas Privadas, Defensoría del Pueblo, diferentes Diresa, Foro Salud, SIS, SEPS, Colegios Profesionales, Universidades (UNMSM, UPCH, UNFV, USMP), Entidades de la Cooperación Internacional (OPS, Usaid), las ONG (ADRA, Solaris, Pathfinder International) Proyectos de la Cooperación Internacional (Iniciativa de Políticas de Salud, Calidad en Salud, Vigía)

de la DC, estaba abocada en conducir el proceso, el Colegio Médico del Perú (CMP), importante actor de la política de salud, desarrollaba su propia estrategia de presencia política utilizando las banderas de la calidad. En 2008, el CMP crea el Comité de Calidad y Seguridad de la Atención como órgano asesor y, a través de él, propone la realización de la Campaña por la Calidad de la Atención y la Seguridad del Paciente. El Consejo Nacional de Salud, a instancias del CMP, hace suya esta campaña y la lanza en agosto de 2009.

En suma, en un mismo periodo se generan dos iniciativas paralelas por actores diferentes, que responden a concepciones e intencionalidades distintas aunque no contradictorias. Posiblemente, la acción conjunta entre ambos hubiese permitido alcanzar mejores resultados en favor de la calidad. La campaña perdió pronto su impulso inicial y se extinguió sin mayor trascendencia.

APROBACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD (PNCS)

La PNCS fue aprobada por RM N.º 727/Minsa, en 2009, tras un año de trámites administrativos. Usualmente, la adopción de una política se refiere al momento político en el que los decisores acogen la política como suya y expresan públicamente su convicción y compromiso con la implementación, de allí su importancia. En el Perú, este momento suele realizarse mediante un acto público de presentación.

La política de calidad partió con un hándicap, ya que este acto se realizó en ausencia del ministro de Salud o de cualquier otro representante de la Alta Dirección del Minsa,¹ creando algún desconcierto entre los participantes. En suma, no hubo un claro mensaje por parte de la autoridad sanitaria a las organizaciones de salud y a la población en general respecto de la relevancia de la calidad de la atención ni de la necesidad de bregar por ella por constituir un derecho.

¹ En misma fecha y hora del lanzamiento de las políticas, el ministro de Salud asistía a otro evento de mucho menor importancia.

¿Implementación de la Política de Calidad?

EL CONTEXTO DE LA IMPLEMENTACIÓN

El periodo de implementación estuvo signado por la puesta en marcha de un proceso de reforma del sistema de salud de corte liberal, que se inicia con la dación de la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud (AUS) en abril de 2009. Esta propuesta de reforma reconfigura actores y roles del sistema, creando nuevas agencias como la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud) que pasa a cumplir funciones sustantivas como entidad supervisora, entre otras, de la calidad de la atención.

Uno de los aspectos de mayor relevancia de la ley del AUS fue la incorporación de la calidad de la atención como garantía explícita y por lo tanto exigible como derecho.^j Esta condición pudo enriquecer la Política de Calidad y sus estrategias, pero al aprobarse luego de una prolongada demora, la propuesta de políticas no recogió este importante logro de la ley.^k

Según la Ley del AUS, la Superintendencia de Nacional de Salud (Susalud) es la entidad encargada de registrar, autorizar, supervisar y regular, las organizaciones aseguradoras (IAFAS) y proveedoras de servicios de salud (IPRESS). Entre sus funciones se señala supervisar a fin de velar por “la calidad, puntualidad, eficiencia y eficacia de la provisión de las prestaciones”.

Durante los años siguientes a la aprobación de la Ley del AUS, el Minsa dedicó sus mayores esfuerzos en su implementación, destinando la mayor parte de sus capacidades y recursos institucionales en desmedro

^j La Ley 29344. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, Artículo 13 a la letra dice “ El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables a intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean estas públicas, privadas o mixtas y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios”

^k Es de lamentar que el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) haya distorsionado y aun banalizado los estándares de calidad a ser garantizados.

de un conjunto de políticas destinadas a fortalecer la provisión de servicios de salud y mejorar sus niveles de aceptación por la población, hoy tan venida menos.

Justamente en esta orientación, en 2009 se promulga la Ley 29614, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud que modifica la Ley General de Salud, precisando y ampliando los derechos reconocidos por esta, aunque su reglamentación se produjo cinco años después.

La creación del Comité de Calidad de Consejo Nacional de Salud (CNS), en diciembre de 2008, puede ser interpretada como signo de la preocupación del CNS por la calidad de la atención y, por consiguiente, de la necesidad de incorporarlo a su agenda de análisis de política de salud.

¿HUBO REAL IMPLEMENTACIÓN?

En la presentación de los avances en la implementación de la política nacional de calidad realizada por el director de Calidad durante el periodo 2012, se revisa con detenimiento las cinco primeras decisiones de política contenidas en el documento, son aquellas formulaciones que tiene como grupo-objetivo a la autoridad sanitaria.

El funcionario no analiza las decisiones de política correspondientes a las organizaciones de salud ni a la ciudadanía, con ello, consciente o inconscientemente, se está eximiendo de responsabilidad respecto de estas decisiones, sin percatarse de que la política de calidad es una y comprende un conjunto de decisiones que con pretendida coherencia e integralidad busca abordar un problema público. Allí reside su potencial transformador.

Diversos actores consultados acerca de la implementación del proceso expresan posiciones bastante disímiles al respecto. El director de Calidad, que asume el cargo en 2009, coincidentemente con la aprobación de las políticas, valora la existencia de la política de calidad y manifiesta ser testigo del reconocimiento que logró el país por su formulación, en diferentes foros internacionales.

Respecto de la implementación, el doctor Luis García no se pronuncia directamente, aunque incide en los esfuerzos desplegados durante su gestión para implementar el Aval Ciudadano como un mecanismo novedoso de vigilancia ciudadana de la calidad de la atención principalmente en el norte del país.

En 2010, se elaboró una nueva propuesta de diseño e implementación del Sistema de Gestión de Calidad en Salud. Es menester precisar que la sexta decisión de la política de calidad tiene como estrategia central la "implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención de Salud".¹ Esta propuesta buscaba superar las limitaciones de la norma actualmente vigente y pese a que muchos directivos y funcionarios reconocen que significa un avance respecto de la versión actual, transcurridos cinco años de su elaboración no ha sido aprobada.

A su vez, el director de Calidad del Minsa durante el periodo 2011-2013, opinó que la formulación de la política de calidad requería ser actualizada a la luz de los cambios operados por la reforma. Identifica inconsistencias entre los objetivos de política y sus respectivas estrategias. No obstante, señala los esfuerzos realizados para su difusión e implementación a través de teleconferencias, capacitaciones y pasantías, a fin de inducir la puesta en marcha de la política, aunque esto se logró principalmente en algunos hospitales de Lima, de manera particular donde la "experiencia del responsable de calidad y su grado de conocimiento del tema facilitaron esta situación".

Legua también señaló que la incorporación de un ítem que valoraba la "realización de actividades de mejora de la calidad de la atención", como parte de los criterios de evaluación en los concursos de selección de directores de hospitales o cargos similares, constituyó un avance en la implementación de la política de calidad.

Asimismo, indicó como uno de los mayores obstáculos en la implementación, la permanente rotación del personal, las malas

¹ Minsa. Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud, RM N.º 727-2009/Minsa

condiciones laborales y la falta de incentivos. Todo ello ha producido desmotivación y pérdida de compromiso en los trabajadores de salud. La responsable de la Oficina de Calidad del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, entrevistada en 2015, reconoce la importancia de contar con políticas de calidad. No obstante, insiste en la necesidad de clarificar los “organismos que deben implementarlas, así como, los compromisos del Estado y las coordinaciones sectoriales necesarias para su ejecución”. Señaló que en el hospital donde labora se vienen realizando un conjunto de actividades para implementar los procesos de acreditación, auditoría, notificación de eventos adversos, capacitación, entre otros, con el apoyo de la Dirección General, pero sin mayor apoyo de instancias de nivel superior.

Respecto de la implementación de la política señaló que “en términos generales fue parcial ya que no se elaboró el plan de gestión ni los indicadores para su seguimiento”. Además, tampoco contó con recursos necesarios para las actividades programadas.

El jefe de la unidad de Calidad de una Diresa del sur del país afirmó que la política “se dio a conocer pero no se implementó” e indicó como causas de esta falta de implementación, el poco compromiso de los directivos de la Diresa y de los jefes de establecimientos, la alta rotación del escaso personal calificado y el desconocimiento de los procesos de calidad por la mayor parte del personal de salud.

El responsable de calidad de una de las redes de salud de Lima enfatizó en la “ausencia del financiamiento” como principal causa de la insuficiente implementación, sin embargo, señaló que se han realizado esfuerzos por avanzar en algunos aspectos contando para ello con el apoyo de las estrategias sanitarias que usualmente cuentan con recursos.

Consultada la coordinadora de la unidad de Gestión de la Calidad de un hospital de la Sanidad de las Fuerzas Policiales, esta manifiesta que desde el inicio percibió las políticas de calidad como “muy genéricas y no aterrizables” y soslayadamente reclama por la poca importancia que el desarrollo de la calidad tiene en su institución. Es así que señaló

que “no terminan de entender respecto de la importancia de la calidad de la atención” razón por la que “no se le otorga ninguna prioridad en la asignación de recursos.”

Entrevistada otra funcionaria jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad de un hospital de Lima precisa aquellos aspectos que se implementaron en su establecimiento y los medios utilizados “se han diseñado algunos instrumentos como la Lista de Chequeo de Cirugía Segura y la notificación de eventos adversos que hemos aplicado mediante directiva de la Dirección, también hemos elaborado nuestro plan de calidad”. Asimismo, indica que cuenta con el apoyo de la Dirección de su hospital, con lo que se facilita la implementación, pero percibe falta de voluntad política de los niveles de gestión superiores que considera importante.

Entrevistado el gerente de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención de Essalud durante el periodo 2014-2016, reconoció el avance que supuso contar con políticas de calidad, sin embargo, anota que su implementación se vio limitada pues “faltaron instrumentos de seguimiento”. Señala también que transcurrido un quinquenio de su aprobación requiere de actualización en diferentes aspectos “se requiere un nuevo modelo de Sistema de Gestión de Calidad en Salud”, “aun no contamos con una propuesta integral de la estrategia de seguridad del paciente”. Además, informa que su institución viene logrando avances parciales pero significativos en la implementación de la política sobre gestión de los riesgos derivados de la atención.

Hace además un señalamiento sugerente al decir “muchas actividades de calidad, como la Semana de la Calidad, se realizaban antes de la aprobación de las políticas” y se pregunta “en qué ha cambiado la situación con las políticas”.

Por lo tanto, cabe preguntarse si hubo un proceso consciente e intencionado de implementación de las políticas o simplemente una continuación de las actividades que se venían realizando de manera inercial y que hoy son presentadas como “nuevas iniciativas” en el marco de las políticas.

¿CÓMO PARTICIPARON OTROS ACTORES EN LA IMPLEMENTACIÓN?

Como se señaló, en 2008, se creó el Comité de Calidad del CNS que, como todo comité de carácter consultivo, se encargan del tratamiento puntual y especializado de los temas que les derive el CNS”, entre ellos el análisis de la propuesta de políticas en cuestión, pero de la información existente no se colige mayor interés por este asunto.

Los informes del funcionamiento de Comité de Calidad contenidos en las Memorias Anuales de CNS de 2009, dan cuenta del trabajo realizado siguiendo dos asuntos centrales: la PNCS y el monitoreo de la Campaña Nacional por la Calidad. Sin embargo, no se encuentra información sobre el resultado de estas acciones.

Durante el periodo 2010- 2012, el documento de Memoria señala que el Comité de Calidad elaboró la propuesta de un documento técnico destinado a promover el buen trato en la atención, denominado: “Promoviendo el buen trato en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud”. Igualmente, se informa sobre el monitoreo del proyecto Infecciones Zero. Merece especial mención la adecuación nacional de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura, iniciativa organizada desde el Comité de Calidad y Seguridad de la Atención del CMP, que mediante una acertada estrategia logró su aprobación.

Todo indica que durante este periodo hubo alguna preocupación por producir instrumentos de gestión de la calidad de diversa índole, aunque una vez más surge la interrogante si estos esfuerzos estaban destinados a facilitar la implementación de las políticas o respondían a una actitud inercial.

La sociedad civil, principalmente Forosalud, organización preocupada por la vigilancia del derecho a la salud y la atención con calidad, al parecer no valoró la oportunidad de liderar un movimiento por la calidad de la atención teniendo como base los planteamientos de la PNCS. Respecto de los colectivos que tuvieron un activo durante el periodo de formulación, no se conoce ninguna actividad relevante durante la implementación.

A MODO DE SÍNTESIS...Y PROPUESTAS

- La política de calidad definió objetivos y estrategias generales que era menester operacionalizar mediante metas e indicadores a ser cumplidos. También se requería diferenciar las políticas según los grupos-objetivo a los que iban destinadas para luego determinar los instrumentos pertinentes a su implementación.

Era indispensable elaborar y ejecutar el plan de implementación de la política. Este desafío está vigente y pendiente, aun al margen de la insoslayable necesidad de actualizar esta política.

- Cabe precisar que el diseño y modificación de normas e instrumentos en diversos ámbitos de la gestión de la calidad, no puede verse por sí misma como actividad de implementación^m de la política, en cuanto no responde a un esfuerzo consciente y sistemático orientado por los requerimientos de implementación de la política. Por el contrario, se trata usualmente de cumplir con ciertas rutinas burocráticas previamente establecidas.

Por ello, fue y sigue siendo necesario analizar la coherencia, pertinencia y suficiencia de las normas y demás instrumentos de gestión creados o por crearse, respecto de las políticas. Adicionalmente es insoslayable actualizar esta producción.

- De otro lado, era indispensable realizar una amplia campaña de difusión e inducción de la política, desarrollando mecanismos apropiados para cada grupo-objetivo, más aun si estamos frente a un sector complejo y segmentado y fragmentado. La información recabada da cuenta de que la difusión de las políticas de calidad fue parte de la agenda de trabajo de la Dirección de Calidad y las

^m Entre las principales figuran, la Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora (RM N.º 095-2012/Minsa), Documento Técnico: Metodología para el estudio del Clima Organizacional. (R.M. N.º 468-2011/Minsa), Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (R.M. N.º 527-2011/Minsa), Guía Técnica de Implementación de la Lista de verificación de Seguridad de la Cirugía.

organizaciones de salud en los años siguientes a su aprobación. Sin embargo, los documentos ponen en evidencia que estas actividades de difusión estuvieron dirigidas centralmente a los funcionarios y personal de las organizaciones de salud, en franco olvido de usuarios y la ciudadanía en general.

En consecuencia, pese al tiempo transcurrido es indispensable desarrollar una estrategia de difusión que abarque diferentes segmentos: decisores nacionales y regionales, funcionarios, personal de salud, los usuarios y la ciudadanía en general. Tarea relevante más aun en las actuales circunstancias en las que la atención de salud sufre un severo menoscabo. La difusión de la política de calidad como expresión de derecho debiese apuntar a colocar definitivamente a la calidad en la agenda político sanitaria del país.

- En lo concerniente a la asignación de recursos para el acompañamiento, monitoreo y la evaluación del cumplimiento, decisión explícita en el quinto enunciado de la política, se informa que no llegó concretarse. La Dirección de Calidad siguió recibiendo los exiguos fondos presupuestales de siempre, lo que imposibilita una apropiada implementación bajo cualquier escenario.

Mientras persista el errado concepto de que la inversión en calidad es sinónimo de inversión en recursos humanos, tecnología e infraestructura, poco se habrá avanzado. La inversión en calidad supone centralmente modificar la cultura de la organización, exige desarrollo de liderazgo, demanda de innovación, de apuesta por la mejora y perseverancia en los cambios, muchas veces de actuar a contracorriente. Todo ello requiere de incentivos, de asistencia técnica, de ejemplos que sirvan de émulo.

- Por su parte, la Dirección de Calidad, en su rol de agencia responsable de conducir el proceso de implementación de la política, atraviesa un periodo de progresivo detrimento de sus competencias técnicas, que junto a la acentuada falta de conducción ve amenazada su continuidad institucional. Cabe señalar que desde 2009 a la fecha

se han designado ocho directores de calidad y en los últimos años la mayor parte de su inicial equipo técnico ha migrado a otras unidades del ministerio.

Por consiguiente, resulta fundamental revertir tan crítica situación, es menester relegitimar la dirección dotándola de competencias, recursos y una renovada conducción acorde con las funciones que le compete realizar.

Referencias bibliográficas

1. Minsa. Dirección Técnica de Planificación Sectorial. Política Nacional de Salud 1985-2000, Principales Logros. 1990
2. Lazo O. Análisis/evaluación de la Política Nacional de Calidad en Salud. Informe de Consultoría solicitada por la Dirección General de Salud de las Personas del Minsa, 2015
3. Minsa. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, 2001
4. Essalud. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 391-PE-Essalud-2006
5. Minsa. Plan Nacional de Gestión de la Calidad. RM N° 596-2007/Minsa
6. Minsa Plan Nacional Concertado de Salud, 2007
7. Minsa. Política Nacional de Calidad en Salud
8. Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
9. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, Artículo 9° Numeral 3
10. Legua L. Avances en la implementación de la Política Nacional de Calidad en Salud. Lima 2012.
11. Entrevista al Dr. Luis García Corcuera, Ex Director de la Dirección de Calidad en Salud
12. Parsalud II: Documento Técnico “Sistema de Gestión de Calidad en salud, en el marco de la política nacional de calidad en salud, la descentralización y el aseguramiento universal en salud”. En: http://www.parsalud.gob.pe/asistencia_tecnica/fortaServicio/Gestion_Calidad/Gestion_CalidadenSalud.pdf
13. Entrevista al Dr. Luis Legua García. Exdirector de la Dirección de Calidad en Salud
14. Entrevista a la Dra. Marisol Egúsquiza. Jefe de la Oficina de Calidad. Hospital Nacional Arzobispo Loayza
15. Entrevista al Dr. Álvaro Santivañez Pimentel.
16. <http://www.minsa.gob.pe/cns/index.asp?op=9#Comités Nacionales>
17. http://www.minsa.gob.pe/cns/Archivos/publicaciones/CNS_Memoria2009.pdf
18. http://www.minsa.gob.pe/cns/Archivos/publicaciones/Memoria_anual_MINSA2010_web.pdf, <http://www.minsa.gob.pe/cns/Archivos/publicaciones/MemoriaAnual2011.pdf>, <http://www.minsa.gob.pe/cns/Archivos/publicaciones/MemoriaAnual2012.pdf>

Calidad en salud en el Perú: ¿política pública?

10

Oswaldo Lazo-Gonzales

Introducción

La preocupación por la calidad de la atención en el Perú reviste un carácter ambivalente, probablemente debido a que en su abordaje subyace un punto de vista dominante en el sector médico, según el cual las intervenciones por el control y la mejora de la calidad son prescindibles ya que la atención la incorpora como “característica natural” y, por ende, es sustancial a toda intervención sanitaria, luego se volverá sobre el punto. Esta concepción, entre otras razones, postergó la incorporación de la calidad en la agenda sanitaria nacional, y aun cuando comienza a tener presencia, esta es meramente formal. En consecuencia, no es raro encontrar propuestas de política de salud que postulan la relevancia de la calidad de la atención,^a sin embargo, usualmente no van acompañadas de estrategias, métodos y técnicas concretas ni de los recursos necesarios para su implementación. Este divorcio entre los postulados y la acción debilitó el discurso sobre calidad y lo tornó vacío e inoperante. Baste recordar que recién el año 2000 se crea una instancia en la estructura orgánica de la Dirección General de Salud de las Personas que tiene como función el desarrollo técnico y normativo de la calidad.

^a Lineamientos de Política Sectorial 2002-2012 señalan a la “calidad de la atención como derecho ciudadano” como principio que sustenta la política de salud.

Inicio lento e incierto

Las primeras intervenciones institucionales y diferenciadas en pro de la calidad de la atención en el Perú se producen a inicios de década de 1990, gracias a la activa campaña de difusión de las tecnologías de acreditación hospitalaria realizada por la OPS, bajo la coordinación del experto internacional Humberto Moraes Novaes (Moraes, 1993). El país, aunque de manera tardía, se incorpora a este movimiento en 1993, cuando se conforma la Comisión Interinstitucional Sectorial de Acreditación de Hospitales (CISAH), luego en 1995 se constituye el Sistema Nacional de Acreditación de Hospitales. El Ministerio de Salud puso sus mayores esfuerzos en esta tarea, que, sin duda, constituye el primer hito para la construcción de una política pública en el campo de la calidad de la atención. En torno a su formulación se conformó una arena política amplia y heterogénea con la presencia de los más importantes actores sectoriales además del Colegio Médico y la Asociación Peruana de Hospitales (Guardia, 1966). Se generó un amplio consenso entre los actores sobre la necesidad de adoptar esta política, se definió su carácter opcional sujetando su desarrollo a ciertos incentivos que buscaban de manera indirecta generar cambios en el comportamiento de los agentes como corresponde a las políticas procedimentales (Howlett, 2008). Luego, al dilucidarse los instrumentos de implementación se expresó el juego de intereses entre los actores de mayor presencia: el Minsa y el seguro social, situación que prolongó el proceso durante varios años.

Sin embargo, la implementación de esta política, debido a su carácter opcional, estuvo sujeta a la oferta de incentivos que no lograron inducir en las organizaciones de salud, comportamientos en favor de la acreditación, razón por la cual, años después, la Dirección Ejecutiva de Calidad reconoció que “no se lograron los resultados esperados” (Minsa, 2003). Este proceso, pese a sus limitaciones, puso a prueba la capacidad rectora del Minsa lográndose construir un transitorio liderazgo sectorial

^b Durante la vigencia del Sistema de Acreditación Hospitalaria se capacitaron y certificaron a 300 evaluadores externos y a siete instancias acreditadoras, sin embargo, para 2002 en nueve hospitales acreditados: cinco clínicas privadas, el hospital de la Fuerza Aérea del Perú y tres hospitales de la seguridad social.

sobre el tema, que sirve de base para posteriores desarrollos en calidad.^b Durante el periodo se logró calificar personal especializado en este asunto que dará sustento a la creación de la Dirección de Acreditación y Garantía de Calidad, años más tarde.

LA CALIDAD DESDE FUERA DE LOS SERVICIOS

Durante este mismo decenio y luego de reinsertarse al mercado financiero internacional, el estado se tornó elegible para un conjunto de préstamos de las agencias financieras multilaterales y sujeto de cooperación bilateral. Estos recursos no regulares se constituyeron en proyectos para el desarrollo de reforma del sistema de salud y el fortalecimiento del frágil aparato prestador público, luego de un prolongado periodo de crisis. Pese a que no hubo evidencia empírica de calidad de la atención provista en los servicios públicos de salud, los organismos cooperantes asumen que esta constituye un problema sustantivo y se embarcan en un conjunto de proyectos que incluyeron líneas de intervención en calidad, cuando no estuvieron dedicados exclusivamente al desarrollo de este campo.

Estos proyectos, gracias a sus condiciones de financiamiento, se organizaron al margen de la institucionalidad del Minsa, gozando de un amplio grado de autonomía técnico-normativa, administrativa y financiera, lo que les permitió definir libremente sus objetivos, modelos y ámbitos de intervención. Dentro de los organismos cooperantes sobresalió la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (Usaid) que brindó cooperación técnica y financiera a la ejecución del Proyecto 2000, a través del cual se desarrolló un extenso componente de intervención en calidad materno-infantil denominado Programa de Capacitación Materno Infantil (PCMI), entre otros (Lanata, 2002). Por su parte, el Banco Mundial financió mediante un préstamo, el Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB) que incluyó un componente de Mejoramiento y Garantía de Calidad en el Primer Nivel de Atención. De igual manera, la Cooperación Técnica Alemana (GTZ) promovió el desarrollo del Proyecto Mejora de Servicios de Salud. Situación similar aconteció con el Programa de Salud Básica para Todos y el de Salud Reproductiva que, pese a ser intervenciones regulares del Minsa con

financiamiento público, organizaron actividades en el campo de la calidad al margen de los cauces institucionales.

Este conjunto de iniciativas aportaron innovación, implementando nuevos modelos de intervención principalmente bajo el enfoque de la mejora de la calidad que hasta ese momento no había logrado presencia en el ámbito sanitario. Estos proyectos recurrieron a propios métodos e instrumentos, creativas modalidades de capacitación, asistencia técnica e intercambio de experiencias, así como el establecimiento de incentivos que facilitaron su desarrollo en diferentes regiones del país.

Aunque de otro lado, es necesario reconocer que se estableció tempranamente una relación conflictiva entre los equipos ejecutores de los proyectos que actuaron bajo la racionalidad de “cooperantes” que actúan desde fuera de los servicios, frecuentemente reacios a reconocer su difícil realidad, así como a y supeditarse a la institución y sus normas. Esta tensión permaneció irresuelta ocasionando la desinstitucionalización con la consecuente falta de sostenibilidad de estas valiosas experiencias, que se extinguieron al culminar los proyectos que las originaron.^c Adicionalmente, la multiplicidad de experiencias, muchas veces autorrefenciadas, ausencia de una política de calidad que oriente su desarrollo y la falta de espacios de concertación, intercambio y mutuo enriquecimiento entre ellas, ocasionó fragmentación, dispersión y confusión entre el personal de salud que implementaba las acciones, pues no llega a asimilar la diversidad de métodos, técnicas e instrumentos que ofertan estas experiencias, más aun cuando cuentan con pocas orientaciones y criterios para discernir entre ellos.

La situación brevemente presentada marca la última década del siglo pasado, y expresa la falta de rectoría del Estado en el campo de la salud, que va de la mano con el progresivo abandono del derecho a la

^c A modo de ejemplo vale señalar que el desarrolló estándares básicos para la calidad de la atención materno perinatal instrumentos con los que “acreditó” 80 servicios materno perinatales hospitalarios en 1998, el monitoreo realizado dos años después encontró que solo 12 de esos hospitales mantenían el cumplimiento de esos estándares

Tabla 1. Resultados y causas

Resultados	Causas
<ul style="list-style-type: none"> ● Segmentación sectorial ● Fragmentación institucional 	<p>Ausencia de Política de calidad</p> <p>Falta de conducción y concertación estratégica sectorial del desarrollo de la calidad</p> <p>Débil y escaso consenso y coordinación de actividades institucionales por la calidad.</p> <p>Ineficiencia en la utilización de los escasos recursos organizacionales asignados a las acciones de calidad</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Modelos y estrategias de intervención en calidad, diversos y autorreferenciados 	<p>Desintegración, dispersión y confusión en los niveles ejecutores</p> <p>Exclusión y discriminación de áreas de atención y de ámbitos geográficos</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Desinstitucionalización 	<p>Debilitamiento de los órganos técnico-normativos del Minsa</p> <p>Falta de sostenibilidad</p>

salud con calidad a la par que cobra creciente hegemonía el modelo de mercado en la atención de la salud. En esta orientación, cabe recordar la incisiva presencia de los organismos financieros internacionales, principalmente el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, que pretendieron sin mucho éxito en ese momento, promover una reforma del sistema de salud de corte neoliberal, aunque en lo referente a la privatización parcial del seguro social en salud, si lograron su cometido. Tabla 1.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN OTRAS ORGANIZACIONES DEL SECTOR

A la par, otras organizaciones de salud del sector pusieron en marcha propuestas en favor de la calidad de la atención. El Instituto Peruano de Seguridad Social, actualmente Essalud, creó su Consejo Nacional de Calidad el 1994, posteriormente la Oficina de Mejoramiento de Gestión y Procesos y durante los últimos años de esta década implementó un extenso programa de mejoramiento continuo de la calidad, promoviendo la formación de círculos de calidad en los hospitales de su red prestadora, en todo el país. También en esta época los Institutos Militares y Policiales, a través de sus organismos de sanidad, iniciaron el desarrollo de actividades en este campo.

Por su parte el subsector privado, fundamentalmente los hospitales privados, desplegaron esfuerzos por dotarse de unidades de auditoría a fin de mejorar la calidad de la atención, aunque asumida fundamentalmente como estrategia de control de costos, condición usualmente exigida por las empresas aseguradoras.

Iniciando el siglo XXI

Con el retorno a la democracia a inicios de la primera década del siglo, se insinúan cambios positivos en la escena sanitaria. Los primeros gobiernos muestran preocupación por recuperar el quehacer sanitario a la vida democrática, se produce el desmontaje de programas especiales y otras actividades irregulares que operaron durante el periodo. Se abre un periodo de reconstrucción del gobierno, en el sector se hacen presentes nuevos actores y la sociedad civil irrumpe con voz propia a través de diferentes expresiones organizativas entre las que sobresale el Foro Salud.

La escena sanitaria de esta década esta signada por la gradual institucionalización y fortalecimiento del seguro público (SIS), conformado sobre la base del Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil implementados durante el periodo anterior. Se inicia el proceso de descentralización política con enormes implicancias sobre la configuración del subsector público en salud. La Ley de Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud genera expectativas en algunos actores que ven en la creación de los Consejos de Salud un instrumento para avanzar hacia un modelo de gobernanza democrática.

Durante este periodo la cooperación internacional, principalmente la americana, promovió y financió proyectos destinados a la conformación de grupos de tecnócratas en el campo de la salud,^d encargados de diseñar propuestas para una reforma sanitaria bajo el enfoque neoliberal ya dominante a nivel mundial.^e Circunstancias

^d Cabe distinguir esta capa tecnocrática del sanitarista tradicional y moderno, debido a las importantes diferencias ideológicas, conceptuales y estratégicas, existentes entre ellos.

varias crearon una ventana de oportunidad donde coincidieron tanto la antigua aspiración de llevar adelante la reforma del sistema de salud como respuesta a la demanda social por más y mejor salud y expresada en múltiples foros de opinión; la propuesta tecnocrática de enfoque liberal; y un gobierno liberal que la suscribe probablemente como un mecanismo de impulso al mercado privado de la salud. La decisión pública se formaliza mediante la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud-AUS (Perú, 2009) que busca la expansión del capital financiero en el sector salud a través del afianzamiento del mercado de seguros, a la par consagra y perpetúa la segmentación del sistema de salud.

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD: GESTIÓN SISTÉMICA DE LA CALIDAD

El año 2000, con la creación de la Dirección de Acreditación y Garantía de Calidad se produce un avance organizacional aunque con clara connotación política. Luego tomaría la condición de Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud (DECS). La sola existencia de un órgano especializado da mayor visibilidad e influencia al accionar del Minsa en calidad, por lo menos en el ámbito institucional y también en el sectorial. Este logro es producto del esfuerzo de los primeros equipos de gestión de calidad del Ministerio que a fuerza de perseverancia, van logrando la incremental aunque mediatizada incorporación de la calidad en la agenda sanitaria. En los primeros años de la década culminan los proyectos de intervención en calidad iniciados durante el periodo anterior, sin embargo, muchas de estas valiosas experiencias no lograron incorporarse al acervo institucional en parte, por la tensión instalada entre los responsables de los proyectos y la Dirección de Calidad, pero también se debe tener en cuenta las dificultades que atravesaba la Dirección para construir su propia agenda, habida cuenta de los escasos recursos que se le asigna.

^e Para una revisión de estrategia de globalización de la política de salud, léase: Lee K. y Godman H. *Global policy networks: the propagation of health care financing reform since the 1980s*. En *Health Policy in Globalising World*

En 2001 al iniciarse la nueva gestión ministerial, los funcionarios de la DGSP, producto del balance de lo acaecido durante el periodo anterior, concluyen señalando la necesidad de un cambio sustantivo en la orientación para el desarrollo de la calidad, que recogiendo la profusión de experiencias previas, revirtiese sus principales problemas: fragmentación, dispersión y carencia de institucionalidad. Esto explica el surgimiento de la propuesta de incorporar el enfoque de la gestión sistémica de la calidad,^f implementando un sistema de gestión de la calidad en salud que incorporase los avances conceptuales y metodológicos de la gestión de la calidad adaptados a la realidad de la atención sanitaria y al contexto nacional, tal como venía sucediendo en otros países latinoamericanos.⁹

El intento de implementar un sistema de gestión de calidad constituyó por sí solo, una política de calidad que aspiró a orientar claramente al conjunto de intervenciones, usualmente autoferenciadas, para constituir procesos de agregación de valor a la producción de un bien público como es la atención de la salud, tratando de generar interacciones y sinergias entre estos procesos. Desde una perspectiva política, con la creación del SGCS se pretende fortalecer el rol directivo del Minsa sobre la red prestacional pública administrada por el Ministerio de Salud y más tarde, junto a los gobiernos regionales, así como, su función de ejercer su debilitado rol rector en el campo de la calidad.

De esta manera, en diciembre de 2001 se oficializa el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (Minsa, 2001) que comprendía cuatro componentes, aunque hemos de interpretarlos como macroprocesos: planificación, organización, garantía y mejora, e información para la calidad. El componente de planificación define los objetivos, estrategias, planes y programas que orientan el desarrollo del sistema; el de organización precisa las estructuras organizativas para la calidad

^f Cabe precisar las etapas en el desarrollo de la gestión de la calidad en el sistema de salud: Inspección de la Calidad (1910), Control de la Calidad (1920), Garantía de Calidad (1940), Gestión de la Calidad Total (1950-60) y Gestión Sistémica de la Calidad (1987).

⁹ El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Colombia y el Sistema de la Calidad de México

en los diferentes niveles del sistema; el componente de garantía y mejora desarrolla las tecnologías para la implementación de procesos de mejora de la calidad en las organizaciones; y el de información integra los mecanismos de medición de la calidad y de escucha a los usuarios, como instrumentos para monitorizar los avances en la gestión de la calidad.

Es necesario poner de relieve que esta propuesta de SGCS contiene una pionera formulación de la política de calidad en salud y pese a que pasó casi desapercibida amerita una reflexión sobre su contenido, ya que señala directrices precisas respecto a los actores de mayor relevancia en el sistema político de la calidad de la atención: las personas (usuarios), los trabajadores (proveedores), las unidades prestadoras (organizaciones de salud), la sociedad y el Estado. En su diseño se observa la notoria influencia de los modelos sistémicos de gestión de la calidad para la producción de bienes y servicios universalmente extendidos, donde se pone el énfasis en la política organizacional usualmente decidida por la dirección de la organización, al margen de la naturaleza de la misma. Por lo tanto, esta política no es precisamente fruto de un proceso multiactoral de formación que caracteriza a la política pública (*policy making*), con el consecuente diálogo, negociación y construcción de consensos. No obstante, su contenido es de avanzada pues define con meridiana claridad a la salud como “derecho social que implica acceso adecuado y oportuno a la información para el cuidado de la salud y el derecho a la atención informada y consentida” (Minsa, 2001) y en igual medida señala los atributos que determinan la calidad de la atención, asumiendo una perspectiva moderna y ciudadana: oportunidad, eficacia, ética, no discriminación, entre otros; convoca a la construcción de la cultura de la calidad entre los trabajadores y propone la organización por procesos de las instituciones.

Sin embargo, la oficialización del SGCS no significó su adopción, punto de inicio para su implementación y que explica en buena parte las deficiencias de este proceso. Se identificaron diferentes razones, algunas de las cuales responden al contexto y las agencias encargadas de la implementación y otras que se deben a su propio contenido (Lazo, 2009). En el primer caso se pueden señalar las siguientes:

- La primera y más importante ya fue presentada. Hubo ausencia de voluntad política, esto es, de ejercer el poder de la autoridad para su adopción e implementación, por consiguiente, no se crean las condiciones organizativas, técnicas, ni de asignación de recursos, tampoco se dieron los arreglos institucionales al interior del ministerio y con las demás organizaciones del sector y la sociedad. Tal situación pone en evidencia que más allá de cierta formalidad, la calidad de la atención no lograba ingresar con contundencia en la agenda sanitaria, tal como lo corrobora la ausencia del plan de implementación. Esta situación generó desconcierto y escepticismo entre funcionarios, organizaciones de salud y otros actores interesados, respecto de las posibilidades de cambio.
- En ausencia de una estrategia de generación de capacidades para su implementación se pone al descubierto el insuficiente conocimiento y comprensión del enfoque de gestión sistémica de la calidad, que dio sustento teórico y metodológico a la propuesta del sistema, de manera que los implementadores optaron por seguir con el accionar rutinario y fragmentado de siempre, sin mayor orientación ni garantía de continuidad, presumiblemente urgidos por nuevas exigencias de la coyuntura, modas tecnológicas o afinidades personales.
- El contexto organizacional marcado por la inestabilidad de la plana funcionaria del ministerio en su conjunto y obviamente en la DGSP y de la DECS. Esta es una tradicional expresión de la carencia de institucionalidad del Estado.

Respecto de las limitaciones del contenido de la propuesta se pueden señalar los siguientes:

- La pretensión de otorgar alcance sectorial a la propuesta de sistema sin tomar conciencia de la marcada debilidad del Minsa para ejercer rectoría sobre el sector.
- El hecho de concebir la calidad de la atención como problema fundamentalmente organizacional, (de las organizaciones de

salud) olvidando su carácter social y por lo tanto la importancia de la participación ciudadana en su gestión y vigilancia.

- Se aprecia una preocupación enfática aunque no exclusiva por la calidad de la atención individual. Se hace escasa referencia respecto de la calidad de las intervenciones de salud pública.
- No precisa la manera como los procesos de calidad (producción de intervenciones destinadas al control y mejora de la calidad de la atención) agregan valor a los procesos de producción de la atención propiamente dichos.
- Igualmente, la propuesta de sistema no incorporó apropiadamente los enfoques de derecho, interculturalidad y género.

La colaboración técnica y financiera de Usaid a través de *Pathfinder Internacional* a partir del año 2001 en un Acuerdo Cooperativo, puso en marcha el Proyecto Mejorando la Salud de los Peruanos, enfocado la mejora de la calidad de los servicios en establecimientos de salud de primer y segundo nivel. Diversas actividades tuvieron lugar con funcionarios y autoridades del nivel central del Minsa y de las Diresa.

Durante los años siguientes se produjeron las normas e instrumentos para poner en marcha algunos de los procesos de la calidad, tales como auditoría y mejora continua y posteriormente acreditación y seguridad del paciente, entre otras.^h

La aprobación de la Norma Técnica de Acreditación N.º 050-Minsa/DGSP-V.02, en 2006, generó la expectativa que con su implementación se reanudaría en mejores condiciones técnicas y operativas el proceso precedente de acreditación hospitalaria. La norma vigente hace suyos algunos aspectos procedimentales presentes en la normativa anterior: autoevaluación como primera fase del proceso, la composición plural de las comisiones de acreditación, mecanismos de incentivación, entre

^h En 2006, se aprobó el “Manual para la Mejora Continua de la Calidad” y en 2007 el Documento Técnico “Estándares e indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los establecimientos de salud que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales” y la “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios de apoyo”.

otros. En lo referente a los aspectos técnicos de la norma, el Informe de Proyecto Mejorando la Salud de los Peruanos indica que “no obstante los progresos mencionados, la norma y el correspondiente Listado de Estándares de Acreditación fue resultado de un vasto, arduo y, por momentos, innecesario ejercicio de revisión matizada por discusiones teóricas e ideológicas lideradas por el Minsa, cuyo rol normativo es muchas veces paradójico en tanto que ante la ausencia de lineamientos de la carrera pública, seguirá vigente las decisiones de los funcionarios que anteponen sus criterios a las necesidades del país” (Informe: del Proyecto Mejorando la Salud de los Peruanos, 2007). Igualmente, se inicia la realización de la reunión anual de calidad, evento de intercambio, reconocimiento y premiación que reúne gran parte de las experiencias en mejora de la calidad a nivel nacional y que tiene exitosa permanencia.

En 2006, mediante RM N.º 519-2006/Minsa, se aprueba una nueva versión del documento del SGCS (Minsa, 2006), que busca de incorporar los cambios legales operados por la descentralización. Por lo tanto se tratan de establecer facultades diferenciadas entre los niveles de gobierno. Esta versión, entre otros aspectos, modifica la política de calidad, la cual pierde su carácter orientador y prescriptivo para convertirse en una serie de enunciados genéricos, algunos de ellos poco consistentes.

Seguramente el intento más estructurado y consistente de implementación del SGCS, aunque también bastante tardío, fue conducido por un equipo técnico coordinado por un asesor del Despacho del ministro de Salud, con la participación de la Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud y Dirección General de Defensoría de la Salud y Transparencia, al parecer en respuesta al notoriamente bajo nivel de desempeño alcanzado en esta área durante la evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública realizada en 2006. Este equipo formuló el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud, en julio de 2007, del cual es importante resaltar el primer objetivo específico que señala “Incorporar e implementar políticas de calidad en los Lineamientos de Política del Sector y en los planes de Gestión

Institucional (POI-PEI, otros) a todo nivel.” (Minsa, 2007) Desde el diseño del SGCS no existía una mención tan explícita y jerárquicamente importante a la política de calidad como la contenida en este documento.

El plan de carácter institucional, para un horizonte temporal de dos años (2007-2008) contiene estrategias operativas, un diseño organizacional de alcance nacional, y metas precisas sobre las que se elabora un modelo de monitoreo y evaluación y prevé ejecutar un presupuesto cercano a los tres y medio millones de soles. Su inicio fue bastante auspicioso pero hacia su segundo año los usuales cambios institucionales desestabilizaron al equipo, a lo que se agregaron restricciones presupuestales que a la postre determinaron su extinción.

Calidad en agenda político-sanitaria

El desarrollo científico y técnico de la calidad en salud es amplio y heterogéneo. Tempranamente las civilizaciones de la antigüedad forjaron claras normas que regulaban el comportamiento de los proveedores de atención, como aquellas incluidas en el Código de Hammurabi (2100 a.C), o las máximas hipocráticas que orientaban el ejercicio de la medicina en la Grecia Clásica (S. III a.C.).

La historia moderna registra experiencias señeras como las de Florence Nightingale, en el siglo XIX, luego Ernest Codman, en las primeras décadas del siglo pasado. Desde diferentes perspectivas centran su preocupación en el análisis de los procesos de atención y su relación con los resultados logrados, siendo los pioneros en proponer un conjunto de orientaciones y buenas prácticas tendientes a atenuar la variabilidad de los procesos y resultados de la atención. En este camino se ubican también Lee y Jones, entre otros. Estas orientaciones, se convierten prontamente en referentes de una buena atención y son promovidas por organizaciones internacionales en el campo de la salud y frecuentemente recogidas en la política pública de diversos países.

Posteriormente, un conjunto de académicos e investigadores contribuyeron al desarrollo y consolidación de la calidad asistencial, entre ellos, cabe especial mención al profesor Avedis Donabedian, médico e investigador acucioso cuyos aportes en aspectos conceptuales y técnicos, principalmente respecto de la evaluación de la calidad en las organizaciones de salud, son reconocidos internacionalmente. Asimismo, cabe destacar a Paul Lembcke, quien contribuyó a operativizar métricas con base a criterios uniformes, objetivos y comparables; a Mildred Morehead abocado a conocer las relaciones entre el hospital y aquellas características de los médicos que inciden en la calidad; y a John Williamson, quien focaliza su atención en la evaluación de resultados.

En las últimas décadas sobresalen los aportes de Donald Berwick pionero en incorporar los avances del enfoque de calidad total y mejora continua al campo de la salud y John Ovretveit quien enfatiza la necesidad de una perspectiva cultural en la aplicación de la tecnología de mejora; asimismo, los aportes de Brennan Leape y James Reason en el desarrollo de las estrategias de la seguridad de la atención, constituyen adquiridos invalorable. Estas realizaciones se conjugan con el amplio desarrollo teórico e instrumental sobre la calidad en la producción de bienes y servicios, logrado durante las últimas décadas y que tiene como figuras emblemáticas a E. Deming y J. Juran. A su vez, la OMS/OPS y los organismos internacionales interesados en el campo han generado múltiples foros, plataformas de difusión, bases de evidencia sobre análisis técnicos y económicos de intervenciones, educativos y de intercambio de experiencias en políticas de sistemas y servicios de salud y particularmente sobre calidad de la atención.

Resulta inexplicable que existiendo tan amplio bagaje de conocimientos, métodos e instrumentos a nivel mundial que podrían informar con suficiente evidencia la toma decisiones públicas destinadas a mejorar la calidad de la atención, los logros tangibles en el Perú sean tan escasos. La paradójica situación desmitifica el supuesto según el cual la política es resultado de un proceso de análisis de opciones de intervención con base en el conocimiento, sobre las cuales el decisor toma una decisión básicamente racional.

La formación de la política de calidad de la atención puede ser mejor comprendida asumiendo un enfoque incrementalistaⁱ donde se operan pequeños y graduales cambios que se producen en medio de la tensión entre actores (fuerzas) que consciente o inconscientemente intervienen unos por conservar el *statu quo*, en tanto favorece a sus intereses, y otros que buscan modificarlo por similares razones, apelando al supuesto de que los cambios devienen en una mejor situación. Para ello promueven la apertura de “ventanas de oportunidad” que ponga en agenda los cambios propuestos e interrumpa el equilibrio en favor de su adopción. Mientras ello no sucede es obvio que la tensión se resuelve a favor de las fuerzas que buscan conservar el estatus.^j

En el primer grupo de fuerzas, se ubican actores poco cercanos entre sí, en el espectro socio sanitario, aunque para efectos de la política desarrollen comportamientos afines. En primer término, un amplio sector de proveedores de la atención, fundamental aunque no exclusivamente médicos, que gozan de prestigio e influencia científica muchas veces reforzada por su membresía en asociaciones especializadas, para quienes la calidad es característica inherente a la atención, por lo tanto, es condición natural y no obstante puede y debe mejorarse con el acceso a la tecnología moderna. Este pensamiento, hegemónico en el mundo de la atención, se estructura como característica de la cultura de las organizaciones de salud, públicas y privadas, constituidas por proveedores centrales de la atención y difusoras de este paradigma de calidad. En segunda instancia, la población en sus diferentes segmentos sociales, que por lo general tiene baja expectativa por la calidad de la atención que demanda, más aun si se trata de poblaciones de menores recursos, que, por consiguiente, accede a proveedores poco preocupados en garantizar la calidad de sus servicios. En consecuencia, los criterios poblacionales para evaluar la calidad de la atención recibida son limitados. Tras este

ⁱ Nos referimos al modelo incremental de formación de políticas desarrollando por Lindblom, C. (1959 [2007]). La ciencia de “salir del paso”.

^j El modelo de Equilibrio Interrumpido (*Punctuated equilibrium*) es visto como complementario al incrementalista y fue adaptado a la política pública por Baumgartner y Jones.

comportamiento social subyace un restringido ejercicio de ciudadanía que no logra concebir la atención de la salud con calidad como un derecho, por el contrario, las personas muchas veces se perciben favorecidas por acciones benefactoras sobre las que, obviamente, no les asiste la posibilidad de exigencia, reclamo o queja. Pero además, esta población es sometida permanentemente a la propaganda de las instituciones prestadoras de salud que a través de medios de comunicación u otros mecanismos de información, difunden el pensamiento paradigmático visto previamente, con lo que a la pobre expectativa se añade la distorsión que los lleva concebir la calidad como uso masivo de tecnologías de diagnóstico y tratamiento, más suntuosidad en la atención.

De otro lado, entre quienes perciben la necesidad de cambios se ubica un variopinto grupo de actores, entre ellos, organismos de la cooperación internacional, grupos de interés de la sociedad civil, principalmente aquellos que abogan por las causas de mujer y la niñez, grupos de sanitaristas provenientes principalmente de la academia y muchos funcionarios y tecnócratas de salud. Lamentablemente, su actuación es fragmentada debido a su incapacidad de superar sus diferencias y construir colectivos institucionales que formulen propuestas con la rigurosidad y solidez necesaria para incidir en la agenda sanitaria y forzar un quiebre en el estado de las cosas. Cabe hacer un señalamiento especial al pobre desempeño de las universidades en este campo, cuya presencia se limita a ocasionales actividades de capacitación de postgrado y en muy contadas oportunidades a la producción de algunas publicaciones. De allí la carencia de conocimiento de la calidad genuinamente nacional y pertinente con nuestro desarrollo sanitario y patrones culturales, que no se suple realizando eventos internacionales, más allá de su importancia. Obviamente esta situación explica la escasa incidencia política para mejorar la calidad de la atención.

Finalmente, el conjunto de agencias públicas que en su rol de decisores e implementadores debieron adoptar tempranamente políticas de calidad, emitir las normas y demás instrumentos para su

implementación, supervisando y evaluado su operación y organizando estrategias de coordinación sectorial y social a fin de construir los más amplios consensos en pro de la calidad, entre otras acciones; lamentablemente su fragilidad institucional manifiesta principalmente en baja visibilidad política y social, la inestabilidad de sus funcionarios, las escasas competencias técnicas y exiguos recursos que atentaron permanentemente contra su adecuado desempeño.

Este panorama, dificultó la posibilidad de forzar una ventana de oportunidad que rompa la inercia que haga posible cambios significativos, por lo tanto el equilibrio que se expresa en un *statu quo* prácticamente inalterable.

POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD: UNA VENTANA DE OPORTUNIDAD

Reconfiguración del contexto sanitario

La escena sanitaria en campo de la calidad desde inicios de la década, incuba nuevos actores que bajo diferentes formas expresan la necesidad de diseñar e implementar nuevos cambios. No se trataba solamente de la aplicación de nuevos métodos de intervención muchas veces indispensables, se requería reanudar el camino abierto por el pensamiento integrador y sistémico en calidad, aquel que en su momento intentó producir cambios mediante el SGCS, con relativamente poco éxito. El SGCS se había transformado en una visión icónica al cual se hace referencias genéricas para seguidamente seguir haciendo más de lo mismo. Suena anecdótico que muchas presentaciones oficiales sobre calidad de la atención comenzasen con la frase “en el marco del sistema de gestión de calidad” para luego proseguir con las actividades rutinarias.

Las reuniones anuales de calidad que tomaron la denominación de Semana de la Calidad y que congregan a cientos de profesionales de la salud responsables de las actividades de calidad en las unidades de calidad de las Diresa, redes y los establecimiento públicos del país,

facilitó no solo el intercambio de experiencias y aprendizaje colectivo que culminaba en la premiación de las mejores, sino que sobre todo constituyeron a espacios de reflexión y cuestionamiento, incentivados por presentaciones de ponentes nacionales e internacionales. Gran parte de los participantes transmitían interés, compromiso y dedicación a la calidad, pero con igual énfasis señalaban que los resultados alcanzados no se correspondían con los esfuerzos realizados; era necesario construir un mismo norte.

A la par, otros actores dentro del Minsa portaban esta misma percepción, sin embargo, quienes la expresaron con más claridad fueron los miembros del equipo convocado para el diseño e implementación del Plan de Calidad. La mayor parte de ellos salubristas y funcionarios del ministerio, motivados por formular nuevas propuestas que propiciasen los cambios requeridos para mejorar la calidad.

Desde la cooperación internacional no existía una concepción unívoca. Bien sabemos que la autocrítica no es la mayor de sus virtudes, no obstante hubo sectores que comprendiendo los desafíos de la etapa, principalmente quienes implementaban proyectos de fortalecimiento de los espacios sanitarios subregionales (Diresa, Redes, Consejos Regionales de Salud, actividad sanitaria de los gobiernos locales) y se sentían urgidos a aportar en el diseño e implementación de sistema regionales de salud de los cuales la calidad era un componente sustancial. Obviamente la visión icónica del SGCS era totalmente insuficiente para orientar la gestión de calidad a tiempo real. Esta situación se expresó en las conversaciones con los funcionarios de la Dirección de Calidad que coincidieron en mostrar similares preocupaciones. Igualmente, el Colegio Médico, en una decisión altamente significativa, crea el Comité de Calidad y Seguridad de la Atención, como un órgano asesor especializado.

Aparentemente, se constata coincidencias de diversos actores dispuestos a movilizarse en pro de la calidad, aunque con intereses no siempre similares: la disposición y dedicación de muchos trabajadores de salud en diferentes regiones del país, la preocupación de las

entidades cooperantes en estas regiones, los funcionarios de la Dirección de Calidad conscientes de la necesidad de impulsar nuevos cambios y el Colegio Médico con clara disposición de participación. Sin embargo, estas preocupaciones no logran permear a los niveles de decisión del Minsa debido en parte a que la Dirección de Calidad, órgano de línea de la DGSP no tiene la fuerza para ejercer incidencia política interna frente al Despacho Ministerial. Asimismo, la misma DGSP acompaña el proceso con escaso interés. Fueron tiempos donde el debate sobre el cambio en el modelo de financiamiento y la introducción del aseguramiento en sistema de salud se encontraba en centro de la escena político-sanitaria, concentrando la dedicación de la mayor parte autoridades y funcionarios del Minsa. En el fondo se estaba frente a propuestas de muy diferente calibre con enormes asimetrías en sus juegos de poder en favor de estos últimos como expresión de enormes intereses por expandir el mercado privado de la salud a cualquier costo.

De otro lado, se había reconfigurado el contexto político respecto de la calidad, varios actores coincidían en la necesidad de cambios aunque no necesariamente sobre el carácter de los mismos. Allí surgen las interrogantes: se trataba de recrear la propuesta de SGCS para hacerla viable y operativa o era necesario ir hacia las políticas de calidad a fin de construir colectivamente derroteros claros que orienten por igual a todos, que a la vez acojan la diferente naturaleza de las organizaciones de salud y que les permita definir sus propias estrategias e intervenciones. Luego de cierto discernimiento queda sentado que la política nacional de calidad sería una herramienta fundamental y prioritaria y que en su aplicación surgiría de inmediato la necesidad de revisar la propuesta del sistema. Para esta importante tarea se contaba con la capacidad técnica y experiencia para conducir el proceso de formulación con el rigor, amplitud y transparencia necesarios. Aun a sabiendas que la decisión política se mostraba esquiva, habría que construirla. La estrategia consistió en utilizar el proceso como espacio para ganar progresivamente la decisión de los mayores decisores sectoriales. Una vez más habría que forzar la apertura de una ventana de oportunidad.

El contexto sanitario mostraba la intención de formular una propuesta de planificación, al parecer, más que por genuina decisión de los decisores del sector y demás actores socio-sanitarios, por un sector de la cooperación internacional empeñado en cobrar presencia y al que se sumaron otros actores. En consecuencia durante el periodo 2006-2007 se desarrolló el proceso dirigido a formular el Plan Nacional Concertado de Salud (Minsa, 2007), finalmente aprobado en julio de 2007. El Plan en cuestión señala a la calidad como uno de sus principios y define su quinto lineamiento de política como el “mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud con calidad”. Asimismo, hace una breve y final referencia a la calidad reduciéndola a la mejora continua. En cualquier caso, este lineamiento facilitó la inserción del proceso de formación de la política pública en calidad en la política nacional de salud, entendida como el despliegue de un lineamiento general.

El proceso de formulación de la política nacional de calidad en salud

La formación de la política pública (Minsa/DGSP/DCS, 2009) supuso un primer momento de coordinación y acuerdos entre los agentes sectoriales de mayor importancia: la DGSP/DCS en representación de la autoridad sanitaria, los representantes de Essalud, Fuerzas Armadas, Fuerza Policiales y el Sector Privado a través de la Asociación de Clínicas Privadas. Los acuerdos versaron sobre los fines, carácter, alcance, métodos y fases para la realización del proceso, según señala el informe que da cuenta del proceso. (DCS, 2009).

Durante el proceso hubo una amplia y representativa participación de los actores de la escena sanitaria^k aunque, como se analizará luego,

^k Además del Minsa, representado por diferentes órganos, participaron, entre otros, Essalud, Sanidades de FFAA y FFPP, Asociación de Clínicas Privadas, Defensoría del Pueblo, diferentes Diresa, Foro Salud, SIS, SEPS, colegios profesionales (Médico, Enfermeros, Obstetras), Universidades (UNMSM, UPCH, UNFV, USMP), Entidades de la Cooperación Internacional (OPS, Usaid), OGN (ADRA, Solaris, Pathfinder International) Proyectos de la Cooperación (Iniciativa de Políticas de Salud, Calidad en Salud, Vígja)

hubo escasa capacidad propositiva, bajo nivel de participación en los debates y limitada representatividad, escasa experiencia y baja capacidad de decisión de muchos de los representantes, aunado al poco interés y preocupación sea para implementar o para hacer el seguimiento a acuerdos. Esta situación obliga a los conductores del proceso a reforzar esfuerzos para garantizar continuidad del proceso teniendo que cumplir durante el mismo múltiples roles: organizadores, inductores, capacitadores, etc.

Avances y limitaciones en su implementación

Como señala G. Walt, (1994), diversos autores conciben el proceso de formación de la política que culmina con la formulación, como el momento de creatividad, juego político y de despliegue intelectual de actores y asesores, mientras la implementación, se percibe como algo administrativo. Usualmente, se ve a los encargados de la implementación como meros administradores de políticas que vienen de arriba a abajo, cuando en la realidad es un espacio que puede recrear muchas veces de manera sustancial esta política. Es sin duda un proceso donde se puede cambiar la forma de implementación, o hasta redefinir los objetivos de las políticas porque están más cerca del problema y de la situación local. Por lo tanto, debe concebirse como un proceso mucho más interactivo, marcado igual por la negociación y el acuerdo.

ADOPCIÓN DE LA POLÍTICA

Una vez aprobada la política de calidad de la atención, acto mediante el cual se cumple con una formalidad legal o administrativa según sea el caso, es fundamental su adopción, como el momento en el que los decisores hace suya la política, confiriéndole el espaldarazo de poder que requiere para su implementación. La adopción es condición determinante para iniciar una adecuada implementación. Es el paso que permite salvar la política de la irónica afirmación de Korman y Glennerster (Walt, 1994) de que "las razones por las cuales algunas políticas no son implementadas es que nadie espera que lo sean." La adopción confiere a la política la cuota de voluntad política

de ejecutar el conjunto de decisiones allí contenidas. Transmite a las agencias encargadas de la implementación y a los demás actores el convencimiento de la autoridad, para el caso Ministerio de Salud, sobre la relevancia de la política, y si bien la adopción de la política no se limita a una simple declaración, en nuestro medio se acostumbra realizar un acto público de presentación o lanzamiento. Pues bien, el lanzamiento de las políticas de calidad se realizó sin la participación del ministro ni de otra autoridad de la alta dirección del Minsa, creando el desconcierto y desánimo entre los presentes. En suma, no hubo de inicio señales claras de que la política fuese adoptada.

IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS EN ORGANIZACIONES BUROCRÁTICAS

Podría pensarse que si no hubo voluntad de adoptar la política, sería irrelevante y hasta ocioso analizar el proceso de implementación, pero debido a la naturaleza burocrática de la mayor parte de las organizaciones que conforman el sector¹ es posible que esta se haya dado en alguna medida. Según Elmore (1978), las organizaciones burocráticas por su complejidad y tamaño, especializan actividades creando multiplicidad de espacios con pequeñas cuotas de poder, el poder de la organización se fragmenta, en tal situación emergen características singulares en ellas: la autonomía irreductible que ejercen los trabajadores individuales en sus decisiones cotidianas y las rutinas de operación que desarrollan para mantener y mejorar sus posiciones en la organización. Para el caso, y aprovechando esta condición, la implementación consistiría en identificar el lugar de mayor autonomía, para establecer un conjunto de rutinas alternativas que manifiesten la intención fundamental de la política e inducir a las unidades de la organización a reemplazar las viejas rutinas por sus alternativas.

Esta percepción aunque parece banalizar la implementación, explica cómo podría haberse implementado la política si con ella la Dirección

¹ Salvedad hecha con el sector privado empresarial.

de Calidad y la misma Dirección General de Salud de las Personas, reforzaban su cuota de poder (autonomía y rutinas). Dicho en otros términos, si la Dirección de Calidad hubiese puesto sus esfuerzos en la implementación de la política de calidad seguramente lo habría logrado aún al margen de su adopción o no por la Alta Dirección del Minsa.

Es importante rescatar el esfuerzo realizado por la Dirección de Calidad en Salud por evaluar los avances en la implementación de las políticas de calidad y las causas de sus escasos logros (Legua, 2012), en ella se señala implementación de algunas de las estrategias propuestas por la política de calidad, entre otras: la elaboración de una nueva versión de documento base del Sistema de Gestión de Calidad en Salud, la elaboración de estándares que den cumplimiento a las garantías explícitas, la producción de instrumentos para la medición del clima organizacional y la satisfacción del usuario externo, la evaluación externa realizada al proceso de acreditación de los servicios de salud, la elaboración de la propuesta de vigilancia ciudadana de la calidad, la consolidación de la Semana de la Calidad la creación del Observatorio Calidad del Ministerio de Salud, entre otros.

Probablemente la contribución más significativa de esta evaluación fue la realización de una encuesta que recoge los factores “inhibidores” para la consecución de la calidad en las instituciones prestadoras de servicios salud de nivel estatal, desde la percepción de los responsables de calidad de las Unidades de Gestión del Minsa. En cuadro presenta los denominados factores inhibidores de la calidad agrupados por categorías, que operan con mayor frecuencia.

Los factores abarcan prácticamente al conjunto de la organización y expresan en último término el marcado deterioro de los servicios públicos de salud en sus diferentes aspectos. Definitivamente, esta situación no crea condiciones institucionales propicias para la implementación de la política de calidad.

Tabla 2. Factores inhibidores de la calidad de la atención

Categoría	Factor inhibidor	Porcentaje
● Infraestructura	Insuficiencia económica (para adecuación de áreas físicas, compra de equipos, insumos en general, actualización de equipo)	65,8 %
	Escasez de recurso humano en áreas críticas	63,2 %
	Instalaciones físicas inadecuadas	63,2 %
● Cultura organizacional	Insatisfacción del personal	71,1 %
	Falta de cultura de calidad del personal	71,1 %
	Desmotivación personal	65,8 %
● Condición laboral	Salario insuficiente	73,7 %
● Gestión	Falta de estandarización de procesos	68,4 %
	Prolongados tiempos de la espera en atención	65,8 %
	Exceso de burocracia	65,8 %
	Deficiente comunicación	65,8 %
	Deficiente trabajo en equipo	65,8 %
● Recursos humanos	Deficiente sistema de selección del personal	76,3 %
● Normatividad hospitalaria	Poco interés por la certificación hospitalaria	73,7 %
● Infraestructura	Desconocimiento de las normas hospitalarias por parte del personal	65,8 %

Elaboración propia: Fuente exposición del Dr. Luis Legua

EL CONTEXTO DE LA IMPLEMENTACIÓN

Durante el periodo de implementación de la política se producen trascendentales cambios en la configuración del sistema de salud. Se inicia formalmente un proceso de reforma bajo el modelo de aseguramiento universal con la promulgación de la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud. La nueva configuración indica tres niveles de acción para el sistema: gobierno a cargo del Minsa y la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (Sunasa); aseguramiento bajo responsabilidad de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS); y las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS). Un aspecto de gran significación, que establece el aseguramiento universal, atendiendo a la lógica de derecho, es el haber incorporado a la calidad de la atención como garantía explícita y por lo tanto exigible. Lamentablemente, en durante la construcción de los estándares e indicadores a ser

garantizados se produjo distorsionó y hasta banalizó el sentido de estos mecanismos de reconocimiento del derecho a la atención con calidad.

La Sunasa se constituye como entidad encargada de registrar, autorizar, supervisar y regular, las IAFAS y las IPRESS. Entre sus funciones se señala: supervisar a fin de velar por “la calidad, puntualidad, eficiencia y eficacia de la provisión de las prestaciones” (Ley AUS, 2009). Los cambios normativos realizados suscitan incertidumbre pues al parecer producen superposición de funciones entre el Minsa que tiene en la Dirección de Calidad su órgano técnico normativo y la Sunasa cuyas funciones son, entre otras, “definir los indicadores y estándares para la evaluación de la calidad de los servicios de salud y controlar su cumplimiento”.

Otro evento de marcada importancia fue la creación en diciembre de 2008 del Comité de Calidad (CC) del Consejo Nacional de Salud (CNS) que puede ser interpretado como signo de la preocupación del CNS por la calidad de la atención y por consiguiente de la necesidad de incorporarlo a su agenda de análisis de política de salud. Los comités nacionales tienen “carácter consultivo, y se encargan del tratamiento puntual y especializado de los temas que les derive el CNS, sin perder de vista la finalidad del SNCDS que es la de lograr la concertación y la adecuada coordinación entre los componentes del SNCDS sobre temas de interés común, especialmente en lo relacionado a las Políticas Nacionales de Salud, Planes y Programas de Salud.” (CNS, 2016). A pesar de que este enunciado no tiene sustento normativo, se deduce del texto una función consultiva, técnica especializada en ámbitos de su competencia especialmente en lo relacionado a las políticas, planes y programas de salud, debiendo contribuir al logro de la concertación y coordinación supuestamente sectorial y social.

El CC del CNS durante los años 2009 -2012 abordó diversos temas según consta en la documentación existente, entre los que ocasionalmente figuran las políticas de calidad y su implementación, pese a constituir su función central. Se esperaba que el comité operase como espacio de generación y difusión de propuestas sectorial y socialmente concertadas para la implementación, monitoreo, evaluación de la política y en consecuencia de proponer su actualización, tareas que por cierto no cumplió.

Cambios en la escena pública y su impacto sobre la calidad de atención

En diciembre de 2013 se expide el Decreto Legislativo N.º1158 que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud. Este dispositivo establece como funciones de la superintendencia entre otras la de “promover, proteger los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quien la financie”,^m así como la conducción y supervisión del proceso de acreditación,ⁿ y la certificación y autorización, de modo exclusivo a los agentes vinculados a los procesos de registro, categorización y acreditación de las IPRESS.^ñ

Este dispositivo refuerza la responsabilidad de la Superintendencia de Nacional de Salud como organismo supervisor asumiendo responsabilidades que anteriormente correspondían al Minsa, extendiendo su ámbito de competencia sobre toda IPRESS y no solo a aquellas involucradas en el aseguramiento universal. Esta norma legal obliga a la actualización de la política de calidad, en tanto Susalud pasa a constituirse en actor de alta relevancia con importante capacidad decisoria, por consiguiente grupo-objetivo fundamental de la política. Finalmente, junio de 2014 mediante D.S. N.º 046-2014-PCM se aprobó la Política Nacional para la Calidad que, según señala en sus considerandos, da cumplimiento los compromisos estipulados en las Decimoséptima y Decimoctava Política de Estado aprobadas Acuerdo Nacional y “referidas a promover la competitividad del país, estimular la inversión privada y propiciar el fortalecimiento del aparato productivo nacional mediante la inversión en las capacidades humanas y el capital fijo”^o y conforme a la

^m DL N.º 1158. Artículo 8º, Numeral 1

ⁿ DL N.º 1158. Artículo 8º, Numeral 11

^ñ DL N.º 1158. Artículo 8º, Numeral 12

^o D.S.N.º 046-2014-PCM.

defensa que debe realizar el Estado de “el interés de los consumidores y usuarios, velando en particular por la salud y seguridad de la población” según versa en el Artículo 65° de la Constitución Política del Estado.

Luego en julio del mismo año se promulgó la Ley 30224. Ley que crea el Sistema para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad, iniciativa generada desde el Ministerio de la Producción, con la finalidad de promover y asegurar el cumplimiento de la Política Nacional para la Calidad con miras al desarrollo y la competitividad de las actividades económicas y la protección del consumidor. La exposición de motivos de ley abunda en precisar el sentido de iniciativa cuando señala “En tal sentido promover aspectos de calidad de los bienes y servicios en el país, resulta fundamental para incrementar nuestros niveles de productividad. Contar con un sistema de calidad eficiente, permitiría:

- Asegurar la protección de los consumidores, de la salud y del medio ambiente
- Acceder a los mercados internacionales que exigen estándares de calidad para capitalizar las oportunidades de los acuerdos comerciales de los que el Perú es parte.”^P

Es claro que estamos ante normas de gran importancia para promover la productividad y desarrollar sistémicamente la calidad como una significativa estrategia de competitividad en miras a la inserción del Perú en el mercado internacional. Bajo este enfoque es fundamental asegurar entre otros la salud y el ambiente durante todas las etapas de la producción, comercialización y consumo, además de otros derechos del consumidor.

^P La lógica de este norma es explícita en la Exposición de Motivos del Proyecto de Ley que crea el Sistema Nacional para la Calidad y crea el Instituto Nacional de Calidad, remitido al Congreso por el Ejecutivo, con fecha 27 de junio de 2014, pág. 23.

En suma, es una política destinada a impulsar el desarrollo de mercados eficientes y competitivos, que en lo concerniente a la atención de la salud posiblemente tengan una incidencia marginal.⁹ Por el contrario, la política de la calidad de la atención es primero y ante todo una política de salud basada en el enfoque del derecho a la salud como se ha visto a lo largo del presente estudio, que despliega el Quinto Lineamiento de Política de Plan Concertado de Salud y que a su vez descansa en la política Décimo Tercera Política del Acuerdo nacional, cuyo objetivo dice a la letra: “Nos comprometemos a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Nos comprometemos también a promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.”⁵ Por consiguiente, El Ministerio de Salud, ejerciendo la Autoridad Sanitaria y en aras de honrar este compromiso ha formulado, en los últimos años, una serie de políticas dirigidas a universalizar el acceso gratuito a quienes así lo requieren, la oportunidad, entre otros; la Política Nacional de Calidad en Salud es parte de este conjunto de políticas.

Finalmente, se puede colegir que se está frente a dos de política del Estado plenamente legítimas aunque con fines y grupos-objetivo diferentes e independientes en sus instrumentos de implementación. Pese a ello, será necesario buscar las relaciones pertinentes ya que ambas están encaminadas a alcanzar el desarrollo nacional.

Conclusiones

- El desarrollo de calidad de la atención de salud en el país cursa un proceso complejo y dificultoso, debido a la presencia de diferentes factores que obstaculizaron el reconocimiento de la calidad de la

⁹ Principalmente con empresa privada de salud, organizada bajo la lógica del mercado.

[†] Léase las Políticas de estado formuladas en el marco del Acuerdo Nacional http://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de_estado%E2%80%8B/ matrices-de-las-politicas-de-estado/2-equidad-y-justicia-social/

atención como problema público; retardando, por consiguiente, su incorporación en la agenda sanitaria nacional, y aun cuando esto se produce, no logra gran posicionamiento, al grado que se puede afirmar que a la actualidad mantiene una “presencia marginal” en el quehacer sanitario. Esta situación va en consonancia con lo señalado por diferentes expertos que indican que la salud es un dominio político de consensos pasivos y rápidos, pero que no genera mayor compromiso de los actores involucrados, ni motoriza su accionar.

- Los actores de este campo y demás grupos de interés no han logrado configurar un escenario capaz de movilizar a la ciudadanía en pro de mejoras sustantivas, usualmente operan en la actividad académica, con escasa presencia de los espacios de decisión política. Pero también de distantes del mundo social que vive cotidianamente el creciente deterioro de la atención de su salud.
- La política de calidad quedó como una expresión más de las denominadas políticas simbólicas, esto es, elaboradas a sabiendas que no se implementarán. Por lo tanto, constituye un desafío para este próximo periodo remontar esta situación para ubicar a la política de calidad como una política sustantiva. Los cambios institucionales operados como producto de la implementación de Ley Marco de Aseguramiento Universal y dispositivos legales conexos deberían reforzar el carácter esencia de esta política.
- La formulación de la Política Nacional para la Calidad y la creación del Instituto de la Calidad modifica de manera significativa el contexto sobre el cual se debe asentar la política de calidad de la atención de salud. Es de entender que los desafíos de la competitividad son complementarios a los del goce del derecho a la atención de salud con calidad y, por lo tanto, debiesen ampliar y fortalecer con “las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad” tal como lo establece la décimo tercera política del estado peruano.

Referencias bibliográficas

1. Moraes Novaes, H. Programas de Garantía de Calidad a través de la acreditación de hospitales en Latinoamérica y el Caribe. *Sal. Públ. Méx.* 1993;35:218-258.
2. Guardia N. *Anales de la Facultad de Medicina-UNMS.* Vol. 57, N.º 4, 1966.
3. Minsa, DECS (2003). Avances del SGCS. Presentación (ppt).
4. Lanata C., Espino S, Butrón B. (2002). Mejorando la calidad de la atención de salud en el Perú: El programa de Capacitación de Salud en su primera etapa. Instituto de Investigación Nutricional, Perú (2009), Ley 29344. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud 6. Minsa (2001). Sistema de Gestión de Calidad en Salud.
7. Essalud/Presidencia (2008). Políticas de Calidad.
8. Lazo, O. (2009) Gestión de la Calidad en Salud. Evolución y situación actual.
9. Informe del Proyecto Mejorando la Salud de los Peruanos (Acuerdo Cooperativo: CA 527-A-00-04-00109-00)
10. Minsa/DGSP (2006). Sistema de Gestión de Calidad en Salud.
11. Minsa/DGSP (2007). Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
12. Minsa (2007). Plan Nacional Concertado de Salud.
13. Minsa/DGSP/DCS (2009). Política Nacional de Calidad en Salud.
14. DCS (2009). Informe a Director de la DGSP sobre la realización de procesos de formulación de las Políticas Nacionales de Calidad en Salud.
15. Walt.G. *Health Policy* (1994). An introduction to process and power. Zed Books Ltda. London.
16. Korman y Glennester. Citado por Walt.G. *Health Policy* (1994). An introduction to process and power.
17. Elmore R. (1978). Modelos organizacionales para el análisis de la implementación de programas sociales (1978 [2007]). En: L.F Aguilar. Implementación de la las Políticas. Ed. Porrúa, México 2007.
18. Legua L. Política Nacional de Calidad y el Sistema de Gestión de Calidad en Salud. Exposición ppt.
19. Minsa. Consejo Nacional de Salud (<http://www.minsa.gob.pe/cns/comnac.asp>) última revisión 2016.
20. DL N° 1158 (2013). Decreto legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
21. Howlett. M, Managing the "hollow state": procedural policy instruments and modern governance. *Cand. Public. Adm / Administration, Publique DU, Canada, Volume 43, N.º 4.*
22. Lindblom, C. (1959 [2007]). La ciencia de "salir del paso". En: L.F Aguilar. Implementación de la las Políticas. Ed. Porrúa, México.
23. Ley 30224 (2013). Ley que crea el Sistema para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad.
24. Walt G, Gilson L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning.* 9:353-70.
25. WHO. Quality of Care (2000). A process for making strategic choices in health system.

