



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA DEL  
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN 2019  
Y EL EJERCICIO DEL DERECHO AL ACCESO A UNA EFECTIVA  
COBERTURA EN SALUD**

**PRESENTADO POR  
WILFREDO EMILIO GONZÁLEZ PELÁEZ**

**ASESOR  
PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA**

**TESIS  
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN SALUD  
PÚBLICA**

**LIMA- PERÚ  
2022**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA DEL  
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN 2019  
Y EL EJERCICIO DEL DERECHO AL ACCESO A UNA EFECTIVA  
COBERTURA EN SALUD**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN  
SALUD PÚBLICA**

**PRESENTADA POR  
WILFREDO EMILIO GONZÁLEZ PELÁEZ**

**ASESOR  
DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA**

**LIMA, PERÚ  
2022**

## **JURADO**

**Presidente: José Carlos Del Carmen Sara**

**Miembro: Lincoln Edward Lavado Landeo**

**Miembro: Pedro Jesús Mendoza Arana**

A mis padres Aurea y Wilfredo, a mi esposa Adelaida  
y a mis hijos, Jesús y Rodrigo

## **AGRADECIMIENTO**

A Pedro Javier Navarrete Mejía, doctor en Salud Pública, por la asesoría en tantas temáticas y su gran capacidad motivadora. Un realizador de sueños.

A José Carlos Del Carmen Sara, doctor en Salud Pública, por la formación recibida sobre la realidad nacional en salud y la transmisión de su pasión docente.

## RESUMEN

Fue el objetivo de la presente tesis conocer la percepción de los usuarios externos e internos de la calidad de atención en la consulta externa del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de EsSalud, en el período julio 2018-junio 2019. Se propuso además describir como perciben los médicos su calidad de vida laboral y finalmente formular una propuesta que brinde mayores garantías de calidad en la consulta externa.

Se realizó un estudio de tipo mixto. Cuantitativo de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, con muestra estratificada de 301 usuarios o acompañantes, según volumen de consultas por Servicio; la data se recolectó empleando la encuesta SERVQUAL modificada por el MINSA y en el procesamiento se utilizó un aplicativo Excel. Cualitativo de tipo observacional participativo, con muestreo por conveniencia, cuya data se obtuvo utilizando dos grupos focales entre los usuarios externos y entrevistas a profundidad entre los internos. Los datos obtenidos se transcribieron y luego se analizaron clasificándolos en códigos vivos, subcategorías y categorías temáticas.

Se encontró al 52.20 % de los usuarios insatisfechos con la atención y la mayoría percibe que el paciente es maltratado. Los médicos y el personal no médico considera que existe una deficiente calidad de atención, condicionada por la alta demanda y déficit en recursos humanos e infraestructura. Casi unánimemente los médicos perciben que su calidad de vida laboral es mala y tienen más de un compromiso laboral, lo que afecta la calidad de la atención.

**Conclusión:** La calidad de atención en la consulta externa del HNGAI es deficiente. Solo una reforma estructural de EsSalud centrada en el usuario garantizará que esta sea óptima.

**Palabras clave:** Calidad de Atención, Satisfacción Usuario Externo, Calidad de Atención EsSalud. SERVQUAL

## ABSTRACT

The objective of the present thesis to acknowledged the perception of external and internal users of the care quality in the area external consultation of the Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital of EsSalud, in the period of July 2018-June 2019. It was also proposed to describe how describe how doctors perceive their quality of work life and finally to formulate a proposal that provides greater guarantees of quality in the outpatient consultation.

A mixed type study was carried out. Observational, descriptive, cross-sectional and prospective quantitative, with a stratified sample of 301 users or companions, according to the volume of consultations per service; the data had been collected using the SERVQUAL survey modified by the MINSA and an Excel application was employed in the processing. Qualitative of participatory observational type, with convenience sampling, whose data was obtained using two focus groups among external users and in-depth interviews among internal users. The data obtained were transcribed and then analyzed classifying them into living codes, subcategories and thematic categories.

It was found to the 52.20% of the patients dissatisfied with the care and the majority perceive that the patient is mistreated. Doctors and non-medical personnel considered that there is a poor quality of care quality, conditioned by the high demand and deficit in human resources and infrastructure. Almost unanimously, doctors have perceived that their quality of work life is poor and they have more than one work commitment, which affects the quality of care.

**Conclusion:** The quality of care in the HNGAI outpatient clinic is poor. Only a structural reform of EsSalud focused on the user will guarantee that it is optimal.

**Keywords:** Quality of Care, External User Satisfaction, Quality of Care EsSalud, SERVQUAL.

<b>INDICE</b>	<b>Página</b>
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO</b>	<b>13</b>
1.1 Antecedentes	13
1.2 Bases teóricas	23
1.3 Definición de términos	38
<b>CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>44</b>
2.1 Formulación de la hipótesis	44
2.2 Variables y su operacionalización	44
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	<b>46</b>
3.1 Tipo y diseño de la investigación	46
3.2 Diseño muestral	47
3.3 Procedimiento de recolección de datos	52
3.4 Procesamiento y análisis de datos	57
3.5 Aspectos éticos	60
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	<b>61</b>
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	<b>96</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>210</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>213</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>218</b>
<b>ANEXOS</b>	
1. Formato encuesta SERVQUAL	
2. Transcripción entrevistas a profundidad	
3. Transcripción de grupos focales	
4. Información complementaria	
5. Consentimiento informado	

## ÍNDICE DE TABLAS

## Página

<b>Tabla 1.</b> Características generales de los usuarios atendidos en la consulta externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI, Red Prestacional Almenara, EsSalud. Enero – junio 2019	<b>63</b>
<b>Tabla 2.</b> Evaluación de la Satisfacción. Resultado global para cada dimensión de la calidad, de los usuarios atendidos en la consulta externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI, RPA, EsSalud. Enero – junio 2019	<b>64</b>
<b>Tabla 3.</b> Evaluación de la satisfacción, según preguntas para cada dimensión de la calidad, de los usuarios atendidos en la consulta externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI, RPA, EsSalud. Enero – junio 2019	<b>65</b>
<b>Tabla 4.</b> Matriz de mejora según evaluación de la satisfacción de los usuarios atendidos en la consulta externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI, RPA. Enero – junio 2019.	<b>72</b>
<b>Tabla 5.</b> Reporte del buen trato a los usuarios atendidos en la consulta externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI, RPA, EsSalud. Enero – junio 2018	<b>73</b>
<b>Tabla 6.</b> Análisis bivariado de la evaluación de la satisfacción según grupo etáreos, en edad laboral (18 a 65 años) y en edad de jubilación ( $\geq 66$ años) en relación a cada dimensión de la calidad, en la consulta externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI, RPA, EsSalud. Enero-junio 2019	<b>74</b>
<b>Tabla 7.</b> Resumen del análisis bivariado de la evaluación de la satisfacción según sexo del usuario en relación a cada dimensión de la calidad, en la consulta externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI, RPA, EsSalud. Ene-jun 2019	<b>75</b>

## INDICE DE TABLAS

	<b>Página</b>
<b>Tabla 8.</b> Análisis bivariado de la evaluación de la satisfacción según tipo de servicio en relación a cada dimensión de la calidad, en la consulta externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI, RPA. Enero – junio 2019	<b>76</b>
<b>Tabla 9.</b> Análisis bivariado de la evaluación de la satisfacción según nivel de estudio primario o secundario del usuario de la consulta externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI, RPA, EsSalud. Enero – junio 2019	<b>77</b>
<b>Tabla 10.</b> Resumen del análisis bivariado de la evaluación de la satisfacción según nivel de estudio primario o superior (técnico o no universitario) del usuario de la consulta externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI, RPA, EsSalud. Enero – junio 2019	<b>78</b>
<b>Tabla 11.</b> Resumen del análisis bivariado de la evaluación de la satisfacción según nivel de estudio primario o universitario del usuario de la consulta externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI, RPA, EsSalud. Enero – junio 2019	<b>78</b>

## INDICE DE FIGURAS

## Página

<b>Figura 1.</b> Evaluación de la satisfacción, dimensión fiabilidad, de los usuarios atendidos en la consulta externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI-RPA-EsSALUD. Enero-junio 2019	<b>66</b>
<b>Figura 2.</b> Evaluación de la satisfacción, dimensión capacidad de respuesta, de los usuarios atendidos en la consulta externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI-RPA-EsSALUD. Enero-junio 2019	<b>67</b>
<b>Figura 3.</b> Evaluación de la satisfacción, dimensión seguridad, de los usuarios atendidos en la consulta externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI-RPA-EsSALUD. Enero-junio 2019	<b>68</b>
<b>Figura 4.</b> Evaluación de la satisfacción, dimensión empatía, de los usuarios atendidos en la consulta externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI-RPA-EsSALUD. Enero-junio 2019	<b>69</b>
<b>Figura 5.</b> Evaluación de la satisfacción, dimensión aspectos tangibles, de los usuarios atendidos en la consulta externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI-RPA-EsSALUD. Enero-junio 2019	<b>70</b>

## INTRODUCCIÓN

Para la Organización Mundial de Salud (OMS) "la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

La preocupación por el estado de salud de la población se hizo globalizada luego de culminada la segunda Guerra Mundial, cuando en 1948 fue reconocida como un derecho fundamental. <sup>(1)</sup> En 1978, en Alma-Ata se sientan las bases de un nuevo enfoque en el cuidado de la salud, a través de la atención primaria. <sup>(2)</sup> En los años ochenta la preocupación de la OMS/OPS fue garantizar la calidad de las prestaciones en América Latina y El Caribe, preocupación que persiste hasta el presente siglo y se refuerza la idea de atención de salud con calidad. <sup>(3)</sup>

Entonces, la preocupación sobre la calidad de la atención médica no es nueva, pero el tema es recurrente visto que "la medicina adquiere cada vez más la fisionomía de un procedimiento administrativo", que afecta el interés de los pacientes y ha hecho perder el sentido humanístico de la misma. <sup>(4)</sup> Son muchos los factores que han desencadenado esta situación. Por un lado se encuentran los intereses de los gestores y por otro el de los profesionales de la salud, especialmente del médico, que mayormente no coinciden con el de los primeros. La preocupación, válida, de los gestores radica en el uso racional de los recursos, con eficiencia y efectividad, el incremento de la cobertura de atención y la satisfacción del paciente, hoy también llamados usuario o cliente. "Esta preocupación por *el otro*, tan válida como principio ético, es más bien producto de la competencia entre sistemas de coberturas o de seguros médicos, que una real vocación de servicio". <sup>(5)</sup>

Los intereses de los profesionales de la salud, en especial del médico está centrado en adquirir el conocimiento y las destrezas indispensables para el

diagnóstico y tratamiento, con un actuar académico, cuyo objetivo primordial debiera ser el ayudar al ser humano a recuperar la salud, prevenirle de enfermar y brindarle el apoyo espiritual y moral. <sup>(6)</sup> Sin embargo, en la actualidad opera más como un plus que lo haga más competitivo frente a otros profesionales, redituando ello un mayor ingreso económico, en vista a la precariedad de las remuneraciones en los hospitales del sector público o de la seguridad social. Así mismo, dentro de sus intereses se encuentra la defensa de su poder adquisitivo y la de sus derechos laborales.

El interés del paciente discurre hoy en día en reclamar calidad en la atención médica que recibe, en que se resguarde su seguridad en la interacción con el sistema de salud; reclama estar informado y que todas las intervenciones sobre él estén debidamente coordinadas entre todos los profesionales que lo atienden. Los pacientes en la actualidad se sienten con el derecho de coparticipar en las decisiones que se tomen respecto al cuidado de su salud, condiciones que serán determinantes para la adherencia a los tratamientos que se planteen.

El paradigma ha cambiado. <sup>(7)</sup> El médico ya no es visto como un ser superior, sabio, erudito y poseedor de una amplia cultura, como en otro tiempo era común tal consideración. Hoy las quejas de maltrato proveniente de los pacientes son bastante comunes y además, frecuentemente el médico es cuestionado por éstos y sus familiares, estando dispuestos a denunciarlo administrativa o penalmente si sienten que su proceder ha conculcado sus derechos a recibir una atención de calidad o si perciben que han sufrido un daño o perjuicio en su integridad física o su salud. La conciencia en el paciente de que existen derechos que le asisten y el estar mejor informado, gracias al avance de las comunicaciones y el internet, lo ha empoderado y ya no percibe al médico como un cuasi dios al que sigue, sin duda, en todo lo que le indica o aconseja. <sup>(8)</sup>

Los sistemas de salud tienen una gran responsabilidad en ello, consecuencia de un sistema de gestión que no funciona adecuadamente y no está hecho para hacerle más fácil la vida a los usuarios. Pero plantear que el problema requiere para solucionarse de solo una gestión eficiente, es tardo e ignora la visión del

bosque, pues “No sólo se trata de las deficiencias del sistema de salud, de carencias económicas o de una política errada. Lo más grave en esta debacle, es una creciente pérdida de valores y sentido profesionales, tanto en los médicos como en el personal de salud en general, este es el factor que provoca en los pacientes frustración y desencanto por la medicina”.<sup>(8)</sup>

Es evidente que cuando se repara en el espíritu humanitario que subyace en la labor del médico y en el poder de sus actos, no se puede sino constatar que medios y circunstancias pertenecen a un universo distinto del universo en que se da labor de aquel. Las situaciones en las que se desenvuelve el médico son muy diversas y formar parte de un sistema nacional de salud es una responsabilidad tal vez abrumadora que entraña un gran compromiso, un gran deber, que solo es posible enfrentar con una adecuada formación universitaria, no solo en conocimientos sino también en valores.<sup>(8)</sup> “El médico debe tener por esencia un sentido humano, impregnado de la técnica exquisita. En consecuencia para ser un buen médico se requiere de una calidad muy excelsa de vocación ligada a la ética. La medicina no debe ser jamás objeto de lucro, precepto que deriva de la necesidad de vocación”.<sup>(3)</sup>

Pero existen factores que influyen negativamente en la calidad de la atención médica: el abandono del método clínico, el pluriempleo y la falta de liderazgo médico.

Resultado del avance tecnológico, y favorecida por la mala formación universitaria, la gran demanda de atención, y el poco tiempo para ésta, existe una tendencia marcada de los médicos de abandonar el método clínico, es decir, del proceso de la atención médica al paciente, que es un conjunto de principios y normas definidas por lo mejor de la evidencia obtenida en el tiempo por la investigación clínica. Así, este proceso debe ser predecible en todas las etapas de su desarrollo, haciendo perfectible el trabajo asistencial en función de la calidad, efectividad y la eficiencia, contribuyendo a la satisfacción de usuarios externos e internos y prestadores, tendiendo a la excelencia, pero recordando que la meta de la calidad no es estática, pues cuando se alcanza los objetivos

trazados acerca de esta, el avance de la medicina, los nuevos conocimientos y avances tecnológicos y “las nuevas condiciones del ambiente externo e interno”, plantearán nuevos retos con la posibilidad de alcanzar resultados superiores en calidad, en beneficio de una mayor satisfacción, tanto de usuarios como de proveedores. <sup>(9)</sup> Entonces, el método clínico deviene en un factor de vital importancia en la mejora de la calidad.

El pluriempleo médico es otro factor que atenta contra calidad de la atención. Las bajas remuneraciones en el sector público, que incluye hoy a EsSalud, pues es un hecho el descenso de estas en términos reales, contrario a lo que tradicionalmente sucedía, que el nivel de ingreso del médico del Seguro era sustantivamente mayor, ha provocado que el médico se vea obligado a laborar para más de una institución prestadora de salud, haciendo de éste un individuo cansado, de poca paciencia, siempre apurado y hasta malhumorado, incidiendo todo aquello en la atención que brinda no solo en la consulta externa, sino en todas las actividades que realiza. <sup>(10)</sup>

Sin embargo, el problema va más allá del accionar personal, pues un médico de tales características puede ser nominado para ejercer el liderazgo de un servicio o departamento, lo cual debiera ser una oportunidad para buscar mejorar la calidad de la atención, pero aquí una vez más queda desnudada la incapacidad de muchos médicos para comportarse de manera adecuada en el puesto directivo, asociada a su nula habilidad para liderar, pues traslada a este cargo su falta de tiempo y entrega, pues los supedita a otros compromisos laborales que le reditúan mayores ingresos u otros intereses a veces non santos.

Es frecuente encontrar jefes de servicio o de departamento que no poseen ascendencia sobre el personal a su cargo, generándose un ambiente de desorden, donde salen ganando los intereses individuales frente al interés del servicio y de la institución que lo alberga, pero sobre todo se produce un alejamiento sistemático de la razón de ser de toda institución que provea servicios de salud, cual es: mejorar la salud a pacientes o usuarios, para los cuales fue creada, a través de una atención oportuna, de calidad y con calidez humana. Solo

con un médico comprometido, con liderazgo efectivo, que desarrolle una adecuada integración clínica, “logrará mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente, el desempeño financiero de las prestaciones y servicios de salud, así como el fortalecimiento comunitario; integrando las demandas del sistema sanitario a la de los pacientes en forma armónica. El liderazgo del médico es primordial por cuanto su posición dentro de los procesos de las prestaciones lo colocan justamente en el núcleo que corresponde al sistema y las actividades del mismo”.<sup>(11)</sup>

Como se aprecia el problema de mejorar la calidad de la atención médica es complejo, pero evidentemente un factor primordial es reconstruir la relación entre el médico y el paciente, siendo este último él que “debe estar en el centro del sistema y es este el que debe girar en torno a él y no al revés”.<sup>(12)</sup> Por su parte el médico debe adoptar un liderazgo verdadero, no solo de nombre, no solo formal, que construya un modelo organizacional cargado de compromisos y valores que permita que florezca una cultura de colaboración entre todos los actores involucrados en brindar una atención médica, no solo oportuna, sino humanizada, para que la medicina vuelva a encantar al paciente y la comunidad. Por parte del Estado y del Sistema de Salud, la preocupación debe estar dirigida al sostenimiento de políticas públicas nacionales, concernientes a la calidad de la atención en salud, con estandarización de metas e indicadores, la evaluación de la calidad y acreditación de los servicios de salud.

El Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), es una emblemática institución del Seguro Social de Salud (EsSalud), tiene categoría de Instituto de Salud Especializado III-2, dado por el Ministerio de Salud del Perú, siendo el hospital de referencia de mayor nivel de complejidad de la ex Red Asistencial Almenara (RAA), que a partir del 2017 funciona como Red Prestacional Almenara (RPA), y que a marzo de 2016 tenía una población adscrita de 1 562 159 asegurados. Esta red está conformada por 21 establecimientos de diferentes niveles de atención.<sup>(13) (14) (15)</sup>

En la literatura no se ha encontrado una sola investigación acerca de la calidad de la atención en el HNGAI, que contraste la percepción que tienen los usuarios o pacientes, en función de sus expectativas satisfechas, que utilice el modelo SERVQUAL. <sup>(16)</sup> Menos de alguna que utilice una metodología cualitativa que profundice en la necesidades de estos, para comprender mejor por ejemplo, cómo tasas de satisfacción medianamente altas son establecidas por encuestas encargadas por los gestores de EsSalud, a pesar de las evidentes deficiencias de la calidad que se observan a diario en la atención y que son mostradas por los medios periodísticos. Tampoco se ha encontrado investigaciones que contrasten lo que opina el usuario externo con el interno, es decir con los médicos, demás profesionartes de la salud, técnicos sanitarios, personal administrativo, dirigentes gremiales y gestores.

Es decir, EsSalud y el HNGAI han actuado estrategias en función de solo encuestas de satisfacción que no ahondan en la percepciones de los usuarios, siendo que existen múltiples enfoques, y probablemente por ello exista una brecha entre la calidad real y la percibida desde la diferentes perspectivas, como la formada o conceptualizada socialmente por usuarios, familias, redes y proveedores. <sup>(17)</sup> Dichas estrategias si dieron algún resultado parcial, estos no han sido sostenibles en el tiempo, por tanto la presente investigación deviene en ser innovadora, pues escrudinará en los más profundos deseos de los usuarios. Es de suma importancia conocer que opinan estos respecto a los servicios otorgados, pero no solo por información cuantitativa, sino también cualitativa, pues servirá para entender la perspectiva de estos y de retroalimentación para la mejora continua de la calidad centrada en el paciente. <sup>(18)</sup> <sup>(19)</sup> Ello permitirá establecer una nueva estrategia que dé una solución cabal al gran problema de la mala atención que a diario sufren los asegurados. De no actuar en tal sentido, el problema se profundizará desacreditándose más aún la profesión médica y el sistema se salud.

Es preciso determinar qué es lo más importante para los pacientes dentro de sus muchas exigencias:

- ¿Qué tenga una atención médica pronta?
- ¿Qué se cumpla la hora de la cita programada?
- ¿Qué la consulta sea en un ambiente cómodo?
- ¿Qué se respete su privacidad e intimidad?
- ¿Qué se le dé más tiempo en la consulta?
- ¿Qué pueda identificar a su médico tratante?
- ¿Qué el médico sea competente y demuestre experiencia?
- ¿Qué el médico sea puntual?
- ¿Qué el médico lo sepa escuchar y lo comprenda?
- ¿Qué el médico lo examine?
- ¿Qué no lo atiendan ni examinen “practicantes”?
- ¿Qué el médico le expida indicaciones claras y precisas?
- ¿Qué el médico le otorgue una receta entendible?
- ¿Qué el médico le informe en forma veraz, adecuada, completa, continua y oportuna, así como a algún familiar?
- ¿Qué le permitan ingresar a la pareja o un familiar íntimo a la consulta?
- ¿Qué lo atienda el médico programado para la cita?
- ¿Qué si lo ve más de un médico, la información no sea contradictoria?
- ¿Qué el médico sea humano y le dé un trato digno?
- ¿Qué el médico no yerre?
- ¿Qué el resto del personal involucrado en la consulta lo trate bien?

El incumplimiento de estas exigencias ha ido horadando la relación con los pacientes, que como se ha señalado, es necesario reconstruir para lograr una efectiva mejora de la calidad de la atención, y así terminar con los prejuicios que van de ida y vuelta, con las quejas derivadas del maltrato o las denuncias, a veces sin razón, por problemas médicos legales generados por atenciones no oportunas y terminar con las agresiones físicas contra el médico. Así mismo, acabar con ese desprecio en incremento, por parte de muchos médicos de laborar en el sector público, MINSA – SIS o en EsSalud. Por último, evitar que se siga desacreditando la profesión médica y reaparezca ese encantamiento de la medicina sobre el paciente, que lograba que con solo la presencia del facultativo, los pacientes se sintieran ya algo aliviados.

Sin embargo, es tan importante conocer las exigencias de los pacientes como saber cuales son las necesidades no satisfechas del usuario interno del hospital, pues un trabajador que no muestre satisfacción por la labor que desempeña, sentirá que las actividades que realiza como una carga pesada, un lastre y en conjunto con otros crearán un entorno negativo, que afectará a todos y sumirá a la institución en una serie de aspectos perjudiciales para esta, como la desmotivación, el conformismo, el mostrarse retrecho o fingir que se trabaja, la deshonestidad y la mentira.

La teoría sostiene que un trabajador satisfecho con sus condiciones laborales estará motivado y tendrá más ganas de trabajar al sentirse valorado, lo cual redundará en un aumento de su producción y eficiencia; un mayor interés e identificación por la institución para la cual trabaja, preocupándose por su destino; una disminución del estrés laboral reducirá el reporte de trabajadores enfermos, reduciendo el absentismo laboral; un trabajador complacido por las oportunidades y formación que le brinde su empresa o institución, deseará quedarse en ella, es decir se retendrá el talento; y por último, se desarrollará un mejor ambiente laboral, con relaciones empáticas entre los trabajadores y los gestores, que los impulsarán al trabajo en equipo y con capacidad de resolver cualquier tipo de problemas que se presenten, con oportunidad y eficiencia. <sup>(20)</sup>

## **Objetivos**

Motiva la realización de la presente tesis, el interés de examinar la percepción sobre la calidad de la atención en la consulta externa de los usuarios externos (pacientes o clientes) así como de los usuarios internos (médico, enfermera, obstetra, técnico asistencial, digitadora, secretaria asistencial, dirigente gremial y gestor- jefe de servicio o departamento y gerente) del HNGAI de la RPA de EsSalud, en el periodo julio 2018 – junio de 2019?

La percepción de la calidad de atención médica en los servicios de consulta externa del HNGAI, diferirá según el punto de vista del usuario externo o interno de la institución, de allí que se trazaron como objetivos específicos determinar el nivel de satisfacción de los usuarios externos de los servicios de consulta externa

del HNGAI de EsSalud y las razones meditadas de su perspectiva, así como determinar la percepción de la calidad de los diferentes usuarios internos que laboran en el proceso de atención de esta. También se propuso describir cómo perciben los médicos su calidad de vida laboral dentro del HNGAI, y finalmente, formular una propuesta según el análisis de los resultados, que brinde mayores garantías de calidad de atención en el área de la consulta externa del HNGAI de EsSalud.

### **Justificación de la investigación**

Es un derecho ya consagrado el acceso universal a la salud, pero ello devendría en intrascendente si este no va acompañado de una atención de buena calidad, pues de no ser así se generaría un problema de inequidad, ya que por efecto del nivel de costo de un determinado seguro de salud, los asegurados obtendrían diferentes calidades de atención. Pero aún dentro de un sistema de procesos que funcionen adecuadamente, con una infraestructura apropiada, en donde se le dé la máxima importancia a la oportunidad de la atención, si la atención final, es decir la que brinda el médico, falla por una mala relación médico-paciente y un abandono del método clínico, las expectativas y deseos de los pacientes o clientes no serán satisfechos, generando una frustración para con el sistema de salud. Entonces, en este contexto la mejora de la calidad de la atención deviene en el pilar fundamental en el que debe reposar un sistema de salud equitativo e inclusivo. De allí la importancia en investigar cual es la percepción de los usuarios de EsSalud, específicamente del HNGAI, hospital cabeza funcional de la RPA, sobre la calidad de atención que reciben en este, que será relativamente diferente de acuerdo a los actores, pues la perspectiva de la calidad variará según se trate de los pacientes, médicos u otro personal asistencial, los dirigentes gremiales o los gestores.

Esta investigación siendo mixta, cuantitativa y cualitativa, proporciona la obtención de datos que no son accesibles a través de un estudio meramente cuantitativo, de tal forma que contribuye a explicar con una mayor profundidad los hallazgos de la parte cuantitativa de esta, y de aquellas investigaciones que son realizadas periódicamente por encargo de EsSalud, pero que no han significado en lo

sustancial una mejora de la calidad de atención. Se debe tener en cuenta que dentro de la población de estudio se incluye a pacientes provenientes de los diferentes niveles de atención de la RPA, es decir con un conocimiento profundo de cómo se atiende en EsSalud, de tal forma que podrá contrastar con lo que percibe en los consultorios externos del HNGAI.

Los resultados que se obtengan servirán para elaborar una estrategia que logre una real mejora de la calidad de atención, los mismos que no solo serán consecuencia del análisis de una simple tasa o estadística, que no muestra lo más interesante de un hecho, sino de la comprensión de las sensaciones que brotan de lo más íntimo de la persona, de su mente o espíritu, y la preocupación real de lo que desean los pacientes. Pero para una mayor comprensión también se debe conocer la percepción de los demás actores involucrados en el proceso de la atención en la consulta externa, principalmente de los médicos y gestores, para establecer que tanto convergen o divergen estas percepciones con los primeros.

El beneficio que se pueda desprender a partir de las acciones planteadas en la presente investigación, según sus resultados, en la calidad de atención, no solo serán para los médicos, sino para todo el personal, pues al propiciarse mejoras de la calidad estos estarán sometidos a mejores condiciones laborales, mayor motivación, mejor desempeño, paz y armonía laboral, con menor estrés y riesgo de demandas médico-legales. Los beneficios para el hospital y todo EsSalud serían enormes, pues mejoraría la competitividad, se reducirían costos, se obtendría mejores resultados clínicos y se contribuiría a la mejora de la salud pública.

### **Limitaciones del estudio**

Una limitación del estudio es que los participantes en las encuestas y grupos focales, son en su mayoría los mismos usuarios que batallan actualmente con el sistema para resolver a la brevedad su problema de salud y que han tropezado con una serie de inconvenientes para llegar al nivel máximo de atención de la RPA. Por lo tanto, sus respuestas o comentarios pueden ser sesgados en función

de la frustración de no alcanzar el tratamiento final que dé solución a su problema, que tal vez ya haya desencadenado peores repercusiones negativas en su estado de salud. Por otro lado, las respuestas o comentarios del paciente crónico continuador pueden estar influida por la desilusión que le causa su propia enfermedad, que lo lleva a tener prejuicios respecto de la calidad de la atención. Por ejemplo, un paciente de 65 años, diabético y portador de una insuficiencia renal crónica terminal, que es sometido a molestosas hemodiálisis tres veces por semana, no comprenderá fácilmente que dentro de la lista de candidatos a trasplante renal, él se encuentre en la cola de la misma, acrecentando su frustración y predisposición a mostrar prejuicios respecto del hospital.

Otra limitación se puede dar en la parte cuantitativa de la investigación, probablemente por el tamaño de la muestra, que aunque es representativa desde el punto de vista estadístico, con un mayor número de entrevistados se podría tal vez haber reforzado o debilitado algunas apreciaciones, o encontrado otras. Esto es igualmente válido en cuanto a la formación de un mayor número de grupos focales.

### **Viabilidad/factibilidad del estudio**

La investigación deviene en viable, pues los recursos materiales y económicos son aportados por el investigador y no son onerosos. En cuanto a recursos humanos, todas las entrevistas y la organización de los grupos focales son realizados por el propio investigador. Con respecto a la información necesaria, esta se obtiene de la búsqueda en el internet, de los pacientes, médicos, demás profesionales y técnicos de la salud, así como de los gestores comprendidos en la atención de aquellos. No hay inconveniente con la disponibilidad del tiempo necesario, pues se dispone de 12 meses para llevar a cabo la recolección de la data y de otro tanto para procesarla y analizarla. Tampoco hay problemas para obtener el número adecuado de los usuarios elegibles como muestra.

Es menester precisar que los resultados de la presente investigación son del interés del investigador para la mejora de la calidad de la atención médica en EsSalud, siendo una pretensión y ambición adicional, que se constituya en el

punto de partida de un interés verdadero por parte de médicos, gremios, gestores, autoridades de turno, así como de los organismos gubernamentales pertinentes, de dar una solución eficiente y eficaz a un problema tan viejo como la institución misma.

Los hallazgos en su parte cualitativa no son extrapolados o inferidos a lo que percibe la población general, pues este no es el objetivo; sin embargo contribuye a entender mejor el problema de la calidad de la atención en uno de los hospitales más importantes del país, sino el más, considerado por muchos como el “buque insignia del Seguro Social”.

No existen problemas éticos para llevar a cabo este tipo de estudio. Los entrevistados y participantes en los grupo focales son advertidos que sus opiniones son grabadas y utilizadas para los objetivos de la presente investigación, pidiéndoles su autorización. Así mismo, todos los usuarios encuestados firman previamente su consentimiento informado. Tampoco existen conflictos de interés que atañen al investigador.

## CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

### 1.1 Antecedentes de la investigación

Rivera G, en 2015, realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal en los consultorios externos del Hospital Nacional "Luis N. Sáenz", más conocido en Lima como Hospital de Policía, cuyo objetivo fue determinar el nivel de satisfacción de los usuarios externos de acuerdo a las expectativas y percepciones de la calidad de atención, que exploró las dimensiones de empatía, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, tangibilidad y características demográficas, se entrevistaron a 328 usuarios utilizando el cuestionario SERVQUAL, encontrando como resultado un alto nivel de expectativas previa a la atención, pero altos niveles de insatisfacción en la percepción de la atención recibida: fiabilidad 69.9 %, capacidad de respuesta 67.8 %, seguridad 60.3 %, empatía 59.7 % y tangibilidad 82.0 %.<sup>(21)</sup>

Estos niveles de insatisfacción percibidos fueron similares en las diferentes variables demográficas. Pero al adentrarse en los resultados estadísticos se puede concluir, cosa que no hace el autor, que el Hospital de Policía al igual que muchos hospitales del Perú carece de toda capacidad de gestión. El estudio no sopesa debidamente que es lo primordial que hace que el usuario se sienta más insatisfecho.

Este estudio cuantitativo no aborda lo que es capital ¿Qué tanto la parte emocional, la afectiva o la empatía influye en el grado insatisfacción? Por ejemplo, que el personal no tenga un trato amable, el examen médico no se realice en forma adecuada y minuciosamente, el médico no brinde el tiempo pertinente para absolver las dudas del paciente o no inspire confianza; que el médico no se deje entender o no se preocupe que los pacientes entiendan la explicación sobre los procedimientos necesarios o el tratamiento indicado. Son cuestionamientos que necesitan una respuesta, para abordar la estrategia más adecuada que solucione a cabalidad el problema de la mala calidad de atención en salud que se brinda en la gran mayoría de establecimientos de salud el Perú.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú, elaboró por tres años consecutivos (2014 a 2016) una Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD) para la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), cuyo objetivo general era “realizar un seguimiento y valoración del funcionamiento y desempeño del sistema de salud en el país, a través de los principales actores (usuarios “externos” e “internos”) de la atención brindada por las Instituciones Prestadoras de servicios de salud (IPRESS) a nivel nacional” entre ellas a EsSalud, y que dentro de sus objetivos específicos se encontraba “describir la percepción del usuario acerca de la atención médica en la consulta externa de las IPRESS” y “describir la percepción y satisfacción de los profesionales de medicina y enfermería respecto a las IPRESS donde laboran”.<sup>(22)</sup>

El 2015 la muestra total utilizada fue de 13 670 pacientes de todo el país mayores de 15 años, usuarios de centros médicos del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales (GR), de EsSalud, de Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales (SSFFAAPP) y de Clínicas del Subsector Privado (CSP). Así mismo, entrevistaron a 2 219 médicos. Lamentablemente la ficha técnica publicada en el informe final no especifica cuantos usuarios y médicos correspondía a EsSalud. Se incluyó en total 55 IPRESS de EsSalud, del nivel I-4 al III-2.<sup>(23)</sup>

El estudio reveló que la satisfacción del usuario de EsSalud en 2015 descendió de 68.2 % a 64.8% respecto a la encuesta del 2014 y que el grado de insatisfacción se incrementó de 9.7 % a 11.3 %.<sup>(22) (23)</sup> Las razones para este incremento fueron:

- El tiempo de espera para ser atendido en un consultorio aumentó con respecto a 2014 cuando se registró un tiempo promedio de 58 minutos de espera, frente a 81 minutos en 2015.
- El tiempo promedio que transcurrido desde que el usuario ingresó al consultorio médico hasta que salió, no necesariamente el tiempo de duración de la atención médica, fue de 11 minutos en el 2015 frente a 14 del 2014.
- El tiempo de espera para obtener una cita médica descendió en el 2015, pues fue en promedio de 18 días frente a los 19 de 2014, sin embargo para alguien que está enfermo y que en la primera consulta no le dan solución a

su problema de salud, esperar 18 días para ser reevaluado con los resultados de exámenes auxiliares solicitados, es demasiado.

La encuesta respecto a la “apreciación del paciente sobre la atención recibida por parte del médico tratante” no muestra el estado real de las cosas, pues revela mejoras respecto del año 2014 de actitudes de los médicos frente al paciente, como amabilidad, respeto, interés por atender, confianza y claridad de información, con cifras todas alrededor del 85 – 90 %, pero solo muestran los resultados de la “proporción de pacientes que calificaron a los médicos como bueno y muy bueno”. No se presenta el desagregado por institución.

Dentro de la “recomendación al director del establecimiento de salud por parte de los usuarios de consulta externa sobre la atención recibida” en la encuesta 2016, la más frecuente, al igual que el año anterior, fue “que existan más médicos especialistas”, 21.8 % frente al 29.5 % del año 2014.

Por último, el “nivel de satisfacción del personal médico en relación a su trabajo en la IPRESS donde fue entrevistado” fue de 61.9 % frente al 59.9 % de 2014; mientras se sintieron insatisfechos 18.3% de los médicos versus el 19.5 % del 2014, cifras que para quién labora en alguna de estas instituciones resultan sorprendentemente bajas, considerando las quejas permanentes que se conoce en la intimidad del gremio, donde estas se escuchan a diario, teniendo en cuenta además la gran facilidad con la que actualmente los médicos se desvinculan laboralmente de EsSalud o el MINSA, cosa que no ocurría antaño.

La ENSUSALUD 2016 <sup>(24)</sup> entrevistó a 13 814 usuarios de la consulta externa de 55 IPRESS y a 5 098 profesionales de salud, 2 211 médicos y 2 856 enfermeras. El estudio evidenció que el nivel de satisfacción de los usuarios de la consulta externa de EsSalud fue de 74.9 %, con un incremento de más del 10 % con respecto al 2015 y que fue estadísticamente significativo. Se encontró que el promedio del tiempo de espera para ser atendido se redujo a 80 minutos, un minuto menos que al año anterior; que el tiempo de espera para obtener una cita

médica se redujo a 14 días; y que el 79.3 % de los médicos se encontraron satisfechos con su trabajo.

Civera M, en 2009, en una tesis doctoral llevada a cabo en Castellón de la Plana, España, se planteó como objetivo general contrastar el modelo que determina las variables relacionadas con la calidad con las que determinan las relacionadas con la satisfacción de los usuarios en tres hospitales. Dentro de otros objetivos específicos, se estableció las variables claves para la satisfacción con el personal médico y el de enfermería, y en qué medida influyen sobre la satisfacción global de las distintas dimensiones de la calidad percibida por los pacientes.<sup>(25)</sup>

La investigación se dividió en dos partes, una cualitativa dirigida a desarrollar un cuestionario para la segunda parte cuantitativa. Se realizó dos dinámicas grupales, una entre gestores clínicos y otra entre el personal médico y de enfermería integrantes de los servicios de oftalmología y traumatología, de tres hospitales de Valencia: uno público (Hospital de Sagunto), uno público de gestión privada (Hospital de la Ribera) y uno privado (Hospital 9 de Octubre de Valencia). Con la finalidad de adaptar la escala de calidad general a los hospitales en particular se procedió a su valoración a través de círculos de calidad constituidos por el personal de los tres hospitales y se analizó los componentes o factores de las dimensiones de la calidad mediante una técnica predeterminada en la literatura y de esta forma se identificó a las variables válidas a tener en cuenta para el diseño del cuestionario por su repercusión directa sobre la calidad asistencial.

Se concluyó, al hacer el estudio comparativo entre ellos, que con respecto a la formación de la satisfacción con el personal médico y de enfermería, en ninguno de los tres hospitales salvo en el Hospital de Sagunto y solo para el personal de enfermería, influye el concepto del profesionalismo del personal, es decir su formación, grado de conocimiento, competencia, y la experiencia del médico y la enfermera no influyen en la formación de la satisfacción con respecto a ellos. Este hecho contradictorio tratan de explicarlo planteando que los pacientes dan por sentado que médicos y enfermeras disponen de un alto grado de profesionalismo,

y por tanto valoran más otras variables en la formación de su satisfacción con aquellos, como el trato personal, la confianza, empatía, información recibida y la coordinación en su manejo.

Los pacientes entenderían que el profesionalismo lo tienen asegurado y su necesidad gira en torno a obtener otros valores tan importantes como los otros, como es sentirse cómodos al explicar sus problemas, indagando por sus dudas, sintiéndose que son escuchados y tratados en forma personalizada, obteniendo solución rápida a sus problemas y recibiendo información completa, continua y comprensible sobre la evolución de su proceso. El autor entiende que “estos valores no responden a criterios de cocimiento científico sanitario, sino a criterios sociales estéticos y de comportamiento”. La investigación “detecta que en la formación de la satisfacción global en los tres hospitales influye en forma constante la satisfacción con el personal médico y de enfermería”, pues son “los actores y pilares básicos en los que se fundamentan el proceso asistencial”.

El Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” (HUV) de Colombia, en 2010, realizó un estudio de “tipo exploratorio-descriptivo” para identificar la percepción de los usuarios acerca de la calidad de atención y servicios de salud y así desarrollar una línea de base, aplicando un primer proceso de la medición de esta en los usuarios mediante una investigación extramuros, con la aceptación voluntaria y anónima de aquellos <sup>(26)</sup>.

La metodología empleada por este estudio incluyó una primera fase de investigación cuantitativa y una segunda cualitativa, es decir utilizaron la metodología más recomendable de muchos autores para la medición de la percepción de la calidad de la atención de la salud. Pero además se efectuó en una primera etapa un sondeo exploratorio a fin de identificar las potenciales dimensiones y variables representativas de la valoración de la calidad del servicio en una institución hospitalaria de carácter público, la hipótesis de atributos asociados y la identificación del lenguaje de los usuarios, como insumo para una posterior elaboración de los instrumentos centrales de la recolección de la información del estudio. Es decir, dentro de la técnica cualitativa se realizó una

revisión documental extensa para identificar los principales debates y aspectos metodológicos estudiados previamente en relación con la valoración de la calidad de la atención desde la óptica de los usuarios.

Esta revisión documental sugirió la existencia de diversos modelos para la evaluación de la calidad de los servicios de salud y que la mayoría adoptan una metodología cuantitativa para analizarla, aplicando encuestas a usuarios, donde los cuestionarios que mayormente se utilizan, con excepción del SERVQUAL, carecen de marcos conceptuales sólidos. Luego se realizaron grupos focales y entrevistas con usuarios, cuyo propósito fue indagar sobre la percepción de los usuarios sobre los aspectos que ellos estiman como criterios de calidad en un servicio de salud de un hospital público y el peso que tenían estos.

Se incluyeron a usuarios que hubiesen recibido atención en cualquiera de los servicios del HUV en el 2009 o 2010, y ninguno de ellos fueron considerados para la etapa de investigación cuantitativa y aplicación de cuestionario, ni para la segunda fase de investigación cualitativa. Las dimensiones más representativas para los usuarios fueron la oportunidad en el servicio, la diligencia recibida por los diferentes profesionales, la pertinencia de los procedimientos, medicamentos y procesos médicos-administrativos recibidos y la amabilidad de todo el personal.

Por último, en esta primera fase se realizó entrevistas en profundidad a directivos y expertos, ya sea por conocimiento en el tema de la calidad o por su pertenencia a un grupo de experiencia en el tema de la calidad, en el HUV; el objetivo fue identificar aspectos centrales sobre los estudios y metodologías para valorar la calidad de la atención en salud desde la perspectiva de los usuarios, así como valorar la calidad en el servicio prestado a los usuarios en instituciones de salud públicas y privadas.

Los resultados del estudio exploratorio con expertos mostraron que, las dimensiones de la calidad tienen consenso dentro de los profesionales entrevistados, con respecto a las constitutivas de modelos con buen sustento conceptual como SERVQUAL, debido a la multidimensionalidad de la calidad del

servicio, así se identifica a aquellas que representan los criterios de calidad para los consumidores de servicios de salud, como son los elementos tangibles, de fiabilidad, capacidad de respuesta, de seguridad y empatía, concluyendo que es necesario de estudios mixtos con diseño cuantitativos y cualitativos. Se encontró un consenso entre proveedores y usuarios en relación a la relevancia de la dimensión interpersonal de la calidad.

Por otro lado los expertos consideraron que la espera y las dificultades en el acceso por parte de los usuarios son justificadas por un exceso de demanda asistencial, y que este influye en el tratamiento al paciente. Los profesionales entrevistados llamaron la atención a tener en cuenta que una mala experiencia con el servicio provoca en el usuario la eliminación de cualquier percepción positiva que haya tenido anteriormente y que el objetivo del usuario es que le resuelvan el problema de salud en el menor tiempo posible, es decir, que la satisfacción del usuario y su percepción frente a la calidad podría estar definida excesivamente por la solución del problema, por tanto este aspecto debe incorporarse como componente de la calidad, así como la predisposición o la implicación del profesional para resolver este los más rápidamente posible.

La información recogida en esta primera fase exploratoria permitió identificar elementos claves y comunes para la medición de la calidad del servicio, confirmando que la percepción de la calidad está compuesta por múltiples factores y se encontró que las dimensiones de valoración de la calidad propuestas por algunos modelos importantes y validados, han sido identificadas por los usuarios, los profesionales y corresponden en buena medida con lo planteado en la normatividad colombiana. Con base en estas consideraciones se definió la perspectiva metodológica más apropiada para la realización de la medición de la calidad de la atención en salud en el HUV, la cual tomó como referente el denominado modelo SERVQUAL, para la evaluación de la calidad de los servicios. Es de resaltar que si bien este ejercicio permitió definir una perspectiva metodológica para el estudio, como es la de SERVQUAL, los resultados de los exploratorios, especialmente los realizados con los usuarios del hospital mediante las entrevistas colectivas y los grupos focales, fueron también tenidos en cuenta

con gran prioridad al momento de la formulación de los cuestionarios y otros instrumentos de recolección de la información, los cuales se adaptaron al contexto cultural tanto de los usuarios, como del HUV.

El desarrollo de los grupos focales y entrevistas colectivas contó con la participación de grupos de usuarios o sus familiares, pertenecientes en su totalidad al régimen subsidiado en salud, de estratos socioeconómicos 1, 2 y 3. Los informantes fueron mayores de edad, entre los 18 y los 75 años, excepto por una de las participantes adolescente de 16 años. En relación con su ocupación, los informantes se dedicaban al trabajo independiente o informal, a las labores de hogar o desempleados. De los 53 usuarios participantes en los grupos focales, 46 eran mujeres y 7 hombres. Debido a que el número de asistentes a las jornadas fue menor al esperado se tuvo que ampliar la convocatoria a personas que se contactaron, ya no sólo a través de la base de datos, sino también por referencias de ser usuarios del HUV en el período comprendido entre 2009 y 2010 y además implementar sobre la marcha la estrategia de entrevista colectiva. En este sentido se realizaron cinco grupos focales y cuatro entrevistas colectivas. Del mismo modo, las personas participantes no sólo expresaron su opinión sobre el servicio por el cual fueron convocadas, si no que hicieron referencia a otros servicios y a experiencias de personas cercanas (familiares y amigos) en relación con la atención recibida en el HUV. Para los grupos focales y las entrevistas se diseñó una guía estructurada de preguntas, teniendo en cuenta los resultados preliminares de la encuesta, profundizando sobre las dimensiones de calidad que tenían que ver con: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta y empatía, que según su medición exigía profundización cualitativa.

Para la investigación cuantitativa se estableció un tamaño de muestra de 473 usuarios, pero finalmente se entrevistó a 510, distribuyéndose en seis estratos según origen (consulta externa, hospitalización, urgencias).

Se concluyó en el estudio que para los usuarios, los aspectos físicos y personal, son igualmente significativos porque dimensionan un servicio de atención en salud de calidad. Entre las principales conclusiones se plasma: la necesidad del

mejoramiento de la planta física para prestar un servicio de calidad en condiciones de dignidad, tener un centro de información de fácil acceso al público, sala de citas más amplia y cómoda, y mayor aseo de los baños de las salas de espera. La necesidad de mayor número de camillas, colchonetas, sábanas, sillas, camilleros e insumos para la atención médica. Que los tiempos de espera para citas son largos, así como el tiempo de espera para ser atendido. Que falta personal médico y administrativo. Que el tiempo que dedica el médico para atender es muy corto y que para recibir atención de urgencia es demasiado largo. Que hay insatisfacción porque algunos médicos no comunican los diagnósticos. Que existe la percepción que los médicos que atienden en el HUV son muy buenos en su especialidad, pero les hace falta mayor contacto con los usuarios y más espíritu servicial, y que existe la percepción de que algunas enfermeras, auxiliares, personal administrativo y de oficios varios no poseen espíritu servicial. En la parte cuantitativa se encontró que el 81 % de los usuarios encuestados se manifestó satisfecho (44 %) o muy satisfecho (37 %) y solo 10 % insatisfecho (7 %) o muy insatisfecho (3 %); así mismo el 88 % de los encuestados consideró “extremadamente probable, muy probable y algo probable recomendar el HUV a sus amigos o familiares”. <sup>(26)</sup>

Casalino G, en 2008, en una investigación realizada en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, cuyo objetivo fue determinar la calidad de servicio en los consultorios externos de medicina interna según la satisfacción percibida por los usuarios, de tipo descriptivo y transversal, se encuestaron 248 pacientes seleccionados de manera aleatoria sistemática, utilizándose el cuestionario Servqual modificado. Se encontró una satisfacción con el servicio de solo el 44,36 % de los usuarios y que las mujeres fueron las que tuvieron mayores niveles de insatisfacción global y en la dimensión seguridad, que los varones, lo cual tal vez indique que las mujeres son más exigentes que aquellos. También se encontró que la juventud (18 a 20 años) se asoció a mayores niveles de insatisfacción global en comparación con el otro extremo de la edad (mayor a 65 años) que mostró mayor satisfacción global. La instrucción secundaria o superior estuvo asociada con insatisfacción global e insatisfacción en la dimensión empatía. La procedencia de zonas rurales se asoció con una mayor satisfacción

global y en las dimensiones respuesta rápida y seguridad. Al parecer, a mayor instrucción mayor exigencia y a “menos mundo” menor exigencia. <sup>(27)</sup>

Jara J, en 2016, realizó un estudio en el Hospital Provincial General de Latacunga, Ecuador, de diseño transversal y descriptivo, con una muestra de 374 usuarios externos escogidos al azar, cuyo objetivo fue la identificación y el análisis de la satisfacción. Encontró que poco más de la mitad (56,68 %) de los usuarios se sintió insatisfecho o poco satisfecho con la infraestructura, ambiente y limpieza del hospital, pero la satisfacción global que percibió al utilizar sus servicios de salud fue alto (91.71 %). Se concluyó que a pesar de encontrarse la satisfacción global en un nivel elevado, había puntos críticos que eran necesarios prestarles atención para una mejor gestión hospitalaria, como el mejoramiento del ambiente hospitalario, la infraestructura, la limpieza o un adecuado abastecimiento de medicamentos en la farmacia del nosocomio. Así mismo, plantea la necesidad de reforzar la capacitación del personal administrativo para que desarrolle un mejor trato al usuario externo que hace uso del hospital. <sup>(28)</sup>

Hernández A et al., en 2018, llevó a cabo un estudio analítico de corte transversal sobre la satisfacción con la atención recibida en los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) en el Perú. Utilizó los datos de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAHO) de aquel año. La satisfacción con la atención recibida fue calificada como muy mala, mala, buena, y muy buena; y se determinó los factores asociados a esta. Un total de 14 206 adultos que declararon haber sido atendidos en algún establecimiento del MINSA fueron incluidos. Encontró que a nivel nacional tres de cuatro usuarios (74.3%), reportaron satisfacción con el servicio recibido como «bueno o muy bueno». Sufrir una enfermedad crónica, hablar una lengua materna nativa o vivir en agrupaciones poblacionales mayores a 2000 personas se asociaron con una menor satisfacción. Al contrario, vivir en la selva se asoció a un mayor reporte de satisfacción con la misma. <sup>(29)</sup>

Simón-Gozalbo A et al., en 2010, realizó un estudio cualitativo sobre la calidad percibida en una población de acompañantes de usuarios infantiles, que acudían

frecuentemente, 10 o más veces en un año, a una unidad de urgencias pediátricas en España de un hospital de tercer nivel. Conformó dos grupos focales de padres. Los participantes se pronunciaron en conjunto satisfechos al valorar positivamente el trato recibido y que no se sentían maltratados por acudir con frecuencia. Resaltaron como fortalezas la competencia y la amabilidad de los profesionales, la información que recibían, la entrega de medicación oportuna al alta y el seguimiento de los niños, e identificaron como oportunidades de mejora el riesgo de contagio de infecciones, la falta de comunicación entre niveles de atención y “la necesidad de mejorar la integración de las familias en el proceso asistencial de sus hijos”.<sup>(30)</sup>

## **1.2 Bases teóricas**

Desde terminada la Segunda Guerra Mundial ha existido preocupación por parte de los países acerca del estado de salud de la población, así en 1948 la Asamblea General de las Naciones Unidas reconoce por primera vez en la historia de la humanidad, que el acceso a la salud es un derecho fundamental que debe ser garantizado por los estados a toda la ciudadanía en condiciones de equidad.<sup>(1)</sup> Posteriormente, treinta años después en Alma-Ata se esbozan los principios básicos de atención primaria: “acceso y cobertura universales en función de las necesidades; equidad sanitaria como parte del desarrollo orientado a la justicia social; participación de la comunidad en la definición y aplicación de las agendas de salud; y enfoques intersectoriales de la salud”.<sup>(2)</sup> Sin embargo, pese a las reformas sanitarias que se implantaron en diversos países en base al cumplimiento de esta declaración, no se progresó “lo suficiente en el desarrollo de sistemas de salud que promuevan mejoras sanitarias colectivas”. En los años ochenta con la finalidad de garantizar calidad en las prestaciones de salud en los países de América Latina y el Caribe la OPS/OMS, se desarrollaron esfuerzos en la idea de aumentar la calidad y eficacia de la atención de los servicios de salud, así como incrementar la eficiencia en el uso de los recursos disponibles.<sup>(3)</sup> Pero no fue suficiente y desde el principio del presente siglo permanentemente la salud sigue en la agenda de desarrollo internacional, con preocupación mayor en los países pobres, pero en este nuevo impulso, que mantiene vigentes los principios

de Alma-Ata, se enfatiza como más fuerza el enfoque centrado en una atención de calidad a todo el mundo, debiendo ser este el objetivo imperativo de los sistemas de salud. <sup>(31)</sup>

Una aproximación histórica interesante de lo que significaba ser un médico fue propuesta en 1979 por Jacques Attali, pensador y filántropo francés, en su obra “La orden caníbal: la vida y la muerte de la Medicina”, donde se plantea que la palabra “médico” podría derivar de la palabra sánscrita meth que significa ‘maldecir’ y ‘conjurar’, según ello el médico surgió cuando hubo alguien que mostró la disposición de transferir o absorber el mal o daño que sufrían otros; asimismo la palabra “conjurar” significa ‘conspirar bajo juramento o compromiso contra alguien o algo’ y también ‘exorcizar o ahuyentar a los malos espíritus’, es decir, el médico es un individuo especial “que pacta, con otro que sufre, el compromiso de aliviarlo, aun a riesgo de hacer suyo ese sufrimiento”. Así, se colige que el médico fue visto originalmente como un dios. <sup>(8)</sup>

Se ha planteado desde fines del siglo pasado, con la irrupción de la “sociedad del conocimiento”, resultado del avance de la tecnología y del internet, que se ha producido cambios profundos en el modo de ver el cuidado de la salud por parte de los prestadores del servicio como en los pacientes mismos. Se responsabiliza además al liberalismo económico, la ideología económica imperante tras la caída del Muro de Berlín, haber conceptualizado la salud como “un bien público de mercado”, habiéndose erigido el Estado como un garante y fiscalizador” del mismo, dentro de una lógica de libertad económica y como parte constitutiva de la iniciativa privada. <sup>(32)</sup> Los conceptos rígidos del mundo privado sobre “eficiencia, eficacia, rentabilidad y libre competencia” se trasladaron a la prestación de los servicios de salud como en cualquier otro giro económico, entonces el concepto de calidad, para los detractores de este modelo, ya no conlleva necesariamente el de calidez, haciendo, según ellos, que el médico se convierta en un “planificador, administrador, dispensador y vendedor de servicios rentables” y que ello ha llevado a deshumanizar la medicina, a afectar o romper la relación médico-paciente clásica, así como las relaciones con todos los demás profesionales de la salud. “El paciente es visto como un cliente, un consumidor, un usuario y no ya

como un ser humano frágil y necesitado de compasión y de auxilio altruista y humanitario, como se consideraba antes cuando primaba el principio de beneficencia sobre el de justicia y de autonomía”.<sup>(33)</sup>

Por otro lado, la colectivización de los servicios médicos como estrategia para garantizar acceso equitativo a los mismos ha convertido al médico en un asalariado, simultáneamente ha surgido el fenómeno de la empresarialización y politización de la atención médica. Tales fenómenos han acarreado que el trabajo médico se torne precario. La economía y el costo del trabajo médico están determinados por las empresas de salud, las compañías de seguros y otras empresas que han limitado el trabajo médico en función de su propia economía, todo ello ha ocasionado nuevas formas de atención a los pacientes: consultas y prescripciones telefónicas, y consultorios que atienden apremiados por el tiempo. Esto ha deteriorado más la relación con el paciente, pues se trata de encuentros breves, dirigidos, distantes, burocráticos y, lo que es peor, que deshumanizan a galenos y pacientes. Pero si bien existen estos atenuantes, se debe reconocer que un número creciente de médicos ya no se involucra, ya no establece empatía con el hombre o mujer que atiende, esa capacidad de colocarse en el lugar del otro sintiendo el sufrimiento ajeno.<sup>(8)</sup>

El médico se ha olvidado del hombre mismo, y ve a cada persona que viene a la consulta como un paciente, un usuario o un cliente y no como un ser humano, con ello deja de ser, ese ser especial que aquél esperaba de él. Un atenuante, que algunos esgrimen, es la pobre retribución económica que perciben los médicos, que ha convertido a éste, no solo en un asalariado, sino además en un pluriempleado, lo que lo condiciona a estar siempre apurado y controlando el tiempo, pues el otro empleo lo espera.<sup>(8)</sup>

Así, el paciente ya bastante maltratado con obtener una cita, para la cual tal vez esperó semanas o meses, se encuentra a veces además, con consultorios inadecuados para su atención, por estrechos o poco íntimos; o aquel otro, que ha esperado tanto tiempo para obtener una cama para hospitalización, para su estudio, tratamiento médico o cirugía, ve que estando ya internado pasan los días

y no es diagnosticado, tratado u operado, sino, lo que es peor, se encuentra con alguien que está lejos de aquel ser especial de antaño, que con su sola presencia le brindaba alivio a su sufrimiento y la sensación de alejamiento de la muerte, aquel hombre con un talento, autoridad y habilidades muy especiales, que al ser dejadas de lado se hace realidad aquella sentencia del ilustre psiquiatra Carlos Alberto Seguí, “Nunca serás médico si, ante un enfermo, sólo sabes recordar la ciencia y si no sientes que él no es un conjunto de órganos que funcionan mejor o peor, sino, ante todo y sobre todo, un semejante que sufre”.<sup>(34)</sup>

Así mismo, el avance de la medicina y de la tecnología ha ocasionado que el médico ya no sea visto por el paciente como el gran “diagnosticador” y curador, que hace del método clínico su principal herramienta, pues aquél traslada tal condición a la máquina, el ecógrafo, tomógrafo, resonador u otro. El mismo facultativo ha contribuido a ello sobredimensionando la tecnología, vanagloriándose de ella y dejando en segundo plano el examen físico y el cuidado prolijo del paciente, creando otro problema por el uso exagerado de ésta, el encarecimiento del cuidado de la salud en detrimento de la relación interpersonal con el ser que sufre, pues este ha pasado a exigir el “diagnóstico certero” que la tecnología brinda, así lo cree él, y no acepta errores, de tal forma que, como afirma el psiquiatra Jorge Lazo, “Creció la fe en la medicina, pero disminuyó la fe en la capacidad de los médicos para cuidar de los pacientes”. Definitivamente el abandono del carácter humanista de la medicina, es uno de los causantes del deterioro de la calidad de la atención médica.<sup>(8)</sup>

La nueva relación médico-paciente hoy gira en torno a la autonomía de este último, su percepción es la que define la calidad de la atención médica, Marques y Saad lo plantean inmejorablemente así: “El concepto de autonomía se asocia con la consolidación progresiva de los derechos humanos, en particular con la contribución fundamental de la revolución inglesa, americana y francesa, desde mediados del siglo XVII y finales del siglo XVIII. Estos movimientos se plantean y establecen el principio de autonomía de la persona humana, entendida como el derecho a la libre determinación, respaldada principalmente en la filosofía de Kant, que formalizó el principio de que el hombre es un fin en sí mismo, no puede

ser considerado un medio. Cabe señalar que el principio de autonomía, después de haber surgido en el siglo XVIII, solamente se incorporó en la relación médico-paciente dos siglos después, más precisamente desde la década de 1960”.<sup>(35)</sup>

La sociedad peruana desde hace mucho anda realmente preocupada por la salud, su clase dirigente y política también, aunque el interés de estos últimos, varias veces demostrado, ha estado supeditado a intereses de tipo económico, como cuando se permitió consolidar una posición de control del mercado de la salud por parte de un grupo de grandes empresas aseguradoras. y con ello se ha restringido la libre elección de servicios, entonces la calidad de la atención paso a un segundo plano, pues la capacidad del paciente de elegir una clínica u otra, está limitada al conjunto de estas que las aseguradoras les ofrecen.<sup>(36)</sup>

A lo largo de la historia, al menos en el papel, esta preocupación ha quedado plasmada, y todo nuestro ordenamiento jurídico va en ese sentido. Así en la Constitución Política del Perú de 1993 consagra que “todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”, como también que “el Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud... a través de entidades públicas, privadas o mixtas.” y “supervisa... su eficaz funcionamiento”.<sup>(37)</sup> A su turno, la Ley General de Salud 26842 de 1997 en su artículo 2, establece que “toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud correspondan a las características y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización”. Además, se agrega “tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales”.<sup>(38)</sup>

Sin embargo, a pesar de las buenas intenciones que se muestra en lo declarativo, un punto tremendamente deficitario que frena el desarrollo del Perú, lo constituye el tema de la salud pública, la misma que, como ha sido una constante en los últimos 40 años, atraviesa un momento sumamente delicado, pues las brechas en el sector son enormes, y una salud mermada de la población en edad

económicamente productiva restará competitividad e impedirá avanzar en el desarrollo del país. Para el año 2000 en el Perú solo un poco más del 32 % de la población contaba con la cobertura de algún tipo de seguro de salud, por ello proporcionar un acceso pleno y de calidad a los servicios de salud se constituyó en uno de los principales desafíos de los sucesivos gobiernos. <sup>(39)</sup>.

Para cubrir esta demanda se crea el Aseguramiento Universal en Salud (AUS) en 2009, lo que vino a ser en una de las principales reformas sanitarias en nuestro país, cuya finalidad era incrementar el número de personas que cuente con un seguro de salud, expandir los beneficios del mismo y establecer garantías de oportunidad y de calidad en la atención. Se estableció que todos los residentes en el Perú debían estar afiliados a cualquiera de los tres regímenes de aseguramiento existentes: subsidiado, semi-contributivo (ambos cubiertos por el Sistema Integral de Salud - SIS) y contributivo (cubierto por el Seguro Social de Salud – EsSalud, Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú y seguros privados). El AUS implicó avances en materia de ampliar la cobertura sanitaria. Entre estos se debe destacar que además del Plan Esencial de Aseguramiento - PEAS, se incluyó un conjunto de prestaciones que toda la población asegurada tiene derecho de recibir, y así reducir las grandes desigualdades de cobertura prestacional que existían, incorporándose la cobertura de un listado de enfermedades de alto costo que el Sistema Integral de Salud (SIS) empezó a financiar para sus asegurados. <sup>(40)(41)</sup>

Tres años después, en el 2012, se lanza la Reforma del Sector Salud, que en realidad es la profundización del AUS, ésta se orientó a intensificar el mejoramiento de las condiciones de salud en el Perú, siendo que esta es un derecho fundamental que el estado está en la obligación de garantizar. Se formularon medidas con este objetivo que debían alcanzar a todas las personas, sin ninguna discriminación y en todas las etapas de la vida, es decir se enarbó “el derecho a la salud como elemento central, con la prioridad de establecer a futuro un modelo de seguridad social en salud inclusivo y universal”. <sup>(42)</sup> Pero la idea no solo fue aumentar la cantidad de prestaciones de salud, sino velar por la calidad de cómo se brindan. La Reforma en su “propuesta de mandato de política

2.9” lanza la “puesta en funcionamiento del Sistema Nacional de Garantía de Calidad en los establecimientos públicos y privados del sector”, que busca la mejora de la calidad de atención y que los resultados sanitarios sean más predecibles a lo largo de todas las instituciones del sector. Es preciso mencionar que la preocupación por una agenda explícita de calidad en aspectos prestacionales y gerenciales, como parte de la responsabilidad del Estado, recién data del año 2001. En la justificación de esta propuesta, los reformadores revelan que las deficiencias en el sistema se manifiestan en un largo tiempo de espera para una atención, insuficiente disponibilidad de medicamentos, lejanía del establecimiento de salud y demora en la atención, falta de tiempo o maltrato del personal de salud, que un 11 % de pacientes sufre un daño involuntario, como consecuencia de la atención en salud, y que 58.8 % de estos eventos adversos son evitables. Además, del lado de los trabajadores del sector, una proporción elevada del 73.1 % muestra insatisfacción en el trabajo, asociada a situaciones inadecuadas: bajas remuneraciones, escaso reconocimiento y limitadas posibilidades de innovación.<sup>(42)</sup>

En realidad la reforma de la salud en el Perú es un proceso que se inicia en los noventa, y el mismo se ha ido profundizando, sin embargo no se ha obtenido el resultado esperado. Por aquellos años se planteó, entre otras cosas, la flexibilización laboral y la reducción de los costos laborales, lo que llevó a introducir reformas que llevaron a la precarización del empleo. Además, siendo el mayor empleador del sector salud, el Gobierno y EsSalud, éstos fueron los mayores beneficiarios del cambio de un régimen de nombramiento de los médicos a uno de contrataciones por “Servicios no Personales” en el MINSA y bajo el régimen privado en EsSalud.

Por otro lado, la no mantención del valor real de los salarios condujo al multi o pluriempleo, lo cual implica un médico siempre preocupado por el tiempo, pues luego de brindar sus servicios para un determinado empleador pasará a cumplir el compromiso con otro. Por ello se ha hecho frecuente la queja de los pacientes por tiempo insuficiente que el médico ofrece en la consulta que brinda, que no genera una adecuada relación médico-paciente, afectándose la calidad.

La buena intención de darle a toda la población el acceso a coberturas de salud, ha hecho que tanto en el sector público (MINSA – SIS) como en EsSalud, se haya desencadenado un crecimiento desbordado de la demanda, con una oferta insuficiente, lo que ha hecho que la calidad de la atención esté seriamente cuestionada, con diferimientos prolongados de las consultas, insuficientes camas de hospitalización, largas listas de espera quirúrgica, emergencias hacinadas e insuficiente personal profesional y técnico para la atención. El panorama empeora, pues dos de las propuestas planteada en la Reforma para el cierre de la brecha negativa de la oferta, las Asociaciones Públicas-Privadas y la tercerización de los servicios, están siendo seriamente cuestionadas por graves problemas de corrupción puestos a luz en los últimos tiempos y por un prurito ideológico, que plantea se está haciendo una “privatización encubierta” de la salud y que aliarse con los privados para ofrecer servicios de salud no hará sino encarecer ésta, pues aquellos se mueven dentro de una lógica de lucro y no de servicio. Todo ello complica la solución de la pérdida permanente de la calidad y oportunidad de la atención médica en el Perú. <sup>(43)</sup>

Visto el panorama, es obvio que la calidad está siendo afectada por el desbalance entre la oferta y la demanda, subrayando que el problema de la atención médica es inherente a la calidad con la cual se brinda. Si la cantidad de servicios proporcionados es insuficiente, es lógico pensar que los beneficios esperados también lo serán. Y si la cantidad de servicios es excesiva puede producir un incremento en los riesgos a los que se expone un paciente. Aquí entra en escena otra variable de gran preocupación para los gestores al momento de la toma de decisiones, la relación entre los costos y la calidad.

Donabedian en 1980 señaló que, “cuando la atención es excesiva y dañina, es más costosa y de menor calidad; cuando la atención es excesiva pero no produce daños es también más costosa, pero ese costo no corresponde a los beneficios esperados, y ello significa desperdicio; existe, pues, una relación beneficios - riesgos - costos, en la que el hipotético valor neto de la calidad, podría calcularse al restar a los beneficios, la suma de los riesgos más los costos (Modelo Unificado

de la Calidad)”. Así, la eficiencia y la calidad van de la mano dentro de la atención a la salud. <sup>(4)</sup>

Hay una tendencia a creer que la carencia de recursos es una barrera infranqueable para proporcionar servicios de calidad, que la limita, pero su deterioro no es responsabilidad exclusiva de esta, existiendo al momento de evaluar la calidad la dificultad de atribuir a los resultados, la calidad de la atención médica proporcionada, pero para Donabedian lo primero es “atender a la naturaleza de la calidad misma”, sometiendo a una exigente comprobación a las “relaciones entre procesos y resultados”, sin olvidar las “dimensiones interpersonales, sociales y aun morales de la calidad” y en segundo lugar, se debe dar mayor atención a “los comportamientos clínicamente importantes en el sistema de atención a la salud, y a las maneras de producir los cambios deseados” en este. <sup>(44)</sup>

No se debe de olvidar que el “mejoramiento continuo de la calidad es la esencia de la lucha por la Excelencia”, ello implica un enfoque sistémico, con atención no solo en los procesos, su seguimiento, evaluación y control, buscando su perfeccionamiento, sino en la estructura y los resultados, es decir “todo bajo control” haciendo al proceso predecible y en desarrollo adecuado según normas sustentadas en la evidencia disponible. <sup>(9)</sup>

Los conceptos evolucionan y así aparece el de “calidad total”, que hace de la satisfacción de las expectativas del “cliente” su indicador principal, habiéndose descrito a estas como implícitas o básicas, explícitas, que exigen especificaciones y requisitos, y latentes, que “involucran un nivel de excelencia, por un valor agregado y no siempre esperado”. <sup>(3)</sup> Tres variables resumen el concepto, mayor calidad, mayor rapidez y mayor economía, asociado a la cadena de producción y que compite con otras prioridades para los empresarios, como costos y productividad. Por ello dentro de este enfoque “de satisfacer la exigencia del cliente” se introducen conceptos como el de “control de calidad y garantía de calidad”. Entonces surge lo que a la postre será un cuestionamiento ideológico no sanjado hasta la fecha, “la tendencia a aplicar a la salud conceptualizaciones

aplicadas del mundo empresarial e industrial, en relación al creciente desarrollo tecnológico, que lo encarece todo". Así, el concepto de que "la mejora de la calidad se consigue con el control estadístico de todos los procesos" de Deming, y del que el control de la calidad es "desarrollar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el más útil y siempre satisfactorio para el consumidor" de Ishikawa, son adaptados al mundo de la medicina o más propiamente al de la salud.<sup>(3)</sup>

El planteamiento es que la "garantía de la calidad es un conjunto de acciones sistematizadas y continuas tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan el mayor beneficio o que incrementen los riesgos a los pacientes, a través de cinco elementos fundamentales: Evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambio organizacional necesarias". Entonces, los detractores de estas teorías establecen lo que es una falsa dicotomía: se es un paciente o se es un cliente.

Se alega que a nivel individual los servicios de salud se brindan con "espíritu profesional" y a nivel hospitalario con "espíritu institucional", ambos inmersos en una doctrina "coherente y adecuada". Por otro lado, se arguye que ni los médicos ni los servicios de salud comercializan mercancías, sino tratan a seres humanos. Además, se plantea "que siendo humano por definición, aquello perteneciente o relativo al hombre o propio de él, o también se aplica a la persona que se compadece de las desgracias de sus semejantes, la concepción de cliente o usuario que excluye el enfoque ético y humanístico del cual debe estar impregnado todo acto médico, no tendrá el alcance de calidad total en la atención médica".<sup>(3)</sup>

Frente a esta supuesta dicotomía surge una pregunta ¿En la actividad empresarial, puede un cliente ser engañado en la compra de un producto al cual se le atribuye ciertas propiedades, que no tiene, o luego de comprado, sorprenderlo en el tiempo que se le será entregado? La respuesta es evidentemente no, caso contrario sería una estafa. Pues el paciente tampoco debiera ser estafado como permanentemente lo es, víctima de los subsistemas de

salud del país. No debiera ser sorprendido en cuanto al momento oportuno en ser atendido o en las bondades de un tratamiento y de la calidad profesional del que lo va a brindar. La dicotomía es falsa, un paciente no dejará de serlo si también se le ve como un cliente. Los mismos médicos demuestran ello cuando aquel “atosigado de pacientes” en el hospital público o de la seguridad social cruza a la consulta particular, y allí esboza su mejor sonrisa y se muestra muy comunicativo e incluso incentiva a sus pacientes del hospital a acudir a esta. El paciente también es un cliente y él mismo le recuerda al médico u otro profesional de la salud cuando afirma, “yo pago mi seguro” o “yo le pago su sueldo”.

Hoy en día los servicios de salud tienen como uno de sus fines principales el ofertar los mismos con calidad, no solo por un mandato principista, sino porque los pacientes así lo exigen, recuperar su bienestar físico y psicológico a través atenciones y procedimientos de calidad que satisfagan sus expectativas. De allí la preocupación de los sistemas de salud por medir la calidad que brindan, a través de ciertos parámetros: <sup>(45)</sup>

- Puntualidad.
- Presentación del personal.
- Prontitud en la atención.
- Cortesía, amabilidad, respeto.
- Trato humano.
- Diligencia para utilizar medios diagnósticos.
- Agilidad para identificar el problema.
- Destreza y habilidad para la solución del problema.
- Efectividad en los procedimientos.
- Comunicación con el usuario o su familia.
- Interpretación adecuada del estado de ánimo de los usuarios.
- Aceptación de sugerencias.
- Capacidad profesional.
- Ética en todas las fases del proceso.
- Equidad.
- Presentación física de las instalaciones.

- Presentación adecuada de los utensilios y elementos.
- Educación constante al personal del servicio y a los propios usuarios.

La satisfacción de los usuarios externos, que expresa un juicio de valor individual y subjetivo, es el aspecto clave en la definición y valoración de la calidad, y es el indicador más usado para evaluar la calidad de atención en los servicios de salud y su medición se expresa en los niveles de satisfacción del usuario. Una característica fundamental de la calidad en los servicios, reconocida por muchos autores es su carácter multidimensional, aunque sin consenso respecto a las dimensiones que deben ser parte de esta construcción teórica.

El profesor A. Parasuraman fue uno de los primeros en identificar la multidimensionalidad de la calidad del servicio y describió los criterios que los consumidores utilizan para evaluarlo. Su multidimensionalidad está justificada teóricamente de forma amplia y son múltiples los trabajos teóricos en diferentes contextos que reportan resultados diferentes en la composición del constructo. Identifica cinco dimensiones.<sup>(16)</sup> Luego se convertirían en soporte de trabajos de investigación de otros:<sup>(46)</sup>

**Tangibilidad.** Se refiere a las instalaciones físicas, equipos y la apariencia del personal. Se ha señalado como uno de los factores más importantes en la industria de servicios, relacionada con el concepto de calidad.

**Fiabilidad.** Se refiere a la capacidad de realizar el servicio de forma fiable y precisa. La satisfacción de los consumidores va a ser alta cuando los proveedores de servicios sean capaces de mostrar su integridad, cuando los consumidores tengan la confianza en el desempeño del proveedor de servicios.

**Capacidad de respuesta.** Se refiere a la voluntad del proveedor de servicios para ayudar a los clientes y proporcionar servicios rápidos.

**Seguridad.** Se refiere al conocimiento de los empleados, la cortesía y la capacidad de transmitir confianza y seguridad. La literatura también evidencia una relación positiva entre la seguridad y la satisfacción de los consumidores.

**Empatía.** Se refiere al cuidado y atención personalizada que se brinda a los usuarios o clientes.

En base a estas dimensiones Parasuraman diseñó la encuesta SERVQUAL, que por su validez y confiabilidad es la más aceptada y utilizada para medir la calidad de atención en empresas de servicios. Posteriormente, Babakus y Mangold, validaron un nuevo constructo del SERVQUAL para hospitales.<sup>(47)</sup> Esta encuesta ha sido ampliamente evaluada y validada. En el país el MINSA ha adoptado esta metodología con algunas modificaciones en el modelo y el contenido del cuestionario, a lo que se llama “metodología SERVQUAL modificada” definiendo la calidad de atención como la brecha o diferencia entre las percepciones (P) y expectativas (E) de los usuarios externos, es decir (P-E), ello por la validez y alta confiabilidad que demuestra, habiéndose implementado para estudiar la calidad de la atención entre los usuarios externos de los servicios de salud del país.<sup>(48)</sup>

Se debe tener presente el impacto directo que ejerce, en la calidad de atención que se brinda, del diseño organizacional, aquella “combinación de la totalidad de elemento de la estructura organizacional”, pues con un adecuado diseño de esta, se asegurará un apropiado desempeño de la organización, ello implica una “asignación y distribución de la autoridad”, una adecuada “definición de responsabilidades, mecanismos de comunicación y coordinación, grados de formalización y estandarización de los procesos, mecanismos de control y tipos de incentivos”. Por tanto, es fácil deducir que una gran cantidad de problemas que afectan de manera directa a la calidad de atención devienen de “diseños organizacionales defectuosos”.<sup>(49)</sup>

También impactan en la calidad, el desarrollo organizacional de una institución, la misma que define el establecimiento de estrategias educativas que permiten a los trabajadores a hacer “conciencia explícita de los objetivos de la organización, de

la importancia de su propio trabajo, y del de los demás para la consecución de esos objetivos, de la manera en que pueden mejorar su desempeño y el de los demás y del desarrollo del liderazgo en la organización”.<sup>(49)</sup>

Sin embargo, no se puede alcanzar un adecuado diseño organizacional si no se cuenta con una adecuada calidad de vida laboral, es decir con un “grado de satisfacción y bienestar físico, psicológico y social” que experimentan los trabajadores en su labor y su ambiente de trabajo, bienestar que abarca dos dimensiones, la objetiva, que tiene que ver con las “condiciones ambientales, técnicas, salariales, de estabilidad, de seguridad e higiene, de diseño de puesto”, y otras, en que se desarrollan las labores; y la subjetiva, que se relaciona con “las percepciones y valoraciones sobre las condiciones laborales, el estrés laboral, el ambiente social (relaciones con compañeros de trabajo como con superiores), el clima organizacional, posibilidades de ascensos, etc”. Como se aprecia, este concepto de calidad de vida laboral agrupa dos grandes dimensiones, una que se relaciona con el entorno en que se desarrolla el trabajo y otra, más importante, pues es influenciada por la primera, que deriva de las percepciones generadas por los trabajadores.<sup>(49)</sup>

Un aporte del proceso de reforma de la salud en el Perú, que influirá positivamente en la calidad de atención, está dado por determinados procesos que buscan optimizar la organización de los servicios de salud, reduciendo las barreras de acceso a estos y asegurando la satisfacción de las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad. Estos procesos son la categorización de los establecimientos de salud, el desarrollo de redes y micro-redes y la organización del sistema de referencia y contra-referencia.

La categorización de los establecimientos de salud, es decir la determinación del tipo de establecimientos que son necesarios para abordar las demandas de salud de la población que se atiende, constituye uno de los aspectos importantes de la organización de la oferta, porque permitirá consolidar redes asistenciales articuladas por niveles de complejidad, un sistema de referencia y contra-

referencia efectivo y principalmente el ordenamiento de la oferta de servicios, que permita ofertar los mismos con calidad y oportunidad de atención.<sup>(50)</sup>

El esfuerzo debe estar dirigido a formar una verdadera red de servicios de salud, donde cada nivel de atención cuente con la real capacidad resolutive que le confiere aquel, de otra forma solo se constituirán hospitales generadores de referencias a un nivel más complejo de pacientes que en la realidad de los hechos no corresponde, induciendo injustificadamente la demanda, constituyéndose así en un factor de demora para la atención y que la misma no sea adecuada, pues finalmente se acudirá a un hospital más complejo, pero con sobredemanda, deteriorándose la calidad de la atención médica.

El pluriempleo médico es un factor que afecta en forma negativa a la calidad de atención, como ya se anotó. La reforma de los noventa planteó entre otras cosas la flexibilización laboral y la reducción de los costos de esta, lo que llevó a introducir reformas que llevaron a la precarización del empleo. Además, siendo EsSalud uno de los mayores empleadores del sector salud, fue uno de los más beneficiados con el cambio de un régimen de nombramiento de su personal a uno de contrataciones bajo el régimen privado, por modalidad a plazo fijo o indeterminado. El periodo de contratos a plazo fijo se prolongaron en demasía, generando una alta rotación de médicos y del resto del personal de salud, en detrimento evidente de la calidad.

Fue la pérdida del valor real de los salarios lo que condujo a los médicos al pluriempleo, lo cual provoca que un médico ande siempre apurado, falto de tiempo, pues luego de atender en un establecimiento de EsSalud pasa a cumplir otro compromiso laboral o viceversa. Ello conduce a la frecuente quejas de los pacientes por el tiempo que el médico ofrece en la consulta, el cual es insuficiente para establecer una adecuada relación con el paciente, con una comunicación fluida de ida y vuelta, y la imprescindible empatía que se logra por la preocupación que el médico muestra por los problemas de aquel, que necesariamente no tiene que ver con el de salud que lo aqueja. Es un hecho que los médicos que laboran en muchas entidades prestadoras de salud y que son

exigidos a tener una mayor producción de atenciones, descuidan la calidad de la atención. Algunos piensan que en tal situación surge la tendencia a una relación médico-cliente, cuyo trato es “muy superficial y de poca confianza”.<sup>(3)</sup>

Por último, siendo que la calidad de la atención puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte, entre la integridad física y el portar una discapacidad, el acceso pronto a recibir atención en una determinada institución no será suficiente, si la atención no es de calidad, por ello la importancia del establecimiento de políticas públicas que propicien y defiendan este derecho de los pacientes, usuarios o clientes, a recibir prestaciones de salud de calidad. Este debe ser el objetivo principal de cualquier reforma del sistema de salud que busque acabar con la inequidad existente en los temas de salud, que permiten la injusticia por la cual los pobres si logran tener acceso a servicios de salud, reciban una atención de pésima calidad. Hay quienes plantean que la “evaluación de la calidad en salud” es “un primer paso para la reforma del sistema” de salud.<sup>(51)</sup>

Solo con una adecuada gestión de la calidad de atención, que implica dirigir, operar y controlar sistemáticamente los procesos estructurados, se podrá lograr mejoras en la atención de la salud. Brindar calidad de atención significa implantar un cambio organizacional, el cual solo será posible a través del constructo de Gestión de la Calidad Total, estrategia de gestión que tiene como objetivo la satisfacción de manera equilibrada de las necesidades y expectativas de los usuarios, pero también de los trabajadores o colaboradores (como ahora se viene a llamar), directivos o accionistas y de la sociedad en general. Implica un cambio en la cultura y funcionamiento de las organizaciones “para conjugar la provisión de servicios orientada a las necesidades y expectativas de los usuarios y a la coresponsabilización de los clínicos en la gestión, superando el dilema entre profesión y gestión para conseguir una mayor eficacia y resultados globales”.<sup>(52)</sup>

### 1.3 Definición de términos

**Atención sanitaria:** servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.<sup>(53)</sup>

**Atención primaria:** es la asistencia sanitaria esencial y accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. <sup>(54)</sup>

**Bioética:** “rama de la filosofía que determina la práctica adecuada de los actos relacionados con la vida de la persona en particular y de los seres vivos en general, orientados hacia la preservación de la vida, a la luz de los principios morales”. <sup>(55)</sup>

**Calidad de la atención:** Otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, competencia profesional y seguridad, con respeto a los principios éticos de la práctica médica, tendiente a satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas. <sup>(55)</sup>

**Calidad total:** o excelencia puede definirse como una estrategia de gestión de la organización que tiene como objetivo satisfacer de una manera equilibrada las necesidades y expectativas de todos sus grupos de interés, normalmente empleados, accionistas y la sociedad en general. <sup>(56)</sup>

**Capacidad de respuesta:** disposición de servir a los usuarios y proveerles un servicio rápido y oportuno frente a una demanda con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable. <sup>(48)</sup>

**Consentimiento informado (cartas de consentimiento bajo información):** se refiere a la disponibilidad del documento escrito, firmado por el paciente o su representante legal, mediante el cual se acepta, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, la práctica de un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos o de rehabilitación. Tomando en cuenta además que dicha carta se sujeta a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, y es revocable mientras no inicie el procedimiento para el

que se hubiere otorgado y no obligaran al médico a realizar u omitir un procedimiento, cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente. <sup>(57)</sup>

**Criterios de calidad:** característica observable que permite conceptualizar lo que significa una buena práctica. Pueden ser: implícitos (los que reflejan lo que debía hacerse por un buen profesional en una situación determinada), y explícitos (especifican en su enunciado las condiciones a seguir en una determinada situación, y son resultado de un proceso de discusión y consenso entre los profesionales implicados). <sup>(58)</sup>

**Daño:** es la alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella. Los daños comprenden las enfermedades, lesiones, sufrimientos, discapacidades y la muerte; pueden ser físicos, sociales o psíquicos. <sup>(57)</sup>

**Daño asociado a la atención sanitaria:** es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente. <sup>(57)</sup>

**Dimensiones de la calidad:** son los atributos o componentes de la calidad. Los que aparecen más frecuentemente en la literatura son: eficiencia, efectividad, calidad científico-técnica (competencia y desempeño profesional), accesibilidad y satisfacción o aceptabilidad del usuario. <sup>(58)</sup>

**Empatía:** se refiere al cuidado y atención personalizada que se brinda a los usuarios de un servicio. <sup>(46)</sup>

**Estándar de Calidad:** un estándar representa un nivel de desempeño adecuado que es deseado y factible de alcanzar. Adicionalmente, la comprobación de ese logro debe ser demostrada por la organización que dice haber obtenido el nivel deseado de desempeño, ante lo cual es necesario que se cree un sistema explícito para verificar y calificar el grado del logro alcanzado. <sup>(59)</sup>

**Estructura:** se refiere a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros. <sup>(60)</sup>

**Ética médica:** “disciplina que fomenta la buena práctica médica, mediante la búsqueda del beneficio del paciente, dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida”. <sup>(55)</sup>

**Evaluación de la Calidad de la atención en salud:** análisis metodológico de las condiciones en que se otorga la atención médica, mediante la integración de un diagnóstico situacional, que permita conocer las condiciones estructurales para su prestación, las características del proceso y la obtención de los resultados esperados; identificar los procesos que deben ser mejorados, los logros alcanzados y los problemas que es preciso resolver. <sup>(55)</sup>

**Expectativa del Usuario:** es lo que el usuario espera del servicio que brinda la institución de salud. Esta expectativa se forma básicamente por sus experiencias pasadas, sus necesidades, la comunicación con otros usuarios y la información externa. <sup>(48)</sup>

**Fiabilidad:** se refiere a la capacidad de efectuar un servicio de forma fiable y precisa para el usuario. <sup>(46)</sup>

**Gestión de la calidad:** conjunto de técnicas de organización orientadas a la obtención de los niveles más altos de calidad en una institución. <sup>(61)</sup>

**Grupo Focal:** es una técnica de investigación cualitativa que explora las actitudes, conductas y reacciones de un grupo social específico a un tema de interés. <sup>(48)</sup>

**Indicadores de Calidad:** en la atención hospitalaria, los indicadores de calidad y eficiencia sirven de base para medir el desempeño de los servicios que brinda o debe brindar el hospital y facilitar las comparaciones en el espacio y en el tiempo. <sup>(62)</sup>

**Estándares de calidad:** margen tolerable de desviación respecto a la norma de un criterio. <sup>(58)</sup>

**Oportunidad:** otorgar la atención en el momento que el paciente la amerita, no necesariamente cuando la demanda, ya que en ocasiones cuando la demanda no es oportuno que se le otorgue. <sup>(55)</sup>

**Paciente:** persona que recibe atención sanitaria. <sup>(53)</sup>

**Percepción del Usuario:** cómo percibe el usuario que la organización cumple con la entrega del servicio de salud ofertado. <sup>(48)</sup>

**Proceso:** corresponde al contenido de la atención y a la forma como es ejecutada dicha atención. <sup>(60)</sup>

**Resultados:** representan el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados. <sup>(60)</sup>

**Satisfacción de las expectativas del usuario:** los usuarios de los servicios de salud tienen expectativas relativas a la calidad de la atención que recibirán, tanto en aspectos profesionales, como en los interpersonales. En la medida que estas expectativas se vean logradas, manifestarán su satisfacción y en caso contrario su inconformidad, quejas o demandas. <sup>(55)</sup>

**Satisfacción de las necesidades de salud:** determina el objetivo para alcanzar la curación del paciente en los casos en que esto sea factible, el control de las enfermedades que lo permitan, la mejoría de las que no se pueda controlar, la paliación de las que no sea factible controlar y, finalmente, el apoyo moral y la muerte digna para los pacientes a quienes no podamos ofrecer nada más. Es importante que el paciente y los familiares se enteren con oportunidad de las opciones factibles, para evitar el desarrollo de expectativas no factibles. <sup>(55)</sup>

**Seguridad del paciente:** es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro. <sup>(53)</sup>

**SERVQUAL:** instrumento que se utiliza para establecer la calidad del servicio de salud que se brinda en una institución al usuario, definiendo esta como la diferencia entre las percepciones y expectativas de los usuarios externos. La SERVQUAL es una abreviatura que viene del inglés Quality Service. <sup>(48)</sup>

**Tangibilidad:** se refiere a las instalaciones físicas, equipos y la apariencia del personal. Se ha señalado como uno de los factores más importantes en la industria de servicios, relacionada con el concepto de calidad. <sup>(46)</sup>

**Usuario o cliente externo:** paciente que acude a un establecimiento de salud para recibir una prestación o atención de salud de manera continuada, para recuperar ésta. <sup>(48)</sup>

**Usuario o cliente interno:** miembro de una empresa, que toma el resultado o producto de un proceso como recurso para realizar su propio proceso. Después, entregará su resultado a otro trabajador de la empresa para continuar con el proceso hasta acabarlo y ponerlo a venta, y lo adquiera el cliente externo. Por lo que, cada trabajador es cliente y a su vez proveedor dentro de la empresa. <sup>(63)</sup>

## CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 2.1 Formulación de la hipótesis

Siendo una investigación de tipo observacional y descriptiva, no corresponde formular una hipótesis.

### 2.2 Variables y su operacionalización

Se detalla a continuación en los cuadros siguientes:

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE SEGÚN SU NATURALEZA	TIPO DE VARIABLE SEGÚN SU RELACION	INDICADOR O DEFINICIÓN OPERATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA Y VALORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Usuario externo	Paciente que acude a un establecimiento de salud para recibir una atención de salud de manera continuada o acompañante en caso aquel tenga impedimento de comunicación	Cualitativa	Interviniente	Porcentaje	Nominal	1=Paciente 2=Acompañante	Parte de consulta externa
Edad	Años cumplidos del usuario externo al momento de la encuesta	Cualitativa	Interviniente	Porcentaje según grupo etario	Ordinal	1= $\geq$ 18 años; 2=20-29 años; 3=30-39 años; 4=40-49 años; 5=50-59 años, 6= $\geq$ 60 años	Encuesta llenada por el entrevistado
Sexo	Sexo del usuario externo que acude a atenderse al hospital	Cualitativa	Interviniente	Porcentaje según sexo	Nominal	1=Femenino 2=Masculino	Encuesta llenada por el entrevistado
Nivel de estudio	Nivel de instrucción alcanzado del usuario externo	Cualitativa	Interviniente	Porcentaje según nivel alcanzado	Ordinal	1=Analfabeto 2=Primaria 3=Secundaria 4=Superior Técnico 5=Superior Universitario	Encuesta llenada por el entrevistado

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE SEGÚN SU NATURALEZA	TIPO DE VARIABLE SEGÚN SU RELACION	INDICADOR O DEFINICIÓN OPERATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA Y VALORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Tipo de usuario	Nuevo: usuario que acude a atenderse por primera vez. Continuador: usuario que acude por segunda vez o más	Cualitativa	Interviniente	Porcentaje	Nominal	1=Nuevo 2=Continuador	Parte de consulta externa
Expectativa del usuario	Lo que el usuario espera del servicio que brinda la institución de salud	Cuantitativa	Independiente	Porcentaje	Razón	Calificación 1-2-3-4-5-6-7 Se considera 1 como menor calificación y 7 como mayor calificación	Encuesta llenada por el entrevistado
Satisfacción con la atención	Grado de satisfacción en general por la atención recibida en el hospital	Cualitativa	Independiente	Porcentaje	Nominal	1=Satisfecho 2=Insatisfecho	Encuesta llenada por el entrevistado
Fiabilidad	Capacidad para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido	Cuantitativa	Dependiente	Porcentaje	Razón	Calificación 1-2-3-4-5-6-7 Se considera 1 como menor calificación y 7 como mayor calificación	Encuesta llenada por el entrevistado
Capacidad de respuesta	Disposición a servir y proveer al usuario un servicio rápido y oportuno, con respuesta de calidad y en tiempo aceptable	Cuantitativa	Dependiente	Porcentaje	Razón	Calificación 1-2-3-4-5-6-7 Se considera 1 como menor calificación y 7 como mayor calificación	Encuesta llenada por el entrevistado

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE SEGÚN SU NATURALEZA	TIPO DE VARIABLE SEGÚN SU RELACION	INDICADOR O DEFINICIÓN OPERATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA Y VALORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Seguridad	Confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud demostrando conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza	Cuantitativa	Dependiente	Porcentaje	Razón	Calificación 1-2-3-4-5-6-7 Se considera 1 como menor calificación y 7 como mayor calificación	Encuesta llenada por el entrevistado
Empatía	Capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra, y entender y atender adecuadamente las necesidades de éstas	Cuantitativa	Dependiente	Porcentaje	Razón	Calificación 1-2-3-4-5-6-7 Se considera 1 como menor calificación y 7 como mayor calificación	Encuesta llenada por el entrevistado
Aspectos tangibles	Aspectos físicos que el usuario percibe de la institución. Están relacionados con las condiciones y apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, material de comunicación, limpieza y comodidad	Cuantitativa	Dependiente	Porcentaje	Razon	Calificación 1-2-3-4-5-6-7 Se considera 1 como menor calificación y 7 como mayor calificación	Encuesta llenada por el entrevistado

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1 Tipo y diseño de la investigación.**

Investigación de enfoque mixto.

#### **Etapa cuantitativa**

Investigación de tipo observacional, descriptiva, transversal y prospectiva.

Observacional, pues no se manipuló las variables, solo se observó y registró el sentir de los usuarios a través de una calificación previamente determinada en la literatura.

Descriptiva, ya que estimó parámetros acerca de la percepción de los usuarios sobre la calidad del servicio de salud que se brinda, sin tener como objetivo el establecer relación entre variables.

Transversal, porque el estudio midió variables en una sola ocasión, haciendo un corte en un periodo determinado.

Prospectivo, en vista que la data fue recogida en un periodo determinado a futuro.

#### **Etapa Cualitativa**

Investigación observacional participativa, que utilizó la metodología de los grupos focales y las entrevistas a profundidad, como se detalla más adelante.

De observación participativa, pues el investigador entró en interacción directa con las personas y sus actividades, acercamiento que implicó hacer que se sientan suficientemente cómodas en presencia de aquel, para que sea posible que éstas describan cómo perciben la realidad tal cual, a través de la formación de grupos focales entre los usuarios externos y entrevistas a profundidad con todos los involucrados en la atención de salud.

## 3.2 Diseño muestral

### Etapa cuantitativa

**Población universo.** Usuarios externos de la Red Prestacional Almenara (RPA) de EsSalud, que acudieron a recibir atención en el Hospital Nacional Guillermo Almenara, entre el 2 de enero y el 28 de junio de 2019.

**Población de estudio.** Usuarios externos de la RPA de EsSalud, que acudieron a recibir atención en los consultorios externos del HNGAI, entre el 2 de enero y el 28 de junio de 2019.

**Tamaño de muestra.** Siendo el estudio descriptivo se estimó la proporción del atributo de interés, es decir, del porcentaje de satisfacción e insatisfacción del usuario externo presente en una población conocida, y para calcular el tamaño de muestra se utilizó la fórmula para el cálculo de una proporción poblacional, considerando una muestra aleatoria simple, según la técnica de muestreo e inferencia estadística<sup>(64)</sup> y la norma técnica del MINSA<sup>(48)</sup> para la evaluación de la satisfacción del usuario que acude a la consulta externa de un establecimiento de salud:

$$n = N.z^2.p.q / [e^2 (N-1) + z^2.p.q]$$

Dónde:

**n** = Tamaño de muestra

**p** = Proporción de usuarios externos que se espera se encuentre insatisfechos.

**q** = Proporción de usuarios externos que se espera se encuentren satisfechos (1-p).

**e** = Error de muestreo aceptable (error estándar) de 0.05 según categoría del establecimiento (III-2), según norma.<sup>(48)</sup>

**z** = Valor de “z” para el intervalo de confianza 95 % (igual 1.96).

**N** = Población de usuarios externos atendidos en el primer semestre del año 2018 en los servicios de consulta externa.

Para aplicar la fórmula se necesitaba conocer el valor de p y para establecerlo se recurrió al estudio de satisfacción del usuario en la consulta externa del 2016, que encontró un porcentaje de insatisfacción del 26 %. Entonces tenemos:

$$p = 0.26$$

$$q = 1 - p$$

$$e = 0.05$$

$$z = 1.96.$$

N = 99 662 (usuarios externos consultantes en el primer semestre del año 2018).

Reemplazando valores:

$$n = N \cdot z^2 \cdot p \cdot q / [(N-1) e^2 + z^2 \cdot p \cdot q]$$

$$n = 99\,662 \times 1.96^2 \times 0.26(1-0.26) / (99\,662-1) 0.05^2 + 1.96^2 \times 0.26 (0.26-1)$$

Ejecutando la operación:

$$n = 296.53$$

Por tanto, la muestra a estudiar, redondeando la cifra, será de 300 usuarios externos.

**Muestreo o selección de la muestra.** Los usuarios a investigar fueron seleccionados en base a un muestreo estratificado con afijación proporcional, es decir se distribuyó el tamaño de la muestra entre los diferentes estratos, en este caso los servicios asistenciales, según el volumen de demanda de consultas a estos en el primer semestre del año previo. Luego, dentro de cada estrato se seleccionó a los usuarios por sorteo, utilizando el número de orden en el parte de citas (Cuadro 1). Si alguno no asistía a la consulta se volvía a sortear.

### **Criterios de inclusión**

- Usuario externo o paciente de ambos sexos, mayores de 18 años de edad al momento de acudir al consultorio externo.
- Usuario que había recibido dos o más atenciones en la consulta externa, incluida la realizada al momento de la encuesta.
- Usuario que no presentaba trastorno en la salud mental.
- Familiar u otra persona que acompañaba al usuario externo o paciente que, al momento de acudir a la atención, no estuviese en condiciones de contestar la encuesta.

- Usuario externo o paciente que dio su aprobación para ser encuestado.
- En los casos en que el usuario o paciente no daba su aprobación para ser encuestado, se encuestó al inmediato siguiente en el listado de citas

**Cuadro 1.** Muestreo estratificado con afijación proporcional, según volumen de consultas por Servicio en el primer semestre de 2018

Servicio	Consultas primer semestre 2018	Alícuota según muestra	
Medicina interna 1	5,957	7.21	7
Medicina interna 2	2,891	3.50	4
Medicina interna 3	4,573	5.53	6
Medicina interna 5	2,026	2.45	3
Medicina general	1,092	1.32	1
Medicina ocupacional y del medio	1,380	1.67	2
Nefrología	11,305	13.68	14
Trasplante renal	2,831	3.43	3
Cardiología	9,206	11.14	11
Endocrinología	8,494	10.28	10
Oncología medica	13,369	16.18	16
Patología mamaria	5,318	6.43	6
Neumología	3,812	4.61	5
Gastroenterología	7,147	8.65	9
Dermatología	5,204	6.30	6
Neurología	5,110	6.18	6
Alcoholismo y farmacodependencia.	2,249	2.72	3
Psiquiatría general	7,249	8.77	9
Psiquiatría infanto juvenil	4,035	4.88	5
Hospital diurna	3,352	4.06	4
Reumatología	6,709	8.12	8
Geriatría	1,482	1.77	2
Hematología clínica	4,113	4.98	5
Aparato locomotor	3,789	4.58	5
Minusvalía y discapacidad física	4,485	5.43	5
Patología del desarrollo	5,576	6.75	7
Citología y citogenética	812	0.98	1
Cirugía General 1	609	0.74	1
Cirugía General 2	1,728	2.09	2

**Cuadro 1** (continuación). Muestreo estratificado con afijación proporcional, según volumen de consultas por Servicio en el primer semestre de 2018

Servicio	Consultas primer semestre 2018	Alicuota según muestra	
Cirugía General. 3	1,734	2.10	2
Cirugía General. 4	1,000	1.21	1
Cirugía General. 5	540	0.65	1
Unidad de Trasplante de Hígado	1,653	2.00	2
Urología	8,645	10.46	11
Cirugía de Cuello Maxilo Facial	6,762	8.18	8
Cirugía Plástica y Quemados	2,763	3.34	3
Otorrinolaringología	7,726	9.35	9
Oftalmología 1	10,568	12.79	13
Oftalmología 2	10,173	12.31	12
Neurotraumatología	2,550	3.09	3
Neurocirugía Vascular y Tumores	2,075	2.51	3
Neuroradiología	590	0.71	1
Ortopedia	5,662	6.85	7
Traumatología	5,053	6.11	6
Cirugía de Tórax	1,098	1.33	1
Cirugía Cardíaca	2,225	2.69	3
Cirugía de Manos	2,799	3.39	3
Ginecología	9,667	11.70	12
Obstetricia de Alto Riesgo	4,365	5.28	5
Clínica Pediátrica	7,499	9.07	9
Cirugía Pediátrica	3,991	4.83	5
Neonatología	1,934	2.34	2
Anestesiología Clínico Quirúrgica	3,349	4.05	4
Anestesiología Cirugía de Corta Estancia	4,802	5.81	6
Terapia del Dolor	2,772	3.35	3
<b>Total</b>	<b>247,878</b>	<b>300</b>	<b>301*</b>

\*Fruto del redondeo, la muestra final quedó en 301

### **Criterios de exclusión**

- Acompañante menor de 18 años o que presentaba algún tipo de discapacidad que les impedía expresar su opinión.
- Usuario o paciente que previamente no había recibido atención alguna en la consulta externa (pacientes nuevos).
- Usuario o paciente que presentaba trastornos de salud mental.
- Usuario, familiar u otro que no deseaba participar de la encuesta.
- Usuario o paciente con trastorno mental que no tenía acompañante.

### **Diseño muestral etapa cualitativa**

Siendo el objetivo de la presente investigación cualitativa conocer los discursos acerca de la calidad de la atención de los usuarios externos del HNGAI, así como de las personas que trabajan en el mismo (usuarios internos), lo cual permite este tipo de investigaciones.<sup>(65)</sup> La población de estudio fue :

- Usuarios externos o pacientes de la RPA de EsSalud, que acudieron a recibir atención en los consultorios externos del HNGAI, en el periodo de estudio establecido, la misma que fue distinta a la que se le aplicó la encuesta SERVQUAL.
- Médicos asistentes de los diferentes Servicios del HNGAI, que brindan consulta externa.
- Dirigentes del gremio médico de EsSalud que laboran en el HNGAI.
- Enfermeras que laboran en los diferentes Servicios del HNGAI.
- Obstetrices que laboran en el Servicio de Obstetricia de Alto Riesgo del HNGAI.
- Técnicos asistenciales que laboran en los diferentes Servicios del HNGAI, dentro del área de la consulta externa.
- Digitadoras que laboran en los diferentes módulos de atención de consultorios externos del HNGAI.
- Gestores: Jefes de Servicio, Gerentes de Línea, Gerente de la Red Prestacional Almenara y Gerente General de EsSalud.

El muestreo fue intencional o de conveniencia, ya que no es objetivo de la investigación generalizar los hallazgos a la población general. En tal sentido se escogieron a los usuarios a entrevistar siguiendo los criterios de conveniencia del investigador o de los objetivos de la investigación.

#### **Participantes en la etapa cualitativa:**

En esta etapa para investigar a los usuarios externos se utilizó la técnica de los grupos focales, organizándose dos como se detalla más adelante, para lo cual se reclutó a 12 pacientes.

Para la investigación de los usuarios internos se utilizaron las entrevistas a profundidad, el tamaño de la muestra dependió de los datos que se recolectaban, es decir el tamaño lo determinó el momento en que ocurrió la saturación, que en la esfera de la investigación cualitativa significa el punto en el cual ya se ha escuchado una diversidad de ideas y con cada nueva entrevista no aparecen otras diferentes a las previamente mencionadas, en otras palabras, mientras seguían apareciendo nuevos datos o ideas las entrevistas continuaron. <sup>(66)</sup>

### **3.3 Procedimiento de recolección de datos**

#### **Etapa cuantitativa**

Para la recolección de datos se empleó la técnica de la encuesta y como instrumento la encuesta SERVQUAL modificada por el MINSA en 2011, para su uso en los “Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo”. Esta herramienta de escala multidimensional, para evaluar la calidad del servicio brindado en diverso tipos de empresas entre ellas del sector Salud, fue desarrollada por Valerie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry, quienes plantearon que la comparación entre las expectativas generales de los usuarios (clientes, pacientes, beneficiarios, etc.) y sus percepciones respecto al servicio que presta una organización, puede constituir una medida de calidad del servicio y la brecha existente entre ambas, y es un indicador para mejorarla. Diversos estudios han demostrado que esta herramienta posee propiedades psicométricas que la validan como un instrumento válido, confiable y aplicable, para medir el

nivel de satisfacción de los usuarios externos, así como identificar las principales causas de insatisfacción de los mismos e implementar las mejoras pertinentes.<sup>(47) (67) (68) (69)</sup>

La encuesta SERVQUAL modificada, para su uso en los establecimientos de salud y servicio médico de apoyo, incluye 22 preguntas de Expectativas y 22 preguntas de Percepciones, distribuidos en 5 criterios de evaluación de la Calidad.<sup>(48) (70)</sup>

**Fiabilidad:** habilidad y cuidado de brindar el servicio ofrecido en forma tal como se ofreció y pactó - preguntas del 1 al 5.

**Capacidad de Respuesta:** disposición y buena voluntad de ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido y oportuno - preguntas del 6 al 9.

**Seguridad:** cortesía y habilidad para transmitir credibilidad, confianza y confianza en la atención, con inexistencia de peligros, riesgos o dudas - preguntas del 10 al 13.

**Empatía:** disponibilidad para ponerse en el lado del otro, pensar primero en el paciente y atender según características y situaciones particulares. Cuidado y atención individualizada - preguntas del 14 al 18.

**Aspectos Tangibles:** apariencia de las instalaciones físicas, equipamiento, apariencia del personal y materiales de comunicación - preguntas del 19 al 22.

El periodo de recolección de la información se realizó entre el 2 de enero y el 28 de junio de 2019.

En la primera parte del instrumento se recolectaron los datos generales del usuario externo, que incluyeron la condición del encuestado, usuario o acompañante, edad, sexo, nivel de estudio, tipo de seguro por el cual se atiende, tipo de usuario (todos continuadores) y especialidad o servicio donde fue atendido. En la segunda parte se solicitó al usuario que calificara sus expectativas, es decir la importancia que este le otorgaba a la atención que esperaba recibir en el servicio de consulta externa, para tal efecto se utilizó una escala numérica del 1 al 7, donde se consideró al 1 como la menor calificación y al 7 como la mayor calificación. Luego, el paciente pasó a la consulta e

inmediatamente al salir del consultorio se le solicitó respondiera a las preguntas de la tercera parte del instrumento, en la cual calificó sus percepciones, es decir como percibió que fue atendido en la consulta externa, para ello se utilizó igualmente una escala numérica del 1 al 7, considerándose al 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.

Al efectuar el recojo de la información se tuvo en cuenta lo siguiente:

- El encuestador se identificó y expuso brevemente el objetivo de la encuesta.
- Se le consultó al usuario externo si estaba dispuesto a brindar sus opiniones y se le invitó a firmar el consentimiento informado.
- Se le aseguró que la encuesta era anónima.
- No se influyó en las respuestas de los usuarios.
- Se verificó antes de concluir la encuesta que todas las casillas estén llenas.
- Se agradeció por la información recibida.

## **Etapas cualitativas**

### **Para los usuarios externos**

Como técnica de recolección de datos entre los usuarios externos, se utilizó los grupos focales, pues estos, a través del intercambio de ideas, exploran las actitudes, conductas y reacciones de un grupo de sujetos específico a un tema de interés, planteándose que esta representación colectiva a nivel micro puede dar una idea de lo que sucede a nivel macro. Esta descrito que las respuestas dadas dentro de un grupo generan una interacción tal que los participantes se sienten libres de comentar o plantear inquietudes, a su vez que en la variedad de las respuestas se enriquece el tema tratado. Así mismo, emergen aspectos que pudieran no haber sido considerados y ser motivo de estudios posteriores. <sup>(48)</sup> El procedimiento fue el siguiente:

Se constituyó 2 grupos focales, cada uno con 6 integrantes, uno de 6 hombres y otro de 6 mujeres; con edades que fluctuen entre 20 y 75 años. Como no se produjeron resultados diferentes entre pares, no fue necesario realizar otro grupo

adicional. Todos los participantes habían concurrido a consulta externa en dos o más oportunidades al primer semestre de 2019.

Los grupos focales se llevaron a cabo el 7 y 21 de junio de 2019. Se diseñó una guía de temas, teniendo en cuenta los resultados de la encuesta aplicada en la investigación cuantitativa, profundizando sobre las dimensiones de la calidad que salieron peor calificadas en el mismo. La guía de temas se convirtió en 5 preguntas, calculando el tiempo con el que se cuenta. Las preguntas procuraron ser estimulantes y motivadoras, ir de lo general a lo específico de lo sencillo a lo complicado.

Para la realización del grupo focal se utilizó el auditorio del Cuerpo Médico, que garantizó la privacidad necesaria en la cual pudieron expresarse sin ser observados por otras personas que no pertenecían al grupo, pudiéndose escuchar unos a otros sin ruido y en un ambiente cómodo; la colocación de las sillas estuvieron orientadas en forma circular y guardando la misma distancia que dé la sensación de pertenencia al grupo, para promover la participación y permitir al moderador un buen contacto visual con todos los participantes.

La duración del grupo focal no fue más de dos horas y las sesiones fueron grabadas.

### **Para los usuarios internos**

Como técnica de recolección de datos entre los usuarios internos (médicos asistentes, dirigentes del gremio médico, enfermeras, obstétricas, técnicos asistenciales, digitadoras y gestores) se utilizó las entrevistas en profundidad, que fueron un intercambio entre el entrevistador (investigador) y el entrevistado. Estas tuvieron un estilo informal, guiadas por unos cuantos temas amplios más que ceñirse a un cuestionario puntual, pues la idea fue establecer un intercambio de ideas abierto, que es la característica fundamental de la investigación cualitativa. Las preguntas fueron informales, abiertas, con el cuidado de no emitir un juicio y evitar toda sugerencia de que determinada respuesta es más conveniente que otra para el objetivo.

La entrevista tendió a ser una conversación, pero el patrón flexible de esta abarcó tres tipos de preguntas: las principales, las de seguimiento y los sondeos, según lo planteado por algunos investigadores, tal como se muestra en el Cuadro 3.<sup>(71)</sup>

**Cuadro 2.** Niveles de preguntas para las entrevistas en la investigación cualitativa: Percepción de la calidad de atención médica en los servicios de consulta externa del HNGAI de la RPA de EsSalud. 2018

Temas	Preguntas principales	Preguntas de seguimiento	Sondeos
Conocimientos	¿Qué puede decirme acerca de la calidad de la atención en la RPA y EsSalud en general?	¿Qué le dicen los pacientes acerca de la atención que reciben no solo en el HNGAI sino en la RPA?	¿Qué sabe acerca de lo más importante para brindar una atención con calidad?
Fuentes de información	¿Dónde ha oído hablar acerca de la calidad de la atención que en ésta se brinda?	¿Ha recibido información formal o informal acerca de lo que es la calidad de la atención en salud? ¿Dónde y quién se la brindó?	¿Según la información recibida, qué debería cambiar en EsSalud para brindar una atención con calidad?
Experiencia	¿En su Servicio, ha habido una preocupación manifiesta en la calidad de atenciones que brinda?	¿De qué manera usted se preocupa en brindar a sus pacientes calidad en la atención? ¿Alguien alguna vez lo han felicitado por la calidad de atención que brinda? ¿Quién?	¿Ha tenido una mala experiencia personal o familiar en el recibimiento de una atención de mala calidad?
Opinión	¿Qué beneficios le puede reportar brindar una atención con calidad? ¿Y qué desventajas, no hacerlo?	¿Qué podría hacer el gremio médico para mejorar la calidad de atención en la RPA y en EsSalud?	¿Usted que haría para mejorar la calidad de atención que se brinda en la RPA y EsSalud en general?

El número final de entrevistados dependió de los datos que se recolectaron, según tipo de usuario interno, es decir este estuvo en función del momento en que se presentó la saturación, el punto en el cual se escuchó una diversidad de ideas y que con cada nueva entrevista ya no aparecían otras diferentes a las previamente mencionadas, en otras palabras, mientras siguieron apareciendo nuevos datos las entrevistas continuaron.

Las entrevistas se llevaron a cabo entre el 2 de julio y el 29 de noviembre de 2018, y todas fueron grabadas inextenso.

### **3.4 Procesamiento y análisis de los datos**

#### **Etapa cuantitativa**

Para la digitación de las encuestas se tuvo en cuenta lo siguiente:

Terminada de aplicar la encuesta se realizó el control de calidad previo a la digitación, para identificar posibles errores o vacíos, pues la encuesta debía estar llena y con todas las preguntas respondidas.

La digitación de las encuestas se hizo utilizando la herramienta informática (aplicativo en Excel) de acuerdo al servicio y categoría de la guía técnica del MINSA para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud.<sup>(48)</sup>

Después de la digitación, se realizó un control de calidad a la base de datos en la herramienta informática (aplicativo en Excel) de acuerdo al servicio y categoría.

El procesamiento y análisis de los datos se realizó determinando la brecha entre la percepción del usuario externo y la expectativa de este, para cada dimensión de la calidad (fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía, aspectos tangibles), según parámetro respectivo para cada una de estas, dado en pregunta para las percepciones y como precepto para la expectativas (ver encuesta en Anexos). Es decir se calculó la diferencia ( $P - E$ ); si dicho valor era positivo ( $P >$

E) significó que la percepción de calidad era mayor a la expectativa y por tanto existió satisfacción. Al contrario, si el valor era negativo ( $P < E$ ) significó que la atención generó una percepción de la calidad menor a la expectativa, entonces existió insatisfacción en el usuario externo. Los resultados fueron expresados en porcentajes.

Así, se determinó el nivel de satisfacción e insatisfacción global de la calidad de atención en la consulta externa del Almenara, como la parcial por cada dimensión de la calidad y dentro de cada una de estas, según parámetro indagado a manera de pregunta o precepto. El estándar esperado de satisfacción, según la norma del MINSA, debía ser mayor al 60 %, en otras palabras el porcentaje de insatisfacción debía ser menor del 40 %. Siempre siguiendo la normativa se planreó la siguiente baremación:

**Cuadro 3.** Categoría de satisfacción <sup>(48)</sup>

Porcentaje de insatisfacción	Categoría
> 60 %	Por mejorar
60 – 40 %	En proceso
< 40 %	Aceptable

En el procesamiento y análisis de los datos se utilizó el Software Informático elaborado por el MINSA (Aplicativo en Excel) versión Office 2013 en una PC I6.

Finalmente, se efectuó un análisis bivariado entre algunas variables del grupo de usuarios externos encuestados, utilizando el programa IBM SPSS Statistics versión 23. Se comparó la satisfacción según grupos etáreos, de 18 a 65 (edad laboral) versus 66 años a más (edad de jubilación); sexo femenino versus masculino; nivel de estudio, comparando los usuarios con instrucción de nivel primario versus secundario, superior y universitario, respectivamente; y por último, según el servicio asistencial, clínico versus quirúrgico, a donde se acudió a recibir la atención por consultorio externo.

## **Etapas cualitativa**

El análisis cualitativo de los datos implicó procedimientos que demandaron organizar, reducir, describir e interpretar la información recogida, se caracterizó en primer lugar precisando las categorías deductivas, las cuales se obtuvieron a partir de la revisión teórica y normativa; en segundo lugar se identificó las categorías inductivas a partir de la verbalización de las respuestas de los participantes en la investigación. “La codificación es el procedimiento de analizar los datos que se han recogido para desarrollar una teoría fundamentada”.<sup>(72)</sup>

Llevados a cabo los grupos focales y las entrevistas a profundidad, se realizó la transcripción y posterior sistematización de los datos obtenidos en aquellas.

Para los grupos focales se analizaron los relatos, actitudes y opiniones que aparecen repetidamente o los comentarios sorprendidos, conceptos o vocablos que generaron algunas reacciones positivas o negativas de los participantes.

Se realizó un análisis de contenido de la información brindada por los participantes de los grupos focales y de las entrevistas a profundidad, según el siguiente proceso:

- Segmentación de los datos por cada estamento investigado.
- Generación de categorías de análisis, partiendo de las categorías que conformaron las dimensiones de calidad que se evaluaron.
- Codificación de los datos en función de las categorías de análisis iniciales, mediante una lectura sistemática y cuidadosa con identificación de unidades de sentido. Mediante diversas lecturas y comparaciones constantes, se realizó una codificación más fina que permitió detectar nuevas categorías emergentes de esos discursos.
- Como la información era demasiada y compleja, se definió criterios de prioridad y clasificación.
- La codificación permitió identificar aquellos códigos recurrentes los cuales son acompañados de citas textuales (fragmentos de las entrevistas), luego se establecieron las relaciones entre los códigos y la constitución de

las redes semánticas (codificación axial) de los datos obtenidos. Al respecto, Strauss y Corbin la definen como “proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías, denominado axial porque la codificación ocurre alrededor del eje de una categoría, y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones”.<sup>(73)</sup>

Todo el proceso descrito contribuyó a la interpretación de la información obtenida y permitió arribar a las conclusiones que se plantean en la presente investigación.

#### **4.5 Aspectos éticos**

A los usuarios encuestados se les explicó las razones y motivos del estudio y se les garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos a través de la encuesta de opinión, y solo luego de su aprobación para participar en el presente estudio, se les aplicó la encuesta.

La presente investigación no contravino las normas de Buenas Prácticas de Investigación contenidas en el Código Internacional Armonizado de la Organización Mundial de la Salud y en la Declaración de Helsinki.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

### ETAPA CUANTITATIVA

Casi tres cuartas partes de los encuestados (73.42 %) fueron del sexo femenino y solo un poco más de un cuarto (26.58 %) del masculino. Esto concuerda con el estudio del INEI sobre la satisfacción de los usuarios de la consulta externa de los establecimientos de salud del Perú en el 2014, que se detalla más adelante, en donde las usuarias fueron 60 % y los usuarios 40%.<sup>(22)</sup> Hamui L et al., en 2013, en un estudio realizado en Sistema de Salud de México reportó también que las mujeres eran mayoría sobre los hombres, 65 versus 35 %.<sup>(74)</sup> Al parecer son las mujeres las más propensas a buscar atención médica. Además, un hecho que debe de haber contribuido para una mayor presencia femenina en la presente investigación, es haber realizado las encuestas principalmente por las mañanas horas en que la población masculina, por razones laborales no acude a los establecimientos de salud, pues generalmente posee un trabajo dependiente, a diferencia de las mujeres que en mayor número labora de manera independiente o solo realiza la clásica labor de ama de casa en el hogar.

### VARIABLES DE CONTROL

#### Muestra total: 301

En cuanto a las características generales de los encuestados, en la Tabla 1 se aprecia que de los 301 participantes, el 64.12 % fueron usuarios o pacientes y 35.88 % acompañantes.

Como ya se anotó, llama la atención que 73.42 % fueran del sexo femenino y solo 26.58 % varones.

En cuanto a la edad de los usuarios, dato que no muestra la Tabla 1, el 77.41 % tenían entre 18 y 65 años, población en edad laboral, mientras que 22.59 % estaban sobre los 65 años, población en edad de jubilación.

En relación al nivel de estudio de los participantes, 63.79% tenía educación secundaria o primaria, 18.94 % superior y 17.28 % solo técnica.

En cuanto al tipo de seguro, toda la muestra estuvo conformada por usuarios de EsSalud y el 100% eran pacientes continuadores, pues era uno de los criterios de inclusión.

Por último, en relación al personal que realizó la atención, el 100 % fueron hechas por médicos.

**Tabla 1.** Características generales de los usuarios atendidos en la consulta externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI, Red Prestacional Almenara, EsSalud. Enero – junio 2019

<b>Condición del Encuestado</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Usuario	193	64.12
Acompañante	108	35.88
<b>Sexo</b>		
Masculino	80	26.58
Femenino	221	73.42
<b>Nivel de Estudio</b>		
Primaria	27	8.97
Secundaria	165	54.82
Superior Técnico	52	17.28
Superior Universitario	57	18.94
<b>Tipo de seguro por el cual se atiende</b>		
EsSalud	301	100
<b>Tipo de paciente</b>		
Continuador	301	100
<b>Personal que realizó la atención</b>		
Médico	301	100

Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios externos atendidos en la consulta externa del HNGAI del Red Prestacional Almenara, EsSalud.

En la Tabla 2 se observa el resultado global respecto a todas las dimensiones de la calidad. Se encontró que solo el 47.80 % de todos los entrevistados se mostró satisfecho con la atención. Al desgregar esta satisfacción respecto de cada dimensión de la calidad, según las preguntas formuladas para cada una de ellas, los entrevistados muestran la mayor insatisfacción para la capacidad de respuesta (disposición y buena voluntad de ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido y oportuno) con 63.28 %, para los aspectos tangibles (aparición de las instalaciones físicas, equipamiento, apariencia del personal y materiales de comunicación) con 56.15 %, y para la fiabilidad (habilidad y cuidado de brindar el servicio ofrecido en forma tal como se ofreció y pactó) con 52.36 %; mientras que se encontraron en mayoría satisfechos para la empatía (disponibilidad para ponerse en el lado del otro, pensar primero en el paciente y atender según características y situaciones particulares, cuidado y atención individualizada) con 54.62 %, y para la seguridad (cortesía y habilidad para transmitir credibilidad, confianza y confianza en la atención, con inexistencia de peligros, riesgos o dudas) con 54.49 %.

**Tabla 2** Evaluación de la Satisfacción. Resultado global para cada dimensión de la calidad, de los usuarios atendidos en la consulta externa de los servicios asistenciales del HNGAI, Red Prestacional Almenara, EsSalud. Enero – junio 2019

<b>Dimensiones</b>	<b>Satisfecho (+)</b>	<b>Insatisfecho ( - )</b>
Fiabilidad	47.64	52.36
Capacidad de Respuesta	36.72	63.28
Seguridad	54.49	45.51
Empatía	54.62	45.38
Aspectos Tangibles	43.85	56.15
<b>TOTAL DIMENSIONES</b>	<b>47.80</b>	<b>52.20</b>

Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios externos atendidos en la consulta externa del HNGAI del Red Prestacional Almenara, EsSalud.

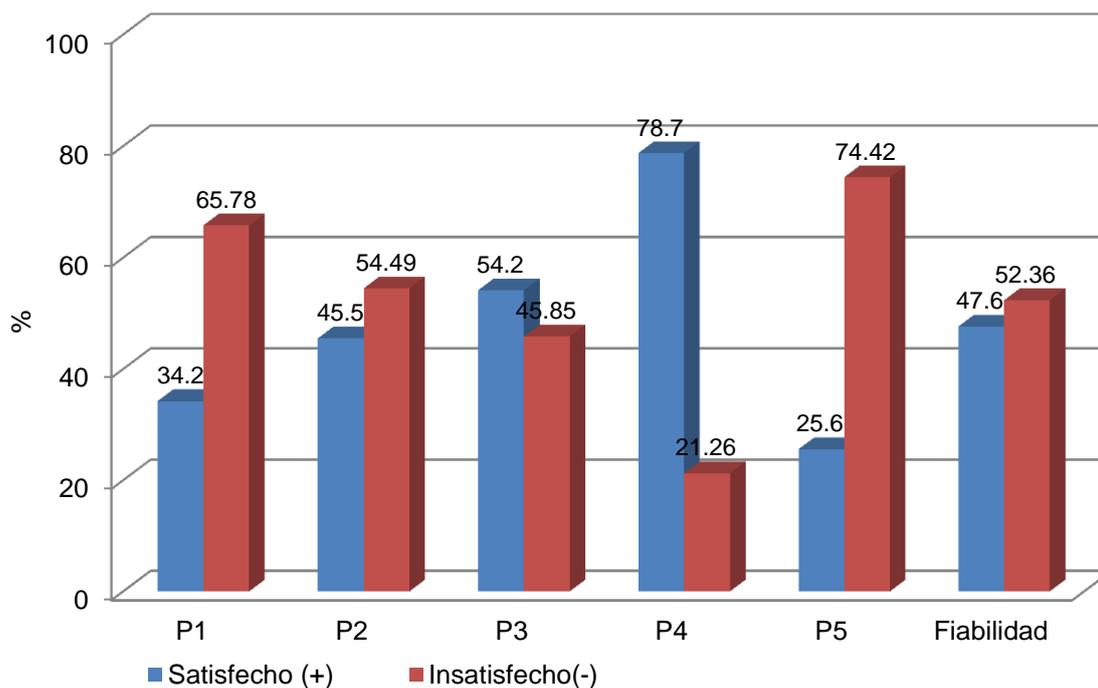
Se observa en la tabla 3 y figura 1 con respecto a la calidad que brindan los proveedores en la consulta externa del HNGAI, que para la **dimensión fiabilidad**, 74.42 % mostró insatisfacción, pues no encontraron citas disponibles o no las obtuvieron con facilidad (pregunta P5), y 65.78 % igualmente porque el personal de informes no les orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en la consulta externa (pregunta P1).

**Tabla 3.** Evaluación de la satisfacción, según preguntas para cada dimensión de la calidad, de los usuarios atendidos en la consulta externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI, Red Prestacional Almenara, EsSalud. Enero–junio 2019

Nº	*Preguntas / Dimensiones	Satisfecho (+)		Insatisfecho(-)	
		n	%	n	%
P1	¿El personal le orientó y explicó sobre trámites?	103	34.2	198	65.78
P2	¿El médico le atendió en la hora programada?	137	45.5	164	54.49
P3	¿Se respetó programación y hora de llegada?	163	54.2	138	45.85
P4	¿Su historia clínica se encontró disponible?	237	78.7	64	21.26
P5	¿Encontró citas disponibles y fácilmente?	77	25.6	224	74.42
	<b>Fiabilidad</b>	<b>717</b>	<b>47.6</b>	<b>788</b>	<b>52.36</b>
P6	¿La atención en el módulo fue rápida?	104	34.6	197	65.45
P7	¿La atención en el laboratorio fue rápida?	148	49.3	152	50.67
P8	¿La atención para exámenes por imágenes fue rápida?	140	46,7	160	53.33
P9	¿La atención en farmacia fue rápida?	49	16.3	251	83.67
	<b>Capacidad de Respuesta</b>	<b>441</b>	<b>36.7</b>	<b>760</b>	<b>63.28</b>
P10	¿Se respetó su privacidad en el consultorio?	167	55.5	134	44.52
P11	¿El médico lo examinó minuciosamente?	163	54.2	138	45.85
P12	¿El médico resolvió sus dudas o preguntas?	161	53.5	140	46.51
P13	¿El médico que lo atendió le inspiró confianza?	165	54.8	136	45.18
	<b>Seguridad</b>	<b>656</b>	<b>54.5</b>	<b>548</b>	<b>45.51</b>
P14	¿El personal lo trató con amabilidad, respeto y paciencia?	127	42.2	174	57.81
P15	¿El médico mostró interés en solucionar su problema?	164	54.5	137	45.51
P16	¿Comprendió la explicación sobre su problema de salud?	180	59.8	121	40.20
P17	¿Comprendió la explicación sobre su tratamiento?	176	58.5	125	41.53
P18	¿Comprendió lo explicado sobre procedimientos-análisis?	175	58.1	126	41.86
	<b>Empatía</b>	<b>822</b>	<b>54.6</b>	<b>683</b>	<b>45.38</b>
P19	¿Señalética es adecuada para orientar a los pacientes?	150	49.8	151	50.17
P20	¿Consultorio contó con personal para informar y orientar?	71	23,6	230	76.41
P21	¿Consultorio cuenta con equipo y material necesario?	133	44.2	168	55.81
P22	¿Consultorio y sala de espera son limpios y cómodos?	174	57.8	127	42.19
	<b>Aspectos Tangibles</b>	<b>528</b>	<b>43.9</b>	<b>676</b>	<b>56.15</b>
<b>PORCENTAJE TOTAL</b>		<b>3164</b>	<b>47.8</b>	<b>3455</b>	<b>52.20</b>

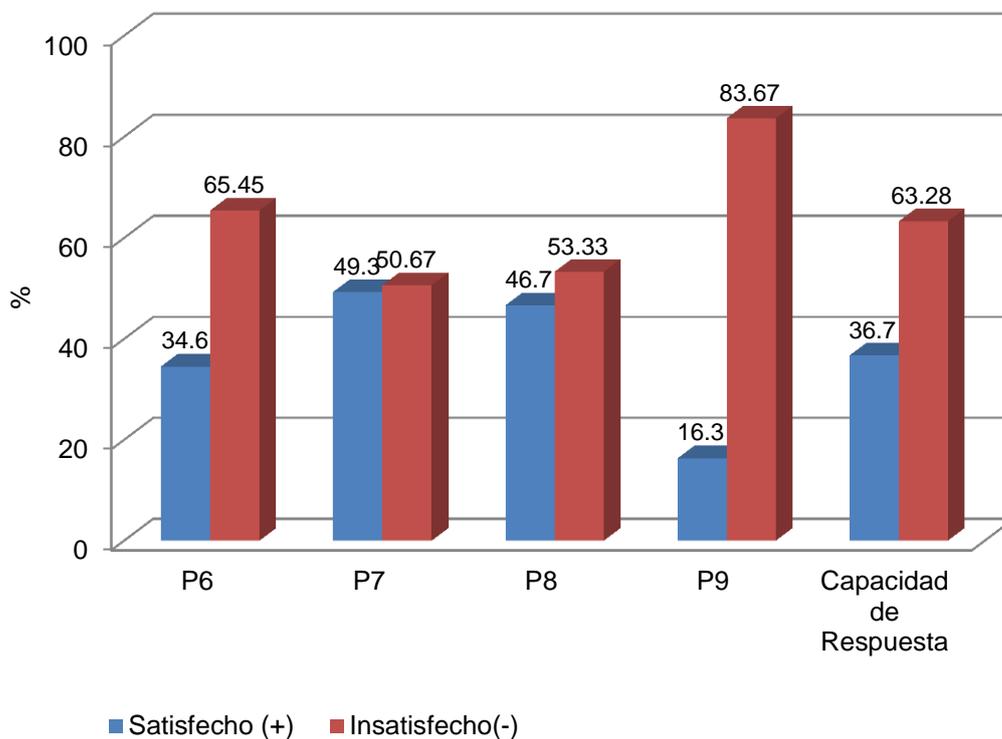
\*Preguntas resumidas. Ver Anexo 1.

En relación al respeto de la programación y a la atención en el orden de llegada (pregunta P3), la satisfacción estuvo dividida prácticamente 50 y 50 %; en forma similar frente a la indagación si el médico lo atendió en el horario programado (pregunta P2). Todo lo contrario, el 74.42 % mostró satisfacción a la pregunta de sí, su historia se encontraba disponible al momento de su atención (pregunta P4).



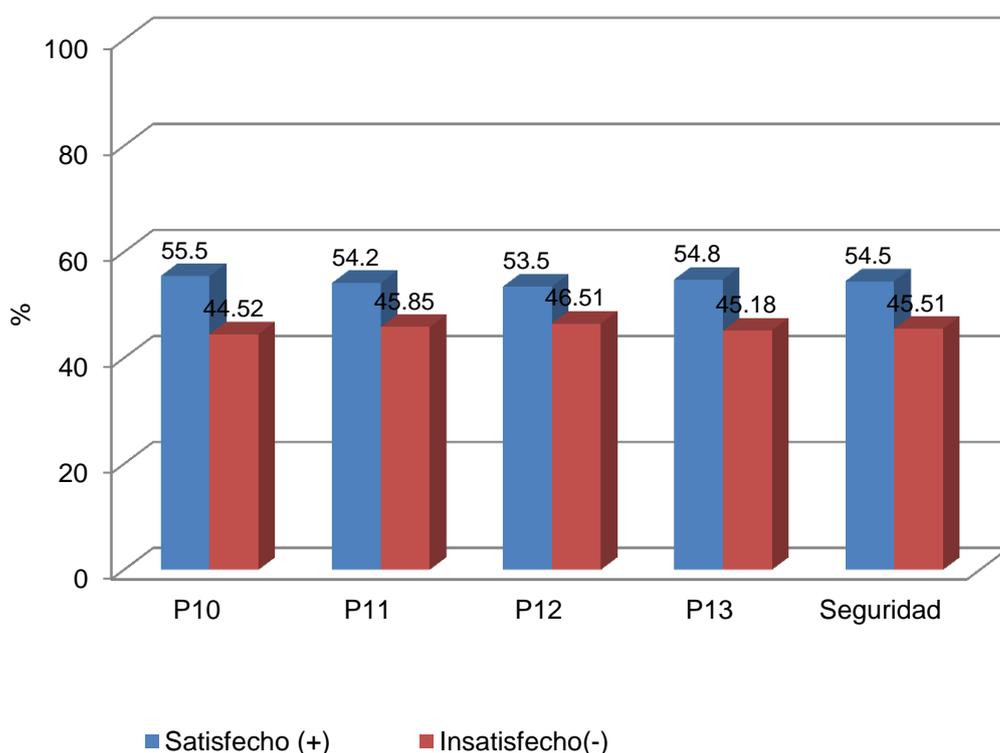
**Figura 1.** Evaluación de la satisfacción, dimensión fiabilidad, de los usuarios atendidos en la consulta externa de los servicios asistenciales del HNGAI.RPA.EsSALUD. Enero-junio 2019

Respecto a la **dimensión capacidad de respuesta** (tabla 3 y figura 2), 83.67 % mostró insatisfacción frente a la pregunta sobre sí la atención en farmacia fue rápida (P9) y 65.45 % a la pregunta sí en el módulo de admisión la atención fue rápida. En tanto, 55.33 % de los entrevistados se sintieron insatisfechos con la atención durante la toma de exámenes radiológicos (pregunta P8) y 50.67 % con la rapidez para la toma de análisis de laboratorio (pregunta P7).



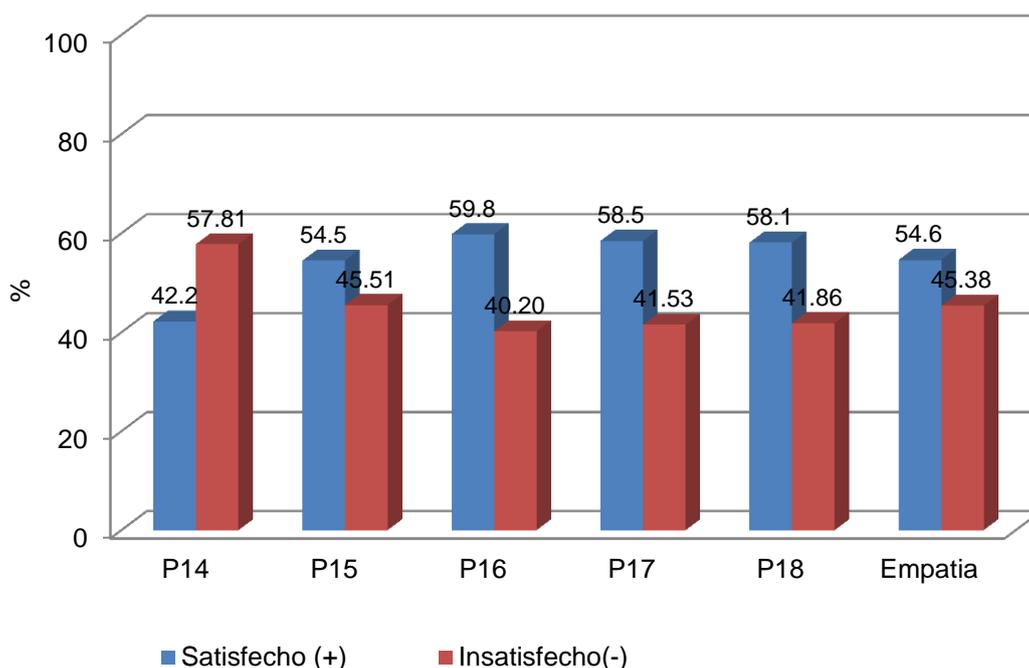
**Figura 2.** Evaluación de la satisfacción, dimensión capacidad de respuesta, de los usuarios atendidos en la consulta externa de los servicios asistenciales del HNGAI-RPA-EsSALUD. Enero-junio 2019

En cuanto a la **dimensión seguridad** (Tabla 3 y figura 3), alrededor del 55 % de los encuestados se sintieron satisfechos cuando se indagó sobre la privacidad de la atención en el consultorio (pregunta 10), la realización del examen físico completo y minucioso (pregunta P11), el tiempo que le brindó el médico para contestar sus dudas o preguntas (pregunta 12), y la confianza que les inspiró el médico mientras los atendía (pregunta P13).



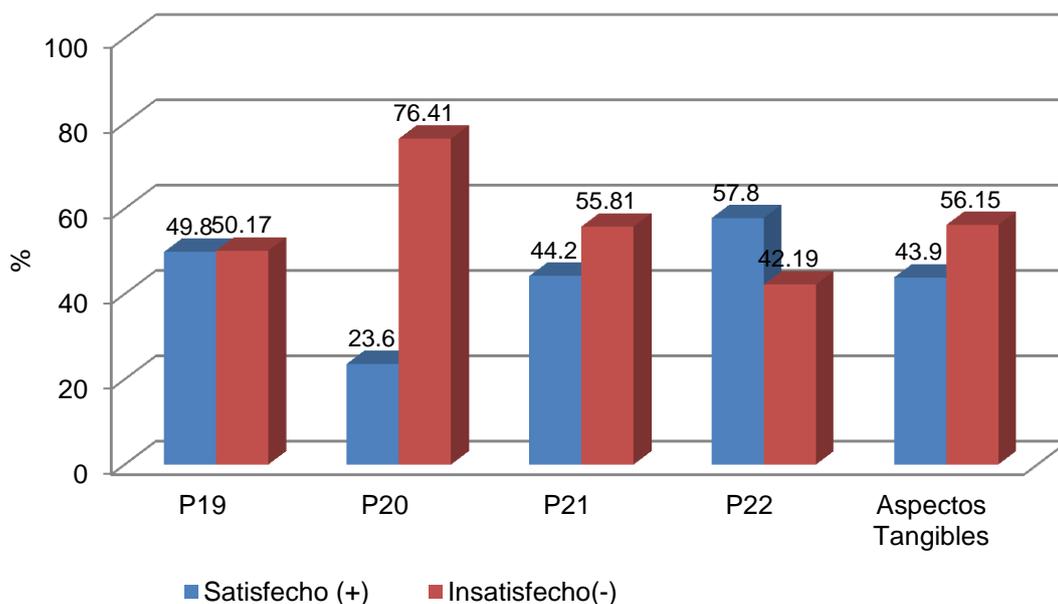
**Figura 3.** Evaluación de la satisfacción, dimensión seguridad, de los usuarios atendidos en la consulta externa de los servicios asistenciales del HNGAI.RPA.EsSALUD. Enero-junio 2019

En relación a la **dimensión empatía** (tabla 3 y figura 4), se encontró que casi 60 % de los pacientes estuvieron satisfechos con la comprensión frente a la explicación que el médico les brindó sobre su problema de salud (pregunta P16), el tratamiento que recibiría (pregunta 17), y los procedimientos o análisis que le realizarían (pregunta P18). Así mismo, sólo 54.5 % percibió que el médico que lo atendió mostró interés en solucionar su problema de salud (pregunta P15), y 57.81 % se declararon insatisfechos con el trato que le dio el personal de la consulta externa (pregunta P14).



**Figura 4.** Evaluación de la satisfacción, dimensión empatía, de los usuarios atendidos en la consulta externa de los servicios asistenciales del HNGAI.RPA.EsSALUD. Enero-junio 2019

Los resultados de la evaluación de la **dimensión aspectos tangibles** (tabla 3 y figura 5) reveló que 76.41 % de los encuestados no les satisfizo el personal con que cuenta la consulta externa para informar y orientar a los pacientes (pregunta P20). Con respecto a la pregunta, sí los consultorios contaron con equipos disponibles y materiales necesarios para una adecuada atención (pregunta P21), 55.81 % mostró insatisfacción; mientras que a la pregunta sobre la señalética del área de consultorios externos (pregunta P19) la satisfacción e insatisfacción estuvo dividida prácticamente en proporciones iguales. Finalmente, 57.8 % de los entrevistados se manifestaron satisfechos al momento de evaluar la limpieza y comodidad de los consultorios, así como de las salas de espera (pregunta P22).



**Figura 5.** Evaluación de la satisfacción, dimensión aspectos tangibles, de los usuarios atendidos en la consulta externa de los servicios asistenciales del HNGAI.RPA.EsSALUD. Enero-junio 2019

En la tabla 4 se puede apreciar los resultados para la matriz de mejora planteada en la encuesta SERVQUAL modificada por el MINSA. Se encontró que para la **dimensión fiabilidad** sólo hubo una “satisfacción aceptable” de 78.70 % en relación a encontrar la historia clínica disponible en el consultorio al momento de la atención (item 4), siendo la única aceptable en toda la matriz, mientras que dos de los parámetros de esta dimensión se encuentran con una “satisfacción por mejorar”, ya que 74.42 % se mostró insatisfecho con la disponibilidad y facilidad en la obtención de citas (item 5), y el 65.78 % por el modo como informa, orienta y explica el personal sobre los trámites para la atención en la consulta (item 1). Que la consulta con el médico se realice en el horario programado (item 2) y que la atención se realice respetando la programación y el orden de llegada (item 3), encontraron insatisfacciones del 54.49 y 45.85 %, respectivamente, en otras palabras la satisfacción estaría “en proceso”, según el instrumento utilizado.

Para la **dimensión capacidad de respuesta** (tabla 4), se halló una “satisfacción por mejorar” por la atención no rápida en farmacia (item 9) y en el módulo de admisión (item 6), con porcentajes de insatisfacción de 83.67 y el 65.45 %, respectivamente. Que la atención para tomarse análisis de laboratorio (item 7) y

exámenes por imágenes (item 8) deban ser rápidas, generaron una “satisfacción en proceso”, puesse encontraron insatisfacciones del 50.67 y 53.33 %, respectivamente.

Para la **dimensión seguridad** (tabla 4) todos los parámetros reflejaron una “satisfacción en proceso”. Que se respete la privacidad (item 10) obtiene una satisfacción del 55.50 %; que el médico realice un buen examen físico (item 11) 54.20 %; que el médico absuelva adecuadamente dudas o preguntas (item 12) 53.50 %; y que el médico inspire confianza (item 13) 54.80 %.

Así mismo, para la **dimensión empatía** (tabla 4) todos los items de evaluación mostraron una “satisfacción en proceso”. Los usuarios percibieron frente al trato del personal de consulta externa (item 14) una satisfacción de solo 42.20 % y frente al interés del médico por resolver su problema de salud (item 15) una satisfacción del 54.50 %. Los items que exploran sobre si el usuario o paciente comprendió la explicación del médico respecto de su problema de salud (item 16), la explicación sobre el tratamiento que recibirá (item 17), y la explicación sobre los procedimientos y análisis que le realizarán (item 18), revelaron satisfacciones del 59.80, 58.50 y 58.10 %, respectivamente.

Por último, en la tabla 4 se aprecia que para la dimensión **aspectos tangibles**, solo el 23.6 % de los usuarios señalaron satisfacción con respecto a sí la consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes (item 20), es decir una “satisfacción por mejorar”. Los otros tres parámetros, contar con señalética adecuada para informar y orientar a los pacientes (item19) 49.80 %, contar con equipos disponibles y materiales necesarios (item 21) 44.20 %, y que el consultorio y la sala de espera estén limpios y cómodos (item 22) 57.80 %, mostraron “satisfacciones en proceso”.

**Tabla 4.** Matriz de mejora según evaluación de la satisfacción de los usuarios atendidos en la consulta externa de los servicios asistenciales del HNGAI, Red Prestacional Almenara. Enero – junio 2019

Nº	*Preguntas	Satisfecho (+)		Insatisfecho (-)	
		n	%	n	%
P1	¿El personal le orientó y explicó sobre trámites?	103	34.5	198	65.78
P2	¿El médico le atendió en la hora programada?	137	45.5	164	54.49
P3	¿Se respetó programación y hora de llegada?	163	54.2	138	45.85
P4	¿Su historia clínica se encontró disponible?	237	78.7	64	21.26
P5	¿Encontró citas disponibles y fácilmente?	77	25.6	224	74.42
P6	¿La atención en el módulo fue rápida?	104	34,6	197	65.45
P7	¿La atención en el laboratorio fue rápida?	148	49.3	152	50.67
P8	¿La atención para exámenes por imágenes fue rápida?	140	46.7	160	53.33
P9	¿La atención en farmacia fue rápida?	49	16.3	251	83.67
P10	¿Se respetó su privacidad en el consultorio?	167	55.5	134	44.52
P11	¿El médico lo examinó minuciosamente?	163	54.2	138	45.85
P12	¿El médico resolvió sus dudas o preguntas?	161	53.5	140	46.51
P13	¿El médico que lo atendió le inspiró confianza?	165	54.5	136	45.18
P14	¿El personal lo trató con amabilidad, respeto y paciencia?	127	42.2	174	57.81
P15	¿El médico mostró interés en solucionar su problema?	164	54.5	137	45.55
P16	¿Comprendió la explicación sobre su problema de salud?	180	59.8	121	40.20
P17	¿Comprendió la explicación sobre su tratamiento?	176	58.5	125	41.53
P18	¿Comprendió lo explicado sobre procedimientos-análisis?	175	58.1	126	41.86
P19	¿Señalética es adecuada para orientar a los pacientes?	150	49.8	151	50.17
P20	¿Consultorio contó con personal para informar y orientar?	71	23.6	230	76.41
P21	¿Consultorio cuenta con equipo y material necesario?	133	44.2	168	55.81
P22	¿Consultorio y sala de espera son limpios y cómodos?	174	57.8	127	42.19
<b>TOTAL</b>		<b>3164</b>	<b>47.8</b>	<b>3455</b>	<b>52.20</b>

\*Preguntas resumidas. Ver Anexo 1.

Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios externos atendidos en la consulta externa del HNGAI del Red Prestacional Almenara, EsSalud.

>60 %	Por mejorar
40 – 60 %	En proceso
<40 %	Aceptable

Respecto al **trato**, 56.18 % percibe que existe maltrato al momento de ser atendidos en la consulta externa del Hospital Almenara (tabla 5), pues 83.67 % de los encuestados se encuentra insatisfecho por no encontrar inmediatez en la solución de algún problema o dificultad que se le presentó al momento de la atención. El 65.78 % se mostró inconforme por percibir que fueron atendidos con diferencias (discriminación) frente a otras personas; y 55.81 % percibió que el consultorio no contaba con los equipos disponibles o los materiales necesarios para su atención. Se sintieron en mayoría satisfechos, los que comprendieron la explicación a su problema de salud (58.47 %), quienes sintieron que su privacidad había sido respetada (55.58 %) y los que recibieron la atención en el horario pactado (54.15 %).

**Tabla 5.** Reporte del buen trato a los usuarios atendidos en la consulta externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI, Red Prestacional Almenara, EsSalud. Enero – junio 2019

Preguntas / Dimensiones	Buen Trato			
	Satisfecho (+)		Insatisfecho(-)	
	n	%	n	%
¿Usted fue atendido sin diferencia alguna en relación a otras personas?	103	34.22	198	65.78
¿Su atención se realizó según el horario publicado en el establecimiento de salud?	163	54.15	138	45.85
¿Cuándo usted presentó algún problema o dificultad se resolvió inmediatamente?	49	16.33	251	83.67
¿Durante su atención en el consultorio se respetó su privacidad?	167	55.48	134	44.52
¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico u otro profesional sobre su salud o resultado de su atención?	176	58.47	125	41.53
¿El consultorio donde fue atendido contó con equipos disponibles y los materiales necesarios para su atención?	133	44.19	168	55.81
<b>Total</b>	<b>791</b>	<b>43.82</b>	<b>1014</b>	<b>56.18</b>

Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios externos atendidos en la consulta externa del HNGAI del Red Prestacional Almenara, EsSalud. □

## Análisis bivariado

### Evaluación de la satisfacción según grupo etáreo, en edad laboral (18 a 65 años) y en edad de jubilación (>65 años), para cada dimensión de la calidad

Se realizó una prueba de hipótesis para determinar si existían diferencias en las proporciones de satisfacción, utilizando la prueba Z de proporciones, entre dos grupos etáreo, los usuarios externos de 18 a 65 años, y los mayores de 65 años, como se muestra en la siguiente tabla.

**Tabla 6.** Análisis bivariado de la evaluación de la satisfacción según grupo etáreo, en edad laboral (18 a 65 años) y en edad de jubilación ( $\geq 66$  años) en relación a cada dimensión de la calidad, en la consulta externa de los servicios asistenciales del HNGAI, Red Prestacional Almenara, EsSalud. Enero-junio 2019

Preguntas / Dimensiones	DE 18 A 65 AÑOS		DE 66 A MÁS		Valor p*
	Satisfecho (+)		Satisfecho (+)		
	n	%	n	%	
Fiabilidad	548	47.0	169	49.7	0.5389
Capacidad de Respuesta	329	35.4	112	41.2	0.2718
Seguridad	491	52.7	165	60.7	0.0741
Empatía	623	53.5	199	58.5	0.2174
Aspectos Tangibles	414	44.4	114	41.9	0.6338
<b>PORCENTAJE TOTAL</b>	<b>2405</b>	<b>46.9</b>	<b>759</b>	<b>50.7</b>	<b>0.0677</b>

\* Prueba Z para proporciones

Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios externos atendidos en la consulta externa del HNGAI del Red Prestacional Almenara, EsSalud.

Se utilizó este punto de corte, pues los 65 años marca la edad de jubilación, y esta condición se pensó podría haber una percepción diferente de la calidad entre los usuarios menores de 65 años que están en edad laboral y los que están jubilados, pues al ya no laborar podrían tener más tiempo para soportar demoras en la atención, a diferencia de los que están en edad laboral, en los que el factor tiempo es crucial para su desempeño laboral o para recuperar la salud y no dejar

de trabajar. No se encontraron diferencias significativas. Solo para la dimensión seguridad la diferencia fue mayor, observándose que los mayores de 65 tenían mayores niveles de satisfacción, pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa (valor p: 0.0741). Es probable que esto se haya debido a una muestra insuficiente, ya que si se hubiese planteado la hipótesis de que la proporción de satisfacción respecto a seguridad en pacientes de 65 años o menos, era menor que la de aquellos mayores de 65 años, hubiéramos obtenido una diferencia estadísticamente significativa (valor p: 0.0370) – Ver Anexo 4.

### **Evaluación de la satisfacción según sexo para cada dimensión de la calidad**

Al efectuar el análisis bivariado por sexo, se encontró que la satisfacción era mayor entre los hombres, y que ello era estadísticamente significativo ( $p=0.0175$ ). Sin embargo al hacer la comparación del sexo con cada dimensión de la calidad, no se encontró diferencias en ninguna de ellas. La explicación a este hallazgo debe estar en relación al volumen de la muestra utilizada.

**Tabla 7** Resumen del análisis bivariado de la evaluación de la satisfacción según sexo del usuario en relación a cada dimensión de la calidad, en la consulta externa de los servicios asistenciales del HNGAI, Red Prestacional Almenara, EsSalud. Enero – junio 2019

Preguntas / Dimensiones	FEMENINO		MASCULINO		Valor p*
	Satisfecho (+)		Satisfecho (+)		
	n	%	n	%	
Fiabilidad	189	47.3	528	47.8	0.9060
Capacidad de Respuesta	108	33.8	333	37.8	0.4539
Seguridad	161	50.3	495	56.0	0.2070
Empatía	198	49.5	624	56.5	0.0846
Aspectos Tangibles	122	38.1	406	45.9	0.1281
<b>PORCENTAJE TOTAL</b>	<b>778</b>	<b>44.2</b>	<b>2386</b>	<b>49.1</b>	<b>0.0175</b>

\* Prueba Z para proporciones

Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios externos atendidos en la consulta externa del HNGAI del Red Prestacional Almenara, EsSalud.

### Evaluación de la satisfacción según tipo de servicio clínico o quirúrgico consultado para cada dimensión de la calidad

Es una creencia de muchos, que la atención por parte de los servicios clínicos es más cálida en relación a los servicios quirúrgicos. Que estos por la esencia de los mismos muestran una “agresividad” en el tratamiento de los problemas de los pacientes, y su prioridad es ir hacia el objetivo principal que es “extirpar quirúrgicamente” un problema de salud del paciente, lo cual probablemente sea percibido como un modo menos delicado del trato. Efectuamos el análisis bivariado respectivo para determinar si existían diferencias en las proporciones de satisfacción entre los servicios clínicos y los quirúrgicos. Los resultados se muestran a continuación en la tabla 8.

**Tabla 8.** Análisis bivariado de la evaluación de la satisfacción según tipo de servicio en relación a cada dimensión de la calidad, en la consulta externa de los servicios asistenciales del HNGAI, Red Prestacional Almenara, EsSalud. Enero – junio 2019

Preguntas / Dimensiones	SERVICIO CLINICO		SERVICIO QUIRURGICO		Valor p*
	Satisfecho (+)		Satisfecho (+)		
	n	%	n	%	
Fiabilidad	386	46.8	331	48.7	0.6116
Capacidad de Respuesta	213	32.3	228	42.1	0.0335
Seguridad	371	56.2	285	52.4	0.3326
Empatía	444	53.8	378	55.6	0.6054
Aspectos Tangibles	299	45.3	229	42.1	0.4628
<b>PORCENTAJE TOTAL</b>	<b>1713</b>	<b>47.2</b>	<b>1451</b>	<b>48.5</b>	<b>0.4657</b>

\* Prueba Z para proporciones

Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios externos atendidos en la consulta externa del HNGAI del Red Prestacional Almenara, EsSalud.

No se encontró diferencias en la satisfacción entre los servicios clínicos y los quirúrgicos. No obstante, cuando se compara la “capacidad de respuesta” (que significa que la atención en el módulo de citas, el laboratorio, el área de diagnóstico por imágenes y farmacia, sean rápidas), sí se encuentra una mayor

satisfacción en los servicios quirúrgicos estadísticamente significativa, probablemente por una menor exigencia de calidad de los pacientes quirúrgicos debida a su necesidad imperiosa de contar a costa de cualquier maltrato, con su preoperatorio completo, para que su ansiada cirugía sea programada a la brevedad, en la que cifra su esperanza de curación.

**Evaluación de la satisfacción según el nivel de estudio del usuario para cada dimensión de la calidad (usando > 0 primaria como nivel de referencia)**

Al efectuar el análisis de la satisfacción, según el nivel de estudio, se comparó el nivel primario con los demás niveles, planteando como hipótesis que a menor nivel de estudio menor empoderamiento sobre los derechos a la salud, por tanto se supuso que la satisfacción en el nivel primario debiera ser mayor. Al efectuar efectuar la comparación de la satisfacción del nivel primario con el secundario, superior y universitario, según cada dimensión de la calidad, no se encontraron diferencias significativas, tal como se muestra en las tablas 9, 10 y 11.

**Tabla 9.** Análisis bivariado de la evaluación de la satisfacción según nivel de estudio primario o secundario del usuario de la consulta externa de los servicios asistenciales del HNGAI, Red Prestacional Almenara, EsSalud. Enero – junio 2019

Preguntas / Dimensiones	PRIMARIA		SECUNDARIA		Valor p*
	Satisfecho (+)		Satisfecho (+)		
	n	%	n	%	
Fiabilidad	56	41.5	387	46.9	0.4487
Capacidad de Rpta.	44	40.7	251	38.2	0.6174
Seguridad	56	51.9	349	52.9	0.8893
Empatía	67	49.6	466	56.5	0.2878
Aspectos Tangibles	42	38.9	293	44.4	0.5016
<b>PORCENTAJE TOTAL</b>	<b>265</b>	<b>44.6</b>	<b>1746</b>	<b>48.1</b>	<b>0.2878</b>

\* Prueba Z para proporciones

Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios externos atendidos en la consulta externa del HNGAI del Red Prestacional Almenara, EsSalud.

**Tabla 10.** Resumen del análisis bivariado de la evaluación de la satisfacción según nivel de estudio primario o superior (técnico o no universitario) del usuario de la consulta externa de los servicios asistenciales del HNGAI, Red Prestacional Almenara, EsSalud. Enero – junio 2019

Preguntas / Dimensiones	PRIMARIA		SUPERIOR		Valor p*
	Satisfecho (+)		Satisfecho (+)		
	n	%	n	%	
Fiabilidad	56	41.5	141	54.2	0.1078
Capacidad de Respuesta	44	40.7	75	36.1	0.7533
Seguridad	56	51.9	117	56.3	0.5863
Empatía	67	49.6	133	51.2	0.8308
Aspectos Tangibles	42	38.9	98	47.1	0.3711
<b>PORCENTAJE TOTAL</b>	<b>265</b>	<b>44.6</b>	<b>564</b>	<b>49.3</b>	<b>0.2065</b>

\* Prueba Z para proporciones

Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios externos atendidos en la consulta externa del HNGAI del Red Prestacional Almenara, EsSalud.

**Tabla 11.** Resumen del análisis bivariado de la evaluación de la satisfacción según nivel de estudio primario o universitario del usuario de la consulta externa de los servicios asistenciales del HNGAI, Red Prestacional Almenara, EsSalud. Enero – junio 2019

Preguntas / Dimensiones	PRIMARIA		UNIVERSITARIOS		Valor p*
	Satisfecho (+)		Satisfecho (+)		
	n	%	n	%	
Fiabilidad	56	41.5	133	46.7	0.5119
Capacidad de Rpta.	44	40.7	71	31.1	0.2934
Seguridad	56	51.9	134	58.8	0.3814
Empatía	67	49.6	156	54.7	0.4841
Aspectos Tangibles	42	38.9	95	41.7	0.7585
<b>PORCENTAJE TOTAL</b>	<b>265</b>	<b>44.6</b>	<b>589</b>	<b>47.0</b>	<b>0.5152</b>

\* Prueba Z para proporciones

Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios externos atendidos en la consulta externa del HNGAI del Red Prestacional Almenara, EsSalud.

## **ETAPA CUALITATIVA**

### **Hallazgos sobre la percepción de la calidad de la atención de los usuarios internos en la consulta externa del HNGAI**

#### **Nociones de calidad de atención**

En las entrevistas realizadas al personal médico, algunos consideraron que brindar una atención con calidad depende de ejercer una buena supervisión, evaluación y control. Reconocieron la importancia en la génesis de la calidad, el buen trato en las relaciones con los pacientes, la confianza que se debe generar y el tiempo adecuado que se debe brindar en la atención. En los médicos no predomina una mera inclinación hacia lo técnico que reduzca todo a la eficiencia y eficacia, dando mayor importancia a la dimensión humana, siendo el paciente el fin.

Una opinión médica desde la orilla de la gestión consideró que el usuario, a pesar de todas las deficiencias del sistema y el mal trato evidente que existe, tiende a estar satisfecho con la atención, porque en EsSalud no hay límites en los beneficios y no tiene que desembolsar pagos adicionales. Esta sería una ventaja para la percepción de que recibe una atención con calidad.

Los médicos en general resaltaron como ventaja para brindar una atención de calidad, su alta especialización, sus conocimientos actualizados y el hecho de ser el hospital un centro de referencia nacional, por ejemplo por realizar cirugías de alta complejidad y trasplantes de órganos.

#### **Deficiente calidad de atención**

Con respecto a la calidad de atención brindada en los servicios de consulta externa del HNGAI, la mayoría de los entrevistados señalan que es deficiente y se manifiesta en el difemiento de citas, atenciones apresuradas, incumplimiento de horarios, mala explicación al paciente respecto a su enfermedad, historias clínicas extraviadas, maltrato al paciente e insensibilidad.

Los médicos reconocen las deficiencias de la calidad de atención brindada, advierten que no la justifican, aceptan que hay casos de trato distante y atención apurada, pero ensayan como atenuantes al gran número de pacientes que por turno a muchos médicos los obligan a atender, a la falta de personal, equipamiento, material, insumos y reactivos, que afecta constantemente al hospital.

No solo los médicos identifican deficiencias en la atención que reciben los asegurados, sino también en el personal asistencial de otros estamentos existe esa percepción, señalan que se carece de un buen trato, pero no solo del médico,, también de parte del resto del personal involucrado en el proceso de atención en la consulta externa.

En oposición a las opiniones de la mayoría, una minoría expresa que existe una atención de calidad adecuada, y que en todo caso las opiniones entre los pacientes están divididas, siendo grandes ventajas para esta su alta especialización y elevado profesionalismo.

Hay quienes consideran que se atenta contra la buena calidad de atención, cuando se permite que el paciente no identifique claramente a su médico tratante, pues estos van rotando. Si algún médico es requerido por su fama de atender bien, con este no se encuentran citas disponibles, complicándose el turno cuando este otorga citas adicionales. La alta rotación provoca diferentes opiniones en el manejo médico, pues no se cumple con la guías de manejo clínico y ante opiniones discordantes surge los malos entendidos o la mala praxis.

Las deficiencias en la atención han sido experimentadas en carne propia por el mismo personal que labora en el hospital hospital, incluso generándoles gastos de bolsillo al tener que acudir a médicos particulares.

Las apreciaciones negativas de la calidad del servicio en la consulta externa también provienen de fuentes de comunicación externa, como los medios de

comunicación masiva (prensa, radio o tv), de las redes sociales o de la misma calle, a través de “radio bamba” (rumor malintencionado, de malos informadores que va de boca en boca) que refuerzan una imagen negativa de la atención en el hospital. Algunos perciben una injusticia, pues no se resalta lo bueno en la forma esmerada como lo hacen con lo malo. Algunos médicos se quejan que las críticas generalmente se enfocan en ellos y no en los responsables de la gestión del hospital.

Algunos entrevistados resaltan que existe una tendencia a presentar una realidad distorsionada o maquillada, encargando la realización de encuestas a los usuarios, acerca del nivel de satisfacción de estos, cuyos resultados consideran buscan favorecer la imagen de los gestores que las contrataron. Incluso un alto funcionario de EsSalud hace notar estas incongruencias, entre encuestas de satisfacción, lo que dicen directamente los usuarios y lo que opina los medios de comunicación.

### **Causas de la deficiente calidad**

El personal que labora en el hospital señala como principal raíz del problema de la mala calidad de atención, a la alta demanda de consultas en los diferentes servicios, que va aparejada de un déficit significativo de recursos humanos, principalmente médicos, enfermeras y personal técnico, pero también existe incumplimiento de su contrato por parte de muchos integrantes de los diferentes estamentos, como por ejemplo llegar tarde a la consulta. También se hace hincapie en la existencia de equipamiento insuficiente o descompuesto, o la falta de insumos o reactivos, lo que provoca demorar en la realización de diagnósticos y el inicio del tratamiento correspondiente, y a veces falta la medicina prescrita. Para muchos la gran responsabilidad del detrimento de la calidad de la atención está en la gestión del hospital, en el manejo administrativo de este. Pero el problema de gestión no solo se percibe en el nivel macro, sino también micro, pues la gestión de los jefes de servicio también es calificada como deficiente.

Implícitamente en el más alto nivel de gestión de la institución se reconoce que hay un problema de gestión que se hace evidente en el gran diferimiento de citas. Sin embargo, no todo es problema de gestión, hay quienes señalan que existe una falta de compromiso por parte del personal involucrado en la atención que se brinda en la consulta externa, que el paciente lo percibe como un maltrato hacia ellos, esto incluye principalmente a los médicos, quienes son visto por muchos como impuntuales, rutinarios y no establecen una adecuada relación médico-paciente. Además, hay un manejo irresponsable en el cuidado de la historia clínica, que lleva al extravío de esta.

Hay médicos que resaltan la pérdida de valores y vocación de servicio en algunos colegas, haciendo notar que hoy cualquiera puede ser médico, que los filtros se han relajado, culpando de ello a la proliferación de facultades de medicina. Los médicos, ya no todos, serían los mejores, los más capaces, los más comprometidos, los más íntegros. Se habría perdido calidad en la formación académica y humanística, con abandono del método clínico.

Algunos médicos hacen notar que la calidad de la atención también se ve afectada no solo por la labor del médico al interior del hospital, sino por la que realiza en el consultorio particular o las clínicas privadas, con la finalidad de poder cubrir sus presupuestos familiares, en vista de la modesta remuneración que perciben en EsSalud. El pluriempleo médico entra en cuestión, relacionado a la modesta remuneración que percibe como contraprestación por los servicios que brinda.

Existe un divorcio entre las normas institucionales de Essalud y las prácticas cotidianas de un gran sector del personal, no solo de los médicos, sino de todos los involucrados en la atención de los usuarios, incluyendo el personal administrativo. De nada sirve contar con un Programa de Calidad de Servicio y un Manual de Atención al Asegurado, enfoques teóricos sobre las dimensiones de la calidad, pues no se cumplen, ninguno de los entrevistados mencionó conocerlos o siquiera haber escuchado hablar de ellos y varios señalan claramente sobre la escasa información sobre la calidad de atención a la que tienen acceso y otros

sobre la nula capacitación es esta y la falta de motivación en el trabajador para realizar bien su trabajo. Es decir hay un problema serio de comunicación. Sin embargo, hubo quien opinó en contrario al ser consultada si había recido información sobre la calidad de atención en salud, al interior del hospital. Probablemente la información y las capacitaciones se generan, pero no llega a todos por falta de difusión, o tal vez si llega, pero existe una falta de interés de los trabajadores de acceder a ella. Conocido es la mayor organización y apego a la norma del estamento de enfermería.

Llama profundamente la atención que existiendo dentro del Programa de Calidad de Servicio un “subsistema de reconocimiento a los mejores resultados y al esfuerzo desplegado por los equipos de servicio y de manera individual, para motivar la mejora continua”, en la práctica esta política de reconocimiento al trabajo bien hecho no se efectivice, ya que casi nadie mencionó haber recibido algún reconocimiento de parte de la institución por su buena labor, lo cual puede significar solo dos cosas, o casi nadie lo merecía, lo que revelaría lo mal que anda la atención que se brinda en el HNGAI, o la desidia es tal en los niveles jerárquicos superiores existe una incapacidad total para hacer cumplir las normas establecidas, matando la motivación en los trabajadores que no han interiorizado que hacer las cosas bien, cada quien en lo suyo, es una obligación moral, pues lamentablemente vienen con una falla de origen generada en la educación recibida en casa. Todos confiesan que el mayor reconocimiento lo reciben de sus pacientes, que como ellos mismos dicen, eso debiera ser suficiente, pero en la práctica el ser humano tiene la necesidad del reconocimiento público, sobre todo aquellos que saben a conciencia que trabajan bien, percibiendo remuneraciones iguales a quienes lo hacen mal y desean por lo menos ser reconocidos públicamente, para que se marque una diferencia.

En definitiva no existe una cultura de la calidad al interior de la institución, en la que se asuma de forma natural la necesidad de la mejora continua de los procesos que conducen a la atención del usuario. No está interiorizado en la inmensa mayoría de los trabajadores la misión de hacerle más fácil la vida a los demás, incluidos ellos mismos y a quienes demandan ayuda para recuperar la

salud o simplemente aliviar la enfermedad o el dolor. El día que ello suceda, todos tendrán un lugar de trabajo armonioso y saludable, usuarios satisfechos y un sistema de salud cumplidor con su razón de ser.

**Acciones que plantean los usuarios internos para lograr una atención de calidad: reorganización administrativa, cambio de actitud y trato humano**

Para los entrevistados revertir las deficiencias demanda la necesidad de una reorganización administrativa, que sea la base de una gestión eficiente y una estrategia integral, con desburocratización de esta, incremento de la infraestructura, mantenimiento y renovación del equipamiento, incrementar los recursos humanos asistenciales, optimizar el control con la realización de una efectiva supervisión y evaluación, pero sobre todo virar hacia una real y efectiva atención centrada en el paciente, con trato cordial y humano, que genere la confianza del usuario en la institución y su médico tratante, que lo adhiera al tratamiento, para que recupere la salud o por lo menos se sienta aliviado.

Hay quienes piensan que el tiempo que se le dedica al paciente y el trato que se le ofrece es lo más importante. Que el tiempo es insuficiente para atender a un paciente como se debe, afectando a la calidad de la atención, pero que esta situación es ajena a la voluntad del médico y el sistema lo obliga a atender rápido. El problema del financiamiento de EsSalud es señalado como gran responsable de la actual situación de la calidad de atención en los diferentes establecimientos de la institución, particularmente del HNGAI, pues a la ineficiencia de la gestión se suma el recorte del financiamiento, por disminución en las aportaciones y la falta de autonomía en el gasto al depender del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE), no siendo EsSalud una empresa estatal.

EsSalud no recibe financiamiento del tesoro público ni transferencias de este, se financia con los aportes de los empleadores a nombre de sus trabajadores, pero hay dos ministerios como Salud y Educación que no aportan sobre el 100 % de ingresos de sus trabajadores sino solo sobre el 65 %, un régimen especial que un gobierno de turno, actuando de juez y parte, le impuso al Seguro Social. Es decir

no funciona el subsidio cruzado como lo hace notar un alto funcionario de la actual gestión.

### **Cambio de actitud**

Si bien se señala la importancia de transformar el modelo de gestión, también se enfatiza en la necesidad de la mejora en el trato, siendo que este debe ser humanizado. Los entrevistados consideran que es crucial un cambio en la actitud de todos los involucrados en la atención de los usuarios o pacientes y de cimentar los valores éticos que todo personal de salud debería mostrar. Manifiestan la necesidad de capacitar a los trabajadores en la sensibilización hacia el buen trato a los asegurados.

Existe la percepción que hay poco interés dentro de los médicos y demás profesionales de salud por la calidad de atención, lo cual se puede comprobar en la poca acogida que tienen los cursos organizados acerca de la calidad.

Una entrevistada manifestó que en su Servicio, preocupados por la calidad de la consulta externa, se ha seleccionado para que realicen consulta solo a médicos que muestran calidez en el trato, logrando con ello que las quejas disminuyan, no obstante el problema solo estaría solucionado en la consulta externa, pero finalmente los médicos que no realicen esta actividad, harán otras en las que también tendrán contacto con pacientes, como es la atención en el tópico de emergencia, la realización de procedimientos o la visita médica. La intención es buena, pero la estrategia equivocada, pues estas son un medio para obtener un fin, la solución de un problema, no para descentralizarlo. La indiferencia enraizada en muchos médicos y demás trabajadores de la salud, es el problema, la falta de empatía, la incapacidad de ponerse en el lugar del otro o de mostrar sensibilidad humana.

Pero también hay estrategias acertadas, como en la consulta externa del Servicio de Obstetricia, preocupados por brindar un buen servicio, para aligerar el tiempo de espera de las gestantes para ser atendidas, se aprovecha este lapso para dar

orientación a las pacientes sobre su embarazo, de esta forma las usuarias no sienten que estén perdiendo el tiempo.

Hay quienes manifiestan que la preocupación por brindar un buen trato solo es motivada por las quejas, entonces esta preocupación no es sostenida en el tiempo, se reactiva cada vez que hay una queja.

La mayoría de los entrevistados consideran que no hay interés en los gestores de la institución ni siquiera de los jefes inmediatos superiores, de premiar el buen desempeño en el trabajo y pese al esmero que ponen en las labores que desarrollan, la mayoría coincide en afirmar que tras largos años de servicio y con fojas impecables, nunca han sido reconocidos ni en público ni en privado, y que solo han conseguido el agradecimiento y reconocimiento de los pacientes. Este tipo de relaciones interpersonales respecto de las autoridades genera resentimiento y un mal clima laboral en el hospital.

En relación a como se debería atender a los usuarios o pacientes, los entrevistados manifiestan que esta implica un trabajo esmerado, haciendo docencia en el cuidado de la salud, escuchando, conversando, siendo cálidos, mostrando paciencia, tolerancia y empatía, alentándole a que exprese sus inquietudes y emociones, proveyéndole la información pertinente. Se debe demostrar amor por lo que se hace, por la profesión. Se resalta lo importante de la vocación en la profesión y la identificación con el lugar donde trabaja.

El personal tiene claro los beneficios que brinda generar una atención con calidad al paciente y también las desventajas. Respecto a lo primero afirman que una buena atención contribuye a curar o mejorar al paciente y le otorga tranquilidad y apoyo para poder enfrentar un posible escenario diverso. Con ello se consigue una menor deserción a los tratamientos, se afianza la confianza en la institución y la fidelidad del asegurado y su entorno. Respecto a las desventajas, estas se manifiestan en tratamientos diferidos con el consiguiente deterioro de la salud de los pacientes, lo que lleva a estos a quejarse y generalizar la ocurrencia de una

mala calidad de atención, atribuyéndola a toda la institución, lo que generará desconfianza en otros. En un escenario más desfavorable, los llevará a plantear denuncias por mala praxis médica, supuestas o reales, Finalmente, en busca de la salud perdida, probará atenderse en otros sistemas de salud, generando un gasto de bolsillo.

### **Papel del gremio para mejorar la calidad de atención en la RPA y en EsSalud**

Los entrevistados señalan, que el gremio médico debe exigir a sus asociados actuar con ética y coherencia con los valores consustanciales de la medicina e investigar acerca de la calidad que se brinda en el hospital, para luego capacitar y sensibilizar a los agremiados en lo que significa la práctica de una medicina humanizada. Señalan que el Cuerpo Médico debe exigir mejores condiciones laborales y económicas, pero a través de acuerdos de gestión, con indicadores de calidad y evaluación. Pero hay quienes señalan que el gremio médico se encuentra debilitado, falta de conocimiento en gestión y carece de protagonismo, manteniéndose un accionar individualista entre los médicos; esto se ve reflejado en que generalmente los planteamientos y exigencias no son oídos. Además, creen que es necesario que el Cuerpo Médico participe de manera efectiva en la gestión del hospital.

Un alto dirigente gremial manifestó que existe interés en apoyar a la gestión del hospital, pero que las continuas reuniones con la gerencia general culminan en compromisos que rara vez se cumplen. Esto es una mala señal para médicos, pues el incumplimiento de los acuerdos es una constante en la vida institucional, los mismos que casi siempre están relacionados a mejores condiciones laborales. Este incumplimiento deviene en una reacción equivocada de muchos médicos, que conciente o subconcientemente, traducen esta frustración de no obtener lo que solicitan en una resistencia a la mejora en el trato al asegurado.

Ver versión completa de RESULTADOS con discurso de participantes en:

<https://drive.google.com/file/d/1WxhXQqb2eAXmSyPGz76zo8YfG3WLGScL/view?usp=sharing>

## Hallazgos sobre la percepción de la calidad, a través de focos grupales de los usuarios externos (pacientes o clientes) en la consulta externa del HNGAI

La realización de los grupos focales ha tenido como objetivo comprender mejor las percepciones sobre calidad que tienen los pacientes a partir de las experiencias vividas en el hospital, que no se ven reflejadas a cabalidad en los resultados de la encuesta o entenderlas mejor.

Se realizó un análisis de ciertas categorías deductivas e inductivas que posibilitaron organizar la información. Las categorías deductivas surgen a partir de la revisión teórica y normativa, donde se establecen seis categorías que van desde la expectativa del usuario hasta los aspectos tangibles. A partir de la verbalización de las respuestas de los entrevistados, surgen las categorías inductivas. Seguidamente se presenta un esquema donde se presentan las categorías y sus respectivas subcategorías.

Variable	Categoría	Subcategoría
<b>Atención de calidad</b>	Expectativa del usuario	Puntualidad
		Trato amable
	Satisfacción con la atención	Demora (en el otorgamiento de citas para consulta externa)
		Atención (de los médicos y del personal no médico)
		Discriminación
	Capacidad de respuesta	Demora (en el otorgamiento de citas a los servicios de ayuda al diagnóstico)
		Mal trato
	Seguridad	Conocimiento
		Actitud
		Respeto a la privacidad
Empatía	Trato	
Aspectos tangibles	Ventilación y comodidad	
	Consultorios	

## **1. Expectativa del usuario.**

Se refiere a lo que el usuario espera del servicio que brinda la institución. En los grupos focales, los participantes enfatizan en dos aspectos para que un servicio sea considerado de calidad, puntualidad en la atención programada y el trato amable, que son las subcategorías que emergen de la expectativa del usuario.

### **Puntualidad en la atención**

Es decir, cumplir con el horario pactado, porque el paciente tiene responsabilidades laborales y familiares, y perder el tiempo le resulta mortificante, sin embargo los médicos tienen fama de impuntuales.

Una paciente refiere que también hay problemas de impuntualidad de parte de los pacientes mismos, pues a veces no cumplen con acudir puntual a su cita.

### **Trato**

El trato amable y humano es muy valorado por los usuarios, ellos desean sentir que son respetados por todo el personal que labora en el hospital. Alguien alude mal trato hacia las personas de la tercera edad, pues no reciben un trato preferencial, pese a que está contemplado en las normas institucionales de Essalud, y que a veces igual ocurre con las personas discapacitadas. Otro reclama algún trato preferencial para los pacientes que vienen referidos de provincia, por el gasto que implica pasar muchos días en Lima.

## **2. Satisfacción con la atención**

Esta categoría surgida de la teoría, a lo largo de la toda la información recolectada define tres subcategorías inductivas con un peso específico tal, que de resultar complacientes para el usuario, determinan la satisfacción general por la atención recibida en la consulta externa. Así tenemos, las subcategorías demora en el otorgamiento de citas, atención de los médicos, y trato discriminatorio.

### **Demora en el otorgamiento de citas**

La mayoría de los pacientes señala que la dificultad más notoria es poder encontrar una cita para la atención en consultorio externo, que tiene mucha

relación con la demora en la programación médica en los diferentes turnos y el tiempo que transcurre entre la cita que termina y la próxima para un nuevo control o reevaluación, pudiendo incluso pasar meses.

El buscar citas prontas es una odisea para el paciente, le significa muchas veces llegar muy temprano por la mañana, realizar colas, escuchar que no hay programación y que se retorne en otra fecha. Es decir, existe un serio problema en la gestión de las citas y en la confección de los horarios médicos para la atención por consultorio externo, propiciada por la modalidad del trabajo médico (150 horas al mes, que incluyen guardias), mala gestión de las vacaciones, exceso de descansos médicos y falta de médicos especialistas.

### **Atención del médico**

Las opiniones están divididas. Hay usuarios que se quejan del comportamiento del médico, pues estos se demoran para atenderlos, y cuando los atienden, lo hacen de manera rápida y apresurada. Sin embargo algunos reconocen que son bien atendidos. Además, hay quienes se quejan de que en cada cita le cambian de médico, que no se respeta la programación, y a veces son atendidos por médicos residentes, pero reconocen que estos muestran interés por ayudarlos. Una usuaria piensa que entre todos los médicos, los médicos residentes son los que brindan una atención mejor, pues siente que la tratan de ayudar.

### **Atención del personal no médico**

Las opiniones también están divididas en cuanto a la atención que brinda el resto del personal involucrado en la consulta externa, algunos tratan bien y otros mal.

### **Discriminación**

Una paciente manifiesta tener atenciones rápida y sin inconvenientes, pero con sinceridad reconoce tener un familiar que labora en el hospital y la apoya. Esta es una situación que se repite a diario en los consultorios externos del hospital. En base a familiares, amigos o recomendaciones de terceros, algunos pacientes logran tener una atención oportuna y de calidad, a veces perjudicando a otros usuarios, pues los tiempos de atención de este tipo de pacientes a veces son

extensos o no estaban en lista y son fruto de una cita adicional, en detrimento del tiempo de atención de los no recomendados. Esto evidencia a todas luces un trato discriminatorio y genera mucho malestar en los pacientes y sus familiares.

### **3. Capacidad de respuesta**

Esta categoría consiste en la disposición a servir y proveer al usuario un servicio rápido y oportuno, con respuesta de calidad y en tiempo aceptable. Esta categoría presenta a la demora en el otorgamiento de citas para la realización de exámenes auxiliares, como la subcategoría emergente.

#### **Demora en el otorgamiento de citas (en servicios de ayuda al diagnóstico)**

Prácticamente existe un consenso en que hay demora en el otorgamiento de citas para pruebas de laboratorio y de diagnóstico por imágenes, siendo estas muy lejanas. Además, se repite el problema que se da en consulta externa, hay demora en la presentación de la programación de los tecnólogos en los turnos respectivos, por parte de las jefaturas, demora que responde únicamente a un problema de gestión. También hay quejas por la forma como son atendidos los pacientes en los servicios de ayuda al diagnóstico, como en el servicio de ecografía. Así mismo, hay quejas sobre la mala calidad de la atención en farmacia, por la demora en otorgamiento de las medicinas formándose inmensa colas, faltan estas y el personal que atiende no muestra respeto por el usuario.

La atención en los módulos de atención para el otorgamiento de citas y orientación es percibida por los usuarios de manera totalmente contrapuesta, haciendo notar algunos que hay un problema de actitud en un sector de este personal, siendo esta condición muy importante para el usuario en la determinación de la calidad que percibe.

### **4. Seguridad**

Definida como “la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable” en función “a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el

contexto” en el que se presta la atención, “ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro”.<sup>(53)</sup> Sin embargo, básicamente en este punto la encuesta SERVQUAL modificada por el MINSA, para su uso en los establecimientos de salud del país, está referida a la habilidad para transmitir credibilidad, confianza, mostrar cortesía y guardar la confidencia sobre la atención brindada por el médico.<sup>(47)</sup> De dicha categoría emergen dos subcategorías: conocimiento y actitud.

### **Conocimiento**

Es un hecho que la percepción que tienen los pacientes o usuarios del nivel de conocimiento y experticia de los médicos del Hospital Almenara es muy bueno, por ello la mayoría coincide en que les inspira confianza, pues creen que su problema de salud será resuelto. Todo lo contrario, la inseguridad, la desconfianza y la molestia aflora cuando los pacientes son atendidos por médicos que ellos no esperaban o no lo consideraban su médico tratante. Su frustración es mayor si todo el bagaje de experiencias de un médico cuajado, es cambiado por la inexperiencia de un médico bisoño, en formación de una determinada especialidad (reesidente).

### **Actitud**

Es el proceder que conduce a un determinado comportamiento, la realización de una intención o propósito. Este comportamiento va a estar influenciado por las convicciones, valores y sentimientos del individuo. Para los expertos “La formación de actitudes consideradas favorables para el equilibrio de la persona y el desarrollo de la sociedad es uno de los objetivos de la educación”.<sup>(76)</sup> Surge una subcategoría que los entrevistados valoran enormemente, pues está relacionada a la preservación de su pudor, el respeto a la privacidad.

### **Respeto a la privacidad**

La mayoría de los usuarias afirmó que se le examinó adecuadamente y se respetó su intimidad al momento de ser atendidas. Sin embargo, algunos pacientes muestran molestia porque a veces los examinan en presencia de terceras personas, personal, alumnos o residentes.

Una paciente refiere que en ginecología, un servicio donde el respeto del pudor deviene en importantísimo, no solo se irrespetó su privacidad, sino sufrió un examen físico brusco que inclusive le produjo dolor. Es una verdad de perogrullo que realizar un examen físico inadecuado desembocará en una mala relación médico-paciente.

EsSalud ha enunciado, a través de documentos institucionales, su compromiso con la calidad y la excelencia, las que deben caracterizar el servicio al asegurado. Si tan obligado propósito no cuenta con el compromiso del ítegro del personal, no solo médico, entonces la insatisfacción de los pacientes o usuarios se hara presente. El Hospital Almenra ya cuenta con una infraestructura adecuada en la consulta externa, en vista de la moderna Torre de Consultorios Externos inaugurada el 2013. Solo tres departamentos realizan la actividad de consultorio externo en el viejo hospital, en condicones adecuadas resultado de remodelaciones, Ofatalmología, Traumatología y Psiquiatría.

## **5. Empatía**

Definida originalmente como el cuidado y atención personalizada que se brinda a los usuarios de un servicio.<sup>(16) (46)</sup> Redefinida en la adaptación de la encuesta SERVQUAL del MINSA como la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra y entender y atender adecuadamente las necesidades de éstas.<sup>(48)</sup> Fue identificada la subcategoría trato amable.

### **Trato amable**

Los participantes de los grupos focales corfirmaron lo revelado por la encuesta SERVQUAL aplicada, según la cual la mayoría se sintió insatisfecho con el trato. Para los participantes el trato debiera ser con amabilidad, respeto y paciencia por parte del personal que participa en la consulta externa, pero la mayoría considera que este es contrario a tales virtudes. Una participante señala una actitud nada empática que muestra un médico, en terminos realmente muy reveladores. Sin embargo, algunos piensan que el trato va mejorando.

Pero no todo es queja e insatisfacción. Algunos de los participantes señalan haber recibido un buen trato del médico y que también es importante que los pacientes ingresen al consultorio con una actitud de colaboración. Otros comprenden que los médicos están sometidos a mucha presión por la gran cantidad de pacientes y que esta descadena la irritación de los médicos por momentos.

## **6. Aspectos tangibles**

Relacionados con las condiciones y apariencia física de las instalaciones, equipamiento, apariencia del personal, material de comunicación, limpieza y comodidad. Es necesario señalar que siendo la torre de consultorios externos una construcción moderna, de apenas 8 años, es cómoda, espaciosa, bien iluminada. Las condiciones de los consultorios al interior del viejo local del hospital, de los servicios mencionados anteriormente, que aún funcionan allí, por haber sido remodelados, y no estar al lado de otras especialidades, lucen sin aglomeraciones como sucedía antaño. Del foco grupal efectuado frente a esta categoría emergen las siguientes subcategorías:

### **Ventilación y comodidad**

Los participantes coinciden en señalar que a pesar de la modernidad de la construcción, existen problemas de ventilación en la estación de verano, pues no se cuenta con aire acondicionado y son pocos los ventiladores instalados, haciéndose más sensible esta carencia cuando las salas de espera se colman de pacientes. Una participante manifestó que no existe comodidad en los pasillos, aunque en verdad son amplios, pero hay momentos en algunos sectores, que se aglomeran de pacientes. La solución a este problema es sencillo, consiste en respetar el horario de programación de citas, tanto por los médicos como por los pacientes o usuarios, pero es una común práctica atender a los citados según orden de llegada y no por horario de programación, costumbre nacida de la impuntualidad.

Los usuarios en general no observan problemas en los ambientes de las salas de espera de los consultorios externos, pero hacen notar el “desperdicio” de tener

televisores de circuito cerrado que no se le da ningun uso y piensan que deberían estar indicando a quién le toca pasar a consulta y anunciando el orden de los turnos de atención.

### **Consultorios y baños**

La percepción es positiva en relación a la comodidad de los consultorios, la limpieza de estos y de los baños.

Un usuario aunque reconoce que la torre de consultorios externos tiene buen mantenimiento, pero hace notar una seria deficiencia en los baños, la falta de jabón y papel higiénico.

Tal descuido atenta contra la calidad de la atención y se incumplen las normas de higiene establecidas por la OMS, según la cual a la salida de los baños debe haber lavabos con jabón.<sup>(77)</sup> Respecto de la colocación de papel higiénico o papel toalla, existe la idea que terminan siendo sustraídos por los mismos usuarios y esa sería una razón por la cual no se colocan.

Lamentablemente la falta de educación en valores hace que los usuarios o los familiares acompañantes, perpetren estos robos, para anotarlo sin eufemismos, como ha quedado evidenciado a propósito de la pandemia del SARS-Covid 2 en su afectación al Perú, con denuncias de este tipo en diferentes hospitales de la Capital.<sup>(78)</sup>

Una paciente de ginecología se quejó de la camilla para el examen, en una especialidad en que el examen de una parte del cuerpo que despierta tanta sensibilidad y pudor, ello no debiera ocurrir y aunque todo equipo está sujeto a desperfectos, en el caso de una camilla ginecológica y de cualquier equipo que no es electrónico, sino mecánico, se debiera solucionar de inmediato.

No es infrecuente en las instalaciones de EsSalud encontrar equipos que estando en buenas condiciones no son utilizados, a veces por no contar con el personal

entrenado para hacerlo o no existe el espacio necesario para ubicarlo, en cuyo caso la pregunta es ¿Para qué se adquirió? En otros casos, por problemas de logística no se compra algún repuesto o tarjeta dañada. Por ejemplo, llama la atención que habiendo sido la torre de consultorios externos construida e inaugurada en el 2013 para trabajar con historia clínica electrónica, recién esta se haya implementado en el segundo semestre del 2019.

### **Información y orientación**

Los pacientes demandan información y orientación adecuada para poder desplazarse no solo en el área de la consulta externa del hospital, sino también dentro del hospital mismo, pues a veces es necesario para algún trámite administrativo cruzar a este. Consideran que es la única forma de ser atendidos sin pérdida de tiempo. Sin embargo, alguna paciente reconoció la existencia de una adecuada orientación para llegar al área de los consultorios de la especialidad respectiva.

Nuevamente salió a relucir la importancia de la actitud del personal tanto asistencial como administrativo o de vigilancia, que definitivamente está determinada por la educación recibida, principalmente en el hogar. Si con suerte el usuario cae en manos de personas con una actitud adecuada, su percepción de la calidad será favorable.

Para los interesados, ver en el siguiente link la presentación de los resultados acompañados de la opinión representativa del entrevistado o participante en el grupo focal.

Ver versión completa de RESULTADOS con discurso de participantes en:

<https://drive.google.com/file/d/1e8zCwFCboHdZ9qIV59fiVQxtSulbtF5u/view?usp=sharing>

## CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

### **Nivel de satisfacción y percepción del usuario externo sobre la calidad de la atención en la Consulta Externa del HNGAI**

Fue parte del objetivo general de esta investigación examinar la percepción de los usuarios externos (pacientes o clientes) de la calidad de la atención en la consulta externa del HNGAI de EsSalud. Analizados los resultados tanto cuantitativos y cualitativos, la calidad de la atención en esta área del hospital es deficiente. La encuesta SERVQUAL aplicada lo demuestra, solo 1 de cada 2 pacientes están satisfechos con la atención recibida, y enfatizan en dos aspectos de acuerdo a los resultados de los grupos focales, que no deberían fallar para que esta sea considerada de calidad.

En primer lugar, la oportunidad y puntualidad en la atención, y en segundo el trato amable, cordial, empático y de respeto a la intimidad, que debe practicar el personal del hospital. De lo analizado, existen tres factores que atentan contra la calidad, la demora en el otorgamiento de las citas, la atención misma de los médicos, y el trato interpersonal que se produce no solo con los médicos, sino con todo el personal involucrado en el proceso de atención en la consulta externa.

La mayor insatisfacción que percibe el usuario es no encontrar citas prontas disponibles y si las encuentra, no es con facilidad. Esto se condice con el casi consenso total de los participantes de los focus grupales, en los que se afirma que las citas son otorgadas muy distantes, siendo una razón frecuente la tardía programación médica, consecuencia de la insuficiente cantidad de médicos especialistas y de demasiadas variaciones y cambios de turnos entre estos. Esta situación es similar a la que se encuentra en un estudio del 2012 que mide la calidad de la atención en las tres redes asistenciales de EsSalud de Lima, en Arequipa y Trujillo. Se muestra que el principal problema detectado en la atención a los asegurados, en la encuesta realizada a 614 usuarios, fue la atención misma y el otorgamiento de citas, siendo este último un problema que se ve empeorando según el estudio del INEI. <sup>(85)</sup> <sup>(86)</sup> Pero para complicar aún más la vida de los usuarios, llegado el momento de la cita, más de la mitad se queja de la

impuntualidad de la atención, los médicos no inician su consulta a la hora pactada, causando malestar, pues como ellos manifiestan “las esperas desesperan”.

Las investigaciones demuestran que cuando se reduce el tiempo de espera por una consulta, disminuyen las quejas y la percepción de la calidad mejora.<sup>(87)</sup> La atención rápida y oportuna impactan enormemente en la calidad de atención, y si esto es cierto en la consulta externa, lo es más en la atención en la emergencia hospitalaria. Así, en un estudio realizado en Ancash se identificó una deficiente calidad de atención y una alta insatisfacción de los usuarios (69.3 %) en un hospital de Huaraz, en relación directa con la demora en la atención, y la percepción negativa fue mayor, cuando la atención no se realizó según la prioridad del paciente, cuando el médico de turno no era quien estaba directamente a cargo de la atención, cuando hubo demora en la realización de exámenes radiológicos o el tiempo fue insuficiente para responder a las preguntas de los pacientes, o hubo carencia de empatía durante la atención, entre otros.<sup>(88)</sup>

Como se aprecia, sea la atención por consultorios externos o por emergencia, la rapidez y la oportunidad de la atención son fundamentales para que el usuario se sienta conforme con la atención, pero lo es más el buen trato. No es casual que la mayor insatisfacción encontrada en la consulta externa del Almenara, 83.67 %, haya sido por la demora de la atención en farmacia, que según lo explorado en los focus grupales se suma al maltrato, la falta de algunos medicamentos y al trabajo demasiado burocrático existente en esta.

### **Nivel de satisfacción según dimensiones de la calidad**

En relación al nivel de satisfacción según las diferentes dimensiones de la calidad consideradas, la presente investigación encuentra que los usuarios externos manifestaron su insatisfacción en forma mayoritaria en tres dimensiones, “fiabilidad”, “capacidad de respuesta” y “aspectos tangibles”, que según la interpretación del resultado de la encuesta SERVQUAL planteada por el MINSA, se consideraría que la satisfacción estaría “en proceso” para las dimensiones

“fiabilidad” y “aspectos tangibles”; mientras, que en la dimensión “capacidad de respuesta” la satisfacción estaría “por mejorar”:

Por otro lado, en la “dimensión seguridad” predominó la satisfacción, así como en la “dimensión empatía”, es decir la satisfacción estaría “en proceso” para estas, pues el nivel de insatisfacción respecto de estas se encuentra en el rango que la define, 40 a 60 %. Este hallazgo coincide muy poco con lo encontrado por Rivera G, en 2015, en una investigación en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP (Hospital de Policía). En dicho estudio se encontró muy altos niveles de insatisfacción, fiabilidad 69.9 %, capacidad de respuesta 67.8 %, seguridad 60.3 %, empatía 59.7 % y tangibilidad 82.0 %. (21) La insatisfacción solo es comparable con el Almenara en la dimensión capacidad de respuesta, que en terminos de las “Categorías de la Satisfacción” del MINSA, la situación estaría “por mejorar”; y difiere enormemente en la insatisfacción por aspectos tangibles, que está en la categoría “en proceso” en el Almenara, mientras en el Hospital de Policía con un 82 % de insatisfacción la situación estaría “por mejorar”.

Esta gradación suena bastante eufemística, evita las calificaciones de pésima o mala. Los hallazgos también difieren en las demás dimensiones, seguridad y empatía, en las que la satisfacción es mayoritaria en el HNGAI, pero la insatisfacción no es menor al 40 %, por tanto la satisfacción estaría “en proceso”. Con respecto a la satisfacción en las dimensiones fiabilidad y capacidad de respuesta están próximas al 50 % en el Almenara, es decir también “en proceso” de obtener la satisfacción se entiende. Esta forma de análisis de los niveles de insatisfacción de los usuarios de un servicio de salud planteados por el MINSA son bastante indulgentes.

Es comprensible que la mayor satisfacción se encuentre en relación a la empatía y la seguridad, dimensiones en la que básicamente están determinadas por el comportamiento del médico tratante, es decir por las actitudes que muestren los galenos, y dentro de estos, sin lugar a dudas, el de los más experimentados, los mayores, que aparentemente alcanzaron a recibir la formación más clásica, no tan imbuida de las ideas gerenciales, y tal vez también de las actitudes de los

médicos más jóvenes, incluido los residentes que también participan de la consulta externa, por el idealismo que muestran los profesionales a esta edad en cualquier profesión, pero que lamentablemente se va perdiendo en la mayoría con en el transitar de los años.

Otro hecho a considerar, que explicaría esta mayor valoración positiva sobre la calidad de atención en esta dos dimensiones, es que siendo el HNGAI líder en cirugías muy complejas, como los trasplantes de órganos, hígado, riñón, pulmón y páncreas; poseyendo una unidad de quemados altamente calificada que hace que todos los casos mediáticos de quemados por grandes incendios, terminen siendo tratados en este hospital; así mismo, teniendo grandes avances en cirugía de manos; y exhibiendo una de la mejores, sino la mejor, Unidad de Cuidados Intensivos, entre otras ventajas, hace que los asegurados vean con mucha confianza ser atendidos por médicos del Almenara, percepción que se ve reforzada al haber sido categorizado como Instituto de Salud Especializado III-2.  
(89) (90) (91)

Aunque es una constante la insatisfacción que muestran los usuarios de los servicios de salud de los sistemas públicos, que permanentemente es expuesta por los medios, insólitamente las encuestas de satisfacción encargadas por los gestores contradicen esta visión. Así, tres investigaciones afirman lo contrario. La llevada a cabo por el INEI en el 2014, en cumplimiento de un convenio suscrito con la Superintendencia Nacional de Salud, llamada posteriormente Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios – ENSUSALUD, entre los usuarios externos de 181 establecimientos de salud públicos (Fuerzas Armadas y Policía Nacional, Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud) y privados (clínicas), de los cuales casi el 31% pertenecían a EsSalud, reveló una satisfacción para aquella del 68.2 %, mientras el 22,1 % no se mostró satisfecho ni insatisfecho y solo el 9.7 % insatisfecho. <sup>(22)</sup> La ENSUSALUD 2015 mostró un descenso de la satisfacción a 64.9 % y un aumento de la insatisfacción a 11.3 %. <sup>(92)</sup> Mientras la ENSUSALUD 2016 encontró un ascenso importante de la satisfacción a 74.9 %, 10 puntos respecto de la del 2015, con un descenso de la insatisfacción a 6 %. <sup>(24)</sup>

Un análisis secundario de estas tres investigaciones, cuyo objetivo fue estimar los niveles de satisfacción en función de la percepción y el tiempo de espera de los usuarios de los servicios de salud públicos y privados peruanos, definido como los minutos que le toma desde que llegó al establecimiento hasta que ingresó al consultorio, encontró que los niveles de satisfacción fueron 70.1, 73.7, y 73.9 % para el 2014, 2015 y 2016, respectivamente. Los usuarios afiliados al Seguro Social de Salud (EsSalud) y al Seguro Integral de Salud fueron los que presentaron menores porcentajes. El estudio determinó que la demora en la atención fue el problema más frecuente identificado por los usuarios, sin embargo en los años 2014, 2015 y 2016 siete de cada 10 usuarios de los servicios de salud peruanos estuvieron satisfechos con la atención. <sup>(93)</sup>

Explicar estas diferencias de un año a otro resulta difícil, mas aún si se compara con los resultados obtenidos en el presente estudio, cuando las condiciones objetivas de la atención a los usuario no han variado para bien, sino todo lo contrario, el incremento sostenido de la demanda no ha tenido una adecuada respuesta en la oferta, deteriorándose con ello la calidad. Probablemente la respuesta este simplemente en la mejora del trato, pues estas investigaciones son comparables a lo que ocurre en otras latitudes, donde se ha reportado altas tasas de satisfacción de los usuarios relacionado con el buen trato recibido por el personal asistencial y la insatisfacción con el trato del personal administrativo, el abastecimiento de medicinas y los aspectos tangibles. <sup>(28) (74)</sup>

No se puede caer en la idea maledicente que algunos plantean, que las instituciones encargadas de llevar a cabo los estudios ceden a presiones políticas, como con el tema de la reducción de la pobreza, en un intento para que las cifras en vez de cuestionar la labor de la gestión de EsSalud y del mismo gobierno central, siembre la idea en los usuarios que en realidad si se goza de una buena calidad de atención. Tal vez marque la diferencia en la percepción el hecho de que los usuarios reconozcan en los médicos el dominio de su especialidad, cualidad que, si viene aparejada de un buen trato, deviene como un atenuante en muchos usuarios, que les hace olvidar las vicisitudes que transitaron para llegar a

la ansiada consulta y determina que su percepción de la calidad sea positiva, surgiendo frases como “valió la pena tanta espera”.

La hipótesis es que los pacientes valoran la atención misma que brinda el médico, si esta es buena independientemente del proceso engorroso que llevó a cabo para obtenerla, quedarán satisfechos, pues su mayor expectativa está puesta en ser curado o aliviado y que lo traten bien. La percepción es un proceso cognitivo por el que se organiza e interpreta la información sensorial y se transforma en formas o patrones con significado para el sujeto. <sup>(94)</sup> Por tanto, implica apreciaciones subjetivas que a veces no cuentan con un asidero objetivo o factual. Es decir, en esta percepción, el desenvolvimiento del médico es determinante. Así lo demuestra una investigación sobre los factores asociados a la deserción en la consulta externa en el hospital nacional de EsSalud Alanzor Aguinaga de Lambayeque, en la que se encontró que la mala calidad de la atención médica y la cita con un médico que no era de la preferencia del paciente, fueron los factores significativos para optar por la no asistencia a una cita. <sup>(95)</sup>

Apaza-Pino R et al., en 2018, en un estudio realizado en el Servicio de Geriátrica del HNGAI en que la satisfacción fue del 77%, encuentra la mayor insatisfacción en la seguridad, empatía y la interacción con el médico al momento de la consulta, lo cual refuerza lo planteado en relación a la valoración positiva de la atención si al final la relación misma con el médico es buena, la cual está sustancialmente marcada por el trato humanizado y la comunicación. <sup>(96)</sup>

De igual manera en otras latitudes la importancia del trato como relación humana, ha quedado revelada.

Pérez, V y Pezoa M, en 2013, en una investigación en Chile de la Superintendencia de Salud sobre lo que significa el trato digno para los pacientes, mediante técnicas cualitativas, se estudió a 35 pacientes atendidos en hospitales públicos, universitarios y clínicas privadas, y también de asociaciones de pacientes. El objetivo era conocer las opiniones, emociones, pensamientos y experiencias, sobre el significado para ellos del “trato digno”. Se encontró que

independientemente del lugar de la atención, “existe un modelo mental en base a ideas que a niveles profundos son muy parecidos”, de tal manera que “los componentes se relacionan fundamentalmente con cuatro dimensiones que son: ser tratados como personas o seres humanos (trato), información, médico comprometido/responsable y atención oportuna”, pero de lejos el concepto trato desde la relación humana registró la mayor cantidad de ideas, 77 frente a las 31 que generó el concepto información, 26 el de médico comprometido/responsable, y 24 ideas el de atención oportuna<sup>(97)</sup>

Vera J y Trujillo A, en 2018, en un estudio realizado en instituciones públicas de salud en México, que se propuso dar una explicación de los factores con mayor impacto en la percepción de la satisfacción, analizó el proceso de atención en clínicas de primer nivel, estudiándose 32 atributos de calidad integrados en siete dimensiones de esta. Mediante un cuestionario estructurado sobre el cumplimiento de estos, que se aplicó a 600 derechohabientes de tres instituciones públicas, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Los resultados arrojaron que “la calidad del servicio proporcionado por los médicos, así como la calidad del servicio de la entrega de medicamentos, tienden a ser los factores de mayor impacto en la satisfacción del derechohabiente”.<sup>(98)</sup>

Delgado M, en 2010, en una investigación llevada a cabo entre los actores sociales (usuarios y líderes, personal de salud, formuladores de políticas) de dos municipios de Colombia y Brasil, estos coincidieron en tres ejes de calidad de la atención: adecuación de la estructura, nivel técnico y humanización de la atención.<sup>(99)</sup>

Morales M, en 2004, en un estudio realizado dentro de un grupo de usuarios del servicio de cirugía general de un hospital mexicano, se concluyó que estos consideraron que las dimensiones más relevantes de la variable calidad de la atención son: atención técnica (manejo del dolor, continuidad de la atención, personal competente, información brindada) y la atención interpersonal (trato recibido por el personal de enfermería). Asimismo, se encontró, que aunque no

tienen que ver directamente con la atención misma brindada, impactan en la percepción de la calidad de los usuarios, la infraestructura y los servicios brindados por otros estamentos, en los que nuevamente tienen relevancia el trato y el tiempo de espera.<sup>(100)</sup>

Los resultados de los grupos focales realizados en la presente investigación, confirman los hallazgos de la encuesta SERVQUAL aplicada, y los pacientes perciben como más importante la calidez y la empatía que muestren hacia ellos el personal médico u otros. Es decir, la calidad de la atención se construye con los gestos de amabilidad y sincera preocupación que el médico muestra hacia su paciente, este desea ser escuchado con paciencia, que aquel le muestre interés por sus malestares o dolencias, y que se esfuerce por utilizar un lenguaje sencillo y claro cuando responda sus preguntas, pero es tan importante que el médico se haga entender como que sepa escuchar y comprender lo que el paciente quiere decirle, pues es en base a una buena comunicación que se establecerá la confianza indispensable para construir una adecuada relación médico-paciente, indispensable para que este último genere la adherencia al tratamiento que aquel le prescriba.<sup>(101)</sup>

De lo analizado en los hallazgos de lo de los grupos focales se tiene claro que de la experiencia que hayan tenido los usuarios de la consulta externa del Almenara, han elaborado su concepción de la calidad que se brinda en ella, coincidiendo con lo hallado por Ramos-Rodriguez C, en 2008, en un estudio realizado a los usuarios de la consulta externa del hospital público Daniel Alcides Carrión de la Región Callao, en donde demuestra que mayor es el grado de satisfacción del usuario respecto a la consulta, cuanto mejor fue su percepción de la calidad de la relación médico-paciente.<sup>(102)</sup>

Reyna L, en 2015, en igual sentido en una investigación en el hospital de Chancay, halló que la percepción de la calidad de atención está relacionada con un positivo y significativo desempeño laboral de quienes los atienden.<sup>(103)</sup>

Por último, Cano S et al., en 2016, en un estudio realizado en Medellín encontró que en función de cómo fueron las experiencias en las diversas etapas del proceso de atención, es definida la calidad por los usuarios, pero para estos lo más importante es “el trato humanizado, la equidad y la participación”.<sup>(104)</sup>

A la falta de construcción de infraestructura y deficiencias en los procesos de atención, se suma la falta de médicos especialistas y en el nivel primario la falta de médicos generales con una buena formación integral, que respondan a las necesidades de salud de la población, y lo que es peor aún, se suma la falta de mayor compromiso de parte del gremio médico con las políticas de salud pública y los valores intrínsecos de la medicina.

No será suficiente para mejorar la salud pública en el Perú, el solo incrementar la infraestructura y el equipamiento con tecnología avanzada, garantizar la oferta de medicamentos de calidad y asegurar el acceso a los servicios que brindan los establecimientos de salud. Con ello se disminuirá la inequidad y se terminará con la exclusión existentes en el sistema de salud peruano, pero sino se establece una política agresiva y audaz de desarrollo y gestión integral de los recursos humanos en salud, no se podrá brindar una buena atención, pues ella implica un contexto de máxima coordinación, entre la eficiencia, el diagnósticos acertado y oportuno, la comunicación entendible y efectiva, pero sobre todo que esté rodeada de un trato humanizado, donde la empatía prime y afloren los valores consustanciales de la medicina, pues solo así se logrará el objetivo de mayor adherencia a la indicación, recomendación y tratamiento médicos. Solo así se logrará el mejoramiento de la salud del paciente. En otras palabras, se trata de reestablecer plenamente la tantas veces olvidada relación médico-paciente, de comunicación empática y efectiva, de formación e información del paciente, la que incentiva la prevención en salud y la adherencia al tratamiento, siendo ello posible solo en un contexto de una atención de calidad y calidez, pues “Quien no comprende una mirada, tampoco comprenderá una larga explicación”<sup>(105)</sup>

Todos lo saben, sin embargo no existe correspondencia entre lo enunciado por EsSalud en sus protocolos y guías, y la actuación cotidiana de su personal

asistencial, médico y no médico, y del administrativo. El Programa de Calidad de Servicio contempla como dimensiones de calidad al trato cordial, información asequible y a la buena disposición anímica.<sup>(106)</sup>

El Protocolo de Atención en el Servicio de admisión y Consulta Externa, establece la bienvenida al asegurado, así como aspectos que se deben considerar previa a la atención misma, como el cuidado de la imagen personal, el mantener una actitud de servicio y un compromiso de entregar un buen servicio; también recomienda no tomar como un asunto personal la molestia del asegurado, ofrecer disculpas cuando sea necesario, no entrar en discusión con el paciente ni poner en duda su palabra, asegurarse que el asegurado comprenda las explicaciones, y tener una correcta modulación y entonación de la voz entre otras sugerencias; además desarrolla como debe ser el llamado de los pacientes, la atención médica misma, la asignación de citas, la digitalización de la recetas médicas, y la despedida del asegurado.<sup>(107)</sup>

Sin embargo, no se aplica esta normativa en forma efectiva ni la disposición normativa para implementar un subsistema de monitoreo y medición de la satisfacción de los resultados y reconocimientos colectivos e individuales por mejora y constancia.<sup>(106)</sup>

A partir de marzo de 2019, EsSalud implementó el nuevo Sistema de Gestión de Servicios de Salud que se denomina EsSI (Servicio de Salud Inteligente), que significa entre otras cosas, la digitalización de las historias clínicas y de todos los procesos y servicios que brinda la institución, permitiendo la reducción significativa del tiempo de atención en los hospitales, una mejor gestión de los exámenes auxiliares, así como un mejor control de los medicamentos que los médicos prescriben.<sup>(108)</sup> Un avance bastante tardío, pero que sin duda significará un progreso en la mejora de la calidad de atención.

En definitiva, la variable más importante es la humanidad que el médico y el resto del personal de salud muestran en el trato, pues tal vez el problema de salud del paciente no sea resuelto de manera absoluta, pero si este percibe que se

interesan por él y que el grado de cumplimiento de sus expectativas es aceptable, encontrará alivio y se sentirá conforme con la atención que le brindaron. Sin embargo, no se entienda mal, no es que solo la empatía sea importante o que el resto de las dimensiones de la calidad lo sean poco (fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y los aspectos tangibles), todo lo es, como ha quedado establecido en esta y muchas otras investigaciones.

Pero pese a la importancia que el usuario o paciente le da al trato del médico, en EsSalud y en el Perú en general, salvo en el sistema privado, constatamos que a diario se vulnera un derecho del paciente, cual es escoger a su médico tratante. La Ley N° 29414, que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud y que modificó la Ley General de Salud en su artículo 15, entre otros, sentencia a la letra que toda persona tiene derecho “A elegir libremente al médico o establecimiento de salud, según disponibilidad y estructura de este, con excepción de los servicios de emergencia”.<sup>(109)</sup>

De igual modo, el reglamento respectivo de la ley establece en su artículo artículo 6° **Derecho a la libre elección del médico o IPRESS**, que “Toda persona en el ejercicio del derecho a su bienestar en salud puede elegir libremente al médico o la IPRESS (Institución Prestadora de Servicios de Salud) que le brinde la atención, según los lineamientos de gestión de las IAFAS (Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud). Quedan exceptuados los casos de emergencia”. Luego señala que las IAFAS deben informar a sus asegurados las condiciones del plan de salud, así como, si fuera el caso, de la adscripción a una red prestacional para ser atendido, en tal caso aclara que la elección a la que tiene derecho el paciente “deberá entenderse respecto al médico”. La IPRESS también está obligada a comunicar a los usuarios “la disponibilidad, los horarios de atención previstos, y demás condiciones de acceso al servicio solicitado entre los que se encuentra la capacidad operativa”.<sup>(110)</sup>

Sin embargo, ello no se cumple, pues si bien el asegurado en EsSalud se allana al sistema de adscripción por redes, dentro del establecimiento de salud adscrito, por diversas razones el paciente ve vulnerado su derecho a elegir su médico

tratante, sea porque aquel no tiene cupo, no está programado por un exceso de horas en otras actividades, fue enviado de comisión de servicio, faltó a la consulta por motivos personales, está de vacaciones o licencia, está con desahucio físico, o el Jefe de Servicio a mano militare decide que médico opera y a quién. Con el agravante que muchas veces, como fluye de los focos grupales, los reemplazantes no son otros médicos asistentes, sino los médicos residentes del servicio.

Entonces, permanentemente se atenta contra el principio de la libre elección del paciente de su médico tratante, se actúa en contra de lo que es la esencia de la medicina, la relación médico-paciente, inspirada en la ética ancestral hipocrática. Y como ha sido señalado en conferencias internacionales, no se puede soslayar que esta elección “es una decisión voluntaria y espontánea del paciente, como acción unilateral” y que “esta es una relación que debe ser de amor, confianza y empatía. Un proceso, un conjunto de toma de decisiones (a veces conflictiva), donde el paciente aporta su sistema de valores, confianza, fe, esperanza y el propio conocimiento de su enfermedad. Por su parte, el médico contribuye con su propio sistema de valores y su competencia técnica, así como su sólida formación ética y moral”.<sup>(111)</sup>

Por tanto, reemplazar a un médico por otro, irrespetando la elección del paciente, no es algo baladí, comporta un acto indebido, inaceptable e injusto. Y que debe ser corregido.

### **Percepción del usuario interno sobre la calidad de atención en la Consulta Externa del HNGAI**

EsSalud asumió en el 2008 el reto de alcanzar la excelencia en el servicio al asegurado. La propia institución planteó que brindar un servicio que cumpla con estándares mínimos de calidad ya no era una situación que le genere valor agregado. La generación de un diferencial de calidad se convertía en una necesidad institucional. Por ello, creo un Programa de Calidad de Servicio, dentro de un Sistema Integral de Gestión de la Calidad de Servicio, con un Manual de

Atención al Asegurado, dentro del cual se ha elaborado protocolos y guías para la atención para los servicios y contempla un Subsistema de Monitoreo y Medición, que provee información sistemática y periódica a los servicios en relación a los avances en la mejora de la calidad y puedan identificar las oportunidades para reforzar esta.

Así mismo, implementa el Subsistema de Reconocimiento de forma colectiva a los equipos del servicio que mejor hacen las cosas, pero también el reconocimiento individual, es decir al colaborador destacado, con el objetivo de incentivar la mejora continua y sostenerla en el tiempo. EsSalud en dicho programa enuncia como dimensiones de la calidad brindar un **servicio de garantía**, es decir, siguiendo los protocolos establecidos libres de error; otorgar una **respuesta oportuna**, que respete los tiempos pactados; existencia de **cordialidad en el trato**, atención respetuosa y humanitaria; que la **Información** sea **completa**, la que requiera el asegurado a lo largo del proceso de atención médica; que haya **disposición** en el personal ha brindar una atención con adecuada actitud e interés en escuchar, comprender y solucionar los problemas que enfrente el usuario del servicio; y por último, que exista **competencia** en la atención, es decir que colaborador muestre profesionalismo por tanto que sepa orientar al usuario cuando este requiera serlo. <sup>(75)</sup>

En teoría resulta perfecto el enfoque, pero como con tantas normas, el incumplimiento está a la orden del día, como se refleja por lo manifestado por los entrevistados en la presente investigación. No existe una real aplicación de toda esta estrategia.

### **Percepción de los médicos (asistentes, jefes de servicio y dirigentes gremiales)**

Del análisis de las entrevistas a profundidad entre el personal médico, médicos asistentes, jefes de servicio, funcionarios y dirigentes gremiales, la percepción sobre la calidad de atención entre los médicos está dividida, al parecer proporcionalmente. Un grupo de médicos cree que la calidad de la atención es buena en función del resultado positivo en la solución de un problema de salud de

los pacientes ¿Eso es suficiente? ¿Puede ser de calidad una atención en la que el médico no toma en cuenta la carga emocional del paciente, sobre todo de los de la tercera edad? ¿Es de calidad la atención de un médico que simplemente cumple con la norma técnica de atender tantos pacientes por hora?

Hay una visión crítica a la lógica cuantitativa de que “es mejor médico el que atiende más pacientes”, en la que no importa el cómo se atiende, sino a cuántos se atiende. Pero existe un sector de médicos en el que se incluyen a los dirigentes gremiales, que les queda claro en general que la calidad de la atención deja mucho que desear o es de regular a mala, pero consideran que la calidad de atención se construye en la influencia de dos aspectos capitales: la intervención misma, es decir la atención que brinda el médico u otros profesionales de la salud; y la atención que se da en el proceso que conlleva obtener una consulta, es decir el otorgamiento de una cita, sumada a la atención posterior para la obtención de citas para la realización de exámenes de laboratorio o de imágenes, la atención en otros servicios y la obtención en farmacia de los medicamentos prescritos.

En el primer aspecto consideran que la atención es buena por la solución que se da a complicados problemas de salud, mostrando orgullo por ello. Tienen claro que el Almenara es un de los hospitales referentes de la medicina peruana, pues en él se practican cirugías de alta complejidad, de las más complejas que se hacen en el país, y se tratan además médicamente enfermedades de lo más complicadas. Ahora bien, este status ganado influye no solo en la percepción de los médicos, sino también de los usuarios externos o pacientes, como ya se ha mencionado, pues un final feliz en el tratamiento de cualquier enfermedad refuerza en estos la apreciación de haber recibido una atención de calidad, siendo probable que le haga olvidar las peripecias que padecieron en el proceso de la atención, pues su expectativa mayor fue colmada, caso contrario, la atención, el personal y la institución serán vistos como pésimos.

Los médicos entrevistados tienen claro que la calidad de atención se encuentra relacionada con una buena supervisión, evaluación y control, el buen trato en las

relaciones interpersonales con los pacientes, la confianza que se debe generar y el tiempo de atención adecuado. Sin embargo, existe el consenso de que no se brinda mayoritariamente un buen trato al usuario, pero no asumen una responsabilidad significativa en esta situación, argumentando que esto debe ser examinado a la luz de las malas condiciones para laborar, las cuales estresan no solo al médico, sino al resto del personal, como por ejemplo el elevado número de pacientes por turno, pues en muchos servicios no se cumple con la norma técnica de un número determinado de pacientes por hora, según la especialidad.

Se afirma que atentan contra la calidad de la atención, la existencia de presión desde la jefatura del servicio para la atención de más pacientes, vía la famosa cita adicional; la no operatividad de equipos de alta gama; la falta de materiales e insumos por largos periodos por problemas en las licitaciones para la compra de estos, pues existe deficiencias crónicas en el sistema de logística haciendo fallar la gestión del flujo de materiales e insumos, provocándose con frecuencia interrupciones en este. Por último, como se ha apuntado antes, en el estamento médico concurre un factor de un peso gravitante en la atención que se da al usuario, una característica laboral que presentan casi todos los médicos, el pluriempleo, que hace que el médico ande apurado, pensando en terminar para salir volando a su otro compromiso laboral, cuya hora de ingreso coincide con la hora de término de su consulta en el hospital.

En el segundo aspecto, referido a los procesos de obtención de citas o a la entrega de medicamentos, casi es unánime la percepción, no solo de los médicos, dirigentes gremiales y gestores, sino del resto del personal involucrado en la atención que se brinda en la consulta externa, que la demora en la obtención de citas, sea para la consulta médica o la realización de exámenes de laboratorio o de imágenes, es descomunal, así como las deficiencias existentes en la farmacia, concordando esta percepción con la de los pacientes.

Este hallazgo no sorprende, pues quedó establecido en la “Encuesta Nacional Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud” llevada a cabo en 2015, estudio que exploró, entre otros aspectos, la experiencia de los

asegurados en el sistema. La encuesta se llevó a cabo en mayores de 16 años, y solo la mitad (50.9 %) contestó que confiaba en EsSalud. De la mitad que respondió que no confiaba, el 82.4 % lo atribuyó a las esperas, 45.7 % al maltrato, 27.4 % a las negligencias y 14 % a la corrupción. Cuando se exploró el concepto con el que el afiliado al seguro relacionaba a EsSalud, dos de cada tres, 66.5 %, manifestó que lo vinculaba con esperas, 12.5 % con la existencia de médicos especialistas, 9 % con la existencia al interior de la institución de negligencias, 6.3 % lo vinculó con el maltrato, 4 % con capacidad de prevención y 1,4 % con corrupción.<sup>(112)</sup> Hay una correlación entre los hallazgos de la presente tesis y lo explorado en el 2015 por la propia institución, y a pesar de los esfuerzos no ha habido un cambio significativo de las condiciones con que se brinda la atención en EsSalud entre 2015 y la actualidad.

Para los dirigentes médicos entrevistados, EsSalud necesita una reorganización, una reestructuración total, pero se piensa que la mejora de la calidad de la atención pasa primero por una mejora en las remuneraciones de los médicos, y segundo, exigen mejores condiciones laborales, capacitaciones y equipamiento. Ven en la falta o carencia de estos aspectos, a factores obstaculizadores para el cambio hacia una atención de calidad.<sup>(113)</sup>

Aunque algunos piensan que los aumentos “flat” no incentivan mejoras en la calidad, y además generan una injusticia, pues percibe igual emolumento quien trabaja realmente bien, cumpliendo con todas las buenas prácticas de la atención con calidad, y aquel que lo hace solo por cumplir. Solo algunos dirigentes piensan con sinceridad que la reorganización de EsSalud debe estar centrada no en el trabajador sino en el paciente, y que daría mejores resultados trabajar sobre la base de acuerdos de gestión con indicadores de calidad y evaluación, que premien el trabajo dedicado y prolijo. Mas llegado el momento de la negociación prima la reivindicación de la parte remunerativa y otras, pasando las mejoras de la calidad de la atención a un segundo plano, y si se desencadena el conflicto laboral, se pone el acento en las mejoras de las condiciones laborales para poder atender más y mejor, pero esta preocupación no siempre es sincera y está condicionada por lo que pueda percibir la opinión pública y los medios.

En la actualidad el gremio médico se muestra debilitado y carece de protagonismo para lograr negociaciones importantes, por divisiones en su interior nacidas de las luchas por el control del mismo y por el descrédito que ante la opinión pública viene sufriendo la medicina, un problema que no solo se viene dando en el país, sino también a nivel mundial

En el Perú la relación del ciudadano con la autoridad ha cambiado, este se ha empoderado y está más dado a defender y reclamar sus derechos. El acceso más fácil a la información gracias al internet ha hecho pasar al usuario de la paciencia al cuestionamiento y la exigencia, sea porque el médico no establece una adecuada relación médico-paciente, sea por sus propios errores o su impaciencia por estar atosigado de trabajo, su falta de altruismo y en ocasiones por prácticas deshonestas, inducidas sin querer por el sistema, pues como se ha afirmado “el acto médico no es más una relación libre entre el médico y el paciente, ya que está determinada por el marco organizativo de la práctica médica y su relación con el conjunto social, es decir, el escenario, el entorno con que sus estructuras y procesos rodean al médico y paciente, influyendo en el acto médico”.

Por otro lado, los medios atizan las contradicciones, y ante cualquier demanda por mala praxis, justificada o no, el escándalo mediático juzga y sentencia sumariamente, haciendo crecer en los usuarios de los servicios de salud su desconfianza en el sistema y en los médicos, pues al creer en el avance de la medicina frente a la enfermedad, tanto pacientes como familiares, culpan del fracaso de un tratamiento al médico, no admiten que ciertos cursos de la enfermedad son ineludibles, así como la muerte, y buscan responsabilizar de estas consecuencias a quien con toda la buena intención, hizo todo lo posible a su alcance para evitarlas.<sup>(114)</sup>

Esto es un fenómeno mundial y está impactando enormemente en la profesión médica, a tal punto que las sociedades médicas como la European Federation of Internal Medicine, la American College of Physicians–American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM), y la American Board of Internal Medicine (ABIM), ven como una seria amenaza sobre esta, la pérdida del “compromiso de confianza,

honestidad y altruismo con el paciente y con la sociedad”, y han elaborado un código en el que se invoca los principios de la tradición médica hipocrática dirigido a diferentes culturas y sistemas políticos, y que busca “comprometer a los sistemas de salud y a los médicos con el bienestar de los pacientes y con los principios básicos de justicia social”.<sup>(115)</sup>

Hay que reconocer que existe una responsabilidad de parte del gremio médico en esta situación de conflicto con el paciente, que se viene arrastrando desde hace ya bastantes años, pues concientemente o no, como un mecanismo de defensa frente a su conversión en un asalariado y a la empresarialización y politización de la atención médica, fenómenos tales que han devenido en que el trabajo médico se torne precario, ha hecho de la burocratización un arma que le da aire para ganar tiempo y poder cumplir con todos sus compromisos laborales, pues para colmo la inmensa mayoría de médicos ya no ven en la consulta privada la solución a sus carencias económicas, pues al haberse colectivizado los servicios médicos como una estrategia para garantizar el acceso equitativo a los mismos, hoy en día más del 75 % de la población cuenta con algún seguro de salud.<sup>(116)</sup> Por tanto, la economía y el costo del trabajo médico están determinados por las empresas de salud, las compañías de seguros y otras empresas, siendo el precio del trabajo médico básicamente determinado por el sector público, es decir EsSalud y el MINSA, así el sector empresarial ha limitado el trabajo médico en función de su propia economía.

La respuesta del médico frente a la precarización de sus emolumentos ha sido recurrir al pluriempleo, que sumado a la actitud patronal o empresarial de no valorar el trabajo médico en su real magnitud, ha originado una nueva forma de atención a los pacientes, usuarios o clientes: la consulta apremiada. Más aún, se ha originado una modalidad de consulta que es un torpedo a la línea de flotación del método clínico: la consulta y prescripción telefónica, que comporta una falta ética, según el Colegio Médico del Perú, pues deviene en atentatoria a la seguridad de la atención, que es un derecho del paciente.<sup>(117) (109)</sup>

No obstante, en otras latitudes algunos concluyen que si bien puede ser algo arriesgado y sólo útil en casos puntuales, pues se podría comprometer la autonomía del paciente, consideran que no influye negativamente en la seguridad del paciente ni crea “riesgos legales para el profesional y las instituciones”.<sup>(118)</sup> Finalmente, la pandemia del COVID-19 ha normalizado este tipo de consulta, pero todavía no existen estudios que hayan valorado y revelado las consecuencias de esta.

Así, se viene deteriorado más la relación médico-paciente, pues la consulta deviene en encuentros breves en el sector privado de la salud, pero apurados en el público, habiéndose tornado en dirigidas, distantes, burocráticas, en la que cualquier pretexto es bueno para diferir la atención: falta de la historia clínica, “se fue el sistema”, no se informó la placa, el resultado del análisis en sangre o de la biopsia no está listo, el paciente no llegó puntual a su cita (aunque el médico no haya acabado su turno y no tenga más pacientes para ver), o lo que es peor se suspende la consulta porque el médico ya se retiró del hospital. A veces sucede que un descanso médico es la razón de la falta a un turno en la consulta, pero sabido es que muchas veces esos reposos físicos son injustificados, y se prueba cuando se constata que ese mismo médico sigue laborando para empleadores privados o en la consulta particular; esto también ocurre con respecto a los demás trabajadores de la salud, profesionales o no, de la institución.

El absentismo laboral por un descanso médico injustificado es una práctica común al interior de EsSalud, como lo es en el MINSA, y en menor grado por mayores controles, en la empresa privada, y obedece a una práctica corrupta descrita en una investigación sobre la “Vulnerabilidades a la Corrupción en el Sector Salud”, en donde se señala al absentismo laboral como un serio problema, que promueve la derivación de los pacientes a la práctica privada.<sup>(119)</sup>

En un artículo publicado en 2019 titulado “Corrupción en la salud global: un secreto a voces” se plantea que “la corrupción es la mayor amenaza para el futuro de la salud a nivel mundial” y “viola los derechos de las personas y comunidades”;

además, que “cuando la corrupción se relaciona con la salud, los sistemas de salud, las personas y los resultados de salud se ven profundamente afectados”.

Dentro de los tipos de corrupción que se plantean, en función a un debate promovido por Transparencia Internacional, se enumera en primer lugar al absentismo, cuando no se debe a una causa legítima de enfermedad, pues este se da cuando los prestadores de salud se dedican a la práctica privada dentro de las horas de trabajo del servicio público y se denuncia que los sindicatos en países de medianos y bajos recursos apoyan esta situación, que es inmoral. <sup>(120)</sup>

Pero tal es el problema del absentismo injustificado en el mundo laboral peruano, que la Corte Suprema a raíz de una casación laboral falló por la necesidad de la verificación del descanso médico sea más exigente, pues la sola presentación del documento que certifica el descanso médico es insuficiente y ratificó la realización de visitas al trabajador e incluso el requerimiento de la constatación policial. <sup>(121)</sup>

Vista esta situación, es evidente que el médico se viene deshumanizando, ya no se involucra, ya no establece esa empatía necesaria con el paciente que atiende, esa capacidad de colocarse en el lugar del otro. <sup>(8)</sup> Para empeorar el panorama, como reacción a esta mala calidad de la atención, surge un nuevo tipo de paciente, no descrito en las definiciones clásicas, el irreflexivo, aquellos que gritan y tratan de hacer sentir mal al médico y al resto del personal de la institución, a veces agrediendo, como arrojando cosas o incluso recurriendo a la agresión física, actitud que justifican, pues consideran que son víctimas de una injusticia, de una falta de respeto a su dignidad.

Las dirigencias sindicales y gran parte del gremio solo culpan a la gestión de toda esta situación, no asumiendo su responsabilidad sobre la misma, llegando a defender situaciones indefendibles, olvidando la razón de agremiarse, es decir en torno a la defensa de lo bueno, lo justo. Hay una tendencia en la mayoría de dirigentes, que frente a la masa tienden a cerrar filas, y en un falso espíritu de cuerpo defienden a ultranza a los agremiados, mostrando una visión claramente endogámica. No obstante, existen posiciones individuales genuinamente

responsables y comprometidos con su juramento hipocrático y sus pacientes, su razón de ser, y se muestran autocríticos. Pero el común de ellos intentan explicaciones, buscan eximentes o culpan solo a la gestión del hospital. Nada puede justificar la práctica de estas actitudes reñidas con los valores consustanciales de la medicina.

No es ético argumentar que la mala actuación del médico tiene como atenuante el hecho de no ser correspondido económicamente como merece, eso es desfachatado. Lo es más aún la idea de que la “recuperación de la dignidad médica” a través de mejoras remunerativas, reestablecerá la olvidada empatía con los pacientes, y se utiliza al asegurado como un medio para obtener estas mejoras, donde generalmente prima la irracionalidad económica solo basada en los intereses que el gremio defiende, convirtiendo al asegurado en un mirón de piedra, ya que después de todo es un usuario cautivo sin capacidad de respuesta. Así, este se convierte en la coartada perfecta para la obtención de beneficios de toda índole, olvidando que este es en realidad el auténtico dueño de la institución, pero que siempre durante y después de un conflicto laboral, queda como el más afectado, como el único perdedor en este perverso juego. <sup>(8) (122) (123)</sup>

Es evidente la necesidad de la recuperación económica del médico y de los demás trabajadores de la institución, así como mejorar las condiciones laborales, pero la estrategia que esgrimen para conseguirla no es la correcta.

Hay que tener presente que la educación en el Perú está muy venida a menos desde hace 40 años o más, con pobreza en formación de valores, los cuales deben ser inculcados inicialmente en el hogar, sin embargo siendo la educación de los padres consecuencia de esa misma crisis educativa, es fácil comprender el por qué las actitudes de parte del personal de salud y también de un sector de los mismos usuarios o acompañantes.

La falta de educación se demuestra en la impuntualidad del médico y los pacientes, inasistencia a las citas, suplantaciones, solicitud de descansos médicos improcedentes; ofrecimientos de sobornos a los médicos, muchas veces con éxito, para obtener preferencia en la atención, cobros indebidos por consultas

o cirugías, exigencia de medicinas o exámenes de laboratorio o de diagnóstico por imágenes que no aplican al problema de salud, mal uso de los servicios de emergencia o urgencia; actitudes malcriadas o matonescas ante el personal de vigilancia, módulos o técnicas(os) asistenciales, enfermeras o hacia los mismos médicos, mas estos también son capaces de mostrar malcriadez; robos de pertenencias del personal o insumos del hospital, como jabón, papel toalla o higiénico, y a veces hasta de equipos médicos, pero que en verdad son mayormente perpetrados por malos elementos del personal asistencial, administrativo, de limpieza o vigilancia del hospital. <sup>(82)</sup> <sup>(83)</sup>

### **Percepción de los funcionarios de EsSalud**

Para los funcionarios la calidad de la atención es deficiente, en general por la gran brecha negativa entre la oferta y la demanda. La demanda sobrepasa largamente a la oferta existente, obligando a hacer la consulta más rápida, hay demasiados pacientes para un número no adecuado de médicos; gran diferimiento de citas sobre todo en en el tercer nivel de atención, y problemas de desabastecimiento de medicamentos, materiales e insumos, que complican la atención al médico, y con ello estos no se muestran con el mejor ánimo frente al paciente, que puede haber esperado meses por esa consulta, propiciándose finalmente el maltrato. Para los funcionarios es claro que existe eficacia sanitaria, pero que el trato es malo por todas las situaciones negativas que ya se han expresado y que ellos también reconocen.

Ha existido y existe una preocupación por parte de las autoridades que gestionan EsSalud, de alcanzar el objetivo de la mejora de la calidad de la atención y de la oferta de servicios. También existe el reconocimiento que tanto los médicos como el resto del personal asistencial y no asistencial no se encuentran bien remunerados y se ha planteado el objetivo de mejorar sus ingresos. Ambos objetivos debieran ser prioritarios, no obstante el primero siempre pierde prioridad frente al segundo, efecto del reclamo, la protesta y la huelga. En un momento se ideó que la mejora de la calidad y la remuneración debería estar dada por el otorgamiento de un bono de productividad, pero fue muy criticado en su momento

por los sindicatos de los diferentes gremios, pues veían en él, no la búsqueda de una mejora de la calidad en las atenciones, sino en la cantidad de estas.

Visto superficialmente, la estrategia de los responsables de la conducción de la institución parece equivocada, y que existe una despreocupación sobre la calidad de atención que brinda EsSalud, sin embargo la concepción teórica de aquellos es clara, rica y contundente, lo demuestra la existencia de una elaborada estrategia acerca de esta, que contempla un Programa de Calidad de Servicio y un Sistema Integral de Gestión de Calidad.<sup>(106)</sup> Así mismo, con la promoción de 12 políticas de calidad de la atención, como son: “garantizar el derecho a la calidad de atención, informar y rendir cuentas, fomentar y difundir buenas practicas, promover la producción del conocimiento científico en calidad, asignar recursos para el seguimiento y evaluación de la aplicación de las políticas, cumplir normas y estándares de calidad, gestionar riesgos de la atención, proteger derechos de los usuarios y trato digno, garantizar competencias y proteger al trabajador de los riesgos laborales, asignar recursos para la gestión de la calidad, y ejercer y vigilar la atención con calidad”.<sup>(124)</sup>

Es más, EsSalud cuenta desde 2001 con una Defensoría del Asegurado, posteriormente de una Oficina Nacional de Atención al Asegurado dependiente de esta y de Oficinas de Defensoría del Asegurado en todos sus establecimientos de salud, las cuales trabajan por la defensa del derecho a la salud y el acceso a las prestaciones que los asegurados reciben de la institución. Esta defensoría ha establecido “un mecanismo de autoregulación que permite generar información útil y confiable para que los funcionarios responsables puedan orientar sus acciones y decisiones” para mejorar la calidad de la atención del servicio que se brinda a los usuarios.<sup>(125)</sup>

En 2007, se implementó el “Sistema Integrado de Atención al Asegurado” (SIAS) que en igual sentido tiene como objetivo “mejorar los estándares de satisfacción de los asegurados que hacen uso de los diferentes servicios de EsSalud”.<sup>(126)</sup><sup>(127)</sup>

Posteriormente, en 2014, se aprueba una nueva Estructura Orgánica y un nuevo Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de EsSalud, convirtiéndose la Defensoría del Asegurado en la Gerencia Central de Atención al Asegurado, que según al artículo 65 del ROF es “el órgano de apoyo” a la Gerencia General “responsable de prevenir, evaluar, atender y resolver reclamos, quejas y pedidos de los asegurados, a fin de lograr la satisfacción del asegurado respecto a las prestaciones que brinda EsSalud”.<sup>(128)</sup>

Sin embargo, una vez más se ha sumido a la institución en el burocratismo. En 2017 el ROF de EsSalud sufre una enésima modificación y se mantiene la Gerencia Central de Atención al Asegurado, pero se crea la Subgerencia del Sistema de Gestión de Atención al Asegurado, la Gerencia de Plataformas de Atención al Asegurado, la Gerencia de Atención al Asegurado en IPRESS y la Subgerencia de Atención al Asegurado en Otros Canales.<sup>(129)</sup> Entonces existe en teoría una preocupación por brindar una atención de calidad a los asegurados, pero crear demasiados niveles de jerarquía o cargos intermedios trae consigo problemas de eficiencia, efecto contrario a lo que se busca al establecer un organigrama, pues no mejora los procesos al interior de la organización y eleva los costos operativos de esta. Es indudable que la atención del paciente en su reclamo de mayor calidad, se ve seriamente comprometido por la excesiva fragmentación y especialización de los entes encargados de supuestamente hacerle la vida más fácil.

### **Percepción del personal asistencial no médico**

De las entrevistas a profundidad se revela que, el resto de los usuarios internos, personal asistencial no médico y personal administrativo, tiene la percepción en forma ampliamente mayoritaria de que existe una mala calidad de atención, y relacionan esta, haciendo una crítica fuerte hacia muchos médicos, a la impuntualidad de aquellos, por su tendencia a llegar tarde a la consulta, pero cuando la situación es al revés, ellos nunca esperan a los pacientes cuando estos llegan fuera de hora. También la atribuyen a la existencia de un constante conflicto por conseguir una cita adicional frente a lo lejanas que pueden ser estas por falta de cupo, hasta dos o tres meses, ocasionando a veces que las dolencias

se agraven. Señalan como atentatorias de la calidad, a la formación de colas de pacientes de edad avanzada desde horas muy tempranas de la mañana para poder conseguir una cita, y a la no atención en el orden de llegada a la consulta, atendándose primero a los familiares, amigos o recomendados de algún médico u otro personal de la institución, incluyendo gerentes.

Lo expuesto coincide con lo que se encuentra en otras investigaciones, sean estas hechas en la consulta externa o en los servicios de emergencia, como por ejemplo en una investigación realizada en un hospital de Huaraz, en él que se encontró que una amplia mayoría de los trabajadores tenía una percepción negativa de la satisfacción de los usuarios, sustentándolo entre otras cosas a la falta de solución a sus problemas de salud. <sup>(88)</sup>

Sorprende que ninguno de los entrevistados haga una autocrítica de su comportamiento y atribuye el maltrato a los pacientes a otros. Nadie mencionó que en alguna oportunidad haya maltratado a un usuario, aunque sea sin querer en algún incidente, pero que luego ya fríamente se haya dado cuenta que actuó mal o que pudo hacerlo mejor. Ello es preocupante, pues la falta de capacidad autocrítica en una persona, menoscaba su crecimiento como tal, pero lo que es peor, no asumir la responsabilidad de los errores conlleva a culpar a alguien de estos.

### **Percepción de los médicos de su calidad de vida laboral**

Las entrevistas a profundidad al personal médico asistencial descubren que estos perciben como mala su calidad de vida laboral. Las razones para este sentir colectivo se encuentran en la cantidad excesiva de pacientes que por cada turno deben atender; la falta de reconocimiento de parte de sus jefes inmediatos y de las autoridades por la labor que desempeñan; la excesiva carga de trabajo, sea en el hospital o fuera de él, es decir el pluriempleo, en el día en establecimientos de salud públicos, en la tarde y en la noche en las clínicas privadas, que lo agota, lo estresa; la sensación de impotencia que los invade a muchos cuando constatan que están atados de pies y manos, que es poco lo que pueden hacer para remediar todo lo que mal funciona; y la injusticia de percibir remuneraciones que

no se fijan de acuerdo a su calidad profesional y a lo que producen, siendo inicuo que todos perciban la misma remuneración, es decir los que bien laboran y los que mal lo hacen también.

El mundo laboral del médico es muy complicado y lo demuestran las investigaciones. Garcés A, en 2014, investigó el tema en un estudio realizado en una prestadora de servicios de salud de carácter público de Colombia, parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en base a la aplicación de una serie de cuestionarios. <sup>(130)</sup> Encontró que 103 profesionales, 68 médicos y 35 enfermeras percibían como baja su calidad de vida laboral, sensación acentuada en el personal contratado a diferencia del personal de planta. Los varones mostraron como características predominantes al multiempleo y una segunda especialización, mientras que a las mujeres las marcaba la asignación del trabajo en el hogar, solo formación universitaria de pregrado y el tener un solo trabajo remunerado. Más de la mitad de los profesionales declaró tener, por lo menos, una patología siendo las más frecuentes las de tipo osteomusculares, digestivas, cardiovasculares y endocrinas.

Es obvio que cualquier personal de salud que labore en condiciones que no le generen gusto por su trabajo, especialmente los médicos estresados por el exceso de trabajo por el pluriempleo, estarán predispuestos a reaccionar mal frente al reclamo de algún paciente que también se encuentra estresado por las penurias que le tocó vivir para estar en aquella consulta. La insatisfacción en el trabajo originada por un ambiente inapropiado afecta a la salud física y mental de cualquier trabajador, máxime en aquellos en que la interacción con las personas es tan estrecha como en la relación del paciente con su médico, y perfila su comportamiento laboral, que a la larga impactará no solo en su rendimiento y producción, sino en el trato al paciente.

No obstante lo apuntado, “la satisfacción de los prestadores, como trabajadores de la salud, no es tenida en cuenta como dimensión que tenga impacto directo en la calidad del servicio de salud. Aunque se cuestione su relación directa sobre la calidad de la atención al cliente externo, nadie discute que al medir la satisfacción

laboral se está comprobando la calidad de la organización y de sus servicios internos”.<sup>(131)</sup>

Un factor que genera insatisfacción laboral es la inestabilidad en el trabajo del personal asistencial, entre ellos del médico contratado a plazo fijo, pues son presionados a cumplir los peores horarios de trabajo y aunque la norma que regula estos contratos exhiba prohibiciones que impidan excesos o abusos, el médico o cualquier otro personal aceptará a ser explotado con tal de conservar su puesto. Esto se ve a menudo en los Contratos de Administración de Servicios (CAS), un régimen temporal de contratación laboral creado exclusivamente para satisfacer la necesidad de trabajadores en el Estado, entre ellos de personal de salud, en el cual los beneficios laborales son reducidos.

El impacto que la inestabilidad laboral pueda tener en la satisfacción laboral ha sido investigado. Restrepo F et al., en 2010, realizó un estudio en tres hospitales municipales de Colombia, y concluyó que 149 miembros del personal de salud (médicos generales, médicos especialistas y enfermeros) tenían una percepción distinta en función a la modalidad de su contrato: aquellos cuyo vínculo contractual era a plazo fijo se encontraban mucho menos satisfechos que los que tenían un contrato a plazo indeterminado. Más de la mitad de los entrevistados estimó que sus condiciones de trabajo eran buenas, al igual que decían tener un clima laboral positivo. En relación con la brecha entre sus sueños y la realidad, el personal sanitario manifestó lejanía entre sus sueños o aspiraciones y su realidad laboral. La mitad de la población encuestada experimentó frecuentemente efectos colaterales del trabajo como sobrecarga laboral, desgaste emocional, agotamiento físico, trato distante con sus colegas, frustración y automedicación para aliviar ciertos síntomas.<sup>(132)</sup>

### **Una explicación a la situación actual**

Como se ha afirmado líneas arriba, el Seguro Social de Salud – EsSalud, muestra una preocupación por brindar una atención de calidad y seguridad a sus asegurados, pero la calidad no sólo debe ser una política y una estrategia a elaborar, pues mientras no se haga de esta una cultura, un modo de vida,

cualquier intento por solo ampliar la oferta de servicios de salud e incrementar la producción de estos fracasará en el objetivo primordial de brindar atención oportuna de calidad, calidez y eficiencia.

EsSalud es una institución por todos reconocida por sus hazañas o logros médicos, que han marcado hitos en la Medicina Peruana, por ser la institución pública en donde se brinda lo más avanzado de la tecnología médica. Se le reconoce por ser, a pesar de todas sus deficiencias, el seguro de salud con una cobertura del 100 % de la patología existente, en donde las preexistencias no son tomadas en cuenta y en donde el asegurado cuenta con la posibilidad de que, si su complicado problema de salud no tiene una solución en el medio nacional, pero si en el extranjero, la institución brinda la posibilidad del acceso a esta, eso si, previo un riguroso y engorroso trámite.

Sin embargo a lo largo de su existencia el manejo no técnico de la institución, la politización de la misma y la demagogia de muchos políticos ha llevado a esta al estado que en la actualidad se encuentra, con una demanda que ha desbordado totalmente su oferta, un enfoque de la salud pública equivocado, en donde siempre se ha privilegiado la medicina curativa y no la preventiva, y ha existido una tendencia a una relación inversamente proporcional entre la cobertura y los recursos, es decir un incremento de la población asegurada y una reducción en su financiamiento, al crearse regímenes especiales de aportación para determinados grupos de trabajadores, que ha sido una práctica común de muchos gobiernos, situación que ha colocado en peligro la sostenibilidad financiera de la institución (tema que se desarrollará más adelante), y por último, no ha existido una política eficiente de recursos humanos.

### **Caída de todos los indicadores de desempeño y pérdida de confianza del asegurado**

Dentro de esta toma de decisiones antitécnicas y la demagogia e irresponsabilidad, EsSalud ha intentado capear el temporal, y en su afán de dar mayor calidad de atención de salud a la población asegurada ha procurado aumentar la producción de sus servicios, pero en realidad solo lo logró en ciertos

periodos, como lo ocurrido entre el 2007 y el 2011, pero posteriormente se ha observado “un proceso de estancamiento de la producción de prestaciones de salud” en el quinquenio 2012-2016, y lo demuestra las cifras.

Para el año 2011 la producción de las consultas externas presentaba una relación de 2609 consultas-médico-año. Sin embargo en 2016, con un incremento del 28 % en el número de médicos, esta relación disminuyó a 2 144 consultas-médico-año, una caída de 17.82 %. En cuanto a los egresos hospitalarios, es decir lo que produce cada cama hospitalaria al año, pasó de 68.2 a 64.4 egresos al año, una caída del 5.57 %; y la producción de las salas de operaciones disminuyó de 1 610 a 1 425 operaciones-sala entre 2011 y 2016, una caída del 11.5 %.<sup>(133)</sup>

Si ampliamos el período de análisis se constata que en realidad la producción de los servicios salud presentan una caída relativa en el tiempo, en función del incremento de los recursos humanos, por ejemplo de médicos y enfermeras, e infraestructura, verbigracia número de camas, consultorios y salas de operaciones, que se hace evidente si se analiza las estadísticas institucionales durante el presente siglo.

El número de médicos para 2000 era de 6 750 y en 2018 se contaba con 12 596, un incremento de 91.72 %, mientras la población asegurada pasó de 6 974 038 a 11 493 440 de 2000 a 2018, respectivamente, un aumento de 64.8 %; así la relación de médicos por cada diez mil asegurados paso de 9.7 a 10.96, es decir, en 18 años se incrementó en números redondos 1 médico más por cada diez mil asegurados. De la misma manera se incrementó el número de consultorios, en 2000 era de 1 859, y en 2018 pasó a ser 2 842, un aumento de 52.88 %. En cuanto al número de camas hospitalarias, estas pasaron de 6 421 en 2000 a 8 557 en 2018, un aumento de 29.24 %, poco si se considera el volumen de incremento en el número de asegurados de 64.8 %.<sup>(80)</sup>

Sin embargo, obsérvese lo que ha sucedido con la producción de los servicios de salud.

La producción de los consultorios pasó de 8 153 en 2000 a 7 352 consultas promedio por consultorio por año, una caída de 9.82 %, mientras la concentración de consultas (total de consultas entre el total de consultantes por año) pasó de 3.82 a 3.62, es decir ni siquiera se ha podido mantener igual con más médicos en 18 años. <sup>(80)</sup> Hay que tener presente que el estándar en hospitales III (instituto y hospital nacional) es 4; en el nivel II, 4 para el hospital especializado y 3.5 para el hospital general; y en el nivel I, 3.5 para el centro médico, policlínico y centro especializado. En conclusión, hoy se atiende menos en la consulta externa de EsSalud. <sup>(134)</sup>

Esta falta de producción en la consulta externa se hace más patente si se percata que las horas médicas programadas en esta, en 2000, fueron 2 971 millones de horas y en 2018 aumento a 4 755 millones, es decir solo 60.05 %, que no se corresponde con la casi duplicación del número de médicos en ese periodo. Además, hay que tener en cuenta que el grado de cumplimiento de las horas médicas programadas fue de 97 % en el 2000 y 96 % en el 2018, o sea esta tasa se ha mantenido más o menos estable en estos últimos 18 años, salvo en algunos años. <sup>(80)</sup> Sin embargo, el diferimiento en la consulta externa (número de días de espera para obtener una cita) en 2016 fue de 12 días y en 2017 de 13, no cumpliéndose la meta de 11 días fijada en el Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021. <sup>(135)</sup> Este diferimiento es el promedio entre las diferentes especialidades, pero algunas especialidades tienen diferimientos mayores a los 90 días. <sup>(136)</sup>

La falta de capacidad de atención en consultorios externos ha llevado a los asegurados a buscar atención por las emergencias de los hospitales, habiéndose producido un crecimiento sostenido de estas en el tiempo, más allá del crecimiento poblacional. De 2 858 000 emergencias atendidas en el 2000, se paso a 6 995 176 en el 2018, un incrementode 144.46 %, pero la población asegurada solo se incrementó en 60 %. Sin embargo, es interesante apreciar la evolución de las prioridades de la atención por emergencia, definidas por el MINSA. <sup>(137)</sup>

La prioridad I (gravedad súbita extrema) y II (urgencia mayor) se han mantenido más o menos constante entre el 2000 y el 2018, siendo en el 2000 el 22 % de las emergencias y en el 2018 el 24 %. Mientras que la proporción de las emergencias prioridad IV (patología aguda común) ha mostrado una curva de crecimiento más empinada, pues en el 2000 esta fue el 19 %, en el 2017, 23 % y el 2018, 29 %, crecimiento que se produce a expensas de las atenciones prioridad III (urgencia menor), que en el 2000 fue el 59 % de todas las atenciones, el 2017 54 % y el 2018, 46 %, una reducción significativa de un año a otro. Es decir, frente a la incapacidad de la institución de resolver los problemas de salud de los asegurados por consultorio externo, estos echan mano de los servicios de emergencia hospitalarios, siendo los más solicitados los del nivel III. <sup>(80)</sup>

Según la guía de indicadores de gestión y evaluación hospitalaria del MINSA, el estándar de la “razón de emergencias por consultas médica” propuesto para hospitales, debería ser 1/10, sin embargo esta razón en EsSalud fue en el 2000 de 1.7/10 y en el 2018 de 2.9/10. <sup>(138)</sup>

En cuanto a la producción de las camas hospitalarias, en 2000 el número de egresos promedio por cama por año era de 56,8 y en 2018 de 62.1. Es preciso anotar que del 2006 al 2011 el incremento de la producción de las camas fue significativo, llegando a ser 69.5 en 2010, mientras entre 2011 y 2018 se presentó lo contrario, un descenso casi sostenido de esta, y pasó de 68.2 a 62.1, respectivamente, una caída de 8.94 %. <sup>(80)</sup>

Al analizar la producción de las intervenciones quirúrgicas, en 2000 se produjeron 245 000 cirugías y en 2018 fueron 375 000, un incremento de 53.06 %. La producción de las salas de operaciones, número de intervenciones quirúrgicas en promedio por cada sala de operación, pasó de 928 el 2004 a 1 623 en 2011, pero cae a 1 315 en 2014, y entre 2015 y 2018 se mantiene con una tendencia al estancamiento o incluso a la baja, 1 475 y 1 431 cirugías en promedio por sala de operaciones, respectivamente. <sup>(80) (139) (140) (141)</sup>

Esto va aparejado con el comportamiento de otro indicador, el porcentaje de operaciones suspendidas. Las intervenciones quirúrgicas programadas para el 2008 fueron 234 138 con un porcentaje de operaciones suspendidas de 5.6 % (no hay data de años anteriores), mientras en el 2010 las intervenciones quirúrgicas programadas fueron 300 830 cirugías, un incremento de 25.32 %, con un porcentaje de operaciones suspendidas de 3 %. Sin embargo, desde el 2012 las intervenciones quirúrgicas programadas sufren una caída a 241 330, con una elevación de las cirugías suspendidas a 5 %. Para 2014 la caída fue mayor aún y solo se produjeron 236 631 cirugías con un porcentaje de suspensión que trepó hasta a 8.1 %. En adelante las cirugías programadas ascendieron a 288 468 en 2015 y se mantuvieron alrededor de las 285 000 cirugías hasta 2018; los porcentajes de cirugías suspendidas oscilaron entre el 5.7 y el 6.1 %.<sup>(80)</sup>

Se podría alegar que se opera menos cirugías totales, pero que el número de cirugías de alta complejidad se han incrementado enormemente, habiéndose cuadruplicado en relación al año 2000 en que representaban el 3.3% de todas las cirugías, mientras en el 2018 fueron el 12.2 %. Sin embargo, no hay que olvidar que se ha incrementado la oferta de sala de operaciones, y que una cirugía que ha contribuido en el aumento del número total de cirugías efectuadas, es el aumento exorbitante de la tasa de cesárea, a juzgar por diferentes investigaciones muchas de ellas innecesarias, ya que de una tasa del 30 % en 2000 se pasó al 46 % en 2018, lo que significó la realización de 62 000 cesáreas en el 2000 frente a las 99 000 practicadas en el 2018.<sup>(142) (143)</sup>

Cabe mencionar que esta caída o estancamiento de la productividad quirúrgica ha generado una preocupación en EsSalud y por tal motivo desde la década pasada se empezó a gestionar “las listas de espera quirúrgica”, que ha devenido en toda una forma de implementar un sistema que priorice la atención del paciente quirúrgico electivo, consecuencia de la gran demanda que supera a la oferta, priorización que responde a criterios de “justicia, oportunidad, transparencia, y consistencia en las decisiones de ingreso y salida de la lista de espera” con el objetivo de lograr un mejor resultado sanitario para la institución.

La última versión de esta forma de gestión fue dada en el 2015 con la emisión de una directiva que norma la gestión de la atención quirúrgica y el establecimiento de una guía de “registro, consistencia y reporte de pacientes (quirúrgicos) a partir de la consulta externa, hospitalización y emergencias”.<sup>(144) (145) (146)</sup> Sin embargo, pese a esta preocupación al analizar la evolución de la lista de oportunidad quirúrgica en el periodo 2014- 2018, esta disminuyó progresivamente de 23 287 pacientes en espera de un tratamiento quirúrgico en el 2014 a 20 116 en el 2016, pero aumenta a 23 590 en el 2017, para volver a disminuir a 20 645 pacientes en el 2018. El impacto en el tiempo de oportunidad quirúrgica en ese período es importante, pues en 2014 era de 110 días, descendió a 74 días en 2015, y se ha ido incrementando progresivamente hasta 2019, en que la espera fue 98 días, esto revela la situación mortificante por la que tiene que pasar un paciente por la espera de un turno quirúrgico. Según la guía mencionada, se establece como plazo máximo para la realización de una intervención quirúrgica, 45 días.<sup>(139)</sup>

Un dato que grafica la mala evolución de la producción quirúrgica particularmente del HNGAI, es apreciar el indicador de desempeño “rendimiento de sala de operaciones”. En 2011, una sala de operaciones del HNGAI rendía 141.2 cirugías al año (siendo el estándar que señala la norma, 125 cirugías por año para hospitales nivel IV, según la clasificación de EsSalud, que equivale al nivel III-2 del MINSA), mientras que para el 2019 el rendimiento ha sido de solo 65.8 cirugías.<sup>(140)</sup> Muchos cirujanos alegan, como ya se comentó antes, que en la actualidad las intervenciones quirúrgicas de alta complejidad están en aumento sostenido año a año desde el 2000, y que esto compensa que haya menor número de cirugías totales, o que el problema es una gestión ineficiente en la cual no tiene responsabilidad el recurso humano asistencial, pues, y es cierto, si falla la logística, ejemplo la disponibilidad de una prótesis o una válvula, algún insumo o material, terminará en la suspensión de una cirugía programada.

Sin embargo, si se compara con lo que ocurre en otros hospitales de similar nivel de atención, se comprueba que no solo la gestión está fallando, pues esta en EsSalud no es totalmente descentralizada, es decir la gestión del hospital no es

exclusivamente responsabilidad de los gestores locales, pues muchas compras son centralizadas. Alguna responsabilidad en el lado no gestor tiene el nivel local, no se puede eximir de toda responsabilidad a los encargados de ejecutar la producción misma de las actividades, sea quirúrgicas, clínicas o procedimentales. De lo contrario ¿Cómo se explica que el rendimiento de las salas de operaciones del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati (HNERM) fuera de 106.2 para 2019, y del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren (HNASS) de 99.1? Rendimientos muy superiores al de las salas de operaciones del HNGAI. Pero aún estos están muy por debajo de lo que ocurría en 2011, pues las salas de operaciones del Rebagliati realizaron en aquel año un promedio de 162.4 cirugías por año y las del Sabogal 220.8. <sup>(147)</sup>

### **El panorama empeora: La transición demográfica y epidemiológica**

Otro problema crucial para la institución es la transición demográfica y epidemiológica que se está produciendo en la población asegurada, como un reflejo obvio de lo que ocurre en la población peruana, un proceso de envejecimiento que implica una “creciente demanda de prestaciones de salud”.

Este fenómeno plantea un período de oportunidad para asegurar su financiamiento, pues fruto de la menor tasa de fertilidad en la población habrá menos hijos por persona, es decir menos niños y adolescentes que dependerán económicamente de sus padres, entonces llegará un momento en que el número de personas en edad de trabajar superarán a la cantidad de personas económicamente dependientes (niños, jóvenes y adultos mayores), produciéndose lo que se ha denominado el “bono demográfico”, proceso según los cálculos se inició en el Perú en 2005 y culminará en 2047. <sup>(133)</sup>

El “bono demográfico” será un periodo en que se incrementará la capacidad de ahorro e inversión de los individuos, en los que se aconseja invertir en el capital humano para hacerlos más productivos y así aumentar la tasa de crecimiento económico. Será una etapa de mayor recaudación de tributos y de mayor aportación al seguro social, pero no todas son ventajas, este bono demográfico

precederá a otro periodo en que el que la sobrevivencia de la población aumentará y con ello las presiones económicas, sociales y de salud. <sup>(148)</sup>

Si se analiza la evolución etaria de la población asegurada, se encontrará que esta ha cambiado enormemente en lo que va del siglo. Ya para 2006 el grupo etario mayor a 60 años era importante, pero en la actualidad lo es más, así el 36.2 % de las consultas externas son hechas a mayores de 60 años, como el 29.4% de todas las intervenciones quirúrgicas y el 25.4 % de todos los egresos hospitalarios y de emergencia. Esto es lógico, pues este grupo demanda mayor atención de salud, y por enfermedades de alto costo social, en la que la atención oportuna es fundamental, pues lo contrario significará una carga mayor de morbilidad que acrecienta los problemas de salud, provoca complicaciones intempestivas e incrementa la demanda de atención de emergencia, de allí que se vean los tópicos, salas de observación y pasadizos de los servicios de emergencia y urgencia de la institución, hacinados de pacientes de la tercera edad con trastornos de salud muy complicados. <sup>(80) (149)</sup>

Es menester tener en cuenta este fenómeno de la transición demográfica que tendrá un gran impacto económico en el Seguro Social de Salud, pues como se ha dicho va acompañada de una transición epidemiológica dada por los cambios en las curvas de crecimiento de la población y en la conformación de la pirámide poblacional, la cual es un indicador de ésta. Hay que tener en cuenta que los programas de planificación familiar cumplieron su objetivo, y el control de la natalidad iniciado en los años setenta del siglo pasado así lo demuestra. Pero se ha generado el “envejecimiento poblacional”, no obstante aún no se observa una distribución menor de la población infantil, patrón clásico de lo que ocurre en los países desarrollados. Un indicador claro de que un país se encuentra en una dinámica de transición epidemiológica es la multiplicación de las enfermedades crónicas. El descenso en la mortalidad se concentra selectivamente en las causas de muerte por enfermedades infecciosas transmisibles y tiende a beneficiar a los grupos de edades más jóvenes. Sin embargo, la supervivencia progresiva más allá de la infancia aumentará el grado de exposición a factores de riesgo asociados con enfermedades crónicas y por lesiones. Por otro lado, el descenso

de la fecundidad afectará la estructura por edades y repercutirá sobre el perfil de morbilidad.

Si se observan las principales causas de muerte en el Perú en 2011, entre las 16 primeras, 14 son de tipo crónico degenerativo o por accidentes, pero aún las infecciones respiratorias agudas bajas ocupan el primer lugar con una tasa de 65.6 por cien mil habitantes, pero le siguen 13 enfermedades no transmisibles (enfermedades cerebrovasculares 29.1, enfermedades isquémicas del corazón 26.3, enfermedades hipertensivas 24.4, septicemia 22.0, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado 20.0, etc.) y una por causa externa (accidentes de transporte terrestre 8.2, ocupa el puesto 15). Recién en el lugar 16 aparece la TBC con una tasa de 8.1 por cien mil habitantes.<sup>(150)</sup> Si se analiza las tasas de mortalidad estandarizadas por grupos de causas, en 2001 las enfermedades transmisibles ocupan el primer lugar con 146.7 muertes por cien mil habitantes y les seguía las neoplasias (tumores) con 93.8, las enfermedades del aparato circulatorio con 89.1 y las ocasionadas por causas externas 65.9. En tanto, en el 2015 las enfermedades transmisibles seguían ocupando el pimer lugar, pero tuvieron un descenso significativo a 108.8 muertes por cien mil habitantes, mientras el grupo por neoplasias ha tenido un incremento importante a una tasa de 107.3. Las muertes por enfermedades del aparato circulatorio se han mantenido prácticamente igual con 88.4 y las atribuidas a causas externas han tenido un ligero incremento a 66.8.<sup>(151)</sup>

### **Pérdida de confianza del asegurado**

Un indicador que refleja la mala percepción de la calidad de atención que brinda EsSalud, pues denota la falta de confianza de los asegurados en esta para resolver sus problemas de salud, es la extensión de uso de los servicios de consulta externa. En 2015 era solo de 36.6 % a nivel nacional, y en 2016 bajo más aún, a 35.8 %, lo que significa que menos de la mitad de la población asegurada en ese entonces utilizó por lo menos una vez al año los servicios de consulta externa.<sup>(152) (153)</sup> Este indicador según el estándar considerado en los “Lineamientos de Programación de Prestaciones de salud 2014” de EsSalud, es 45 % para los niveles III y II, y mayor al 55 % para el nivel I.<sup>(134)</sup>

Entonces frente a la falta de una atención oportuna y de calidad, el asegurado esta optando por no utilizar sus servicios de consulta externa, reservándolo para el tratamiento de enfermedades crónicas o la necesidad de una cirugía electiva, acudiendo a atenderse a los servicios de emergencia frente a problemas agudos, pero de manejo ambulatorio por el consultorio externo, o simplemente hace uso de otros subsistemas de salud, que le generan un gasto de bolsillo. No se ha podido encontrar el nivel de este indicador en la actualidad ni el de hace 20 años, para hacer una mejor evaluación del mismo, sin embargo se deduce que la situación va empeorando por el muy bajo nivel del crecimiento de la oferta hospitalaria en los últimos años. El mayor incremento de esta se dio en el periodo 2006 – 2011, cuyos resultados se aprecian en toda su dimensión al comparar el número de establecimientos de salud que poseía la institución en el 2007 con el del 2013, estos pasaron de 324 a 390; sin embargo, al 2018, es decir 5 años después, apenas se ha incrementado a 402, incluyendo 13 IPRESS extra institucionales. <sup>(127)</sup> <sup>(154)</sup> <sup>(139)</sup>

El HNGAI se vio beneficiado de este impulso que se dio al crecimiento de la oferta hospitalaria con la construcción de una Torre de Consultorios Externos, que fue inaugurada en octubre de 2013. Su construcción significó pasar de un área para consultorios externos en el hospital antiguo de 4 488.30 m<sup>2</sup> a 14 360.72 m<sup>2</sup>, en un moderno edificio de 6 pisos; cuenta con 134 consultorios de las diversas especialidades médicas y 44 salas de procedimientos, y de 70 médicos que laboraban por turno se pasó a 124. <sup>(154)</sup> No obstante, pese a este importantísimo avance en el aspecto tangible de las dimensiones de la calidad, la tasa de deserción de los pacientes citados en la consulta externa es alto, encontrándose en el orden del 21 %, según la Oficina de Admisión y Registros Médicos, lo cual significaría que el paciente al momento de la cita ya solucionó el problema de salud que lo motivó a buscar la consulta, probablemente a través de la utilización del servicio de emergencia del hospital u optó por buscar asistencia en otro subsistema de salud.

En resumen, la producción de prestaciones de salud hoy es menor que la de antes en términos proporcionales al mayor volumen de recursos humanos asistenciales existentes y la mayor oferta de infraestructura. Esto impacta negativamente en la oportunidad de atención de nuevos pacientes referidos a la consulta externa nivel III-2, que representa el HNGAI de la RPA, pues al disminuir los egresos hospitalarios habrá menor disponibilidad de camas para los paciente que requieran hospitalización para tratamiento médico o quirúrgico, y al haber menos intervenciones quirúrgicas se produce un embalse de pacientes sin resolución de sus problemas de salud que demandarán más citas por consultorios externos, pero al no encontrar cupo, acudirán por los servicios de emergencia congestionando estos, a veces con la salud más deteriorada por un problema no resuelto que requiere hospitalización para tratamiento médico o quirúrgico, o por uno que no representa una pprioridad I o II, pero por la necesidad de ser atendido el paciente se ve obligado a acudir por emergencia, pero como es usual en estos, el paciente otra vez será derivado a la consulta externa, estableciéndose un círculo vicioso con detrimento de la calidad de atención.

### **La paradoja del financiamiento y la falta de priorización en el gasto**

En terminos relativos EsSalud cuenta hoy con mayores recursos económicos que hace 20 años (en términos reales el financiamiento de la atención de salud en EsSalud empezó a disminuir a partir de 2005, como se demostrará más adelante), con los cuales se ha logrado ampliar la oferta de recursos humanos y de infraestructura. Sin embargo, se constata una absoluta “disminución de la producción de los servicios de salud por unidades de recursos disponibles, la ampliación de las barreras de acceso y un impacto en la salud y en la economía de la población asegurada” en el trancurso de los últimos 8 años. <sup>(133)</sup> . Es decir, se está dando lo que se ha definido como la “Paradoja del Financiamiento”. Petra M, en 2016, describe esta paradoja en un estudio sobre las Cuentas Nacionales de Salud (1995-2014), en el cual demuestra que en el periodo 2004-2012 “si bien los afiliados a EsSalud que acudieron a sus establecimientos aumentaron en 29.5 %, en números absolutos (la utilización de los servicios de salud) disminuyeron porcentualmente de 38.7 % a 28.0 % y duplicaron su consulta en consultorios y clínicas privadas”, no obstante que hubo un fuerte crecimiento de

su fondo de aseguramiento entre el año 2005 y 2012, asociado evidentemente al gran crecimiento económico del país producido en ese periodo. <sup>(155)</sup>

Esta situación de baja producción en las actividades asistenciales en EsSalud, también pone en evidencia que las decisiones tomadas por lo menos entre el 2011 y el 2018, no fueron eficientes a la luz de los datos presentados, significando ello el mal gasto de los siempre escasos recursos de la institución. Es un hecho que los recursos para satisfacer cualquier necesidad, sea individual o colectiva, siempre serán limitados e insuficientes para lo necesario, siendo una de las necesidades básicas del ser humano acceder al cuidado y atención de la salud. Por ello es necesario saber seleccionar las prioridades, para que la asignación sea de tal forma que se logre beneficiar de manera equitativa a la población, la asegurada en este caso, mejorando su estado de salud y con ello su nivel de vida. Es seguro que quienes han gestionado EsSalud en los últimos años esto lo conocen, sin embargo es un hecho que no basta con conocer de economía ni de cómo se resuelven los problemas de satisfacción de las necesidades materiales ilimitadas frente a una disponibilidad escasa de recursos ni conocer las herramientas que la ciencia económica brinda, sino la institución no estaría en una franca amenaza de insostenibilidad financiera, y que pese a ello se sigan dilapidando los recursos.

En el ámbito de la salud pública, en países como el nuestro que no han alcanzado el desarrollo, sea que se utilice una u otra estrategia que responda a una u otra ideología, la priorización en la utilización de los recursos es imprescindible, lo que obliga a que algunas necesidades no sean atendidas, pero para que estas sean las menos, las decisiones sobre la asignación de los recursos en materia de salud deberían ser tomadas usando criterios de eficiencia para maximizar los beneficios de los recursos disponibles. <sup>(156)</sup>

Lamentablemente muchos no parecen entenderlo, pues por ejemplo, pretender como lo hizo la gestión 2012–2016, construir un hospital que sea el “Instituto del Niño y el Adolescente del Seguro Social”, a través de una asociación público privada, evidentemente no contempla esta priorización. <sup>(157)</sup> Si se quiere realmente

impactar en el desarrollo de una vida saludable en los niños y futuros adolescentes, se debería tener en cuenta que la reducción de los riesgos que impiden que ello ocurra, deba ser hecho previo al embarazo, es decir, antes de la atención prenatal. Se debe cambiar el enfoque de solo alentar el control prenatal precoz con enfoque de riesgo, sino implementar cuatro estrategias que pueden hacer posible la cosección de un “niño sano y bueno” como es el deseo de toda gestante.

Estas estrategias son: propiciar una política intensa de planificación del embarazo para que la mujer geste en el momento oportuno; la consulta preconcepcional, para anular o controlar cualquier riesgo previo al embarazo; el control prenatal de calidad y con enfoque de riesgo, que implica la detección de problemas que pueden ser corregidos médica y quirúrgicamente intraútero; y la atención del parto de riesgo por personal altamente capacitado. Actualmente, la atención de la madre, el niño por nacer y de los recién nacidos con complicaciones, mayormente prematuridad y malformaciones congénitas, deja mucho que desear en EsSalud y específicamente en el hospital Almenara, revelado por una alta tasa de mortalidad perinatal, de 22.1 muertes perinatales por mil nacidos vivos, según el Sistema Informático Perinatal y de la Unidad de Estadística del HNGAI, y la imposibilidad de la solución de problemas fetales intraútero, área que muestra un atraso notorio en relación a lo que ocurre con el Instituto Nacional Materno Perinatal (ex Hospital Maternidad de Lima), que ha logrado aventajar a EsSalud en técnicas de diagnóstico prenatal y procedimientos quirúrgicos intraútero, para no apuntar lo que ocurre en países vecinos como Chile o Colombia.

Es evidente que la priorización del gasto no va por esta vera, pues no existe una real y efectiva política de atención integral de este sector poblacional, que al no ser atendido como se debe, genera una gran demanda de atención posnatal y el gasto de ingentes cantidades de los tan escasos recursos. En consecuencia, es claro que la prioridad debiera ser la creación de un Instituto Materno Perinatal de la Seguridad Social. Felizmente en el 2018 EsSalud comunicó la decisión de no continuar con el proyecto del “Instituto de Niño y el Adolescente del Seguro social”.

Es necesario no solo tener el conocimiento de la doctrina y los principios de la economía de la salud, sino ser responsables y honestos en las decisiones que se tomen, las cuales deben responder exclusivamente al interés de los los asegurados y no a razones políticas demagógicas. No hay ninguna decisión en materia de salud o de la gestión de la salud pública, que no tenga una fuerte implicancia económica, por tanto solo deben ser tomadas en función de la racionalidad de esta y su impacto en el bienestar de la salud de la población. Así y solo así se logrará alcanzar el desarrollo económico y social del país. <sup>(158)</sup>

### **Visión endogámica y no ajustada a la economía de la salud. Peligro de la sostenibilidad financiera.**

La economía de la salud tiene una enorme aplicación en cualquier ámbito laboral, sobre todo si se trata de uno del sector público, como es el caso de EsSalud. Está demostrado que los costos de la operación de un hospital o un servicio de salud público son mayores a los de la operación de un establecimiento privado, a pesar que los salarios de los médicos, enfermeras, obstetricas u otro personal son bajos. El problema radica en la producción de los recursos humanos, y en el sector público se produce menos. El salario del servicio asistencial en el sector público, en este caso de EsSalud, no está ligado a la producción, salvo en las Prestaciones Complementarias de Trabajo (PCT) que aplica la institución, cuya implementación se restringe a la consultas médicas y algunos procedimientos, como la realización de ecografías, pero el trabajo regular dentro de las 150 horas que manda la ley para los trabajadores asistenciales (otro privilegio que genera un costo), no está sujeto a un efectivo control sobre el número de actividades o procedimientos que debe hacer cada profesional, salvo en la actividad referida a la atención médica por consultorios externos, un control bobo pues no pasa nada a quienes no cumplen el estándar.

Esta falta de control efectivo provoca en el tiempo una reducción de la producción de servicios de salud, tal como se ha demostrado líneas arriba. Esta falta de producción obliga a las entidades públicas a incrementar el personal asistencial de manera no bien planificada incrementando los costos, que no se traucen en

una mejora de la calidad de atención como se está evidenciando. El exceso de personal, la ausencia de racionalidad económica en la asignación de recursos, la deficiencia de inventarios, la falta de control, la falta de información precisa y en tiempo real, y la permisividad que muestra el sistemas de gestión de personal, entre otros problemas de la gestión de los servicios, dan como resultado, el detrimento de la oportunidad y calidad de la atención y un sobre costo.

Esta realidad ha sido ampliamente sobrediagnosticada desde la década pasada, sobre todo por la gestión de la institución en el período 2006 – 2011. (160) Incluso se planteó lo que sigue siendo una realidad, la existencia de una “visión endogámica” al interior de la institución que se pone de manifiesto en el actuar de los diferente grupos de poder internos, llámese sindicatos o gremios, que privilegian sus intereses por sobre el de los asegurados. Según esta visión el usuario externo o paciente, conscientemente o no, es visto como un medio y no un fin para el logro de reivindicaciones económicas y otras, e incluso puede ser visto como una oportunidad de ganar notoriedad o prestigio de parte de un especialista y pasar a ser su salud menos relevante, condición que se ve a veces por ejemplo en la realización de grandes cirugías, en el desarrollo de ensayos clínicos o en los ya tan famosos tratamientos de infertilidad de alta complejidad. Además, para nadie es un secreto dentro del mundo de la medicina que “no pocas veces, el paciente es visto más como un objeto de lucro que como una persona doliente y necesitada de ayuda”. (161)

Por otro lado, por su condición de asegurado sin derecho a la libre elección, caballito de batalla en los años cincuenta y sesenta del siglo pasado de la Federación Médica Peruana, (162) este resulta en “cautivo”, pues lo atiendan bien o no, retornará a seguir siendo atendido, pues no existe el riesgo de perder al usuario o “cliente”, nunca más preciso la utilización de este último término, es decir, el prestador del servicio, salvo por su vocación, no se esforzará en darle un mejor trato, y tampoco habrá un esfuerzo real por romper las barreras de acceso, de oportunidad y geográficas, pues aunque se demore meses en llegar la atención, el paciente no tiene otra posibilidad de atención.

Por último, dentro de esta percepción endogámica existe el “olvido” de la existencia de un “dueño de la institución”, que son los asegurados, así muchas decisiones no tienen una racionalidad económica que haga óptimo el uso de los recursos limitados de la institución, sino que responden a intereses personales o de grupo de todo tipo, económicos, gremiales, profesionales, académicos, clientelistas o simplemente de poder. Por ejemplo, se contrata personal donde más no se necesita, o se compran equipos que al cabo de años se usaron muy poco, o en otros casos se compraron equipos en donde no se contaba con el espacio para colocarlos, y a veces se implementan pruebas de laboratorio que no tienen demanda. Dentro de esta lógica el logro de resultados no es capital, la asignación de recursos basados en los principios de la economía de la salud resultan injustos, y el impacto del uso racional de los recursos se relativiza.

En un análisis de la situación del financiamiento de la salud en el Perú del Grupo Banco Mundial (GBM) de 2016, se concluye que en EsSalud no se tiene claro los mecanismos que se utilizan para priorizar el gasto. Se advierte que no se usa ningún paquete de beneficios, pues la legislación en el caso del seguro regular, que comporta casi el 95 % de los asegurados, no permite efectuar exclusiones por preexistencias o limitaciones en la atención preventiva o de tipo recuperativa.<sup>(163)</sup> Por otro lado, se repara que se pone poco énfasis en tener establecimientos en el primer nivel de atención, y la misma institución lo reconoce en su Plan Estratégico Institucional 2017-2021, donde grafica que al Nivel III de atención se le asigna el 49 % del presupuesto y el 43 % de los recursos humanos, pero solo atiende al 1 % de la población adscrita, mientras al Nivel I solo se le asigna el 12 % del presupuesto, el 16 % de los recursos humanos, y atiende al ¡55 % de la población adscrita! Es decir, lo que para el GBM es una falta de claridad en la priorización del gasto, es en realidad un hecho concebido con conocimiento de causa, “el gasto está dirigido de manera excesiva hacia la atención hospitalaria recuperativa y la atención de emergencia en comparación con la prevención y atención primaria”.<sup>(133)</sup>

El GBM encuentra también como “excesivo y bastante ineficiente” que un 20 % de la atención se dé por los servicios de emergencia, lo cual es meridianamente

cierto, pues como se apuntó antes, la “razón de emergencias por consultas médica” era en el 2000 de 1.7 atenciones de emergencia por cada 10 atenciones por consultorio externo, y en el 2018 se incrementó a 2.9 de cada 10.<sup>(80)</sup>

Esta ineficiencia también se da en la forma como se asignan los recursos, que clásicamente se han distribuido teniendo en cuenta los presupuestos históricos, a esto hay que sumarle la ausencia de sistemas efectivos de control que no permiten la retroalimentación necesaria para que la gestión eficiente fluya. Esta situación fue entendida por los responsables de la gestión 2006 – 2011, y hubo un intento de cambiar “los mecanismos de asignación históricos a los hospitales” por “mecanismos de asignación por resultados” el cual vincula el presupuesto a metas de salud, llegándose a comprobar que estos esquemas modernos incrementan la producción asistencial de los servicios de salud. Lamentablemente no se logró la generalización de los mismos, y al terminar dicha gestión, se retornó al mecanismo clásico.<sup>(164)</sup>

En el análisis del GBM también se concluye que “en EsSalud no se usan mecanismos modernos de compra de servicios y se sigue asignando fondos por insumos. Esto está directamente ligado a la falta de separación de los roles de provisión y compra de servicios de salud”. Hay que tener en cuenta “que los mecanismos de pago o compra de servicios determinan la eficiencia técnica del gasto, es decir el grado por el cual se logra obtener la mayor cantidad y calidad de servicios con un presupuesto determinado”.<sup>(163)</sup>

### **Politización y demagogia**

Sin embargo, no solo ha habido falta de priorización e ineficiencia en el gasto, sino que la politización y la demagogia en las gestiones sucesivas, ha derivado en una serie de distorsiones de lo que es un seguro social de salud inclusivo, pero equitativo.

Dentro de EsSalud existen tres tipos de regímenes de seguros que suman casi el 98 % de la totalidad de asegurados al 2019, el Seguro Regular (SR) que constituye el 91 % de los asegurados; el Seguro Social Agrario (SSA), 6.5 %; y el

Seguro Potestativo (SP) con apenas el 0.2 % de todos los asegurados; otros suman el 2.3 % restante. <sup>(165)</sup> Dentro de estos existen otros regímenes específicos, en función de si los asegurados son trabajadores activos o pensionistas, dependientes o independientes; o si pertenecen a algún sector económico como el pesquero. Cada plan tiene diferentes primas o aportes y coberturas de servicios de salud. Todos los seguros son contributivos, pero en el monto de las aportaciones se genera inequidad. Estas en su mayoría provienen de lo que paga el empleador a nombre del trabajador, lo que constituye el SR de los trabajadores dependientes y la aportación a este es el equivalente al 9 % del salario mensual. <sup>(163)</sup>

Entonces la regla general es que el empleador aporta a EsSalud el 9 % sobre su remuneración, pero hay excepciones en el sector público y privado. Por ejemplo, al profesorado y los trabajadores del MINSA, el Gobierno Central que es su empleador, les aporta el 9 % sobre la base del 65 % de la remuneración del trabajador, por tanto la tasa real deviene en el 5.85 % de su remuneración. En el SSA, nacido para subsidiar al campesinado, solo se aporta el 4 % sobre la remuneración mínima vital para los trabajadores dependientes, en cuyo caso el pago lo hace el empleador, y a los independientes el pago lo hace el mismo trabajador. En un hecho insólito que de este régimen especial también se benefician las empresas agroexportadoras, uno de los sectores empresariales más boyantes de la economía, es decir gracias a esta tasa diferenciada los trabajadores de estas empresas poderosas económicamente son en los hechos subsidiados por el resto.

Otro seguro que siendo regular, tiene características especiales, es el de los trabajadores de la Caja del Pescador (pescadores artesanales), cuya aportación también es del 9 %, pero “este se aplica al valor bruto de producción comercializado en punto de (des)embarque”. <sup>(163)</sup> Se abona de la siguiente manera: “2% de cargo de los pescadores artesanales, 3% de cargo de los armadores artesanales y 4% de cargo de los comercializadores que compren el producto hidrobiológico” en tal punto. <sup>(166)</sup>

Estos regímenes especiales provocan una reducción significativa de los ingresos de EsSalud, sin embargo todos los asegurados reciben los mismos beneficios que el resto.

Igual ocurre con los trabajadores del régimen de Contrato por Administración de Servicios (CAS) cuya aportación del 9 % se calcula sobre una base máxima del 30 % de la Unidad Impositiva Tributaria (UIT), equivalente a S/. 4 300 para el 2020), es decir, el 9 % del 30 % de la UIT, lo que significa solo S/.116.1; por tanto, solo en el caso que un trabajador CAS gane S/.1290 o menos, aportaría la tasa real del 9 %, pero por encima de este monto la aportación se va reduciendo. Por ejemplo, si un trabajador CAS ganase S/. 5000, su aportación a EsSalud sólo sería de S/ 116.1 cantidad equivalente al 2.3 % de su remuneración.\*

Esta situación está poniendo en grave peligro la sostenibilidad financiera de la institución y crea un subsidio que lo paga el Seguro Regular, generando inequidad, pues si de subsidios necesarios se trata, al que le corresponde hacerlo es al Estado vía gobierno central.

El estudio financiero actuarial de EsSalud realizado por la OIT en 2015, entre otras, concluye que “Hay un margen importante entre los niveles de los ingresos afectos considerados para el cálculo de las aportaciones a EsSalud y los ingresos

---

\* En diciembre de 2019 el Gobierno aprobó el Decreto de Urgencia N° 028-2019 “Decreto de Urgencia que dispone medidas extraordinarias para el sostenimiento y equilibrio financiero de Seguro Social de Salud-EsSalud para garantizar el derecho fundamental a la salud de los asegurados”. Este incrementa la tasa de aportes a EsSalud para las planillas de los CAS, elevando de 30 % a 45 % de la UIT la base imponible de los aportes a partir del año fiscal 2020, y para el año fiscal 2021 la base imponible subirá a 55 % de la UIT vigente en el ejercicio. Así mismo, una disposición complementaria decreta que el incremento mayor en la base imponible, así como de la aportación del magisterio como de los trabajadores de salud se evaluará y determinará “a partir del año fiscal 2022, a propuesta del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, en coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas”, y que estos incrementos deberán estar “supeditados al cumplimiento de las reglas fiscales, a la sostenibilidad de las finanzas públicas y sujeto a los créditos presupuestarios aprobados en las respectivas Leyes Anuales de Presupuesto del Sector Público”, y que “Dichos incrementos en las bases imponibles se aprueban con una norma con rango de Ley, a propuesta del Poder Ejecutivo, y conforme a los criterios de homologación y gradualidad del aporte”. Demasiados resquicios, es decir la posibilidad que todo quede plasmado solo como una buena intención es alta.

totales realmente percibidos por los trabajadores. Este fenómeno se da principalmente en el sector público, aunque también en el sector privado pero con menor intensidad, debido a la exclusión de la base de cotización de un buen número de retribuciones”.<sup>(167)</sup>

No siendo suficiente las perforaciones en la recaudación de las aportaciones a EsSalud y demostrando que la demagogia no tiene límites, se ha agregado otro factor de peligro a la sostenibilidad financiera, con la aprobación de la Ley 29351, que estableció que el “monto que abonen los empleadores por concepto de contribución al Essalud con relación a las gratificaciones de julio y diciembre de cada año, (sean) abonados a los trabajadores bajo la modalidad de “bonificación extraordinaria” de carácter temporal, no remunerativo ni pensionable”.<sup>(168)</sup> Medida que supuestamente sería temporal para los años 2009 y 2010, para enfrentar la pérdida de la capacidad adquisitiva por la crisis económica mundial iniciada el 2009. Posteriormente se prolonga su vigencia hasta 2014 mediante la Ley 29714.<sup>(169)</sup> Y por último, la Ley 30334, le dio un carácter de beneficio permanente en el tiempo, que a estas alturas el trabajador no está dispuesto a perder.<sup>(170)</sup>

Otro peligro a las finanzas de la institución es la no existencia de “una base imponible mínima para el cálculo de las aportaciones a EsSalud” de los pensionistas de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), pues el 46 % de ellos aporta por debajo de la pensión mínima establecida para el Sistema Nacional de Pensiones, dando origen a otro subsidio para “un grupo importante y creciente de pensionistas con ingresos bajos o incluso nulos”, maxime si se considera que este pertenece a un grupo etario que demanda gran atención de salud y que está afecto a enfermedades degenerativas de alto costo para la institución.<sup>(133)</sup>

En 1997 se promulgó la Ley de Modernización del Seguro Social, la cual hizo posible el ingreso de las empresas privadas para cubrir las atenciones de salud de capa simple con el objetivo de descongestionar los hospitales del entonces Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), que se convierte en lo que hoy se conoce como el Seguro Social de Salud - EsSalud. La ley estableció que la

población, en aquel tiempo de seis millones de asegurados del IPSS, tuviera la posibilidad de mantener sus aportes íntegros en el nuevo Seguro Social de Salud o trasladar una parte a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), que fueron creadas para administrar dichos fondos y además definir las clínicas en donde sus afiliados serían atendidos. <sup>(171)</sup>

Así, las empresas del sector formal pueden elegir afiliar a sus empleados a una EPS, utilizando para tal fin parte de los aportes normalmente dirigidos a EsSalud. En este esquema EsSalud recibe 6.75 % del salario, y la EPS 2.25 %. <sup>(163)</sup> Teniendo en cuenta que muchas de estas empresas tienen un nivel de salario por debajo del promedio, esta alternativa ha significado a la larga una merma en las aportaciones a EsSalud que también afecta su financiamiento. Máxime si consideramos que no ha significado un descongestionamiento de los servicios de salud de “capa simple” que brinda EsSalud, sino que “resultaron siendo un esquema lucrativo para sus dueños”, y que el seguro social absorba toda la capa compleja, que significa el tratamiento de enfermedades crónico degenerativas de altísimo costo. <sup>(171)</sup>

Un aspecto a considerar es que siendo característica del SR y del SSA de EsSalud en los casos de los trabajadores dependientes, que sus aportaciones estén ligadas al vínculo laboral del asegurado con su empresa empleadora, sea pública o privada, y no de los aportes mismos, este diseño deja de lado a la población ocupada con trabajo informal, de tal manera que el 75 % de los trabajadores de PEA no cotiza al seguro social, habiendo dentro de este grupo ingresos de nivel medio y alto, esto significa la pérdida de una ingente cantidad de dinero de un grupo poblacional mayormente joven y joven adulto, en el cual la siniestralidad es baja, y podría potencialmente asegurar el financiamiento de la institución <sup>(172)</sup>.

Un elemento más que se agrega a esta lista de situaciones que han puesto en peligro la sostenibilidad financiera de EsSalud, es el incremento de los asegurados que aportan el 9 % sobre la base de la remuneración mínima vital, las

cuales eran en 2006 el 26 % de todos los asegurados, mientras que para 2016 aumentaron al 31 % .<sup>(133)</sup>

Las aportaciones a EsSalud son consideradas un tributo, por tanto según la Ley N° 27334, es la Superintendencia de Aduanas y de Administración Tributaria (SUNAT) la encargada de la recaudación, y por un convenio en 2013 con EsSalud, aquella le cobra una tasa del 1.4 % sobre la recaudación, siendo que esta incluye una serie de 11 procesos que la hace compleja.<sup>(163) (173)</sup> Hay que recalcar, que anteriormente a este último convenio, aunque la ley fijaba un tope de 2 % por todo concepto que administrase y/o recaudase de las aportaciones a ESSALUD, siempre se cobró el tope. Sin embargo, la recaudación no ha sido ni es eficiente y el estudio financiero actuarial de EsSalud de 2015 apunta que “Es de destacar que habiendo trascurrido más de 10 años desde la trasferencia de funciones, no se perciben cambios significativos en la recaudación y el control contributivo”.<sup>(167)</sup>

Pero no solo ineficiencia se ha mostrado en la recaudación, pues se ha llegado a incurrir en una grave falta administrativa o negligencia punible, al haber la SUNAT transferido S/ 471 600 000 000 de estas a las cuentas de la Dirección General de Endeudamiento y Tesoro Público del Ministerio de Economía y Finanzas, es decir que la institución encargada de cobrar no solo las aportaciones, sino las deudas a EsSalud de las entidades del sector público y privado morosas, ha devenido en una de las entidades deudoras de este, encargo por la cual cobra en la actualidad el 1.4 % de la recaudación, la misma que en 2020, según la Memoria Anual de ese año, fue S/. 11 387 344 500, de los cuales fueron a las arcas de la SUNAT S/.159 422 823. La devolución de esta tranferencia indebida se ha convenido será devuelta en 8 cuotas semestrales, habiéndose iniciado la misma a partir del ejercicio fiscal 2018 y culminará en el 2021.

A continuación se detalla la deudas que le tienen a EsSalud diferentes entidades, tanto públicas como privadas, en un análisis hecho en el año 2016. En estas no se incluye a la deuda de la SUNAT, pues esta fue generada posteriormente a este.<sup>(165)</sup> Así, de acuerdo a la información cosignada en el Plan Estratégico

Institucional, dentro del diagnóstico situacional, la cual fue extraída de los registros de la SUNAT, la deuda total a EsSalud al año 2016 alcanza la suma de 3 269 millones de soles, pero solo es “deuda exigible” el 84.43 %, es decir aquella “que comprende los saldos adeudados tanto por el principal como los intereses y multas con entidades del Estado cuya administración o recaudación está a cargo de la SUNAT”, según norma el Decreto Legislativo 1275, que estableció con carácter de excepción el “Régimen de Sinceramiento de Deudas por Aportaciones al Seguro Social de Salud”.<sup>(174)</sup> La diferencia, el 15.57% es calificada como “no exigible”.

Del rubro exigible, 1 237 millones de soles (37.9 %) “corresponde a deuda de difícil recuperación”; 304 millones a “deuda gestionable”; 678 millones (20.8 %) a deuda de las municipalidades; 258 millones (7.9 %) a deuda del Gobierno Central; 156 millones (4.8 %) a deuda de las empresas agroindustriales; 45 millones (1.4 %) a deuda de las instituciones públicas; 38 millones (1.2 %) a deuda de los gobiernos regionales; y, a deudas de la Sociedad de Beneficiencia, Entidad de Tratamiento Empresarial, en Proceso Concursal, en Acciones Judiciales, Impugnadas y otros, corresponde el monto de 45 millones de soles (1.4 %). Sin embargo, la deuda recuperable solo sería los 304 millones de soles “gestionables” más S/. 100 millones consecuencia del acogimiento de las municipalidades a los beneficios de las facilidades de pago reguladas por el Decreto Legislativo N° 1275.<sup>(133)</sup>

No obstante, este intento de recuperación ha sido frustrado, pues según la Presidencia Ejecutiva de EsSalud a octubre del 2019, la deuda total, tanto de entidades privadas, como de las públicas, asciende a 4 168 millones de soles, que equivale a un poco más del tercio del presupuesto 2020 ejecutado, que alcanzó la cifra de S/. 12 788 854 464 (Memoria Anual 2020). De esta deuda, 2 785 millones de soles (67 %) es deuda del sector privado, mientras que 1 300 millones (33 %) es deuda del sector público. Los gobiernos regionales deben 581 millones de soles y los gobiernos locales 435.<sup>(175)</sup>

Todas estas distorsiones han provocado una disminución en términos reales del gasto per cápita en salud en el presente siglo, pero en resumen y principalmente por la existencia de tres condiciones:

1) La existencia de un margen importante entre los niveles de los ingresos que están afectos en el cálculo de las aportaciones a EsSalud y los ingresos reales realmente recibidos por los trabajadores, esto principalmente en el sector público, significando una pérdida anual de 645 millones de soles. <sup>(133)</sup>

2) Por la dación de la Ley 30334 que establece que las gratificaciones por Fiestas Patrias y Navidad “no se encuentran afectas a aportaciones, contribuciones ni descuentos de índole alguna”, resultando en una medida antitécnica que provoca la pérdida de las aportaciones de dos gratificaciones, que significan 2 de las 14 partes en que se encontraba dividida la prima anual calculada en su momento, y que ha resultado en una reducción del 12 % de sus ingresos, calculándose una pérdida anual de aproximadamente un mil millones de soles. <sup>(133)</sup>

Según una proyección efectuada dentro del análisis de flujo financiero de la institución, entre el 2015, año en que empezó a regir la Ley 30334, y el 2019, habría dejado de ingresar aproximadamente 5 307.4 millones de soles. Pero, si se consideran las leyes que se aplicaron temporalmente entre el 2009 y el 2014, la pérdida para la institución por estas inafectaciones casi se duplicaría. De tal manera, que si no se contempla el retorno a EsSalud de las aportaciones sobre las gratificaciones, para que no se afecte la caja de la institución, se debiera elevar esta a 10.38 % según una de las conclusiones del estudio actuarial de la OIT. <sup>(167)</sup>

3) La Ley de Modernización del Seguro Social de 1997 permitió que las grandes empresas, importantes aportantes al seguro social, tengan la alternativa a solicitud de sus trabajadores de reasignar el 2.7 % del 9 % de sus aportaciones a una Empresa Prestadora de Salud, pero solo para prestaciones de “capa simple”. Sin embargo, teniendo estas empresas un nivel de salario por debajo del promedio, esta opción perjudica al fondo mancomunado con una reducción de los

ingresos a EsSalud y hace que la aportación del 9 % de los trabajadores activos en realidad se reduzca a un promedio de 8.43 %.<sup>(167)</sup>

Se debe considerar además, que según el estudio actuarial de la OIT, los gastos totales de EsSalud “presentan una tendencia creciente” para la proyección que fue calculada para el período 2012 a 2021, concluyendo que los gastos en salud representarán el 70 a 75 % del gasto total, y que los gastos en prestaciones económicas correspondientes (subsidio por maternidad, subsidio por incapacidad laboral, y subsidio por lactancia y sepelio) será entre el 5 y 6 %. Además, que entre el 16.5 al 17.5 % del gasto total será cargado a costos no asociados directamente con la atención de salud.<sup>(167)</sup>

El único gasto que se reducirá, de 7.6 a 2.6 %, será el asignado al pago de pensiones y riesgos laborales, de acuerdo a los DL N° 20530 y DL N°18846, respectivamente, deuda que asumió EsSalud por la aplicación de la Ley 27056 que lo creó. Esta disminución como es obvio se producirá en virtud de la muerte de los beneficiarios, pero aún será un gasto significativo, calculado para el año 2018 en el orden de los 650 millones de soles.<sup>(133) (167) (176)</sup>

El resto de los costos estarán referidos a gastos administrativos, comisiones a la SUNAT, gastos bancarios, costos de oficina, inmuebles, instalaciones, gastos generales, y otros. En buena cuenta, lo apuntado significa que, en el mejor de los casos, el gasto relacionado con la atención de salud no sobrepasará el 80 % del gasto total.

Es preciso anotar que las leyes 25790 y 27056 determinan que EsSalud disponga de una “Reserva Técnica”, un fondo monetario intangible, cuya utilización queda reservada solo para casos de emergencia. Este fondo debe mantenerse en un nivel mínimo que debe ser “equivalente al 30 % del gasto incurrido para la producción de prestaciones durante el ejercicio anterior”, y se obliga a la institución a conservarlo y a utilizar los recursos de esta en montos que no comprometan a la reserva.<sup>(167) (133)</sup> Existe una recomendación en el estudio actuarial de la OIT, para que la tasa de cálculo de este fondo se reduzca de 30 a

15 %, en virtud de preservar la sostenibilidad financiera de EsSalud, que por todos los dislates descritos están poniendo en grave riesgo.

Si se considera que el presupuesto de EsSalud aprobado para el año 2020 fue 12 662.5 millones de soles y que sus ingresos por aportaciones serán 11 822.8 millones, estas representarán el 94 % de sus ingresos. Sin embargo, es preocupante constatar que el monto de las aportaciones por asegurado en términos reales ha sufrido una disminución significativa en el periodo 2006-2014, según el estudio del Financiamiento de Salud en el Perú del 2015, esto a pesar del gran crecimiento económico que tuvo el país en ese período, y que significó un incremento sustancial de la población asegurada al crecer el empleo formal.

El gasto mancomunado en salud per cápita dentro de la institución, haciendo el ajuste necesario de las cifras por inflación, fue para 1995 de 516 soles, mientras para 2005 ascendió a 905, pero para 2014 se redujo a 770 soles.<sup>(163)</sup>

En 2019 según la estadísticas institucionales de EsSalud, el gasto per cápita operativo fue un poco más de 926 soles.<sup>(80)</sup> Sin embargo, esta cantidad en términos reales, ajustada a la tasa de inflación acumulada (TIA) entre el período 2014-2019, que se calcula en 17.1 %, [conforme al Índice de Precios al Consumidor (IPC) registrado en enero de 2014 (IPC=113,36) y diciembre de 2019 (IPC=132,70)], viene a representar 768 soles de 2014, prácticamente igual, es decir se muestra un estancamiento del gasto per cápita en salud, estando muy por debajo al que se ejecutaba para el año 2005.<sup>(177)</sup>

En otras palabras, los 770 soles que se gastaban en 2014 hoy correspondería a gastar 902 soles, por tanto, en la actualidad se gasta, o mejor dicho se invierte, solo 24 soles más, pero si lo comparamos con los 905 soles que se invertían en el 2005, con una TIA de 51.14 % (IPC enero de 2005 = 87.8; IPC diciembre de 2019 =132.70), ello equivaldría a invertir hoy 1 368 soles, lo que significa una reducción de 442 soles menos en inversión de salud. Esa es la cruda realidad a la que se ha llegado por una mala defensa de los intereses de EsSalud, finamlente de los intereses de los asegurados, frente al poder de turno.

### **Carencia de recursos humanos, formación no acorde a las necesidades del país y precarización del trabajo**

“Los recursos humanos son un elemento central en el funcionamiento eficaz y equitativo de los sistemas de protección social en salud”.<sup>(133)</sup> No será suficiente para mejorar la salud pública en el Perú y garantizar el acceso a los servicios de salud terminar con la inequidad y las barreras existentes ni tampoco con incrementar la infraestructura y el equipamiento con tecnología avanzada en los establecimientos, sino se establece una política de desarrollo y gestión integral de recursos humanos, dentro de la cual es fundamental la de los médicos especialistas que el país y EsSalud necesitan.

La situación actual de falta de recursos humanos asistenciales en EsSalud es crítica, como lo es en el MINSA. Ya era complicada en los ochenta del siglo pasado, cuando existía un gran desequilibrio entre la oferta y la demanda de estos, en general de los profesionales de la salud, pero en especial de los médicos especialistas. La falta y mala distribución de estos en el país era importante, incluso de los médicos generales. Eran pocas las facultades de medicina para su formación y estas a su vez no empataban con el perfil de médico que el país necesitaba, y la formación de médicos especialistas, que se había convertido en escolarizada en los setenta, aún convivía con el régimen no escolarizado en el interior del país, afectando la calidad de la formación de éstos.

Así, dentro del marco de las reformas de los noventa, llamadas de corte neoliberal, emprendidas en el ámbito económico, político y social, se impulsó la creación de nuevas universidades, apoyado por el reclamo de los pueblos del interior del país preocupados por la educación universitaria para sus hijos, pero en sus respectivas regiones, cansados del centralismo universitario. Sin embargo, la expansión en la creación de universidades al amparo de la Ley 882 ocasionó la creación de universidades donde no existía demanda, sin importar que la oferta respondiese a lo que el desarrollo del país y las regiones requerían, y menos importó si estas respondían a las aspiraciones de los estudiantes, es decir se determinó en función de intereses económicos, y el Estado peruano en vez de

potenciar la universidad pública empezó a reducir su inversión en ellas, sumando al despelote, la falta de control y supervisión de las universidades, lo que condujo a una bajísima calidad de la enseñanza dentro de las mismas.

En este contexto crece la oferta educativa en salud muy por encima de la demanda de servicios y la demanda educativa muy por encima de la oferta de las universidades. Se incrementó la oferta educativa en medicina sin un incremento equivalente en la oferta laboral en el mercado, lo que produjo sobre-oferta y una mayor mal distribución de ésta, concentrándose en la Capital y en las capitales de algunas de los departamentos, por tanto apareció el desempleo, lo que provocó, entre otras razones, la emigración de médicos al extranjero, agravando la falta de personal médico especializado, y acentuando una distribución inequitativa de los médicos, con alta concentración en las zonas urbanas de mayor desarrollo económico, social y cultural y generando serios problemas de retención de médicos generales y también de especialistas en zonas rurales, marginales o aisladas, y creció de manera significativa la brecha en zonas de mayor vulnerabilidad social. <sup>(178)</sup> <sup>(179)</sup>

Es menester apuntar que en una respuesta tardía se intenta poner las cosas en orden, luego del desbarajuste generado por las reformas en la educación universitaria de los noventa, con la creación de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU), la cual se crea con la promulgación de la nueva Ley Universitaria del 3 de julio del 2014, Ley N° 30220, cuya creación tuvo que ser ratificada por el Tribunal Constitucional, ante una demanda de inconstitucionalidad, recién el 26 de enero del 2016. Nace teniendo como principal misión, proteger el derecho a recibir una educación universitaria de calidad, que asegure adecuadas competencias profesionales. <sup>(180)</sup> De hecho en la actualidad, no solo faltan médicos especialistas, sino al haberse producido una pérdida de la calidad en su formación, muchos de los médicos generales carecen de un óptimo nivel para lo que el país necesita, es decir muy competentes para el nivel primario, para no estar en la necesidad de médicos especialistas para solucionar problemas de salud elementales que son el 80 % de la atención. Será imposible en el mediano plazo poder cubrir el déficit actualmente existente de médicos

especialistas en EsSalud, calculados en cinco mil, pues el MINSA también presenta otro gran déficit. Algo similar a la situación de los médicos, ocurre con el personal de enfermería, que hoy se calcula en un déficit de nueve mil enfermeras al interior de EsSalud. <sup>(181)</sup>

Pero, el paquete de reformas de los noventa también planteaba la flexibilización laboral y la reducción de los costos laborales, lo que llevó a introducir reformas que llevaron a la precarización del empleo. Además, siendo el mayor empleador del sector salud el gobierno central y EsSalud, entonces los médicos entre otros, fueron los mayores perjudicados del cambio de un régimen de nombramiento a uno de contrataciones bajo el régimen privado, sea por modalidad de plazo fijo o indeterminado, haciéndose muchas veces el primero excesivamente prolongado, generando una alta rotación en los servicios, en detrimento lógico de la calidad. Por otro lado, la no mantención del valor real de los salarios condujo al pluriempleo. <sup>(182)</sup>

Una forma de reducción de los costos laborales también fue la creación de la tercerización laboral o los contratos por Servicios No Personales, condiciones modernas de semi-esclavitud de muchísimos trabajadores, incluyendo a médicos y enfermeras. Todo ello provocó “la afectación del estatus de los profesionales de la salud”, los cuales al constatar que no podían o no podrían, en caso de estar en formación, satisfacer sus necesidades y las de su familia, eligieron la alternativa de buscar más de un empleo o la emigración al extranjero como posibilidad de desarrollarse plenamente, lo cual ha provocado que el Perú se convierta en un país exportador de médicos. Además, como los procesos de formación y esquemas de incentivos privilegiaban visiones centradas en aspectos biomédicos, ello reforzó las opciones de los médicos hacia especialidades médico-quirúrgicas, por sobre los perfiles de la medicina familiar o integral, pero la frustración de la que fueron víctimas terminada la residencia, al no poder ingresar a un gran centro hospitalario incentivó más aún la idea de migrar al exterior. <sup>(183)</sup>

La frustración continuó con la creación del Régimen Especial de Contrato Administrativo de Servicios (CAS), Decreto Legislativo 1057, el año 2008 que

reemplazó los Servicios No Personales (SNP), con el objeto de abrir una nueva alternativa de régimen laboral con algunos beneficios para el trabajador y menor costo para el Estado, pero que aún sigue siendo una forma de precarizar el trabajo. <sup>(184)</sup>

Posteriormente, también se cuestionaron estos CAS y los sindicatos del MINSA presionaron para que estos pasen al régimen de Decreto Legislativo 276, es decir exigían su nombramiento, y los sindicatos de ESSalud reclamaban su pase al Régimen Privado del Decreto Legislativo 728, pues dentro de los CAS también se vulneraban los derechos de los trabajadores. Finalmente lograron que de manera progresiva durante 3 años fueran incorporados al referido régimen laboral, no obstante en la actualidad aún persiste aquel.

Por último, en 2013 se aprobó la Ley 30057, Ley del Servicio Civil, que establece un régimen único y exclusivo para todas las personas que, salvo algunas excepciones, presten servicios en el Estado, así como para aquellas que son las “encargadas de su gestión, del ejercicio de sus potestades y de la prestación de servicios a cargo de estas”. <sup>(185)</sup>

Esta reforma del servicio civil en teoría se sustenta en la meritocracia, y su objetivo es el alcance por parte de los ciudadanos de servicios de calidad del Estado, y que los servidores de este “puedan ascender y ganar más”, acabando así con “largos años de sueldos congelados y carreras estancadas”. Esta ley “incrementa los ingresos de los servidores, vía dos gratificaciones al año (Fiestas Patrias y Navidad) y una CTS de un sueldo anual”. Otro beneficio es que las pensiones se calculan sobre el total de los ingresos; asegura estabilidad laboral; establece evaluaciones de desempeño, con capacitación de los trabajadores que salgan mal y “mejorar los ingresos y lograr ascensos de aquellos que salgan bien evaluados”; respeta “los derechos individuales y colectivos de los trabajadores”. Sin embargo, el paso al nuevo régimen es voluntario, “respeta la voluntad de los trabajadores que podrán decidir postular o no al nuevo régimen” <sup>(185)</sup>.

Otro problema efecto de la reforma de los noventa, que escapa al ámbito de la competencia de EsSalud, pero que lo afecta dentro de la gestión de los recursos humanos en salud, fue el debilitamiento enorme de la rectoría del MINSA, pues se generó un modo de regulación “desregulado o autodesregulado”, tanto dentro como fuera del sector salud. La dirección de recursos humanos y las instancias de concertación interinstitucional fueron afectadas y la famosa y poderosa Escuela Nacional de Salud Pública fue totalmente minimizada y solo se mantuvo formalmente la Dirección de Recursos Humanos en el Ministerio de Salud, no existiendo en la práctica una instancia de formulación ni de seguimiento de políticas de recursos humanos, luego a la Escuela se le cambió de nombre por el de Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, pero no significó ningún avance y los resultados están a la vista. También hay que señalar que el proceso de descentralización implementado a inicios de la década primera década del Siglo, sin el debido traspaso de competencias, capacidades y recursos a los niveles locales, generó un debilitamiento de la gestión de recursos humanos e impactó negativamente en la capacidad de rectoría del sistema. <sup>(186)</sup>

El desarrollo de estrategias de formación de médicos especialistas debe estar orientada a ajustar la formación no solo buscando cerrar la brecha de éstos en un horizonte de tiempo, sino también enfocada en el perfil de los médicos especialistas que el país necesita, acorde a un modelo que privilegie el aspecto preventivo y promocional de la salud, es decir el énfasis debe estar puesto en la atención primaria. Se plantea que la prioridad de formación sea en especialistas en medicina y salud familiar, con adquisición de competencias en Atención Primaria de Salud (APS), fuera de los hospitales, acorde al enfoque de renovación de la APS planteado por la OPS, acreditando centros de salud de atención primaria, como centros docentes. <sup>(183) (187)</sup>

Se debe regular el número y tipo de especialistas a formar, de acuerdo a las necesidades del país y asegurando un mercado laboral muy atractivo tanto en el sector del MINSA como en el de EsSalud. El número de especialistas, incluyendo el de las especialidades clásicas, debe ser incrementado. Ello pasa por establecer una perfecta coordinación entre todos los subsistemas de salud del país, sus

respectivas IPRESS, y las escuelas de medicina, para generar los especialistas que el país y las instituciones necesitan.

Un punto que aparece como clave que va más allá de las competencias de EsSalud, pero que es imprescindible la coordinación con este, es el promover la formación de especialistas en las capitales de región de los lugares de origen de los médicos, en hospitales docentes acreditados, regulando la migración de estos al generar una verdadera carrera médica, cuyo ingreso sea por el primer nivel de atención, pero que esté asegurado, que a través del buen desempeño laboral y una actitud meritocrática, pueda llegar si así lo desea al tercer nivel de atención. Esta carrera médica debe asegurar también el desarrollo profesional en cualquiera de los niveles de atención, con una justa remuneración, adecuada capacitación a cuenta de los empleadores y posibilidades de desarrollar investigaciones financiadas debidamente por aquellos. Así, el médico estará seguro que podrá tener una vida digna y tendrá que ofrecer a su familia.

También es necesario recalcar que es imprescindible el diseño y aplicación de sistemas de incentivos, centrados preferentemente en aquellos de carácter económico, pero también se debieran considerar los no económicos (vivienda, movilidad, acceso a becas para capacitación, etc), para que sea atractivo al médico trabajar en las zonas más deprimidas del país, así como permitirle trabajar 15 días por 15 de descanso, para darle facilidades de retorno a la familia, en caso no sea del lugar o no haya llevado consigo a la suya, estableciendo turnos continuados de trabajo, sujetos a un control eficiente de la producción y eficiencia del médico <sup>(183)</sup>.

Siendo el Estado y EsSalud los que invierten en la formación de médicos especialistas, es torpe que se desperdicie esta inversión y no se sepa reterner a estos, cuando la oferta es insuficiente. Por tanto, esta formación debe ser acompañada de mecanismos claros de retención para que no se pierda.

Como ya se ha anotado, ello pasa por mejorar la remuneración del médico, pero no con aumentos flat, los cuales solo debieran realizarse en función de la inflación

para no perder el valor adquisitivo, sino con la creación de nuevas modalidades modernas de pago, que premien el buen desempeño, la mayor capacitación y la mayor producción de actividades médicas. Así mismo, se debe propiciar un pago diferenciado por nivel de complejidad, lo cual calza perfectamente dentro de la creación de una verdadera carrera médica, en la cual todos los médicos tendrán la misma oportunidad de aspirar a laborar en determinado nivel.

Una forma de ingreso a la carrera médica podría ser a través de un Servicio Urbano de Salud para Especialistas, con el objetivo de contar con médicos de las diferentes especialidades en provincia y en las zonas más deprimidas de país, y en otras que sin serlo, también hacen falta. Este servicio sería obligatorio para laborar en el Estado o en EsSalud, y como ya se apuntó sería la puerta de entrada a la carrera médica, garantizando la presencia de especialistas en todas las capitales de región por lo menos. Además, el pago sería diferenciado, según la región del país donde se realice el mismo, debiendo ser significativamente mayor en las zonas de menor desarrollo.

### **Alternativas de solución a la crisis de la calidad en EsSalud**

Contar con una buena salud es tener una adecuada calidad de vida, esta determina la capacidad para laboral, por tanto su impacto en la productividad es enorme. Un estudio encuentra que la cuarta parte de los peruanos no se encuentra satisfecho con su estado de salud y evidentemente con la calidad de los servicios de salud que se le brinda. Hoy la relación directa entre la buena salud y el aumento de la productividad es bien comprendida por el Estado y los empresarios, de allí que exista una seria preocupación por invertir en la salud. Asegurar y aumentar la productividad de la población económicamente activa, llevará al crecimiento económico inclusivo, y este a la reducción de la pobreza, con la constitución de una sociedad más justa. <sup>(188)</sup>

De allí que el termino inversión en salud o inversión sanitaria es más adecuado que el de gasto en salud o gasto sanitario. Ahora bien, contar con una buena salud no solo implica invertir más en ella, todo lo contrario a lo que ha ocurrido en

EsSalud, pues como se ha mostrado con cifras, su financiamiento está en peligro y la inversión sanitaria ha disminuido en términos reales en los últimos 15 años.<sup>(163)</sup> Esta baja inversión es solo una de las causas de la baja calidad de los servicios que la institución brinda, pero es improbable que con solo incrementar la inversión se produzca mejores resultados y la situación de la calidad mejore, si primero no se mejora el funcionamiento del sistema, si antes no se ve a la institución como lo que es, un seguro de salud, que siendo social, pues no persigue finalidad de lucro ni obtención de ganancias por la prestación de sus servicios y vela porque no haya desequilibrios que generen exclusiones e inequidades, no se debe olvidar que es un sistema de protección de los trabajadores y sus derechohabientes que aportan al mismo, cuyo objetivo es brindar servicios de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, como también brindar prestaciones económicas y sociales a un buen sector de la ciudadanía, que para el año 2019 abarcaba al 35.4 % de la población peruana<sup>(139) (189)</sup>.

En tal sentido, un seguro debe regirse por las reglas universales de su funcionamiento, donde hay que determinar técnicamente la prima, las coberturas, el manejo de las preexistencias (enfermedades preexistentes con anterioridad) y los períodos de carencia.

Si pensamos en acciones específicas e inmediatas, a partir de los resultados obtenidos en la presente investigación, que pretendan ser garantía de una atención de calidad en la consulta externa del HNGAI, se plantearían acciones que si bien no van a demandar una gran inversión en infraestructura, pues la Torre de Consultorios Externos es moderna, de apenas 8 años de construcción, no van a resolver el problema de fondo, solo serían un maquillaje para mejorar la percepción de los usuarios.

Colocar aire acondicionado en las salas de espera le dará más confort a los pacientes y sus acompañantes, pero no le asegurará una cita próxima. La implementación de un sistema de anfitriónaje femenino y masculino, para la orientación más personalizada a los usuarios, sobre todo de la tercera edad, le

hará más fácil el acceso a la consulta o trámite necesario, pero no va a apurar la operación que necesita.

Sin embargo, es evidente que hay cambios simples como estos, que pueden aligerar la carga de la espera de una atención, que además los eduque y entretenga, como la utilización de un sistema de televisión de circuito cerrado para su educación en cuidados de la salud y estilos de vida saludables; para que conozca de los procesos de la atención en la consulta externa; sobre que es una emergencia o urgencia y a qué nivel de atención hospitalaria acudir; educarlo en síntomas de alarmas de las enfermedades más comunes y como actuar frente a ellos. También se les debería educar sobre sus derechos y deberes como paciente. Y similar a lo que ocurre en los bancos, los vídeos de información y educación, debieran ser intercalados con aquellos de entretenimiento, que haga más amena la espera de los pacientes. Está bien documentado que la risa puede ser un complemento en el tratamiento, porque aunque el curso de la enfermedad no se altera, el enfermo puede sobrellevar esta con una actitud que le signifique menor dolor, incluso menores complicaciones. <sup>(190)</sup>

Otro cambio importante, sobre todo en esta época de la pandemia del nuevo coronavirus, pues si bien los baños de los consultorios externos del HNGAI se muestran aseados, es una mala costumbre arraigada en toda la institución que estos servicios para el público no cuenten con jabón ni papel toalla, atentando ello contra la calidad de la atención e incumpliendo una de las normas básicas de higiene que debiera de existir en torno a esta, bien establecida en la norma técnica, que a la letra estipula “En la salida de los retretes ha de haber lavabos con jabón y con un sistema de drenaje, y se debe promover activamente su uso”. <sup>(77)</sup>

Por último, en vista no solo de la pandemia, sino por un acceso fácil a la higiene de manos, ante la no proximidad de un baño, se debiera colocar en múltiples puntos estratégicos dispensadores de alcohol-gel.

No obstante, se insiste, estos cambios no impactarán sustantivamente en las expectativas de los asegurados de recibir una atención con calidad. Para los

pacientes la infraestructura y el equipamiento son importantes, pero no son determinantes en su percepción de esta, sino sobre todo el trato y la atención ágil y oportuna, es decir tener confianza en “su” médico tratante y sentir que su salud es importante para el establecimiento de salud a donde acude. Es cierto que la responsabilidad de dar solución de toda esta situación de precaria calidad en la atención que se brinda, es principalmente de los que gestionan la atención y cuidado de la salud tanto a nivel macro como micro de la institución, pero también la hay en el personal asistencial, tanto profesional como técnico y administrativo, e incluso alguna responsabilidad está en manos de los asegurados.

Cuando los usuarios incumplen con sus deberes como pacientes, atentan contra la calidad del servicio, como por ejemplo llegar tarde o no asistir a la consulta pactada. De allí que resulta imprescindible promover el diálogo y la discusión en torno a la gestión de la calidad con los asegurados, estos deben tener conocimiento de las situaciones de fondo causantes del descalabro de la institución. Es imprescindible involucrarlos en la problemática abordada, empoderarlos en el ejercicio de la rendición de cuentas, educarlos en el respeto a sus derechos, pero también en hacerse cargo de sus deberes. No propiciar la participación efectiva de los asegurados, no escuchar sus opiniones, no interactuar efectivamente con ellos y no ser sinceramente empáticos con su sentir, es repetir el libreto de las reformas que no han dado resultados.

Si se pretende en serio alcanzar el objetivo de brindar una atención de salud de calidad, EsSalud necesita una reforma estructural, que asegure una mejor gobernanza, que implique una mayor capacidad para definir las prioridades y la implementación de estrategias eficientes y efectivas en la gestión de los servicios que se brindan, un cambio sustancial en los mecanismos y procesos que están detrás de la atención, la implementación de un sistema fuerte de control en tiempo real de estos, que permitan la retroalimentación para la corrección pronta y la lucha frontal contra la ineficiencia y la corrupción, así como el establecimiento de fuertes relaciones de rendición de cuentas, generando con todo ello, el aumento de la confianza de los asegurados en la gestión de su institución, pues son estos los auténticos dueños de esta, y es la única forma que aquella se legitime.

En un estudio acerca de los “logros y los desafíos de la política social del Perú” y en el que se “propone un nuevo contrato social”, se plantea que se necesita un “cambio de cultura que sacuda los servicios” de salud, en lo que atañe al tema que se está tratando, capaz de romper el “equilibrio de bajo nivel” que se ha establecido, siendo lamentable que habiendo sido planteada hace 14 años, la situación no ha variado cualitativamente.<sup>(191)</sup>

Esta idea que grafica el estado actual de la calidad de la atención de salud en el Seguro Social, ha sido extraída de la teoría económica, según la cual, cuando el ingreso per cápita se incrementa por encima del nivel mínimo de subsistencia, este estimulará el crecimiento de la población, a su vez este crecimiento licuará hacia abajo la mejora del ingreso, otra vez a un nivel de subsistencia, y así la economía se verá atrapada en lo que se ha venido a llamar la “trampa de equilibrio de bajo nivel”. Es decir, que para salir de esta trampa es necesario un aumento en la tasa de crecimiento de los ingresos per cápita a niveles más altos que la tasa de aumento de la población, y así se obtenga un margen de real crecimiento de la economía que signifique el desarrollo para una determinada población.<sup>(192)</sup>

De manera similar año a año crece el presupuesto de EsSalud en función del aumento del número de aportaciones por aumento del número de asegurados, pero estos incrementos no se traducen en una mayor inversión en salud con aumento de la calidad, sino que se consumen en atender la mayor demanda, con un mayor costo por la menor producción de servicios de salud que se viene dando en lo que va del presente siglo, como se ha mostrado en la presente investigación. Ello por el aumento sostenido de la población geronte de baja aportación y elevada demanda de atenciones de alto costo; la creación de estatus especiales de aseguramiento que resultó en una tasa de menor aportación a EsSalud, y por la elevada tasa de inflación médica.<sup>(193) (194)</sup>

En esa misma obra se hace un rico e interesante análisis acerca de los recursos humanos en la salud pública del Perú, entre otros, en donde se examinan las

causas de la baja calidad del desempeño de los profesionales de la salud, planteándose que esta se inicia con la caída de los salarios en la década de los setenta del siglo pasado, a la cual ya se hecho referencia en páginas anteriores, generada por una explosiva expansión de la cobertura y una disminución significativa del gasto en estos sectores, a la que los sindicatos solo atinaron a compensar con una negociación basada en la adquisición de la estabilidad laboral “exagerada” que les asegurase a sus afiliados un segundo empleo en el sector privado, que a la postre en el sector salud significó la aparición del pluriempleo con consecuencias nefastas en la carrera pública. Estabilidad además engarzada a una disminución de la carga de trabajo, con un menor número de horas, y desligando las remuneraciones de la producción o desempeño del trabajador, y por si fuera poco, acompañada de una flexibilización de la disciplina laboral, claudicando los sucesivos gobiernos y las autoridades de los diferentes subsistemas de salud, como EsSalud, en su deber de imponer esta.

Los usuarios, especialmente los pobres, pues los de mayores ingresos recurrieron al sector privado, no percibieron la pérdida de la calidad de atención y su demanda solo consistió en la construcción de más establecimientos de salud y la provisión de personal, y la rendición de cuentas a los usuarios resultó débil. El Estado mismo y la autoridades contribuyeron a un desempeño cada vez más deficiente en su afán por defenderse de la estabilidad laboral y su costo, recurriendo a la informalidad, en la que muchos médicos fueron empleados a través de contratos a plazo fijo, servicios no personales o por intermediación laboral a través de terceros, “ahorrándose” los costos de colocarlos en planilla. Ya la paga de los nombrados o los contratados a plazo indeterminado era mala, pero mediante estos mecanismos era peor. La mala retribución económica y la falta de incentivos degradaron y desmoralizaron a los profesionales de la salud, y “quizá la pérdida de dignidad fue tan dañina como la caída en la remuneración monetaria”, y lo hicieron renuente al cambio, mostrando su lado más oscuro en la que la frase “para lo que me pagan” se convirtió en la coartada cínica, el desempeño quedó “a merced del orgullo profesional y el compromiso personal”. Se desató una “espiral decreciente de calidad y esfuerzo, en la que las respuestas e interacciones han producido una situación” descrita como “un equilibrio de bajo nivel”. Esta hipótesis

propuso que los actores de los establecimientos de salud no tenían “ningún incentivo para cambiar su comportamiento”.<sup>(191)</sup>

Es fácil extrapolar este análisis acerca de los recursos humanos en la salud pública del Perú, a lo que ha venido sucediendo en EsSalud, que siendo un “organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno”, está “adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo”, tiene una dinámica propia en función de su financiamiento a través de las aportaciones que hace el empleador a nombre de los trabajadores. Así, si bien se produjo una caída de las remuneraciones a partir de la década de los setenta del siglo pasado, los salarios del entonces Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), hoy EsSalud, mantuvieron un nivel mayor significativo respecto de los del MINSa, pues triplicaban a los del MINSa. Pero en marzo de 1990 se promulga la Ley del Trabajo Médico, mediante el Decreto Legislativo 559, cuyo artículo 23 estableció que “las remuneraciones de los Médicos Cirujanos del Sector Público Nacional se nivelarán progresivamente en los meses de Abril, Agosto y Diciembre de 1990 con los del Instituto Peruano de Seguridad Social, respetando la diferencias originadas por el tiempo de servicio”.<sup>(195)</sup>

La homologación, si bien es cierto significó un avance en las aspiraciones de los médicos del MINSa, de contar con una digna contraprestación económica por sus servicios y por ende un acto de justicia, a la larga para el universo de los médicos del sector salud significó un estancamiento de esas aspiraciones, pues el gobierno en su afán de “cuidar” la caja fiscal maniató muchas veces a EsSalud a no mejorar las remuneraciones de sus médicos para evitar generar escalas remunerativas mayores que los médicos del MINSa, “imposibles” de nivelar.

La precarización laboral también se dio ante la expansión de la cobertura en los noventa, y la necesidad de más personal, como se detalló líneas arriba, pasándose a contratar bajo la modalidad de servicios no personales o a través de terceros, apareciendo los tristemente célebres para los médicos, contratos con empresas de servicios de recursos humanos (Services) que significó una moderna forma de esclavitud laboral.

A partir de 1995 EsSalud echó mano al Decreto Legislativo N° 728 o Ley de Fomento del Empleo de 1991, el cual facilita la contratación de personal, pero también la suspensión de la relación contractual. La institución llevó a cabo en 1991 el último proceso de nombramiento de personal dentro del Régimen del Decreto legislativo 276 de 1984, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público.

Doce años después, vía el Decreto Supremo N° 075 de 2008, se aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057 que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios (CAS) el cual otorgó solo algo de justicia a miles de trabajadores públicos, entre ellos los médicos, que estuvieron por años contratados como servicios no personales, sin derecho a beneficios, seguro, ni pensiones. Este régimen ha evolucionado en el tiempo reconociéndose más derechos y beneficios laborales, que en un principio no fueron reconocidos, sin embargo estos siguen siendo menores a los del régimen público del DL 276, y al régimen de contratación privada del DL 728, a pesar que el trabajador desarrolla funciones permanentes y están en cargos orgánicos y estables.<sup>(196)</sup>

Una multiplicidad de regímenes laborales que a la fecha se mantienen vigentes, distorsionan la realidad laboral y son causa de discriminación e inequidad.<sup>(197) (198)</sup>

La respuesta de los sindicatos de EsSalud a esta realidad estuvo básicamente centrada en reclamar el nombramiento y en la mejora en el nivel de las remuneraciones, y como se apuntó anteriormente, la preocupación por la calidad de la atención no fue sincera y muchas veces fue utilizada como la coartada perfecta para intentar legitimar ante los usuarios los paros y las huelgas, que se ejecutaban principalmente para la obtención de mejoras salariales y beneficios de otro tipo para los trabajadores. El gremio médico no fue ajeno a este proceder.

De esta manera la calidad de la atención en EsSalud está atrapada en un equilibrio de bajo nivel, siendo las causa de este la caída del gasto mancomunado en salud per cápita desde los ochenta del siglo pasado hasta 1995, año que empezó un incremento del mismo hasta el 2005, luego del cual se inicia una

nueva caída, tal como lo demuestra el estudio del “Financiamiento de la Salud del Perú” del Banco Mundial. <sup>(163)</sup>

Este crecimiento en el gasto en salud llevó en los noventa a un aumento de la cobertura, con incremento de la infraestructura y de los recursos humanos, entre ellos los médicos, pero también de la precariedad laboral y la caída de sus ya malas remuneraciones. Es a principios del siglo que se da una mejora del vínculo laboral en EsSalud, a través de los contratos 728 a plazo indeterminado, y se mantiene el nivel de las remuneraciones, las cuales experimentan una mejora relativa a partir del 2005 y más sustancialmente a partir del 2012, a pesar de la caída de los ingresos de la institución, pero consecuencia de la crisis económica pre pandemia, la ocasionada por esta, y la crisis política generada en la última elección presidencial 2021, que ha significado una devaluación sustantiva del sol, han licuado esta mejora.

Esta caída en el nivel de las remuneraciones condujo a un mecanismo de adaptación a los médicos para mantener su nivel de gasto, forjado en los sindicatos y signado por la flexibilización de las reglas contractuales establecidas originalmente con el empleador, el objetivo fue lograr mayor libertad de acción al médico, para el ejercicio de empleos complementarios en la actividad privada o a veces inclusive en la misma pública, contraviniendo la ley, con la aspiración de lograr cubrir el presupuesto familiar, pero las pobres contraprestaciones económicas que recibían se generalizaron en todos los subsistemas de salud, incluido los privados, lo cual empujó al médico al pluriempleo, existiendo hoy facultativos que ostentan tres y hasta cuatro compromisos laborales.

Esta situación creó un estado de desmoralización en el médico que aún hoy se mantiene y en muchos casos también de la pérdida del sentido ético, rayando en lo delictivo, pues resultado de una falta de formación de valores en el seno familiar, ha llevado a muchos médicos a caer en actos de corrupción en contra de los pacientes, como cobros indebidos o hacer abandono de sus turnos de trabajo. Las autoridades de la institución han sido incompetentes para imponer la disciplina o esta ha sido débil, consecuencia de su falta de autoridad moral y

perdida de legitimidad por problemas de escándalos de corrupción o incapacidad de gestión. Sólo a finales de la primera década del siglo y a principios de la segunda, hubo un intento serio de corregir estas deficiencias que llevaron a la caída en todos los indicadores de desempeño y la pérdida de la calidad de atención, caídas que no se han podido revertir y la calidad de la atención está muy lejos de niveles que armonicen con la aspiración del país de adherirse a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).<sup>(199)</sup>

Frente a esta deprimente situación, los usuarios no han logrado establecer un mecanismo efectivo de autodefensa, estando a merced del amparo tímido de la mismas autoridades de la institución, es decir de la Gerencia Central de Atención al Asegurado, que como tal ha perdido fuerza en la defensa de aquel, pues a diferencia de la antiguamente llamada Defensoría del Asegurado, esta no posee autonomía funcional ni administrativa y depende de la Gerencia General.

Así, se ha establecido un equilibrio de bajo nivel, en donde todo incremento en el gasto per cápita en salud, dirigido a mejorar la calidad de la atención, se licua en el incremento del gasto en remuneraciones, ampliación de la infraestructura, la compra de servicios a través de la asignación de fondos por insumos y por contratos con terceros para cerrar en algo la brecha negativa de la oferta, a la que obliga el incremento sustancial de la población asegurada, pero sin un real aumento del financiamiento por las nuevas aportaciones, llevando a la calidad a un nivel mínimo, en la que el usuario siente que ha sido bien atendido simplemente si al final logra la curación o el alivio, guardándose la frustración del sufrimiento por la demora en obtener aquello, tratando de olvidar las muchas veces que fue maltratado y mellado en su dignidad.

### **Los intentos de reforma de EsSalud**

Dentro del diseño de toda política pública, es una condición sine qua non que el objetivo de la misma sea resolver problemas que afectan a los ciudadanos, por tanto el valor de esta será medido en función de cuánto esta política ayudó a resolver los problemas que lo afectan. En relación a los problemas existentes en EsSalud, de acuerdo a esta perspectiva, la reforma de la institución “iniciada” en

2012, entre comillas, pues esta es la continuación de la que se planteó y empezó a ejecutarse entre el 2006 y el 2011, no está cumpliendo con los objetivos que se trazó, por el contrario, según todos los indicadores de desempeño, el nivel de gasto en inversión per cápita, el gasto por servicios de terceros, el número de quejas y el nivel de insatisfacción de los asegurados por la calidad de atención que reciben, ha sufrido un retroceso evidente entre 2012 y 2018.

Basta analizar dos de los indicadores fundamentales que reflejan la calidad de atención en un establecimiento de salud: la razón de mortalidad materna (RMM) y la tasa de mortalidad perinatal (TMP).

La RMM sufrió un descalabro entre 2010 y 2015, alcanzando cifras similares a las de principios del presente siglo, es decir en 2015 se registraron 45 muertes maternas en EsSalud con una RMM de 41 por cien mil recién nacidos vivos (RNV), cifra similar al 42 por cien mil RNV de 2001.<sup>(200)</sup> Posteriormente, según el Comité Nacional de Muerte Materna de EsSalud, se ha producido un descenso no consistente en el tiempo, a 34 en 2016, 33 en 2017, 43 en 2018 y 32 en 2019, razones muy por encima a la registrada el 2009 de 23 por cien mil RNV.

En lo que respecta a la Red Prestacional Almenara, en 2007 la RMM fue de 9.7 por cien mil RNV; en el 2008 de 8.2; 2009 de 14.9; 2010 de 30.0; 2011 de 50.2; 2012 de 21; 2013 de 50.9; 2014 de 18.9; y en 2015 de 50.6, similar al 49.6 registrado en 2006, revelando un gran retroceso.<sup>(200)</sup> En los últimos años, según el Comité Nacional se han registrado un descenso de la RMM, pero no sostenido en el tiempo, siendo en 2016 de 35.6; 2017 de 7.7; 2018 de 7.6; y por último en 2019 de 34.1 por cien mil RNV. Cifras preocupantes que evidentemente responden a la mala calidad de atención que se viene brindando en EsSalud.

En cuanto a la TMP, que por desconocida razón no es publicada dentro de la estadística institucional, su incremento también refuerza la idea del deterioro de la calidad que se produce en EsSalud.

En los años noventa del siglo pasado la TMP del HNGAI, ya para entonces un hospital de referencia, cabeza de la Red Asistencial Almenara (hoy RPA), estaba en el orden de 10.6 muertes perinatales por mil nacidos vivos (NV).<sup>(201)</sup> Esta cifra resultaba casi idéntica por aquella época, a la que exhibía el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, cabeza de la Red Asistencial Rebagliati (hoy Red Prestacional Rebagliati), de igual nivel de atención que el Almenara, que para el año 2000 era de 10.5 muertes perinatales por mil NV.<sup>(202)</sup> En tanto la TMP global en todo EsSalud era en 2000 de 15.6 muertes perinatales por mil NV y 9.5 para 2005.<sup>(203)</sup> Sin embargo, según cifras del Sistema Informático Perinatal y de la Unidad de Estadística del HNGAI, la TMP en el Almenara en 2015 fue de 27.4 muertes perinatales por mil NV y para el 2017 de 22.1. No ver en estos indicadores una situación muy delicada del estado en que se encuentra la calidad de atención en el Seguro Social de Salud sería torpe. Esta es la realidad, y no va cambiar por más campaña publicitaria y de marketing que las autoridades encarguen hacer, y no se enfrente con una real reforma al interior de la institución, que implique cambios estructurales en esta.

Se ha pensado, debatido y escrito mucho sobre la reforma del Seguro Social de Salud, pero todos los intentos de reforma no han logrado los objetivos que se trazaron, salvo la más seria, la emprendida entre el 2006 y 2011, pues atacaba en parte defectos estructurales en la institución y por primera vez se planteó la alianza estratégica con el sector privado y público, pero transfiriendo riesgos a través de las Asociaciones Público Privadas. Sin embargo, pruritos ideológicos de la gestión que se inició en el segundo semestre de 2011, desandó lo avanzado, y la gestión que se inició a finales de 2012 no logró imprimir el ímpetu necesario para retomar o iniciar una cabal reforma.

Se han ideado planes estratégicos y operativos, guías, normas y directivas, se ha incrementado los recursos humanos, tanto de médicos como enfermeras y otros, y en algún grado la infraestructura y el equipamiento, como se ha mostrado en esta revisión, sin embargo no impactan en la mejora de la calidad, quedado revelada la verdad de lo afirmado por Michael Porter, que “el valor público en el

cuidado de la salud debe ser medido por los resultados obtenidos y no por el volumen de los servicios suministrados”.<sup>(204)</sup>

No parece que haya falta de claridad en los objetivos y que esto esté llevando a enfoques divergentes que obstaculicen la mejora en el rendimiento y la elevación de la calidad. Todos los actores están preocupados por el beneficio social de tener acceso a la salud en forma oportuna, con calidad, calidez y a un costo razonable. Los gobernantes, empleadores, proveedores de servicios y los asegurados están de acuerdo, hay consenso en considerar que el objetivo general de la reforma de EsSalud es lograr un sistema integrado y eficiente que garantice y promueva el derecho de los asegurados a un estado de bienestar físico, mental y social, que prevenga enfermedades y daños a la salud, y que también garantice la recuperación y rehabilitación de esta, pero ¿Por qué las reformas no funcionan?

La reforma de EsSalud impulsada en 2006, analizada y discutida en dos foros internacionales denominados, “Hacia la Reforma del Seguro Social de Salud EsSalud” (I Foro, 2007) y “Reforma de EsSalud: alternativas para un modelo tradicional agotado” (II Foro, 2008), planteaba un cambio en el modelo de gestión y una transformación del modelo de atención, buscando generar competitividad y otorgar poder al asegurado. Lamentablemente, resulta extraño, los libros que presentan los discursos y ponencias de los participantes, no se encuentran colgados en el Repositorio Institucional.<sup>(205)</sup>

Se puso énfasis en “La construcción de un seguro social centrado en el asegurado”, es decir la propuesta de la modernización de EsSalud se sustentaba en la “revalorización del ciudadano como el elemento central de las políticas públicas” y se planteaba superar la vieja “visión endogámica” en la cual el asegurado era un cautivo del sistema, por una “visión centrada en el asegurado”, en la que este se convierte en la “razón de ser” del sistema, al ser este, el usuario, “el dueño”, pues paga por un servicio oportuno y de calidad y “exige más eficiencia en el uso de sus aportes”.<sup>(160)</sup>

En tal sentido la misión del Plan Estratégico 2008-2011 declara “Somos un seguro social de salud que brinda una atención integral con calidad, calidez y eficiencia para mantener saludables a nuestros asegurados” y su visión “Hacia un servicio centrado en el asegurado que supere sus expectativas y mejore su bienestar”.

Dentro de su objetivo estratégico 1, plantea “Mejorar la atención al asegurado y el acceso a los servicios de salud”, establece como objetivo específico “Implantar y consolidar una Cultura de Atención al Asegurado”, con una disminución de la brecha entre la oferta y la demanda, con provisión de servicios oportuna y eficientemente, con un aumento de la infraestructura y el equipamiento. El objetivo estratégico 2 enfatiza dar prioridad al enfoque preventivo sobre el recuperativo de la salud, y subraya “Mejorar la salud del asegurado orientado por prioridades sanitarias y el fortalecimiento del servicio con énfasis en la atención primaria”. Además, se plantea como objetivo estratégico 3, “Implantar un nuevo modelo prestador-asegurador basado en la separación de roles”, con el objetivo específico de maximizar el uso de los recursos basado en este, fortalecer y gobernar los riesgos del rol asegurador/financiador, ampliar la cobertura y desconcentrar la gestión; y por último, el objetivo estratégico 4, plantea “Implantar una gestión por resultados y fortalecer los principales procesos de soporte”, poniendo énfasis en la modernización de la gestión, es decir buscando una “Gestión por resultados e indicadores”, “Gobernar los costos tanto del prestador como del asegurador-financiador”, “Mejorar los ingresos y proteger el fondo del seguro social”, “Potenciar el recurso humano para mejorar el servicio” y “Mejorar el sistema de información”.<sup>(206)</sup>

El objetivo era claro, la institución debía garantizar a los asegurados acceso a los servicios de salud de la forma más efectiva y eficiente posible. Se establecieron acuerdos de gestión para la oferta propia de servicios de la institución. Se realizaron convenios público-públicos con gobiernos locales, el MINSA, las Fuerzas Armadas y universidades públicas. Y además, se establecieron alianzas con asociaciones público-privadas (APP), empresas, cooperativas, ONG y organizaciones religiosas y universidades.

Así, EsSalud se convirtió en la primera institución de salud en el Perú que estableció las primeras APP de bata blanca en el 2010, bajo la modalidad de iniciativa privada. Firmándose la adjudicación de 4 contratos:

1. El Hospital II Callao y Centro de Atención Primaria al Consorcio Callao Salud SAC.

2. El Hospital II Villa María del Triunfo y Centro de Atención Primaria al Consorcio Villa María del Triunfo SAC.

En ambos proyectos EsSalud proveería los terrenos y los consorcios estarían a cargo de la construcción, equipamiento y gestión de los hospitales y centros de atención primaria por un periodo de 30 años, después del cual estos con todas sus instalaciones revertirán y serían gestionados directamente por EsSalud. El 30 de abril del 2012 se colocó la primera piedra para la construcción de ambos hospitales y el 30 de abril de 2014, dos años después, se dio el inicio a las operaciones establecidas en los Contratos de APP, todo un record en tiempo de construcción de un hospital en el Perú.<sup>(207)</sup>

3. La Gestión Logística de Almacenes y Farmacias a la empresa brasileña SALOG SA. Este contrato fue suscrito el 5 de febrero del 2010, y constituye el derecho de superficie, la construcción de infraestructura, equipamiento e implementación y gestión logística del almacenamiento, distribución y entrega de materiales en la red de almacenes y farmacias de EsSalud por un periodo de 10 años, terminando con el caos crónico reinante en estos; y

4. La Torre Trecca Consultorios Externos, al Consorcio TRECCA. Este contrato fue suscrito el 26 de agosto del 2010, para la remodelación e implementación de infraestructura, equipamiento, gestión y prestación de servicios asistenciales y administrativos de una torre de consultorios externos, por un periodo de 20 años, la misma que se construyó a principios de los años setenta del siglo pasado y que nunca se concluyó, quedando solo en casco.<sup>(208)</sup> Lamentablemente por una serie de observaciones con intencionalidad política de la gestión de EsSalud

iniciada en agosto del 2011 y de la Municipalidad de Jesús María bloquearon la ejecución del contrato; posteriormente subsanadas las observaciones, por el paso de los años se incrementaron los costos de la construcción, surgiendo el conflicto por quien asumía este. Finalmente se llega a un acuerdo, pero por problemas del cambio en las normas de construcción se entrapa nuevamente la ejecución de la obra hasta el día de hoy.

Las APP representan en verdad una oportunidad para reducir la brecha de infraestructura física negativa en EsSalud, que se traduce en una demanda de servicios insatisfecha. Todos estos contratos presentan características en común, al ser derivados de iniciativas privadas. Son estandarizados, pues poseían una estructura común, salvo los capítulos del régimen económico y financiero; pero la remuneración económica de los hospitales difiere un tanto de la torre de consultorios externos y también al de la gestión logística, y estos entre sí, teniendo implicancias en la parte financiera. Son autosostenibles, ya que él que paga por el servicio es el asegurado a través del aporte que hace el empleador a nombre del trabajador. Por último, son estructurados bajo el esquema de modelos de costos, es decir el riesgo de la demanda corresponde a EsSalud y el riesgo del servicio al operador especializado y privado. <sup>(208)</sup>

La Reforma iniciada en la primera década del siglo tenía un rumbo claro y si bien no era perfecta, había empezado a dar sus frutos y para el año 2011 EsSalud mostraba los mejores indicadores de desempeño del presente siglo, como se ha apuntado anteriormente, pero a pesar de ello, lamentablemente por cuestiones ideológicas y no técnicas, se empezó a revertir lo andado y en 2012 empezó la catástrofe de la cual aún la institución no se recupera.

Como se ha señalado “la calidad de vida y los servicios de salud pueden ser evaluados por dos indicadores fundamentales: mortalidad materna y perinatal”. <sup>(209)</sup> Si esto es así, la idea de lo catastrófico de la situación no es exagerada, pues estos dos indicadores han experimentado retrocesos muy importantes, así como los de desempeño, como se ha mostrado. Pero la ideología

trajo abajo un intento claro de real reforma de la institución. Una prueba de este desandar es que a 2011 había en la institución una cartera de proyectos en proceso bajo la modalidad de APP, el Hospital Nivel II Ate Vitarte, centros de hemodiálisis, iniciativa privada de laboratorios y unidades básicas de atención primaria, que se dejaron de lado, con argumentos no consistentes y desconocimiento de políticas públicas efectivas, con gran repercusión en la calidad del servicio que se presta, pues ni utilizando sus propios recursos EsSalud ha podido incrementar la oferta de servicios desde el 2014.

La última ampliación de la oferta se produjo previa al año 2014, con la construcción de los dos hospitales por APP que se han mencionado; mientras que utilizando directamente sus recursos se construyó la Nueva Consulta Externa y Emergencia del HNGAI, el Nuevo Hospital II de Abancay, el Nuevo Hospital Regional de Alta Complejidad de la Libertad, el Nuevo Hospital de Tarapoto, y el Centro de Emergencia de Lima Metropolitana (que terminó convirtiéndose en la Nueva Emergencia del Rebagliati), además de la construcción del Centro de Producción de Radiofármacos (Ciclotrón), todos cuyos proyectos, expedientes técnicos, financiamiento e inicio de construcción (excepto el Centro de Emergencia de Lima Metropolitana) se gestaron antes del 2011, en la gestión 2006 - 2011.<sup>(160) (210)</sup>

Posteriormente a este esfuerzo encomiable, se ha echado mano y con mayor intensidad al viejo recurso de las tercerizaciones, habiéndose elevado el gasto per cápita por estas de 98.8 soles en 2012 a 203.5 soles en 2018.<sup>(80) (139) (141)</sup> Estos servicios comprados a privados no solo resultan onerosos para la institución, sino que tienen el defecto de no transferir riesgos a los proveedores, y lo que es peor, favorece intereses de rentistas que trabajan al interior de la institución, incluyendo a médicos.

Sin embargo, la sensatez se impuso, después de un año terrible para la institución como fue 2012, y a través del Decreto supremo N° 016-2012-TR se declara la reorganización de la institución “a fin de garantizar la efectiva prestación de los servicios que brinda a los asegurados, así como la intangibilidad de sus recursos

en el marco del derecho a la seguridad social en salud y los principios de solidaridad, transparencia, participación y eficiencia”, y se dispone que el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo presente un diagnóstico de la situación de la institución, que a decir verdad es el enésimo que se presenta.

Se pasó a constituir una Comisión Reorganizadora de EsSalud, la cual emitió una serie de recomendaciones que fueron recogidas en Plan Estratégico 2017-2021, cuyo objetivo era dar mayor eficiencia a la gestión y utilización de los recursos, además de fortalecer la política del Aseguramiento Universal en Salud. Se planteó la homologación de todos los estándares del sector, como la identificación por el DNI, el establecimiento de códigos de medicamentos, material, equipo médicos, etc., así como de procedimientos, guías de práctica clínica y otros. Asimismo, la suscripción de convenios de intercambio prestacional, compras conjuntas con el Sistema Integral de Salud (SIS) y coordinación con este para la captación de personas no aseguradas; la categorización, acreditación y registro de todos los establecimientos de EsSalud ante SUSALUD; y la facilitación del expendio de medicamentos a sus afiliados a través del intercambio prestacional e inversión conjunta en infraestructura.<sup>(133)</sup>

En realidad nada nuevo que no se haya buscado y ya avanzado antes. Además, la Comisión se mostró a favor de la separación de roles, que venía siendo promovida e impulsada en la institución desde el 2007, es decir la separación de la función aseguramiento/financiamiento de la prestación del servicio, estrategia orientada a obtener satisfacción en el usuario, a través del cumplimiento de las garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, es decir aumentar la cobertura, la eficiencia, mejorar la calidad y el control de la atención a los asegurados. La especialización y diferenciación de las funciones de aseguramiento y prestación de servicios en resumen permitiría mejorar el desempeño en el uso del financiamiento y mejorar la prestación de los servicios a los asegurados. Otra ventaja sería establecer una coordinación efectiva de EsSalud con otras entidades públicas.<sup>(133) (211)</sup> Todas estas recomendaciones se han venido implementado en la institución.<sup>(212)</sup>

En 2019 dentro del camino y sentido de la reforma de EsSalud iniciado en la primera década del siglo y acorde a la política de aseguramiento universal en salud en el Perú, EsSalud presentó el Libro Blanco “Hacia la Modernización de la Seguridad Social en el Perú”, en dos tomos, elaborado con el apoyo del Banco Mundial.<sup>(213) (214)</sup> En este libro se diseñan las reformas y estrategias que se debería implementar en los próximos años para que el Seguro Social de Salud logre brindar servicios de salud eficientes y oportunos, con calidad y calidez a los asegurados, y tal como se planteó en la reforma iniciada en el 2007, se busca poner en el centro de las decisiones al paciente asegurado, es decir que la satisfacción del asegurado se constituya en el eje principal de la institución, transformando el modelo de gestión, priorizando el enfoque preventivo y promocional sobre el recuperativo, descentralizando la atención y que esta sea integral, de calidad, y provista con eficiencia y transparencia. Se plantea un “cambio del desempeño en EsSalud” y teóricamente este cambio sería el fruto de actuar en cuatro dimensiones de políticas y estrategias:

1. Derechos en salud, para ampliar el acceso a la salud con una “cobertura efectiva”, reduciendo la brecha entre la necesidad de servicios y el uso de estos por los asegurados.
2. Gestión de la atención de salud para lograr calidad y seguridad en la atención de salud, maximizando los beneficios para la salud del asegurado sin aumentar sus riesgos.
3. Financiamiento y uso de los recursos, para lograr mejoras en la eficiencia, es decir alcanzar el mayor nivel en el objetivo final con los recursos disponibles, siendo los efectos potenciales equiparables a un aumento del nivel de gasto. Por otro lado, se plantea lograr la sostenibilidad financiera de la institución.
4. Gobernanza y organización, para lograr una efectiva participación, transparencia del desempeño y de la utilización de los recursos, y la rendición de cuentas. “Se busca ampliar la participación de los asegurados,

para que estos mejoren su comprensión sobre los servicios a los que tienen derecho y, de este modo, estén en mayor capacidad de exigirlos”.

Todas estas políticas, estrategias y objetivos intermedios buscan en los objetivos finales planteados en el Libro Blanco, mejorar el estado de salud de los asegurados, lograr la satisfacción de sus necesidades y expectativas, y asegurar la protección financiera y la atención de salud de los asegurados en forma sostenible. <sup>(213)</sup>

Por lo tanto, son casi 25 años que se busca lograr un sistema de seguridad social de salud con la mayor eficiencia en la utilización de sus recursos, que garantice a los asegurados a acceder a atenciones de salud oportunas y de la mayor calidad, si consideramos la reforma que se inició en 1997, que con la finalidad de mejorar las prestaciones de salud que se brindaban a los trabajadores, el gobierno de entonces emitió la Ley 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento mediante el Decreto Supremo 009-97-SA, que permitió el ingreso de empresas privadas para cubrir las atenciones de salud de capa simple, cuyo objetivo era descongestionar los hospitales del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), hoy EsSalud. <sup>(171) (215)</sup>.

La pregunta es ¿Se ha logrado el cumplimiento de las garantías explícitas de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad? Evidentemente la respuesta es, no. Y la situación empeorará, sino se ejecuta una reforma estructural. A modo de recopilación, he aquí las razones:

1. Una percepción de insatisfacción de la mayoría de los usuarios (asegurados), que se traduce principalmente en los tiempos de espera para la obtención de citas o para recibir la atención misma en el consultorio, que para aquellos en edad laboral es más mortificante, pues tiene un costo que tiene que asumir, pues afecta su productividad y sus ingresos.

Para valorar el costo que supone que el paciente permanezca sin poder trabajar, hay que tomar en cuenta, según la lógica del costo de

oportunidad, la estimación de la producción perdida como consecuencia de la inactividad del individuo. El valor de esta pérdida se podría aproximar a la diferencia en el importe de los salarios que el paciente trabajador percibe, por la no ejecución de horas extras o el no pago de bonificaciones relacionadas a trabajo efectivo, siendo otras veces los descansos médicos prolongados, que afectan no solo a su economía, sino a la del país, pues reduce su nivel de consumo.

La insatisfacción de los usuarios está sellada en el maltrato que recibe en los diferentes estamentos de la institución, sea por personal asistencial o administrativo. Ha sido puesto de manifiesto en el desarrollo de la presente investigación, que los usuarios de la consulta externa reclaman que se les trate dignamente y con respeto, que se les hable claro y de forma sencilla para que puedan entender las explicaciones brindadas, que se les atienda de acuerdo al orden de llegada, que sus dudas sea absueltas de inmediato, que se respete su intimidad, o que el establecimiento de salud al que acude cuente con los equipos operativos y en buen estado.

Es una realidad a lo largo de la historia de la institución, que los formuladores de las políticas y las estrategias que se llevan a cabo, no sienten en carne propia lo que viven a diario los asegurados cuando buscan atención en los diferentes establecimientos del Seguro y no son los que enfrentan trámites engorrosos, reciben servicios de mala o regular calidad, muchas veces ineficaces. Sin embargo, son escasos los mecanismos de participación de los sufridos usuarios en el control de la calidad del servicio.

La exigencia de calidad en la atención que se brinda no podrá ser brindada ni resueltos los problemas causantes de su detrimento, con solo el maquillaje de medidas superficiales que no ataquen la raíz del problema, se requiere de una cirugía plástica reconstructiva y no estética para que las soluciones sean permanentes en el tiempo.

2. Es imprescindible que los mecanismos y procesos detrás de la atención sean sustantivamente reemplazados y ello va engarzado no solo a una mayor inversión en salud, con aumento en el número de recursos humanos, de infraestructura o equipos, no, va más allá. Tampoco tiene que ver con solo disponer de la capacidad de tomar decisiones y ejecutarlas, sino, lo que es más importante, la forma como se toman éstas.

Es una constante que el Estado a través de los gobiernos, ha ejercido dentro del Seguro Social de Salud una posición de autoridad, ignorando la presencia y activa participación de los verdaderos dueños del Seguro Social de Salud que son los asegurados, y su actuar muchas veces incapaz, otras populista y demagógica, ha hipotecado el porvenir de la institución, es decir no ha ejercido la gobernanza o buen gobierno, tan solo ha ejercido una posición de poder sin incluir la presencia real y participación activa del más importante de los actores, el asegurado o el usuario del servicio.

Solo a través de la gobernanza y dentro de un juego de posiciones simétricas de poder, donde se rocojan las demandas, se tenga acceso a la información, exista transparencia en los procesos, y haya una clara rendición de cuentas, evaluación y control por parte de los asegurados, podrá ser posible la consolidación de reglas claras de juego que rescaten a EsSalud del hoyo profundo de la ineficiencia, desidia y corrupción en que se encuentra, a pesar de los esfuerzos aislados de gente honesta muy técnica y eficiente, existente al interior de la institución.

Estas nuevas reglas nacidas del consenso tendrán una estabilidad asegurada, y así, solo así, se podrá lograr revertir esta situación de crisis permanente y peligro de quiebra de EsSalud. <sup>(216)</sup>

3. Una sostenibilidad financiera en real peligro resultado de medidas antitécnicas, demagógicas y populistas, dictadas por los políticos y avaladas por los funcionarios de la institución, o criticadas tibiamente por

estos, que ha llevado a una disminución tramposa de la aportación del 9 % de la remuneración, secuela de todos los recortes por regímenes especiales o excepciones, ha terminado en un aporte real del 6.5 %, todas propiciadas por los sucesivos gobiernos de turno, convertidos en grandes mandamaces de la institución, con atribuciones de juez y parte. <sup>(167) (217) (214)</sup>

Esta situación ha llevado a la consiguiente disminución del gasto per cápita en salud, como se ha revelado. Con tal gasto en salud, es poco menos que imposible que EsSalud se sostenga financieramente y brinde una atención con los mejores estándares de calidad. Si a esta realidad se suma otra, el despilfarro por ineficiencia en el gasto y la corrupción instalada no solo en los sistemas de logística, sino a todo nivel, incluyendo la prestación misma en la consulta o la gestión de los servicios y departamentos asistenciales, el panorama se oscurece aún más. Por tanto, la eficiencia y una efectiva supervisión y control puede mejorar sustancialmente el uso de los recursos. En ello la capacidad de la gobernanza de la institución y la participación democrática y efectiva de los asegurados en la gestión, así como una real rendición de cuentas de esta, ha de ser crucial para una transformación de la institución. <sup>(218) (219)</sup>

4. Se constata una demanda de atención de salud muy superior al la oferta. En la actualidad este incremento es casi imposible atender y menos hacerlo con calidad. Existe una brecha negativa de infraestructura, que se calculaba en el 2014 demandaría una inversión 4 868 millones de soles para cerrarla en el nivel I y de 16 282 millones en el Nivel II y III, aunque actualmente se calcula una inversión global aproximada de S/. 32 000 millones de soles <sup>(133) (181)</sup>

A esta se suma la carencia sustantiva de recursos humanos en EsSalud, la cual no solo afecta al Seguro, sino a todo el sistema de salud del Perú, así como a otros países. Esta carencia tiene un gran impacto en la salud de la población asegurada y no asegurada. A 2018, el Perú contaba con solo 12.8 médicos por cada diez mil habitantes, cifra que está muy por debajo

del promedio de los países perteneciente a la OCDE, según el coordinador del Programa de Asistencia Técnica al Ministerio de Salud (Minsa) de la Cooperación Italiana. Se calcula que hay un déficit de 6 700 médicos en el Minsa y 7 200 en Essalud, y que en relación a médicos especialistas, “existe un déficit general (tanto en el MINSA como en EsSalud) de más de 9 000 médicos de todas las especialidades clínicas y de cerca de 4 000 en cirugía”.<sup>(220)</sup>

Para empeorar la situación, el Perú se ha convertido en un país exportador de profesionales de la salud. Entre 1994 y 2011 emigraron al extranjero no solo 8 537 médicos, sino también 12 704 enfermeras, no existiendo datos que indiquen que esta situación se haya revertido.<sup>(221)</sup> En un estudio de hace 13 años, no obstante no se perciben condiciones objetivas para pensar que esta situación haya cambiado, se encontró que la aspiración del 38.3 % de los internos de medicina de la UNMSM era desarrollarse profesionalmente en el extranjero, principalmente asociada a factores de tipo económico.<sup>(222)</sup>

5. Los problemas de la mala calidad de atención que se brinda en EsSalud, dentro de un contexto de peligro de la sostenibilidad financiera y un número insuficiente de recursos humanos para enfrentar la creciente demanda, se verán empeorados, sino se cambia el libreto que no ha dado resultados a lo largo de los últimos 25 años, pues emerge un nuevo desafío a enfrentar y que significará un gran costo para la institución, pues los cambios en las curvas de crecimiento de la población y en la conformación de la pirámide poblacional evidencian una transición epidemiológica.

Es un hecho que los programas de planificación familiar a partir de la década del setenta del Siglo XX, cumplieron con el objetivo de un efectivo control de la natalidad, empezándose a observar una distribución menor de la población infantil y un envejecimiento poblacional, características de la transición epidemiológica.

Otro indicador que muestra que el país se encuentra en esta dinámica de transición, es la multiplicación de las enfermedades crónicas no transmisibles. El descenso en la mortalidad se concentra selectivamente en las causas de muerte por enfermedades infecciosas transmisibles y tiende a beneficiar a los grupos de edades más jóvenes. Pero la supervivencia progresiva más allá de la infancia aumentará el grado de exposición a factores de riesgo asociados con enfermedades crónicas y por lesiones. Por otro lado, el descenso de la fecundidad afectará la estructura por edades y repercutirá sobre el perfil de morbilidad. <sup>(150)</sup>

En este contexto el principal desafío que debe enfrentar la institución, con respecto a las enfermedades no transmisibles, por su magnitud, frecuencia, ritmo de crecimiento y el costo que significa para los Sistema de Salud, es el sobrepeso y la obesidad, pues actuando sobre estos factores se favorecerá la prevención de las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades isquémicas del corazón, la enfermedad hipertensiva, la diabetes, la insuficiencia renal y en alguna medida de las neoplasias, todas estas enfermedades no transmisibles.

Por lo tanto, enfrentar este reto con el modelo de atención recuperativo que ha primado a lo largo de la existencia de la institución, con solo periodos de intentos de enfocarse en un modelo preventivo promocional, que la mayoría de veces resultaron solo declarativos, conducirá a un agravamiento aún mayor de la crisis económica y organizacional de la institución, sino se empieza a considerar el gasto en la prevención primaria de estas enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables, como una inversión que a la alarga beneficia a la productividad y el desarrollo económico del país. Este cambio en serio del enfoque, solo será posible dentro de una reforma estructural de la institución tal como lo plantea esta tesis.

Actuar sobre el sobrepeso y la obesidad, así como reducir las complicaciones en el embarazo de forma preconcepcional, llevará a la

prevención de problemas en los recién nacidos, con el resultado de niños sanos y fuertes, factor positivo para prevenir y disminuir los riesgos de enfermedades crónicas o degenerativas en el adulto, y que garantizarán una población económicamente activa, más productiva, que asegure una mayor calidad de vida y finalmente una sociedad más armónica, sana, equitativa y justa. <sup>(223) (224) (225)</sup>

En la actualidad la población adulta mayor en el país crece a un ritmo que ha provocado que el 75 % de las personas mayores de 80 años del país se atienden en EsSalud, al igual que el 15 % de las personas mayores de 60 años, consumiendo estos grupos etarios el 30 % del presupuesto, siendo los que menos aportan por su condición de jubilados o cesantes. <sup>(181)</sup> Con la transición demográfica hacia una población adulta mayor en crecimiento constante en el tiempo, de no tomarse las medidas correctivas pertinentes para proveer a EsSalud de mayores recursos, el futuro del Seguro se hace incierto.

### **Las reformas estructurales que EsSalud necesita**

No han bastado las buenas intenciones al momento de diseñar las políticas, estrategias y planes para lograr el objetivo de ofertar una atención oportuna, de calidad y eficiencia, como tampoco organizar en el papel una concertación de voluntades entre todos los actores involucrados, porque esta no ha sido efectivamente real. Es un hecho que pesa más el criterio de la autoridad que impone y actúa como dueño y mandamás de EsSalud, es decir del gobierno de turno a través de sus representantes, esto incluye a la Presidencia Ejecutiva que nace de su voluntad, contando casi siempre con el apoyo de los representantes de los empleadores, con los cuales la mayoría en el Directorio está garantizada, dejando de lado alguna opinión contraria de los representantes de los trabajadores, o lo que es peor, dando estos el amén a toda propuesta que parta de aquellos. Por tanto, es necesario que dicha concertación de voluntades sea conducida por una Presidencia Ejecutiva y un Directorio, no solo legalmente constituidos, sino legítimamente nacidos de la aceptación y el consenso de todos los actores, pues solo la legitimidad reforzará la idea de que hay justicia y razón en la realización del gran cambio que EsSalud necesita.

Solo una Presidencia Ejecutiva y un Directorio autónomos del poder de turno podrá gestionar la institución como lo que es, un seguro de salud, bajo los principios de la seguridad social de universalidad, solidaridad, eficiencia, equidad e igualdad, calidad, unidad, participación y subsidiaridad del Estado. <sup>(215)</sup>. Esta autonomía del poder de turno es imprescindible para defender la sostenibilidad financiera de la institución frontalmente frente al poder, así como de intereses ajenos a esta y los asegurados. En esta falta de legitimidad gravita una de las causas del porque todo intento de reforma de EsSalud no logra ser exitosa y perdurable en el tiempo. En consecuencia, la primera reforma estructural que EsSalud necesita es cambiar la forma como se elige el presidente ejecutivo de EsSalud.

Sin embargo, si la falta de legitimidad es crucial en la transformación del modelo de atención, el cambio del modelo de gestión y la defensa de los intereses de EsSalud, lo es también la participación efectiva de los asegurados, a través de no solo legales, sino legítimos representantes. Y aquí subyace otra de las causas del fracaso final de todo intento de reforma que se ha planteado, pues los representantes legales de los trabajadores del sector público, privado y de los pensionistas en el directorio, han carecido y carecen de la legitimidad de tales y no encarnan ni defienden a cabalidad, los intereses y expectativas de aquellos.

Los trabajadores no cuentan con una representación que garantice su participación efectiva en el destino de la institución, siendo los verdaderos dueños de esta y los más interesados de contar con un sistema de salud eficiente, que cubra todo el ciclo de la vida. Pero la participación de los diferentes colectivos beneficiarios del seguro de salud en la dirección de la institución, hasta hoy, es meramente formal y no reflejan el sentir de los trabajadores asegurados, no los representan a cabalidad ni defienden sus intereses como usuarios o pacientes, jamás se pronuncian públicamente como tales, para apoyar o rechazar los diferentes cambios que se ejecutan en la gestión o para aportar ideas para el perfeccionamiento de estos o para plantear nuevas estrategias. <sup>(226)</sup>

Los asegurados en su inmensa mayoría se sienten abandonados a su suerte, indefensos, defraudados y frustrados; otros resignados y teniendo posibilidad económica, gastan de su bolsillo para obtener la calidad de atención acorde a sus expectativas. En 2017 se estimó que la probabilidad que los asegurados realicen gasto de bolsillo para una consulta externa era de 52 %, mientras que para los servicios de hospitalización e intervención quirúrgica esta se encontró en 21 y 29 %, respectivamente. Así mismo, se calculó que el gasto de bolsillo anual en medicamentos en 2017 era de 516 soles, que representa un incremento de 11.2 % en relación a 2012, cuando se estimó que era de 464 soles. <sup>(213)</sup>

Al hacer uso de la oferta privada el asegurado la contrasta con la del Seguro, se decepciona, reniega de este y pierde confianza, como se hace evidente en una encuesta de 2015, en la cual el 49 % de los asegurados señalaba sentir desconfianza de EsSalud.<sup>(213)</sup> No obstante que han pasado siete años de la realización de esta encuesta, no hay razones para pensar que ese sentimiento no persista. El asegurado hoy en día es cada vez más exigente, resultado sus experiencias en el sector privado y de su mayor acceso a la información a través de las nuevas tecnologías de comunicación. Entonces cada vez es mayor el aumento de las demandas y expectativas de los asegurados, que hacen vano cualquier esfuerzo por ofrecer estándares mínimos de calidad, la exigencia hoy es la excelencia en el servicio que se brinda.

Ahora, las preguntas son ¿Quién canaliza esta demanda de mayor calidad?  
¿Quién defiende los derechos del usuario a cabalidad frente a las autoridades?  
¿Quién hace notar a los asegurados que tienen representantes en la conducción del seguro social?

Este razonamiento sobre la legitimidad de los representantes de los trabajadores en el Directorio se podría plantear también respecto de los representantes de los empleadores, pero en verdad, dado que con toda seguridad no son usuarios de EsSalud, su interés por el Seguro solo se manifiesta en cuanto pueda rozar con los intereses empresariales que representan.

En todo discurso de reforma de EsSalud ha de escucharse de la participación efectiva de los trabajadores o asegurados en la conducción de la institución, o como se alcanza a leer en el prólogo del Libro Blanco “Hacia la Modernización de la Seguridad Social en el Perú”, que es necesaria “la participación del asegurado en la gobernanza de la seguridad social, a través de institucionalizar mecanismos de vigilancia ciudadana de los servicios de salud”.<sup>(213)</sup> Sin embargo, como en otras ocasiones ello no pasará de ser solo una buena intención, sino se toman acciones concretas que aterricen en una real participación, a través de una legítima representación de los asegurados, pero esta implicación o colaboración debe ser informada, transparente, con claridad en el uso de los conceptos universalmente aceptados y que responda única y exclusivamente a los intereses de aquellos. Solo los verdaderos dueños de Essalud, a través de una cabal representación, legal y legítima, podrá defender la prioridad de lo preventivo sobre lo curativo, la oportunidad y calidad de atención en lo preventivo, curativo y recuperativo, la implantación de un sistema de evaluación y control vigoroso que plasme la eficiencia e impida la corrupción, y la sostenibilidad y protección financiera, tanto del sistema como del bolsillo de los asegurados.

En la Constitución de 1993, las disposiciones sobre la seguridad social no se encuentran dentro del Capítulo “Derechos Fundamentales”, sino dentro del de “Derechos Económicos y Sociales”, en otras palabras la seguridad social ya no es considerada un derecho fundamental, sino económico social, reforzándose esta apreciación en su descripción sucinta, lo que conlleva a una reducción de “su eficacia como disposiciones y principios constitucionales en materia de seguridad social”. Sin embargo, se considera que el derecho a la seguridad social sigue siendo uno fundamental, pues los entendidos afirman que, aunque en la relación de derechos dentro del título “Fundamentales”, su mención no es taxativa, en el mismo a la letra se afirma que, “La enumeración de los derechos establecidos en este Capítulo no excluye los demás que la Constitución garantiza”, por tanto, se puede colegir que sigue siendo fundamental.<sup>(215)</sup>

Por otro lado, reforzando la idea que sigue siendo un derecho fundamental, se afirma que la Constitución de 1993 no hace diferencias entre los derechos

económicos y sociales, y los derechos definidos como “Fundamentales de la Persona”. Además, que todos estos derechos reconocidos en la Constitución, sean definidos como fundamentales o no, “son protegidos por una acción de garantía, la mayoría de ellos mediante la acción de amparo”.<sup>(215)</sup>

Dentro de la reducción de la eficacia en las disposiciones y principios constitucionales, la Constitución de 1993 reconociéndolos, menoscaba los principios de universalidad e integralidad de la seguridad social con un compromiso menor por parte del Estado, pues de la **garantía de acceso a la seguridad social** consignada en la Constitución de 1979, se pasó al **reconocimiento de la seguridad social** en la Constitución de 1993; y de la **enunciación de las contingencias cubiertas** por la seguridad social, se pasó a un sucinto mandato que **encarga a la ley el reconocimiento de las contingencias cubiertas**.<sup>(215)</sup>

Sin embargo, hay un “gran cambio constitucional en materia de seguridad social”, y este se da cuando en la Constitución de 1993 se estableció la libertad de acceso a las prestaciones de salud y pensiones, “a través de entidades privadas, públicas o mixtas, encargándose al Estado la supervisión de tales actividades”, es decir, se admitía por primera vez la existencia de entidades privadas, complementarias o especializadas, que brindaban servicios en seguridad social, a diferencia de lo explicitado en la Constitución de 1979 que establecía que “una institución autónoma y descentralizada, con personería de derecho público y fondos aportados por el Estado, trabajadores y empleadores” tenía a su cargo la seguridad social.<sup>(215)</sup>

De la administración estatal exclusiva, a través del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) que consagraba la Constitución de 1979, se pasó a un esquema constitucional que permitió la coexistencia de sistemas privados o mixtos de seguridad social, con diversos entes reguladores del Estado para supervisar el funcionamiento de tales sistemas (Constitución de 1993). Así, el IPSS fue sustituido por el Seguro Social de Salud (ESSALUD), creado simplemente por Ley, la N° 27056, lo que significó que la institución al dejar de contar con

reconocimiento constitucional, perdió autonomía y pasó a depender del Ministerio de Trabajo y Promoción Social.<sup>(176)</sup>

De administrar los fondos pensionales y de salud de los trabajadores asegurados, pasó, dentro de un sistema plural, a administrar solo el fondo de salud correspondiente al régimen contributivo y a otorgar prestaciones de salud, económicas, y sociales. Además, se cuenta con un sistema complementario de salud dentro del régimen contributivo, a cargo de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), y dentro de un régimen no contributivo, al Sistema Integral de Salud (SIS). El sistema pensionario quedó a cargo de la Oficina de Normalización Previsional (ONP) – público, y las Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (AFP) – privado.<sup>(215)</sup>

La ley de creación de Essalud señala que su Consejo Directivo es el órgano que dirige la política institucional y su supervisión, estableciendo como sus competencias, “dictar las políticas y lineamientos institucionales”; “aprobar el Balance General, la Memoria y el Presupuesto Anual que presenta el Presidente Ejecutivo”; propone “a través del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, la modificación de la tasa de aportación y del porcentaje de crédito del régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, de acuerdo con el estudio financiero actuarial” y emite una opinión técnica al respecto; propone “al Ministerio de Trabajo y Promoción Social los proyectos de normas legales” dentro de la competencia del EsSalud; dicta “disposiciones relacionadas con las obligaciones de las entidades empleadoras y sus asegurados”; fija “las dietas de los consejeros por asistencia a sesión”, entre otras que le pueda conferir la Ley.<sup>(176)</sup>

Las competencias otorgadas son una mezcla de las formas de dirección de una aseguradora privada y la de una pública, con una autonomía en el papel significativa, sin embargo en la práctica no lo es tanto, pues incluso EsSalud ha sido incluido en el Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial

del Estado – FONAFE\*, no siendo una empresa estatal, sino una empresa aseguradora que se autofinancia de los aportes de los trabajadores y no recibe financiamiento del tesoro público, sin embargo es controlada económicamente por aquel y no puede administrar autónomamente sus recursos. Siendo una mixtura las competencias otorgadas entre lo público y lo privado, a la presidencia ejecutiva se le ha concedido un peso específico más relacionado con una organización del ámbito público. <sup>(227)</sup>

El artículo 5 numeral 2 de la ley 27056 estipula que el Consejo Directivo de EsSalud está integrado “por tres representantes del Estado, uno de los cuales es un profesional de la salud, propuesto por el Ministerio de Salud; tres representantes de los empleadores elegidos por cada uno de los grupos empresariales clasificados como grandes, medianos, pequeños y microempresarios, y tres representantes de los asegurados, uno de los cuales representa a los trabajadores del régimen laboral público, uno del régimen laboral privado y otro a los pensionistas. Un representante del Estado preside en calidad de Presidente Ejecutivo”. Además, dispone que los mandatos sean ejercidos por dos años, pudiendo ser renovados una sola vez por dos años más y que cada Consejero tenga derecho a un voto, pero de producirse un empate en la votación de un acuerdo, el Presidente Ejecutivo tiene voto dirimente. <sup>(176)</sup>

---

\* FONAFE, según reza textualmente su página web, es la corporación de empresas públicas del Perú, encargada de normar y supervisar la actividad empresarial de las entidades bajo su ámbito, administrar los recursos derivados de la titularidad de las acciones del Estado, y dirigir el proceso presupuestario y sus respectivas gestiones corporativas en los sectores de servicios financieros, de generación y distribución eléctrica, saneamiento, remediación ambiental, electrificación rural e infraestructura, entre otros. Agrupa en total a 35 empresas públicas, donde el Estado mantiene participación mayoritaria y a otras entidades que le han sido encomendadas. FONAFE concentra su esfuerzo en la creación de valor social, ambiental y económico, en las empresas de la corporación a lo largo del territorio nacional, impulsando la mejora en la calidad de los bienes y servicios, soportado en la incorporación de buenas prácticas de gobernanza corporativa, gestión eficiente de proyectos y procesos, y el desarrollo del talento humano y cultura organizacional. El rol fundamental de la corporación es asesorar y supervisar de manera constante a las empresas de la corporación con la finalidad de definir y desarrollar planes de negocios que generen sinergias y un impacto visible en el país.

Si bien la ley 27056 establece un Consejo Directivo tripartito y paritario, le otorga su dirección a un representante designado por el gobierno de turno, deviniendo esta exclusividad en la dirección en fundamental para la toma de decisiones, dadas las amplias atribuciones que se le otorga a la Presidencia Ejecutiva en el funcionamiento de la institución.

El artículo 8 de la ley establece que son atribuciones del Presidente Ejecutivo, “ejercer la representación institucional; organizar, dirigir y supervisar el funcionamiento de la institución; aprobar la estructura orgánica y funcional; aprobar el reglamento de organización y funciones y los demás reglamentos internos; convocar al consejo directivo y presidirlo; presentar al Consejo Directivo, el presupuesto anual, el balance general y la memoria anual para su aprobación; conducir las relaciones de la institución con los Poderes del Estado y organismos públicos y privados, nacionales o del exterior; designar y remover al Gerente General, dando cuenta al Consejo Directivo, designar al personal de dirección y de confianza; celebrar convenios de cooperación técnica o de cualquier otra índole, con entidades nacionales o extranjeras; previa autorización del consejo directivo”; y otras que le confiera la Ley. <sup>(176)</sup>

Esto sumado a la facultad de poseer un voto dirimente en caso de empate en la adopción de un acuerdo del Consejo Directivo, demuestra que la Presidencia Ejecutiva condiciona significativamente la toma de decisiones, no precisamente a favor de los intereses de los asegurados, sino obviamente muchas veces a favor del gobierno de turno. <sup>(227)</sup> Queda claro entonces, que en las condiciones actuales la Presidencia Ejecutiva de EsSalud, nunca defenderá frontalmente, frente al gobierno que representa, los intereses de EsSalud que son los intereses de todos lo asegurados.

Este panorama lleva a plantear como la **primera reforma estructural** que EsSalud necesita, vía modificatoria de la Ley 27056 y de su reglamento establecido en el Decreto Supremo 002-99-TR, es la **modificación de la elección de la Presidencia Ejecutiva de Essalud, la cual debiera salir de un concurso interno de competencias y méritos entre los 9 integrantes del**

**Consejo Directivo**, así la Presidencia Ejecutiva ya no estaría más en manos de un factótum del gobierno de turno y defendería plena y cabalmente los intereses de la institución frente al poder de turno y ganaría legitimidad frente a todos los miembros del consejo y sus representados.

Por otro lado, es comprensible que uno de los representantes del Estado sea un profesional de la salud y que este sea propuesto por el MINSA, por ser el órgano rector del Sistema de Salud del país, pero ¿Por qué no, también, otro de los representantes del Estado, no es un profesional de la salud de las canteras del Seguro Social? Obviamente con la capacidad, experticia y la antigüedad, que lo conviertan en un profundo conocedor de la institución.

Tal como está diseñada la elección de los representantes del Estado, la estructura organizativa y administrativa de Essalud está sujeta a la injerencia fuerte del gobierno de turno en la conducción de EsSalud, disfrazada con el interés del Estado. En tal sentido una **segunda reforma estructural**, que se plantea en la presente tesis, es la necesidad que **uno de los representantes del Estado ante el Consejo Directivo, deba ser un profesional de la salud proveniente del seno de EsSalud**, con la capacitación, experticia y una impecable carrera al interior de la institución, perfil que normaría la modificatoria respectiva del reglamento de la ley y propuesto en una terna por la Gerencia General en coordinación con la Gerencia Central de Gestión de las Personas. Esto reforzaría el objetivo que los representantes del Estado opten por la vigilancia y cuidado de los intereses de la institución y no del gobierno de turno.

Tal vez el temor a que la representación del Estado, al no ser mayoritaria en el Consejo Directivo, aunque en la práctica lo es, haya llevado a los propulsores de la ley de creación de EsSalud, a dar amplias maniobras de acción a la Presidencia Ejecutiva y establecer una constitución del Consejo Directivo que le asegure por lo menos una voz fuerte en el mismo y que a través del consenso, en la práctica casi siempre asegurado con la representación empresarial, sea imposible se apruebe una decisión que sea opuesta a su posición, garantizando la concordancia de estas con las políticas públicas en el sector salud.

Supeditar la elección del presidente ejecutivo al Consejo Directivo y que uno de sus representantes sea originario de EsSalud, no será una traba para los objetivos del gobierno de turno si las políticas públicas que este plantea se alinean con los intereses de las mayorías, incluidos los asegurados, y no con intereses particulares que muchas veces colisionan con los de la institución. La Presidencia Ejecutiva como el Consejo Directivo de EsSalud después de todo, deben ser los instrumentos para la realización de las mejores políticas públicas que favorezcan a la población asegurada.

Respecto a la forma de elección de los representantes del empresariado y de los trabajadores ante EsSalud, la Ley 27056 y su Reglamento establece una forma no directa de elección por parte de los trabajadores y pensionistas ni de las empresas que cotizan a nombre de los primeros, sino que se recurre a una elección indirecta en la que la misma está a cargo de las organizaciones empresariales y sindicales más representativas.

El artículo 9 del reglamento de la ley, respecto a la representación empresarial es preciso al señalar que los tres representantes de los empleadores deben ser elegidos por cada uno de los gremios empresariales representativos de los grandes, medianos y pequeños, y microempresarios, “cuya representatividad deberá ser acreditada ante el Ministerio de Trabajo y Promoción Social”, mediante una “Resolución Ministerial del Sector entre las propuestas alcanzadas por cada una de las organizaciones representativas”. De manera similar son elegidos los representantes de los trabajadores; el reglamento reitera lo señalado por la ley y estipula que estos son propuestos, uno en representación de los trabajadores del régimen laboral público, uno de los trabajadores del régimen laboral privado; y uno en representación de los pensionistas, pero esta representatividad debe ser acreditada ante el Ministerio de Trabajo. <sup>(228)</sup>

Existen vacíos legales que permiten que los representantes elegidos no sean los más idóneos. No existe reglamentación para definir el perfil de los representantes tanto de los sectores empresariales como el de los trabajadores. No existe un

procedimiento para resolver un circunstancial conflicto en la representatividad de los candidatos propuestos en caso exista más de una propuesta por sector ni tampoco para recusar el nombramiento de algún representante. Existe un defecto sustantivo en la legislación, la no existencia de una regulación de como los grupos empresariales, las centrales sindicales o las organizaciones de jubilados eligen a estos. <sup>(227)</sup>

La Oficina General de Asesoría Jurídica del Ministerio de Trabajo sólo corrobora que los postulantes propuestos provengan de las más representativas organizaciones de cada uno de los sectores empresariales o sindicales que exige la ley, pero cómo fueron elegidos estos, sobre todo aquellos que van a llevar la voz de los trabajadores y los jubilados, es decir, de los asegurados, la resolución ministerial respectiva de nombramiento no lo fundamenta en sus considerandos. <sup>(227)</sup>

Frente a esta modalidad de elección, la representatividad de estos consejeros designados entran en cuestión, sobre todo las sindicales, pues devienen del acuerdo de cúpulas directivas, las mismas que eventualmente se ponen de acuerdo para presentar un solo candidato para generar un “mayor respaldo representativo”, pero es bien sabido que estas son eternas y solo se rotan los cargos, agrupándose en torno a intereses de grupo o ideológicos. No es difícil imaginar que los elegidos solo representan a los amigos de la argolla que maneja la central sindical, pues “la elección indirecta ha conducido a poner el énfasis en verificar la representatividad de las organizaciones postulantes de los candidatos, sin que la autoridad gubernamental asegure que al interior de dichas organizaciones se produzca una selección democrática. Si bien el modelo refuerza el rol de las organizaciones en el proceso de elección, requiere complementarse con canales de comunicación fluidos entre los consejeros y la población cotizante y jubilada, para reforzar su legitimidad social”. <sup>(227)</sup>

La elección de los representantes de los trabajadores en el Consejo Directivo es de suyo importantísima, pues estos serán los interlocutores sociales en la adopción de acuerdos que definan el destino de EsSalud, pero siendo esta

indirecta a través de cúpulas directivas y no habiendo unidad sindical, la legitimidad de estos representantes resulta seriamente mellada, pues devienen en representantes de organizaciones que gozan de pobre representatividad.

Se ha identificado como un elemento clave para lograr el objetivo de transformar la organización y gestión de los servicios de salud hacia la universalización de esta, entre otras estrategias, la de “facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades para un mayor conocimiento de su situación de salud, sus derechos y obligaciones, y para tomar decisiones informadas en cuanto a su salud”. De ello se desprende que una de las estrategias importantes para lograr el involucramiento de las personas en el cuidado de su salud es hacerlas participar en la toma de decisiones y así proteger sus derechos a recibir una atención de salud de calidad, pero también reforzará su responsabilidad compartida con los proveedores del servicio, al cumplir con sus deberes como beneficiarios de este y por sus decisiones sobre las cuestiones que afectan su salud, estilos de vida e influencia sobre los factores que afectan sus vidas. <sup>(229)</sup>

Existen desde hace mucho tiempo en todas las latitudes una demanda social de mayor participación en la toma de decisiones compartidas no solo a nivel micro, sino también macro. <sup>(230)</sup> Es en el contexto de una sociedad abierta, no solo participativa, sino deliberativa, que la intervención de los ciudadanos informados y formados, sean usuarios de la salud, médicos u otro profesional de esta, que será posible la pertinente identificación de los problemas y el adecuado análisis de los puntos críticos de un sistema de salud. <sup>(231)</sup> Sin embargo, siendo imprescindible involucrarlos en las tareas de gestión y la gobernanza, lo es también que sea a través de una adecuada representatividad. <sup>(232)</sup> Si en serio se desea realizar un cambio en la calidad de servicio que se brinda en EsSalud, sostenido y progresivo, se debe incorporar estos conceptos en el chip mental de todos los actores sociales, pues es el mandato de una sociedad moderna, abierta, con visión humanística, capaz de garantizar ante todo y sobre todo, el respeto de la dignidad del ser humano. <sup>(231)</sup>

La única forma de empoderar de veras al asegurado, es ejecutando una **tercera reforma estructural**. Se plantea **la elección directa de los representantes de los trabajadores y de los empleadores a través del voto secreto y universal**, a la manera Uruguaya, y así garantizar sobre todo la participación efectiva de los trabajadores activos y jubilados. Hay que resaltar que el modelo de relaciones laborales en el Uruguay se basa en la unidad sindical, existiendo sola una central sindical nacional, al igual de lo que ocurre con el gremio empresarial, organizada en una sola confederación empresarial, que a diferencia del modelo peruano, en ambos sectores facilitaría la elección de los representantes de estas organizaciones que si gozan de alta representatividad. No obstante, no consideran que esto sea suficiente para justificar una elección indirecta y optan por la elección directa de sus representantes, tanto de los trabajadores como de los empleadores, a través del voto secreto y universal. <sup>(227)</sup>

Esta forma de elección de los representantes de los trabajadores y jubilados para el Consejo Directivo, otorgaría la legitimidad necesaria para realizar la gran reforma que el seguro social necesita, para que cuente con la confianza y el respaldo de los asegurados, que la sustente y le dé continuidad en el tiempo. Si la legitimidad no se basa en el reconocimiento en el más alto nivel de la opinión, las expectativas y los intereses de los asegurados, a través de sus auténticos representantes, el interés en la participación de estos quedará plasmada solo en una buena intención, y las “consultas periódicas y el funcionamiento de espacios de información”, tal vez ayuden, pero serán totalmente insuficientes. <sup>(214)</sup>

Además, se debe de volver al esquema de contar con una Defensoría del Asegurado, con independencia de la Gerencia General, dándole las prerrogativas que tenía en la hora auroral de su constitución, tal como rezaba el artículo 17 del ROF de EsSalud de 2003, el cual la definía como “un órgano ad hoc, con autonomía funcional y administrativa en el cumplimiento de sus funciones”, que no tenía “dependencia jerárquica”, velaba “por la protección de los derechos de lo asegurados del EsSalud y sus derechohabientes, buscando la solución de controversias y contribuyendo a la permanente mejora de la calidad y calidez del servicio”, y su accionar era “regulado por su propio reglamento”. <sup>(233)</sup> La elección

del defensor del asegurado debiera estar a cargo de la Presidencia Ejecutiva, dentro de una terna propuesta por los tres consejeros representantes de los trabajadores.

Solo así se empoderará al asegurado y se convertirá en la razón de ser de la institución y será la prioridad a la hora de la toma de decisiones, pues no existirá ningún interés de agente externo o interno por encima de sus legítimos derechos. Es imprescindible contar con tal legitimidad, que otorgaría esta nueva forma de elección del presidente ejecutivo y de los representantes de los trabajadores y los empleadores, para el Consejo Directivo de EsSalud, para defender eficazmente la sostenibilidad financiera de la institución, efectuar una adecuada gestión del aseguramiento, dar una prestación de servicios con calidad y actuar con transparencia, prevenir y erradicar la corrupción existente, pues todo ello requiere de las mejores prácticas de la gobernanza y de una real rendición de cuentas.

El Informe de Desarrollo Mundial 2004 del Banco Mundial, lo señala claramente, “los servicios no funcionarán lo suficientemente bien” mientras no exista la presión sobre los que gobiernan, de “responder a las demandas de los ciudadanos” y no hagan cumplir las “reglas fundamentales de rendimiento entre los proveedores de servicios” y en tanto los ciudadanos no tengan control alguno sobre los proveedores. Es decir, se pone el enfoque en “los mecanismos de rendición de cuentas y las relaciones de poder entre los decisores de políticas, los proveedores y los ciudadanos/usuarios”. En lo que se ha venido a llamar el “triángulo de rendición de cuentas o responsabilidades” se evidencia tres relaciones: “La voz política de los distintos grupos ciudadanos respecto de los decisores de políticas en el momento en que estas se preparan; el contrato entre los decisores de políticas y los proveedores de servicios; y el empoderamiento (sea por medio de la participación, sea mediante la elección) de los ciudadanos respecto de los proveedores de servicios”.<sup>(191)</sup>

Elegir directamente por voto universal, principalmente a los representantes de los trabajadores activos y jubilados en el Consejo Directivo de EsSalud, significará revalorizar sinceramente al asegurado, convirtiéndolo en un verdadero eje central

de la atención por parte de la institución, con la capacidad ya no solo de exigir una mejor calidad de los servicios, sino de participar en la gobernanza del Seguro Social de Salud. Se vienen años difíciles para EsSalud, en los que la institución se verá envuelta en un mayor peligro de sostenibilidad financiera, fruto de los regímenes especiales de afiliación implantados anti técnicamente por los distintos gobiernos de turno, pero permitidos por quienes eran los llamados a defender al Seguro, como lo que es, una empresa aseguradora de salud. La prioridad en los próximos años será acabar con estos y recuperar para EsSalud, por ejemplo, las aportaciones sobre los aguinaldos de Fiestas Patrias y Navidad.

Hay que tener presente que las proyecciones prevén un crecimiento mayor de los gastos de EsSalud por:

1. Un aumento del número de asegurados de bajo aporte. Entre el 2006 y el 2016 los asegurados que cotizan el 9 % en relación a una remuneración mínima vital se incrementó de 26 a 31 %. <sup>(133)</sup>
2. Un número desmedido de derechohabientes, que con una sola aportación del titular tienen derecho a atenciones de salud. Hasta el 2011 los familiares del titular con derecho a atención eran el/la cónyuge o concubino(a); el/la hijo(a) menor de edad o al mayor de edad incapacitado en forma total y permanente para el trabajo; la madre gestante de hijos engendrados fuera del matrimonio con respecto al hijo concebido, mientras dure el período de la concepción. <sup>(234)</sup> Posteriormente los derechohabientes se han ido incrementado, pues en otra medida anti técnica que soslaya que la salud cuesta, a solicitud de la Defensoría del Pueblo, EsSalud por la Resolución N° 034-GCAS-ESSALUD-2011 otorgó prestaciones de maternidad a las hijas derechohabientes menores de edad, pero que se convirtieron en gestantes adolescentes, así como a las gestantes mayores de edad que tienen incapacidad total y permanente para el trabajo. <sup>(235)</sup>
3. Una tendencia a utilizar a EsSalud como un ente subsidiador de actividades que le competen al Estado y no a una institución que se

sostiene única y exclusivamente de las aportaciones de sus asegurados. Así a fines de 2019, a través de un decreto legislativo, el gobierno otorga a los los Bomberos del Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú (CGBVP) “que no se encuentren asegurados bajo las modalidades establecidas en la Ley N° 26790” el “derecho a recibir las prestaciones asistenciales de salud a cargo del Seguro Social de Salud -ESSALUD sin costo alguno, así como la hospitalización, en los casos de accidentes producidos como consecuencia de los actos de servicio. Las prestaciones se proporcionan hasta la total recuperación y/o rehabilitación del accidentado”.<sup>(236)</sup>

Posteriormente, a inicios de 2020, EsSalud y el CGBVP firma un “convenio” por dos años, según el cual dieciocho mil bomberos serían atendidos en los establecimientos de salud de la institución a nivel nacional.<sup>(237)</sup>

4. Un aumento del gasto por el incremento sostenido del segmento de la población de la tercera edad, quienes padecen de enfermedades degenerativas cuyo tratamiento es de alto costo; y
5. El efecto de la inflación en el sector salud, ya que está demostrado que en la mayoría de los países del mundo, este es mayor que la inflación general, provocando una presión al aumento real del gasto médico.<sup>(214)</sup>

Todo este panorama hace necesario tomar medidas tal vez duras, pero necesarias para garantizar la existencia de una institución eficiente en la que se haga realidad la Misión que su último Plan Estratégico Institucional reza, ser “Una entidad pública de Seguridad Social de Salud que tiene como fin la protección de la población asegurada brindando prestaciones de salud, económicas y sociales con calidad, integralidad, eficiencia y buen gobierno corporativo, colaborando con el Estado Peruano en alcanzar el Aseguramiento Universal en Salud”. Para ello se necesita una conducción que solo piense en los intereses de la institución y los asegurados. Hay quienes creen que la amenaza de una crisis financiera es tan probable y de tal envergadura, que implicaría la quiebra del sistema, y para

evitarla plantean la necesidad de reformas estructurales referidas a la cobertura, atreviéndose a recomendar medidas destinadas a limitar algunas de estas, poner periodos de espera o aplicar la realización de copagos.<sup>(214)</sup>

Tales medidas serían inviables política y socialmente, la presión de los sindicatos sería determinante para tal negativa, incluidos los existentes al interior de EsSalud. Sin embargo, si se requieren cambios estructurales en respeto de uno de los principios de la seguridad social, el de la igualdad, “Se debe dar el mismo trato a todas las personas que se encuentran en la misma situación, y a la inversa, debe darse un trato distinto y adecuado a cada circunstancia a las personas que se encuentren en situaciones distintas”, deviniendo esta segunda parte de la definición en lo que se ha dado en llamar la equidad, pero lamentablemente existe la “tendencia a igualar sin considerar las diferencias”.<sup>(238)</sup> Es decir, estos principios están estrechamente relacionados, pero no son los mismos. “La equidad introduce un principio ético o de justicia en la Igualdad”, dirigido a conseguir una sociedad más justa, pues la aplicación de la igualdad absoluta la convierte en lo contrario, “ya que no tiene en cuenta las diferencias existentes entre personas y grupos”.<sup>(239)</sup>

No entraña en absoluto justicia, al no ser equitativo, que por ejemplo un afiliado con su única aportación (y tal vez de algún régimen especial de aseguramiento, que no cotiza el 9 %) obtenga prestaciones de salud para su esposa y sus menores hijos, y luego de una separación, también la obtenga para la prole de su nuevo compromiso o para algún hijo extramatrimonial, mientras que otro asegurado con la misma aportación solo declara a un mínimo de derechohabientes, efecto de una responsable planificación familiar. Como tampoco, que con igual prima un afiliado lleno de preexistencias por malos hábitos de vida, con seis aportaciones previas, acceda a tratamientos de alto costo, al igual que aquel asegurado que aportó 40 años a EsSalud, muestra un estilo de vida saludable y nunca utilizó los servicios del Seguro.

Tampoco es justo para EsSalud, que no cubre tratamientos de infertilidad de alta complejidad como tampoco lo hacen los seguros privados, que muchas

aseguradas consigan pagarlos particularmente, logren salir gestando, y el control prenatal de estos embarazos sea asumido por EsSalud, los cuales en su mayoría resultan complicados (se fecunda a mujeres mayores de 45 o 50 años inclusive) e implican hospitalizaciones prolongadas que terminan en nacimientos prematuros a través de cesáreas y con alta demanda de cuidados intensivos neonatales prolongados, de altísimo costo y posteriormente de tratamientos de rehabilitación prolongados, y de niños que en el futuro desarrollarán enfermedades degenerativas como la hipertensión arterial o la diabetes. Hay quienes se enriquecen con estos tratamientos, pero es EsSalud quien paga las consecuencias de este actuar irresponsable. Ejemplos de situaciones inequitativas abundan ¿Cómo establecer equidad en el sistema de aseguramiento?

Ha sido un error, que a diferencia de la mayoría de los países de la región, la aportación para EsSalud no involucre la responsabilidad de los trabajadores que serán asegurados, siendo los empleadores los que tienen de manera exclusiva la responsabilidad de otorgar las aportaciones a EsSalud a nombre del trabajador. Entonces el derecho de cobertura de las prestaciones de salud para el trabajador dependiente deriva del vínculo laboral y no de las aportaciones. Esta situación, aparte de generar una tensión financiera importante para EsSalud, pues existe presión de parte de los empleadores para reducir las mismas, como se pretendió en un momento con la contribución sobre los aguinaldos, desde la otra vera, los asegurados demandan mayor calidad en los servicios de salud que reciben, pero nunca emiten señales de mejoras financieras a través del aumento de la aportación a cargo suyo ni tampoco asumen la responsabilidad en el mal uso del Seguro, como por ejemplo perder una consulta, llegar tarde a esta, promover la suplantación u obtener descansos médicos injustificados, pues sienten que el seguro no les cuesta, es gratis y es su derecho. <sup>(163)</sup>

Por ello, una **cuarta reforma estructural** necesaria sería implantar un **aumento del 1 % en la tasa de aportación, a cuenta del trabajador, por extralimitación de la cobertura**, durante el tiempo que fuese necesario para cubrir el costo de las prestaciones que se brinden en situaciones puntuales como:

1. Cobertura de salud a partir del cuarto hijo derechohabiente en adelante.
2. Cobertura para el tratamiento de enfermedades de alto costo para los asegurados que presenten preexistencias.
3. Cobertura de maternidad para embarazadas resultado de tratamientos de infertilidad de alta complejidad extra institucionales (fertilización in vitro).
4. Cobertura de maternidad para las hijas derechohabientes gestantes adolescentes y a las gestantes mayores de edad que tienen incapacidad total y permanente para el trabajo.

Hay que tener en cuenta que con una mejora de la eficiencia en el manejo de EsSalud se obtendrá el efecto potencial de aumentar el nivel de gasto en las prestaciones de salud que se brindan, esto sumado al aumento que provendría de la mayor aportación en estos casos puntuales y de las correcciones de las distorsiones de los regímenes o tratamientos especiales, significaría asegurar el objetivo de alcanzar no solo la protección financiera de la institución, sino la de los asegurados, evitando su gasto de bolsillo, ya que después de todo, un aumento de 1 % en la tasa de aportación, a cuenta de un sector de los asegurados, es mucho menor que el gasto de bolsillo en el que actualmente incurre la mayoría de estos, como se anotó anteriormente.

Se debe tener presente que el principio de solidaridad de la seguridad social plantea que todos deben contribuir a la financiación del sistema según con sus posibilidades y con la única expectativa de recibir prestaciones de acuerdo a sus propias necesidades.<sup>(240)</sup> Y de acuerdo a la Constitución Política del Perú, toda persona tiene “Derecho a la Seguridad Social”- artículo 10- y es el estado quien “garantiza el libre acceso a prestaciones de salud”- artículo 11.<sup>(241)</sup> Por tanto, en concordancia con el principio de la seguridad social de “subsidiariedad del estado”, es este, en última instancia, por el concepto de responsabilidad, el que debe hacerse cargo de los programas de seguridad social en los casos que se requiera brindar un subsidio.<sup>(238)</sup>

Si alguien piensa que es justo diferenciar las aportaciones o extralimitar la cobertura, pues bien, es el Estado quien debe asumir este costo y no el resto de

los asegurados, pues el principio de la solidaridad se ejerce cuando no hacen uso del seguro los jóvenes frente a los ancianos, los sanos frente a los enfermos, los derechohabientes de algún asegurado frente a los que no los tienen, los trabajadores activos de mayor aporte frente a los pensionistas de aporte ínfimo, y los desempleados que utilizan el período de latencia (tiempo determinado en que estos pueden utilizar el seguro sin aportar al mismo) frente a los que poseen un trabajo. Queda claro que aportar diferenciadamente a EsSalud y extralimitar las coberturas sin la justi-aportación económica respectiva, genera una verdadera injusticia.

En palabras de la experta en políticas públicas Janice Seinfeld, “Esto pervierte el mecanismo propio de un fondo de subsidios cruzados que pasa de población sana a enferma, joven a anciana y rica a pobre, para convertirse en uno donde el Estado, a través de los poderes Ejecutivo y Legislativo, se ampara en reglas arbitrarias para no cumplir con sus obligaciones, por un lado, y pasan leyes con consecuencias perversas para EsSalud. Es decir, dentro del propio subsistema de EsSalud hay una segmentación entre asegurados que no se tratan con reglas de juego iguales y que afecta la oportunidad y calidad de las atenciones de todos”.<sup>(242)</sup>

Resulta obvio pensar que para implementar tales reformas estructurales se debe contar con el respaldo político del más alto nivel, el cual puede ser debidamente gestionado si se cuenta con una conducción legal y legítima del Seguro, que muestre la mejor gobernanza y una impecable rendición de cuentas. La reforma del Seguro Social en Salud debe ser entendida como una prioritaria política de Estado, pues trascenderá los gobiernos en la mira de la Universalización de la Seguridad Social, dentro de un país con empleo pleno formal que garantice un aseguramiento casi absolutamente contributivo y con ello se resuelva el financiamiento de la salud en el Perú.

Sin embargo, se necesita una reforma estructural más. Se ha demostrado en la presente tesis que la calidad de la atención está básicamente ligada al maltrato, los tiempos de espera y a la pérdida de la confianza en EsSalud. No obstante, el

peso específico del maltrato es mayor cuando este recae en el modo de atención del médico mismo. Un paciente es algo más que un cuadro clínico, la enfermedad no solo lo afecta a él, sino a su entorno, en consecuencia, es en esta coyuntura que se requiere de la vocación humanista y de servicio que todo médico debe tener, pero también las enfermeras y todo trabajador de la salud, incluyendo al personal administrativo implicado en la atención de un paciente. Pero estando la atención del médico al final del proceso y de cuyo resultado, como se ha visto, depende mayormente la percepción del usuario o paciente de si esta fue buena o mala, es aquella sin duda alguna la que marcará la apreciación final que aquel tenga de EsSalud.

En consecuencia, se plantea la necesidad de poner en práctica una **quinta reforma estructural, crear un nuevo régimen laboral para el médico asistente, un Régimen a Dedicación Exclusiva**, de 8 horas diarias o 48 horas semanales o 192 horas mensuales, compatible solo con labores de docencia médica universitaria; de esta forma se sincerarían las cosas, pues ningún médico en el Perú labora 6 horas diarias o 36 semanales ni 150 mensuales, tal como estipula el Decreto Legislativo N° 559 - Ley del Trabajo Médico <sup>(243)</sup>

La oferta médica se incrementaría, se aseguraría contar con un médico realmente comprometido con su institución, su Servicio y los pacientes o usuarios, además que le daría la tranquilidad necesaria en el centro laboral para desarrollar sus actividades de manera óptima, sin estar pensando en el término de ésta para salir y cumplir con otros compromisos laborales. El pluriempleo del médico afecta el desempeño de este y su relación con el paciente, así como la aplicación adecuada del método clínico y consecuentemente la calidad de la atención se deteriora.

Esta bien establecido los beneficios relacionados a la continuidad de la atención, que se condensan en una mejora de la calidad de atención y la disminución de los costos sanitarios. La continuidad de la atención está definida por varias dimensiones como la continuidad de la relación (relación médico/enfermera – usuario; relación usuario – especialista); continuidad de la información

(transferencia de información clínica); continuidad de la gestión (coherencia/consistencia de la atención; accesibilidad entre diferentes niveles); continuidad longitudinal (seguimiento del usuario en el tiempo); y la continuidad flexible (capacidad de respuesta ante las necesidades de los usuarios a lo largo del tiempo, por parte de diferentes profesionales). Entonces, el buen manejo de esta multidimensionalidad de la continuidad asistencial determina la mejora de la asistencia sanitaria, lo que a la postre significará un aumento de la satisfacción del usuario.<sup>(244)</sup>

Analizado esto es obvio pensar en la necesidad de propender a que los pacientes vuelvan a identificar claramente a su médico tratante. “La continuidad asistencial es un derecho de los ciudadanos, que adquiere una importancia aún mayor cuando requieren cuidados/intervenciones multiprofesionales dirigidas a situaciones crónicas o complejas de las que son portadores”<sup>(244)</sup>. Por lo tanto, este tipo de régimen laboral traería a los pacientes grandes beneficios en su atención, pues bajo esta modalidad se contaría con verdaderos médicos tratantes y la responsabilidad del manejo no se diluiría, contribuyendo ello además a reducir los problemas médicos legales. Además, ya pudiendo los médicos concurrir a diario al hospital, la posibilidad de contar con los mejores prospectos en los concursos de jefaturas y con las competencias adecuadas, sería mucho mayor, asegurando una mejor gestión de los servicios asistenciales, para beneficio de los usuarios.

Un régimen de este tipo, transformará el modelo de atención no solo en la consulta externa, en donde los pacientes volverán a tener médicos tratantes, sino en los servicios de hospitalización, donde la visita médica sería más dinámica, con una mayor posibilidad de movilización de los pacientes, reduciendo la estancia hospitalaria, al estar la visita a cargo de un mismo médico por lo menos una semana completa, a diferencia de lo que ocurre en la actualidad en que por la modalidad del trabajo médico los pacientes son atendidos diariamente por diferentes facultativos, que “no hablan el mismo idioma”, que confunden a los pacientes, sintiéndose estos maltratados.

El control y supervisión de los jefes de servicio sería más efectivo, pues estos estarán concentrados única y exclusivamente en sus servicios, sin la presión de otros compromisos laborales. Las condiciones para las investigaciones clínicas, tan venidas a menos en EsSalud, se abrirían paso, pues los médicos bajo este régimen si dispondrían del tiempo necesario para realizarlas, sobre todo en función de las Guías de Práctica Clínica, que en la actualidad solo responden a experiencias lejanas a los servicios y la institución.

Es una verdad de perogrullo, que una manera de elevar la calidad de la atención, es haciendo investigación clínica, pero siendo esta tan pobre al interior de EsSalud, salvo los ensayos clínicos hechas para laboratorios transnacionales, que a decir verdad prioriza intereses ajenos a la institución, inicialmente se requeriría de estudios observacionales descriptivos de cómo se atiende, asiste o se ofrece tratamiento a los pacientes, de cuyos resultados, ya luego se generarían estudios observacionales analíticos, y por qué no estudios experimentales, mediante el diseño adecuado y riguroso de protocolos de investigación.<sup>(245) (246)</sup>

Se debe tener presente que “Las acciones y servicios médicos prestados son parte de una doctrina en condición de equilibrio inestable, bajo escrutinio constante, con la presión incesante de renovación y progreso, generadas en la insatisfacción de los resultados obtenidos en el quehacer cotidiano”.<sup>(245)</sup>

Por otro lado, los jefes de servicio se seleccionarían solo dentro del régimen de dedicación exclusiva, lo cual significará un gran impacto en la calidad de los jefes que se escojan, siendo que en la actualidad el interés principal para acceder a las jefaturas es obtener privilegios en la conformación de sus propios horarios, generar relaciones clientelistas en función de obtener mayor poder al interior del servicio y garantizar jefaturas eternas\*, en vista de la displicencia a realizar los

---

\* Según el artículo 3 del reglamento de concurso para los cargos de Jefaturas de Departamento y Servicio Asistencial de Essalud, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 237-2012, que normó el concurso realizado el 2013, “El concurso se realizará cada tres años, periodo similar al que durará la asignación en el cargo de los profesionales de la salud que resulten ganadores del mismo...” Con ello se ratificó lo establecido en el reglamento anterior aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva 043-2007, que normó el concurso realizado el 2008. Sin embargo, en 13 años solo se han efectuado dos

concursos de estas, y obtener ganancias secundarias, para decirlo eufemísticamente, fruto del poder que ostentan al momento de la toma de decisiones que implican influir en intereses económicos o la consecución de algún tipo de prebenda.

Este nuevo régimen laboral implicará seguramente un mayor gasto, pero que debe ser visto como una inversión en la mejora de la calidad y oportunidad de la atención que se brinda, que a la larga significará un ahorro, ya que implicará un trabajo más efectivo en la consulta externa. Actualmente muchos turnos en la consulta externa son simplemente un saludo a la bandera al atenderse a pacientes que no se ven como “propios” y para salir del paso se recurre a la solicitud de nuevos exámenes auxiliares, muchas veces innecesarios o lo que es peor, a la repetición de los mismos, incluido los de diagnóstico por imágenes de alto costo, como son las tomografías computarizadas o resonancias magnéticas nucleares.

Otras veces, la repetición está dada por el vencimiento de estas pruebas por el tiempo de espera de una cirugía que no se lleva a cabo. Con este nuevo régimen laboral es lógico esperar una disminución en las listas de espera quirúrgica. También significará un ahorro reducir la estancia hospitalaria prolongada, con un mejor resultado clínico para los pacientes, pues ya no será solo interés en reducir un indicador, sino por el mayor compromiso del médico con los pacientes, al convertirse en un real médico tratante, éste propiciará la mejor atención. La relación afectiva entre el médico y su paciente se verá reforzada y significará un factor positivo de recuperación de la salud, pues a decir de los entendidos, “Sólo con una relación afectiva, respetuosa, donde el médico beneficie al paciente,

---

concursos, deviniendo todo el tiempo posterior al término del periodo jefatural, en encargaturas de confianza de la totalidad de los jefes concursados, haciendo posible que haya habido jefes con casi 12 años en el cargo habiendo participado solo en dos concursos (jefatura solo cesada en 2020 por la pandemia del Covid 19 que los obligó a la licencia por pertenecer a un grupo de riesgo), u otros con 7 años en el cargo, habiendo concursado solo una vez.

obtenga su consentimiento y actúe con justicia, se obtendrá el éxito diagnóstico y terapéutico”.<sup>(247)</sup>

También es de esperarse menor número de problemas médicos legales, resultado de establecer adecuadas relaciones médico-pacientes, pues la principal medida para prevenir las demandas o reclamos por presunta mala praxis médica, es que el médico establezca una buena relación con su paciente.<sup>(248)</sup>

La actual forma del trabajo médico favorece la medicina defensiva, cada médico esta pensando cuando ve a un paciente que no “le pertenece”, que está asumiendo una responsabilidad delegada por un sistema deficiente en la gestión de la consulta externa, por tanto recurren a la medicina defensiva, la cual no es ética, deteriora la relación médico-paciente, pues en el afán del médico de auto protegerse, solicita exámenes auxiliares o procedimientos no indicados o innecesarios, prescribe medicamentos, como antibióticos profilácticos, en demasía, o realiza procedimientos quirúrgicos en la idea de prevenir infundados problemas de salud futuros, realizados más por temor a consecuencias futuras de un accionar por defecto, que por la práctica de “una medicina asertiva, ejercida con amplio conocimiento de la profesión, con sólido fundamento ético” y actuar verdaderamente profesional, pensando solo en el mayor beneficio para el paciente.<sup>(249)</sup>

Por consiguiente, habrá un ahorro en el pago de reparaciones civiles ante la menor probabilidad que la institución sea declarada tercer civil responsable. Además, el médico se sentirá revalorado, con una mejor actitud para el trabajo, no más estará pendiente de terminar el turno para correr a otro compromiso laboral, experimentará todo su potencial docente e investigativo, sentirá a plenitud la satisfacción del deber cumplido y desaparecerá el estrés que genera el pluriempleo, y es muy probable, que bajo estas nuevas condiciones de trabajo, se produzca menor conflictividad laboral.

En este escenario también se reducirá la exportación, que año a año se produce de médicos peruanos, no solo de los generales, sino también de los especialistas,

desperdiándose la inversión que en la formación de éstos se hizo, y en la que participa en forma importante EsSalud, pues es obvio que se establecerán compromisos y relaciones afectivas más fuertes con la institución, al contemplar el médico una mayor posibilidad de desarrollo pleno en el futuro, con una contraprestación económica que asegure el bienestar de su familia.

Para llevar a cabo esta iniciativa, no se requeriría necesariamente de una reforma de la Ley del Trabajo Médico, que no responde a la realidad laboral actual del médico-cirujano y que nació de la formalización de un acuerdo tácito entre los sindicatos y los empleadores, el MINSA o EsSalud, por el cual se flexibilizó las reglas contractuales originales previas a 1990, en que se promulga la Ley de Trabajo Médico con el fin de otorgar mayor libertad de acción a los médicos para el libre ejercicio de la profesión y realizar labores complementarias en la actividad privada que le ayude a completar el presupuesto familiar, pero siempre se utilizó como argumento que por las características intelectuales del trabajo médico en interacción permanente con pacientes, esta labor no podía exceder a las 6 horas diarias y el de la consulta externa a las 4 horas, naciendo aquello que declara textualmente el artículo 9 del DL 556, “La jornada asistencial del médico cirujano es de 6 horas diarias ininterrumpidas o su equivalente semanal de 36 horas o mensual de 150 horas”.<sup>(243)</sup>

Sin embargo, ello es una irrealidad, pues ningún médico en el Perú labora lo que reglamenta la ley. Es un hecho que según las normas de EsSalud, “Para los trabajos en horas extraordinarias, se programara como mínimo una (01) hora y un máximo de seis (06) horas en una jornada diaria, sin exceder del tope de setenta y ocho (78) horas al mes”, estableciendo como “El tope máximo de horas extraordinarias... en casos excepcionales” un “ tope mensual de 100 horas, a fin de preservar su integridad física y mental”, pero que excepcionalmente se puede dar “La programación excepcional de más de seis (06) y hasta doce (12) horas extraordinarias por día... exclusivamente para casos contingenciales presentados en áreas críticas”.<sup>(250)</sup>

Es decir, muchos médicos al interior de EsSalud sobrepasan largamente las 36 horas semanales o jornadas de más de 6 horas, llegando inclusive a las 12 horas, si se juntan 6 horas de las ordinarias por la mañana con 6 horas extraordinarias por la tarde, siendo esto lo más común. Y si no es al interior de la institución, el médico terminada su jornada laboral corre presuroso a cumplir su contrato laboral con los seguros privados en las clínicas, en un establecimiento de salud público mediante contrato por terceros o incluso dentro de un contrato de administración de servicios (CAS), de manera furtiva, infringiendo la ley, o acude al consultorio particular, muy venido a menos en esta época.

De allí que debieran sincerarse las cosas, derogando el DL 556 y aprobando una nueva ley que norme el trabajo médico desde la nueva perspectiva de la realidad, el pluriempleo médico, que afecta tanto la calidad de la atención y en la que escasean los médicos especialistas. EsSalud tiene una importantísima participación en la formación de médicos generales y de especialistas, invirtiendo mucho de su presupuesto en ello, debiendo recuperar esa inversión captando a esos especialistas formados en su interior. Es imprescindible establecer los consensos necesarios con el sindicato médico, en el cual quede bien establecido las enormes ventajas para todos de un nuevo régimen laboral a dedicación exclusiva, donde saldrán ganando los médicos, la institución, pero sobre todo los asegurados usuarios o pacientes.

Es menester apuntar, que la contraprestación económica deberá ser importante, para hacer del nuevo régimen atractivo a los médicos, aparte de las posibilidades de realizar docencia universitaria y/o ejercer la jefatura del servicio. Por otro lado, los médicos sin interés por el régimen de dedicación exclusiva permanecerían laborando en el tradicional régimen completo de 150 horas, pues sería imposible obligar a todos a pertenecer al nuevo, ya que se violaría el derecho al libre ejercicio de la profesión. Además, este régimen es necesario para la realización de los turnos de guardias diurnos y nocturnos en Emergencia y así garantizar la permanencia diaria de los médicos a dedicación exclusiva en los servicios.

Los médicos del régimen laboral tradicional estarían impedidos de participar en los concursos para las Jefaturas de Servicio, por la naturaleza misma de su trabajo, así como de ejercer la docencia universitaria, pues el campo clínico estaría reservado exclusivamente para los médicos a dedicación exclusiva, pues ello además propiciará una elevación de la calidad formativa de pre y post grado, ya que para nadie es un secreto, el incumplimiento común de las horas efectivas de docencia bajo el actual régimen laboral, en el que el médico siempre anda apurado y al escape.

La cantidad total de médicos necesarios para dar viabilidad a este nuevo régimen y lograr el impacto en la calidad de atención que tiene por objeto, deberá calcularse en un estudio eminentemente técnico y de factibilidad para cada servicio asistencial.

El pago dentro de esta nueva modalidad del trabajo médico por lo menos debería duplicar las remuneraciones que hoy se perciben, si se considera que por lo menos eso es lo que logran aquellos que recurren al pluriempleo. No significará necesariamente un gran gasto para EsSalud implementar este nuevo régimen laboral, si se repara que hoy en día la institución gasta casi un 10 % de lo presupuestado para remuneraciones del personal médico, en el pago de horas extraordinarias y de prestaciones complementarias de trabajo. Así, en el año 2019, según el Sistema de Planillas de EsSalud se pagó en remuneraciones médicas S/. 2 237 209 547, de los cuales S/. 85 901 128 (3.8 %) correspondió a horas extraordinarias y S/. 115 219 057 (5.2 %) a prestaciones complementarias de trabajo. Todos estos montos, de crearse el nuevo régimen, pasarían a ser parte de la mejora sustancial de la remuneración del médico a dedicación exclusiva. Seguro no será suficiente para duplicar lo que hoy gana el médico y sea necesario un mayor gasto, pero el mismo será recuperado por los beneficios que reportará el nuevo régimen, como ya se apuntó..

Este nuevo régimen laboral deberá estar ligado a una real modernización de la gestión, basada en resultados y sostenida por un vigoroso sistema informático, en el que sea objetivo y claro la determinación de la justi-contraprestación

económica, la cual estará ligada a la producción asistencial de cada médico. Es importante que la remuneración del médico sea mucho mayor, probablemente el doble de la actual, pero mucho más importante será romper con la inequidad que significa que todos los médicos reciban igual remuneración, cuando la diferencia en la producción individual entre uno y otro a veces resulta abismal. Se debe premiar el desempeño, se debe pagar más al que trabaje más y mejor, a través por ejemplo del otorgamiento de bonos de productividad o el pago de capacitaciones a cuenta de la institución, sea en el territorio nacional o el extranjero, con las respectivas licencias con goce de haber; pero también es necesario el reconocimiento público no solo de los mejores médicos, sino en general de los mejores trabajadores, pertenecientes a los distintos estamentos.

Implantar esta política de meritocracia solo será posible a través de un procedimiento estructurado informáticamente y en tiempo real, de aplicación periódica, para la supervisión, evaluación y control de los resultados obtenidos, que sirvan de retroalimentación para los ajustes pertinentes. Este monitoreo del desempeño de la labor asistencial, a su vez determinará qué tan efectivos son los mecanismos de supervisión y control de los gestores, dentro de ellos de los jefes de servicios, lo cual también permitirá premiar el mérito para la renovación o en su defecto la remoción de estos y de quienes estén por encima en la línea jerárquica.

Solo pensar que las expectativas de los usuarios sobre la calidad de atención, sean al fin satisfechas, otorgándoles atenciones oportunas, con calidad y calidez y a un costo razonable para la institución, motiva propiciar un cambio de tal magnitud, una verdadera reforma estructural, un cambio en las reglas de juego, que rompa con una cultura organizacional que ha fracasado en sus intentos reiterados de realizar la transformación del Seguro Social de Salud.

EsSalud requiere una reforma estructural que lo conviertan en una **institución completa**, es decir equilibrada, preparada para la realización de los fines para los cuales fue creada; **consistente**, en la que los patrones de comportamiento laborales asertivos y del cumplimiento del deber de todos sus equipos de gestión

y colaboradores sea constante, cada quien en lo suyo, y que no existan contradicciones en el sistema; **independiente**, que garantice un actuar que haga oídos sordos a los dictados del poder de turno y solo responda a los intereses de su razón de ser, los asegurados; **demostrable**, con resultados que satisfagan la expectativas de los usuarios del sistema; y, por último, **categorica**, es decir que cumpla con el mandato imperativo otorgado por los verdaderos dueños de EsSalud, los asegurados, de cumplir los principios de la seguridad social.

Probablemente se está planteando una utopía, pero finalmente el objetivo de tamaño proyecto o idea tiene la intención de abrir el debate de cómo debe ser el gobierno más óptimo de la institución, que genere un seguro social que no solo prevenga o cure los problemas de salud de sus asegurados, sino que le haga la vida más fácil, más productiva, más feliz.

Se ha afirmado que, “sin utopía no hay conocimiento de la realidad” y que esta es fundamental “para realizar la tarea de crítica de las instituciones sociales, políticas, jurídicas o económicas y promover la reforma de las mismas”.<sup>(251)</sup> Entonces, bienvenida sea. Será muy difícil, pero no imposible, llevar a cabo tamaña reforma estructural de EsSalud, el cambio dentro de una organización siempre lo es, pues romper el statu quo y generar incomodidades en grupos con intereses particulares originará conflictos que se tendrá que enfrentar, ya que “quien quiera la lluvia, también tiene que aceptar el barro” (proverbio africano).

Los diagnósticos están hechos y se debe estar lo suficientemente preparados para asumir el reto y ejecutar un ambicioso plan para hacer realidad la promesa de un sueño incumplido, la protección social de la salud, mediante un sistema eficaz, accesible, oportuno, de buena calidad y que cuide los bolsillos de los que poco tienen.

## CONCLUSIONES

### **1. Mayoría de usuarios externos muestra insatisfacción con la calidad de atención en la consulta externa**

La presente investigación encuentra que la mayoría de los usuarios externos o pacientes muestra insatisfacción con la atención brindada en los consultorios externos del HNGAI. Su mayor insatisfacción estuvo puesta en la insuficiente capacidad de respuesta de los servicios y las deficiencias en los aspectos tangibles, pero dentro de esta una discreta mayoría se encuentra satisfecha con la limpieza y comodidad de los consultorios y una importante mayoría se mostró insatisfecha por la falta de personal que le informe y oriente adecuadamente. En la dimensión fiabilidad también se halló insatisfacción, siendo la mayor el no encontrar citas disponibles y que la consulta no se realice en el horario programado. Solo en la dimensión empatía y en la de seguridad, una discreta mayoría estuvo satisfecha.

### **2. Mayoría percibe la existencia de maltrato hacia el asegurado**

En los grupos focales los usuarios perciben en mayoría que existe maltrato al paciente, siendo para ellos esto lo más importante. Los pacientes consideran que un servicio de atención es de calidad si la atención es rápida y se cumple con los horarios establecidos, así como, el trato es bueno, con amabilidad, empatía y respeto a la intimidad. Para los pacientes, la infraestructura y el equipamiento no es tan importante en su percepción de la calidad, como lo es el trato, la atención puntual y oportuna, y percibir que para el médico su salud es importante y que su actitud le genere confianza.

### **3. Deficiente calidad en la atención es atribuida a la brecha negativa entre la oferta y la demanda, y agravada por la mala actitud del personal**

La mayoría de los usuarios consideran que la deficiente calidad de la atención es condicionada por la cantidad excesiva de pacientes que recibe el hospital y la existencia de un déficit de recursos humanos e

infraestructura en la red prestacional, pero que esta se ve empeorada por el mal ánimo de muchos médicos y demás estamentos del personal asistencial. No obstante, es necesario resaltar que reconocen en el médico el gran dominio de su respectiva especialidad y la mayoría se siente satisfecha con esta, olvidando las peripecias que vivieron para llegar a la consulta, si su problema de salud es resuelto o al menos aliviado, pero aún más si el médico lo trató bien. También perciben que muchos médicos se encuentren abrumados no solo por la carga excesiva de pacientes que debe atender en el hospital, sino también por la labor adicional que realizan en el ámbito privado.

**4. Mayoría de médicos acepta la existencia de una deficiente calidad de atención por exceso de demanda y que esto influye en el actuar de muchos de ellos**

La mayoría de los médicos entrevistados manifiesta que existe una deficiente calidad en la atención, condicionada por la alta demanda y déficit en recursos humanos e infraestructura, de lo cual responsabilizan a los gestores de EsSalud. Además, perciben que esta situación influye en el comportamiento de muchos médicos, que se muestran poco empáticos, afectando ello la relación con los pacientes. Algunos facultativos reconocen que existe un sector del gremio médico que muestra falta de compromiso y preocupación por el paciente y con ello faltan a la ética médica. La dirigencia gremial, aunque endilga principalmente de la mala situación de la calidad de la atención en EsSalud, a los gerentes y autoridades de la institución, también reconocen que existen médicos que no están a la altura de su juramento.

**5. Mayoría del personal asistencial no médico atribuye la mala calidad de atención al diferimiento de citas, impuntualidad en la consulta y al maltrato del asegurado**

La mayor parte del personal asistencial no médico de la consulta externa de HNGAI, considera que la calidad de la atención en esta área es deficiente, percibiendo como principal factor desencadenante de esta, a la

dificultad de obtener citas prontas, al inicio impuntual de las consultas y al maltrato ejercido por parte del personal, tanto asistencial como administrativo. En relación a la atención médica, si bien reconocen es de alta calidad técnica, consideran en mayoría, que la atención brindada por estos no es satisfactoria para el paciente, pues está caracterizada por el maltrato consecuencia de atenciones rápidas, impuntuales, no empáticas y de mala comunicación con el usuario.

**6. Casi todos los médico perciben como mala su calidad de vida laboral en el hospital, siendo una de las consecuencias el pluriempleo**

Casi unánimemente los médicos perciben que su calidad de vida laboral es mala, resultado de las condiciones de trabajo y de la deficiente contraprestación económica que reciben por la atención que brindan. Perciben que principalmente a los gestores les importa más la producción de actividades, poniendo énfasis en los estándares de cantidad, que de la calidad de las atenciones, siendo este el carácter de la supervisión, control y evaluación de las actividades que realizan el médico y el personal asistencial no médico del hospital. Así mismo, los médicos aceptan que la necesidad de cubrir el presupuesto familiar los obliga a tener dos o más compromisos laborales, lo cual afecta la calidad de la atención, pues viven apurados y estresados, siendo los pacientes víctimas de dichas condiciones.

## RECOMENDACIONES

A luz de los resultados obtenidos en la presente investigación doctoral, se recomienda para un real y sostenido cambio hacia la calidad total, la elaboración de medidas a corto, mediano y largo plazo, que genere una verdadera garantía de atención de calidad, las mismas que deberían ser coronadas por una reforma estructural de EsSalud, tal como se ha revelado en las páginas precedentes, que requiere de una gran voluntad política, y así dar solución a lo que es perfectamente posible a partir de objetivos claros que solo busquen responder a los intereses de los asegurados y del bien común, en base a principios y valores humanos. Es hora de tomar las decisiones más adecuadas y perfectamente posibles, para alcanzar el noble logro de brindar una atención de calidad con calidez, oportuna y a un costo razonable. Después de todo a lo largo de la historia ha quedado demostrado que “Todo parece imposible hasta que se hace”.<sup>(252)</sup> Por tanto se recomienda en concordancia a las conclusiones del estudio:

1. En el corto plazo, las estrategias deben estar dirigidas a mejorar la gestión hospitalaria con una adecuada evaluación, control y supervisión de la consulta externa, velando por el cumplimiento de la programación asistencial, que el inicio y termino de la consulta médica sea a la hora establecida, impidiendo lo reemplazos no autorizados de otros médicos asistentes o peor aún de médicos residentes, sancionando a los infractores, tanto a los participantes directos de la irregularidad, como a los jefes de servicio responsables directos de hacer cumplir las normas y procedimientos establecidos en la institución; así mismo se debe evaluar permanentemente a estos a través de indicadores de desempeño del Servicio, y de no alcanzar los estándares establecidos por la norma, habiéndoles otorgado la logística necesaria para hacerlo, debe ser sancionado de manera gradual, hasta la destitución inclusive, de no mejorar su gestión.

Se debe aprovechar la existencia de un circuito cerrado de televisión para que durante la espera para la atención, el paciente sea educado en el uso

adecuado de los servicios que brinda el hospital, en la importancia de su comportamiento y puntualidad al momento de acudir a la consulta o realización de exámenes de laboratorio o diagnóstico por imágenes; también para orientarlo adecuadamente en los procesos para la atención en la consulta externa, emergencia y hospitalización, así como acerca de la ubicación de las diferentes instalaciones del hospital.

Se debe implementar a la brevedad posible un sistema de aire acondicionado o colocar una suficiente cantidad de ventiladores en el área de consultorios externos y disponer que los servicios higiénicos cuenten con papel toalla y jabón.

Impactará de forma importante que la gestión del área de hospitalización baje su estancia media, para ello es necesario que se mejore el desempeño del laboratorio clínico y el diagnóstico por imágenes, pero también mejorar la gestión de los procesos clínicos y de los quirófanos, reduciendo en estos últimos los tiempos muertos para hacer las salas de operaciones más productivas, todo ello en función de gestión de costos. El objetivo sería tener mayor disponibilidad de camas para hospitalización, sea para tratamiento médico o quirúrgico, y acabar con aquella costumbre de “pasear” a los pacientes por el área de consultorios externos de manera injustificada, creando congestión y mala utilización, consumo y desperdicio de recursos de toda índole.

2. En el corto plazo también, los gestores del hospital deben de iniciar una campaña agresiva acerca de la calidad de atención en salud, dirigida a todo el personal involucrado en la atención de los pacientes, de asistencia obligatoria, pues esta debe ser programada dentro del horario de trabajo. Se debe implementar anualmente un reconocimiento a los mejores trabajadores en los diferentes estamentos, los mismos que deben surgir a través de encuestas anónimas entre los pacientes o usuarios externos y también de los internos, y las fotos de los ganadores deben ser exhibidos durante un año en el área de trabajo del premiado.

3. A mediano plazo, las gerencias de la RPA, del HNGAI, de Servicios Prestacionales Nivel I y II, y la Gerencia General de EsSalud deben coordinar sobre la necesidad imperiosa de descongestionar el tercer nivel de atención, a través de una verdadera prioridad de inversión en el primer, para potenciar la promoción y prevención en salud. Así mismo, reclamar la implementación de un verdadero segundo nivel de atención con capacidad resolutive de patologías propias de este, para que los pacientes no terminen acudiendo al HNGAI para su tratamiento respectivo, congestionando la consulta externa. Esto necesariamente implica la construcción a largo plazo de un hospital nivel II de 250 camas en el distrito de Vitarte y otro en el de San Juan de Lurigancho.
  
4. A corto plazo, el gremio médico se debe involucrar más activamente, y la gerencia propiciarlo, en la gestión de la calidad, pero de manera efectiva, ejerciendo su condición de ente técnico-asesor que la norma le reconoce. El gremio médico no debe ser un mirón de palo en la toma de decisiones, debe propiciar acuerdos de gestión cuyo objetivo principal sea la mejora de la calidad de la atención, pero también generar como contraparte la elaboración de una serie de incentivos para los médicos y demás personal asistencial, de diversa naturaleza, no necesariamente económicos.
  
5. Se requieren de investigaciones cuantitativas y cualitativas en los diferentes servicios del HNGAI, tanto en la consulta externa como en los servicios de hospitalización y emergencia, que exploren la percepción y las expectativas de los usuarios de estos servicios, y aborden las peculiaridades y problemas de cada uno de ellos, y que revelen la existencia o no de maltrato al paciente.
  
6. En el mediano plazo, se debe crear un nuevo régimen laboral para el médico asistente, a “dedicación exclusiva”, de 8 horas diarias o 48 horas semanales, compatible solo con las labores de docencia médica universitaria, que le brinde tranquilidad en el desempeño de sus funciones

y así contar con un personal médico realmente comprometido con su institución, su servicio y sus pacientes.

Por último, y a manera de corolario se puntualiza lo siguiente: varias reformas del Seguro Social de Salud – EsSalud se han dado en los últimos veinticinco años, en función de la visión de los gobiernos de turno. Salvo los resultados de la reforma que se inició en el 2007 al 2011, que fueron bastante auspiciosos y hubieron avances en la mejora de la calidad, el camino fue desandado a partir del año 2012 con consecuencias funestas para este, que hasta hoy lo sufren los asegurados. Toda propuesta de reforma que no ponga en el centro de la toma de decisiones al asegurado en función únicamente de sus intereses y no del gobierno de turno, estará destinada al fracaso. Solo empoderando al asegurado, convirtiéndolo en un activo partícipe en el diálogo tripartito con los representantes del Estado y de los empleadores, de lo más amplio posible, pero con participación no solo consultiva en la toma de decisiones, sino atendiendo sus aportaciones, hará que el sistema funcione con eficiencia y se brinde una atención de salud de calidad, con calidez y que proteja financieramente tanto a la institución como al asegurado, que al fin y al cabo es el verdadero dueño de EsSalud. En este orden de ideas la propuesta de la presente tesis es llevar a cabo, en el largo plazo, una Reforma Estructural de EsSalud que contemple:

1. Cambiar la forma elección de la Presidencia Ejecutiva de EsSalud, la cual debiera salir de un concurso interno de competencias y méritos entre los 9 integrantes del Consejo Directivo, para asegurar que el presidente ejecutivo responda exclusivamente a los intereses de la institución y no del gobierno central, para que entre otras cosas defienda a cabalidad su sostenibilidad financiera, a través por ejemplo de universalizar la efectiva aportación del 9 % de la remuneración de todo trabajador.
2. Que uno de los representantes del Estado ante el Consejo Directivo sea un profesional de la salud proveniente del seno de EsSalud, que conozca a fondo la realidad de la institución y refuerce el objetivo que los

representantes del Estado opten por la vigilancia y cuidado de los intereses de la institución.

3. Elección directa de los representantes de los trabajadores y de los empleadores a través del voto secreto y universal, para garantizar sobre todo la participación efectiva de los trabajadores activos y jubilados.
4. Implantar un aumento del 1 % en la tasa de aportación, a cuenta del trabajador, durante el tiempo que sea necesario para cubrir el costo de las prestaciones brindadas en los casos que se genere una extralimitación de la cobertura para casos puntuales.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Humanium. Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948. [Online].; 1948 [cited 2016 febrero 13]. Available from: <http://www.humanium.org/es/ddhh-texto-completo/>.
2. The Pan American Health Organization. Declaración de Alma Ata - PAHO WHO. [Online].; 2012 [cited 2016 febrero 13]. Available from: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm).
3. Cabello E. Calidad de la Atención Médica: ¿Paciente o cliente? Rev Med Hered. [Online].; 2001 [cited 2017 marzo 27];12(3):96-99. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v12n3/v12n3ce2.pdf>.
4. Ramírez A, García J, Fraustro S. Definición del Problema de la Calidad de la Atención Médica y su Abordaje Científico: Un Modelo para la Realidad Mexicana. [Online].; 1995 [cited 2017 marzo 25]. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v11n3/v11n3a08>.
5. Fernández N. Calidad de la atención médica. [Online].; 2014 [cited 2017 marzo 25];1-35. Available from: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/calidad\\_de\\_la\\_atencion\\_medica.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/calidad_de_la_atencion_medica.pdf).
6. Sámano F. El médico ante la sociedad. [Online].; 2017 [cited 2017 marzo 25]. Available from: [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2001/ponencia\\_oct\\_2k1.htm](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2001/ponencia_oct_2k1.htm).
7. de la Peña M. Transformación de los sistemas de salud. Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social. [Online].; 2017 [cited 2017 marzo 25]. Available from: <http://www.institutoeuropeo.es/transformacion-de-los-sistemas-de-salud/>.
8. González W. Revista Almenara. Revista del Cuerpo Médico del HNGAI. [Online].; 2010 [cited 2017 marzo 25];5:7-10. Available from: <https://es.scribd.com/doc/55733721/revista-almenara-5>.
9. Pérez B. El Método Clínico, un factor clave en la lucha por la excelencia. Revista Cubana de Salud Pública. [Online].; 2012 [cited 2017 marzo 27];38(2):179-182. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v38n2/spu01212.pdf>.

10. Brito P, Calin P, Novick M. Relaciones laborales, condiciones de trabajo y participación en el sector salud. [Online].; 2002 [cited 2017 abril 1]. Available from: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=579](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=579).
11. EPIDIS. Epidemiología e Informática para la Docencia e investigación en Salud. Liderazgo médico e integración clínica. [Online].; 2017 [cited 2017 marzo 30]. Available from: <http://www.epidis.net/liderazgo-medico-e-integracion-clinica/>.
12. Abarca J. La calidad asistencial. El Mundo. [Online].; 2016 [cited 2017 marzo 30]. Available from: <http://www.elmundo.es/salud/2016/02/12/56be1cc0268e3ec23d8b4571.html>.
13. EsSalud. Hospital Guillermo Almera Irigoyen. [Online].; 2020 [cited 2020 febrero 16]. Available from: <https://www.google.com/search?q=pagina+web+hospital+guillermo+almenara+irigoyen&oq=pagina+web++hospital+guillermo+almenara+irigoyen&qs=chrome.69i57.22358j1j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>.
14. EsSalud. Redes Prestacionales y Centros Especializados de Lima y Callao 2017. [Online].; 2017 [cited 2017 marzo 30]. Available from: [http://www.essalud.gob.pe/transparencia/DIRECTORI\\_Netes\\_Lima.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/DIRECTORI_Netes_Lima.pdf).
15. El Peruano. Diario oficial. [Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 125-PE-ESSALUD-2018].; 2018 [cited 2018 setiembre 27].
16. Parasuraman A, Zetthaml V, Berry L. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. [Online].; 1988 [cited 2017 mayo 6];64(1):12-37. Available from: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2220966/mod\\_folder/content/0/Escala%20Servqual%20-%20Journal%20of%20Retailing.pdf?forcedownload=1](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2220966/mod_folder/content/0/Escala%20Servqual%20-%20Journal%20of%20Retailing.pdf?forcedownload=1).
17. Hanefeld J, Powell-Jackson T, Balabanova. Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. Bull World Health Organ. [Online].; 2017 [cited 2021 marzo 27];95(5):368-374. Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/5/16-179309.pdf>.
18. Gallardo A, Reynaldos K. Calidad de servicio: satisfacción usuaria desde la perspectiva de enfermería. Enferm. glob. [Online].; 2014 [cited 2020 marzo 25];13(36):353-363. Available from:

- [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000400020&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400020&lng=es).
19. Youssef , Wiljer D, Mylopoulos M, Maunder R, Sockalingam. "Caring About Me": a pilot framework to understand patient-centered care experience in integrated care - a qualitative study. *BMJ Open*. [Online].; 2020 [cited 2021 marzo 21];10(7):e034970. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32718923/>.
  20. Escuela Europea de Excelencia. La importancia del bienestar de los trabajadores en una organización - Nueva ISO 45001. [Online].; 2019 [cited 2021 febrero 22]. Available from: <https://www.nueva-iso-45001.com/2019/05/la-importancia-del-bienestar-de-los-trabajadores-en-una-organizacion/>.
  21. Rivera G. Satisfacción de los usuarios a través de sus expectativas y percepciones en la atención médica. *Rev Diagnóstico*. [Online].; 2015 [cited 2019 setiembre 30];(54):5-9. Available from: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/diag/v54n1/a2.pdf>.
  22. INEI, Instituto Nacional de Estadística e Informática. ENCUESTA NACIONAL de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud 2014. [Online].; 2014 [cited 2019 setiembre 30. Available from: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1192/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1192/).
  23. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Presentación ENSUSALUD 2015 Final. [Online].; 2015 [cited 2017 abril 15]. Available from: <https://es.scribd.com/document/285965633/Presentacion-Ensusalud-2015-Final>.
  24. nsoocial. ENSUSALUD 2016 ppt. [Online].; 2016 [cited 2017 abril 15]. Available from: <https://pubhtml5.com/ubhp/ogtu/basic>.
  25. Civera M. Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido. Tesis doctoral. Valencia, España. Universitat Jaume I. [Online].; 2009 [cited 2017 abril 15]. Available from: [http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10357/civera.pdf;jsessionid=FA\\_CCEA3](http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10357/civera.pdf;jsessionid=FA_CCEA3).
  26. Hospital Universitario del Valle, Cali-Colombia. Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios. [Online].; 2010 [cited 2017 abril 24]. Available from: <http://www.fundacionfundesalud.org/pdf/files/calidad-de-la>

[atencion-en-salud.pdf](#).

27. Casalino-Carpio G. Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual. Rev Soc Peru Med Interna. [Online].; 2008 [cited 2018 agosto 21]; vol 21 (4):143-52. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/7e7a/94c81ad5f6c841169ea26fb4828a5adb207d.pdf>.
28. Jara JC. Estudio de satisfacción del usuario externo en los servicios de salud del Hospital General Provincial de Latacunga. [Online].; 2016 [cited 2019 setiembre 30]. Available from: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/5433/1/UDLA-EC-TEAIS-2016-05.pdf>.
29. Hernández A, Roque C, Prado F, Bendezú G. Satisfacción del usuario externo con la atención en establecimientos del Ministerio de Salud de Perú y sus factores asociados. Rev Per Med Exp Salud Pública. 2019; 36(4): p. 620-8.
30. Simón-Gozalbo A , Llorente Parrado C , Diaz Redondo A , Ignacio Cerro C , Vázquez López P , Mora Capín A. Calidad percibida en población hiperfrecuentadora infantil: una aproximación cualitativa [Perceived quality of care by frequent paediatric healthcare users: A qualitative approach]. J Healthc Qual Res. [Online].; 2010 [cited 2021 febrero 25];35(1):19-26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31917252/>.
31. World Health Organization. Sistemas de salud. [Online].; 2003 [cited 2017 marzo 25];116-46. Available from: <http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter7-es.pdf>.
32. Nuestro Tiempo. Revista cultural y de cuestioners actuales de la Universidad de Navarra. El Muro que cambió la historia. [Online].; 2009 [cited 2017 agosto 21];659. Available from: <http://www.unav.es/nuestrotiempo/es/temas/el-muro-que-cambio-la-historia>.
33. Cely G. Del concepto de paciente a concepto de cliente. Rev Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. [Online].; 1999 [cited 2017 agosto 21];1(2):34-31. Available from: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/viewFile/1189/683>.

34. Lopez R. Prof. Dr Carlos Alberto Seguin. In Memoriam. [Online].; 2015 [cited 2017 marzo 25]. Available from: [http://www.academia.edu/5689552/Prof. Dr Carlos Alberto Seguin. In Memoriam](http://www.academia.edu/5689552/Prof._Dr_Carlos_Alberto_Seguin._In_Memoriam).
35. Marques Filho J, Saad Hossne W. La relación medico-paciente bajo la influencia La relación medico-paciente bajo la influencia. Rev. bioét.. [Online].; 2015 [cited 2017 marzo 25]; 23 (2): 308-15. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n2/es\\_1983-8034-bioet-23-2-0304.pdf](http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n2/es_1983-8034-bioet-23-2-0304.pdf).
36. Ojo Público. Clínicas deben millones en multas pero no responderán al INDECOPI. [Online].; 2015 [cited 2017 marzo 27]. Available from: <https://ojo-publico.com/clinicas-deben-millones-en-multas-pero-ya-no-responderan-al-indecopi>.
37. Constitución Política del Perú 1993. [Online].; 1993 [cited 2017 marzo 27]. Available from: <http://portal.jne.gob.pe/informacionlegal/Constitucion%20y%20Leyes1/CONSTITUCION%20POLITICA%20DEL%20PERU.pdf>.
38. Ley General de Salud (LEY N° 26842). [Online].; 1997 [cited 2017 marzo 27]. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997%20-%20Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf>.
39. Alcalde J, Lazo O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. Salud Publica Mex. [Online].; 2011 [cited 2017 marzo 27];53 supl 2:S243-S254. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/19.pdf>.
40. Defensoría del Pueblo. El Aseguramiento Universal en Salud: Avances y retos pendientes para su implementación. [Online].; 2012 [cited 2017 marzo 27]. Available from: <http://www.defensoria.gob.pe/blog/el-aseguramiento-universal-en-salud-avances-y-retos-pendientes-para-su-implementacion/>.
41. MINSA. Gobierno del Perú. Ley Marco de Aseguramiento. [Online].; 2011 [cited 2017 marzo 27]. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/LeyMarco.pdf>.
42. Consejo Nacional de salud. Lineamientos y medidas de reforma del sector salud. [Online].; 2013 [cited 2017 marzo 27]; 72-74. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf>.

43. Lamula.pe. Crisis sanitaria y corrupción en Perú: mientras unos lucran con la salud, millones la padecen. [Online].; 2016 [cited 2017 marzo 27]. Available from: <https://redaccion.lamula.pe/2016/10/17/sis-salud-publica-minsa-hospital-loayza-caso-moreno/acastro/>.
44. Donabedian A. Veinte años de investigación en torno a la calidad de la atención médica, 1964-1984. [Online].; 1988 [cited 2017 marzo 27];30(12):202-15. Available from: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/192/184>.
45. Magalón G, Londoño R. Garantía de calidad en salud. [Online].; 2006 [cited 2017 abril 14]; 4. Available from: [https://books.google.com.pe/books?id=zNlzAARgYZEC&printsec=frontcover&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=zNlzAARgYZEC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false).
46. Hoz ADI. Propuesta de aplicación de la escala SERVQUAL en el sector salud de Medellín. Rev CES Salud Pública. [Online].; 2014 [cited 2017 abril 14];5(2):107-116. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4974882.pdf>.
47. Cabello E, Chirinos J. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. Rev Med Hered. [Online].; 2012 [cited 2017 abril 14];23(2):88-95. Available from: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/viewFile/1037/1003>.
48. MINSA. Gobierno del Perú. Guía Técnica para la Evaluación Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo. [Online].; 2012 [cited 2017 abril 14]. Available from: [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2015/2252\\_rm\\_527\\_2011\\_usuario\\_externo.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2015/2252_rm_527_2011_usuario_externo.pdf).
49. Chaparro M. Calidad de vida laboral. [Online].; 2011 [cited 2017 marzo 27]. Available from: <http://michael-chaparro.blogspot.pe/2011/11/definicion.html>.
50. MINSA. Gobierno del Perú. Categoría de establecimientos de salud. [Online].; 2004 [cited 2017 marzo 27]. Available from: [http://www.minsa.gob.pe/dgiem/infraestructura/WEB\\_DI/NORMAS/NT-0021-DOCUMENTO%20OFICIAL%20CATEGORIZACION.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgiem/infraestructura/WEB_DI/NORMAS/NT-0021-DOCUMENTO%20OFICIAL%20CATEGORIZACION.pdf).
51. Llinás A. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. Rev Salud Uninorte. Barranquilla (Col). [Online].; 2010 [cited 2017 setiembre 17]26(1):143-154. Available from:

- <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81715089014>.
52. Fernández M. Gestión de la calidad total: El modelo EFQM de excelencia. Medifam. [Online].; 2002 [cited 2017 agosto 21];12(10):41-54. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682002001000004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000004).
  53. OMS. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. [Online].; 2009 [cited 2017 abril 24]. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf).
  54. OMS. Atención Primaria de Salud. [Online].; 1978 [cited 2017 abril 24]. Available from: [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/).
  55. Aguirre-Gas H. Principios éticos de la práctica médica. Rev Cir Ciruj. [Online].; 2004 [cited 2017 abril 24];72(6): 503-10. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2004/cc046m.pdf>.
  56. ISOTools. Calidad total: definición y modelos. [Online].; 2015 [cited 2017 abril 24]. Available from: <https://www.isotools.org/2015/05/01/calidad-total-definicion-y-modelos/>.
  57. Fajardo G, Hernández F. Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención de la salud. [Online].; 2012 [cited 2017 abril 24]. Available from: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60109/libro\\_01.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60109/libro_01.pdf).
  58. Jiménez L, Báez R, Pérez B, Reyes I. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Rev Cubana Salud Pública. [Online].; 1996 [cited 2017 setiembre 17];22(1). Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34661996000100008&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34661996000100008&script=sci_arttext&tlng=pt).
  59. MINSA. Normas técnicas de estándares de calidad para hospitales e institutos especializados. [Online].; 2003 [cited 2017 abril 24]. Available from: [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg\\_pac/EstandarHosp2003.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg_pac/EstandarHosp2003.pdf).
  60. MINSA. Estándares de calidad para el primer nivel de atención en salud. [Online].; 2002 [cited 2017 abril 24]. Available from: [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg\\_pac/Estandar](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg_pac/Estandar)

[1erNivel2003.pdf](#).

61. Salinas J, González H. Evaluación de la calidad en servicios de atención y orientación psicológica: conceptos e indicadores. [Online].; 2006 [cited 2017 abril 24]. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2006000400014](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000400014).
62. Jimenez R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública. [Online].; 2004 [cited 2017 abril 24]. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004).
63. Ameca J. Cliente interno y externo en una organización. Gestipolis. [Online].; 2014 [cited 2017 mayo 6]. Available from: <https://www.gestipolis.com/cliente-interno-y-externo-en-una-organizacion/>.
64. Bejarano L, Mormontoy W; C, Tipacti. Muestreo e Inferencia Estadística en Ciencias de la Salud. 1st ed. Lima: Editorial Imprenta Unión; 2006.
65. Conde F, Pérez C. La investigación cualitativa en salud pública. Rev Esp Salud Pública. [Online].; 1995 [cited 2017 mayo 6];69:145-149. Available from: [https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL69/69\\_2\\_145.pdf](https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL69/69_2_145.pdf).
66. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. Ciência & Saúde Coletiva. [Online].; 2012 [cited 2017 mayo 6];17(3):613-619. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>.
67. Lozada M, Rodríguez A. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Cuad. Adm. Bogotá (Colombia). [Online].; 2007 [cited 2017 mayo 4];20 (34): 237-258. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/cadm/v20n34/v20n34a11.pdf>.
68. Calixto-Olalde M, Okino N, Hayashida M, Costa I, Trevizan M, de Godoy S. Escala SERVQUAL: validación en población mexicana. [Online].; 2011 [cited 2017 mayo 4];20(3).326-333. Available from: [http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3578/art\\_SAWADA\\_Escala\\_SERVQUAL\\_validacion\\_en\\_poblacion\\_mexicana\\_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3578/art_SAWADA_Escala_SERVQUAL_validacion_en_poblacion_mexicana_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

69. De la Hoz A. Propuesta de aplicación de la escala SERVQUAL en el sector salud de Medellín. CES Salud Pública. [Online].; 2014 [cited 2017 mayo 4];5:107-116. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4974882.pdf>.
70. Hospital María Auxiliadora. MINSA. Encuesta de Satisfacción Aplicada en Usuarios Externos de Emergencia SERVQUAL. [Online].; 2014 [cited 2017 mayo 4]. Available from: <http://www.hma.gob.pe/calidad/INFOR-15/SERVQUAL-14/SERVQUAL-EMERGENCIA-2014.pdf>.
71. Ulin P, Robinson E, Tolley E. Investigación aplicada a salud pública. Métodos cualitativos. Publicación Científica y Técnica No. 614. Washington, DC. OPS. [Online].; 2006 [cited 2017 mayo 6];p.70. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/729/9275316147.pdf>.
72. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa Madrid: Morata; 2007.
73. A. Strauss y J Corbin. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada Medellín : Editorial de la Universidad de Antioquia; 2002.
74. Hamui L, Fuentes R, Aguirre R y Ramírez O. Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: un estudio de satisfacción con la atención médica. Universidad Nacional Autónoma de México. [Online].; 2013 [cited 2019 setiembre 30. Available from: <https://bit.ly/2UmxCMZ>.
75. Essalud. Programa de Calidad de Servicio. [Online].; 2008 [cited 2019 julio 4]. Available from: <https://bit.ly/2U2bMLC>.
76. Significados.com. Actitud. [Online].; 2019 [cited 2020 agosto 16]. Available from: <https://www.significados.com/actitud/>.
77. OMS. Normas básicas de higiene del entorno en la atención sanitaria. [Online].; 2016 [cited 2019 noviembre 17]; p. 29. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246209/9789243547237-spa.pdf;jsessionid=366373BA012B0DD45973C39EC85FECB6?sequence=1>.
78. Pacientes y visitantes de hospitales se llevan jabón y papel de baños [Programa de televisión] 5: Panamericava TV; 2020..
79. Sausa M. Servicio de salud presenta más de 47 mil reclamos en lo que va

- del año. [Online].; 2017 [cited 2019 junio 29]. Available from: <https://bit.ly/2gtfVoW>.
80. EsSalud. Estadística Institucional: Principales indicadores de Salud, 2000 – 2018. [Online].; 2019 [cited 2019 noviembre 2]. Available from: [http://www.essalud.gob.pe/downloads/series\\_Estadisticas\\_2000\\_2018.pdf](http://www.essalud.gob.pe/downloads/series_Estadisticas_2000_2018.pdf).
  81. Gestión. Essalud en crisis: un diagnóstico sobre la seguridad social y los retos por afrontar. [Online].; 2019 [cited 2019 setiembre 28]. Available from: <https://bit.ly/2Y3SJBb>.
  82. Moncada S. Constantes agresiones al personal de salud requieren soluciones inmediatas. CMP Lima. [Online].; 2018 [cited 2020 agosto 16]. Available from: <https://cmplima.org.pe/constantes-agresiones-al-personal-de-salud-requieren-soluciones-inmediatas/>.
  83. Infórmate Perú. Trabajador del hospital Almenara robó mascarillas y ropas quirúrgica que escasea en nosocomio. [Online].; 2020 [cited 2020 agosto 16]. Available from: <https://informateperu.pe/peru/trabajador-del-hospital-almenara-robo-mascarillas-y-ropas-quirurgica-que-escasea-en-nosocomio/>.
  84. RPP Noticias. Roban peligroso equipo radioactivo del hospital Rebagliati. [Online].; 2016 [cited 2020 agosto 16]. Available from: [Roban peligroso equipo radioactivo del hospital Rebagliati](#).
  85. Ciudadanos al día. Boletín CAD N° 156 - Midiendo la calidad de atención a los asegurados de Essalud. [Online].; 2013 [cited 2020 enero 30]. Available from: [BoletinCAD CalidadAtenciynEssalud\\_27Set13 \(5\).pdf](#).
  86. Gestión. INEI: Aumenta demora para obtener cita de atención médica en establecimientos de salud pública. [Online].; 2019 [cited 2019 diciembre 1]. Available from: <https://gestion.pe/economia/aumenta-demora-para-obtener-cita-de-atencion-medica-en-establecimientos-de-salud-publica-noticia/>.
  87. Villegas M, Alcaraz J, Pascual H, González J, Ballesta A, Moreno J, et al. Mejora de la gestión de las consultas externas hospitalarias mediante la cita automática directa de interconsultas. Rev. Esp. Salud Pública. [Online].; 2018 [cited 2019 diciembre 1]. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272018000100404&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100404&lng=es).
  88. Olaza A. Satisfacción del usuario y calidad de atención. Servicio de emergencia, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz. Universidad de San Martín de Porres, Lima. [Online].; 2018 [cited 2019 setiembre 30]. Available

from:

[http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3489/3/olaza\\_maf.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3489/3/olaza_maf.pdf).

89. EsSalud. EsSalud Almenara realiza en tiempo récord 9 trasplantes, entre hígado, riñón y páncreas. [Online].; 2019 [cited 2019 noviembre 17]. Available from: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-almenara-realiza-en-tiempo-record-9-trasplantes-entre-higado-rinon-y-pancreas/>.
90. Andina. Hospital Almenara de EsSalud ya cuenta con moderna Unidad de Cuidados Intensivos. [Online].; 2019 [cited 2008 noviembre 17]. Available from: <https://andina.pe/agencia/noticia-hospital-almenara-essalud-ya-cuenta-moderna-unidad-cuidados-intensivos-180416.aspx>.
91. La República. Hospital Almenara es el noveno en el mundo con mejor nutrición a pacientes críticos. [Online].; 2012 [cited 2019 noviembre 17]. Available from: <https://larepublica.pe/sociedad/625049-hospital-almenara-es-el-noveno-en-el-mundo-con-mejor-nutricion-a-pacientes-criticos/>.
92. Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI. Presentación ENSUSALUD 2015 Final. [Online].; 2015 [cited 2017 abril 15]. Available from: <https://es.scribd.com/document/285965633/Presentacion-Ensusalud-2015-Final>.
93. Murillo JP, Bellidob L, Huamani P, Garnica G, Munares O, Del Carmen J. Satisfacción y tiempo de espera de usuarios de establecimientos de salud peruanos: análisis secundario de ENSUSALUD 2014-2016. An Fac med. 2019 setiembre; 80(3:288-97).
94. Contreras K. Procesos cognitivos. Teoría y práctica. Niveles básico-intermedio-avanzado. Lima: Lumbreras Editores; 2014.
95. Saldaña K. Factores asociados a la deserción en la consulta externa del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 2016. [Online].; 2019 [cited 2020 enero 20]. Available from: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4442>.
96. Apaza-Pino R, Sandival-Ampuero GA, Runzer-Colmenares FM. Calidad de servicio a pacientes en consultorio externo de geriatría de un hospital de la seguridad social: un estudio cualitativo. Horiz. Med. [Online].; 2018 [cited 2021 abril 20];18(4):50-3. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2018000400007](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2018000400007).

97. Pérez V, Pezoa M. ¿Qué es trato digno para los paciente? Elementos que compones el trato digno. [Online].; 2013 [cited 2020 enero 27]. Available from: [http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-9004\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-9004_recurso_1.pdf).
98. Vera J, Trujillo A. El efecto de la calidad del servicio en la satisfacción del derechohabiente en instituciones públicas de salud en México. [Online].; 2018 [cited 2019 diciembre 15]. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/cya/v63n2/0186-1042-cya-63-02-00002.pdf>.
99. Delgado M, Vásquez M y Moraes L. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. Universidad Nacional de Colombia. Revista de Salud Pública. [Online].; 2010 [cited 2019 setiembre 30];12(4):533-545. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/12554>.
100. Morales M. Calidad de la atención desde la perspectiva del paciente. Universidad Autónoma de Nuevo León, México. [Online].; 2004 [cited 2019 setiembre 30]. Available from: <https://bit.ly/31UXMXA>.
101. Debrouwere I. La comunicación médico-paciente en la consulta médica. Primera ed. Quito: Salud de Altura; 2008.
102. Ramos-Rodriguez C. Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. An Fac med. 2008; 69(1): p. 12-6.
103. Reyna L. Percepción de los usuarios sobre la calidad de atención de salud en emergencias y el desempeño laboral en el Hospital de Chancay 2015. Tesis de maestría. Lima: Universidad Cesar Vallejo; 2015.
104. Cano S, Giraldo A, Forero C. Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención. [Online].; 2016 [cited 2020 enero 27]. Available from: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/19646/20779875>.
105. Forguione-Pérez VP. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. MÉD.UIS. [Online].; 2015 [cited 2020 enero 7];28(1):7-13. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n1/v28n1a01.pdf>.
106. EsSalud. Programa de calidad de servicio-EsSalud. Política y sistema integral de gestión de calidad. [Online].; 2008 [cited 2020 enero 13].

- Available from: [http://www.essalud.gob.pe/defensoria/manual\\_calidad.pdf](http://www.essalud.gob.pe/defensoria/manual_calidad.pdf).
107. EsSalud. Protocolo de atención - Servicio de Admisión y Consulta Externa. [Online].; 2017 [cited 2020 enero 13]. Available from: [http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/defensoria/protocolo\\_consulta\\_Externa.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/defensoria/protocolo_consulta_Externa.pdf).
  108. EsSalud. EsSalud implementa historia clínica digital para atención de asegurados. [Online].; 2019 [cited 2020 enero 13]. Available from: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-implementa-historia-clinica-digital-para-atencion-de-asegurados/>.
  109. Leyes del Congreso. Ley N° 29414. [Online].; 2009 [cited 2020 enero 7]. Available from: <http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29414.pdf>.
  110. MINSA. Reglamento de la Ley N° 29414, ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. [Online].; 2015 [cited 2020 enero 7]. Available from: [file:///C:/Users/Rodrigo/Downloads/Reglamento\\_Ley-29414%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Rodrigo/Downloads/Reglamento_Ley-29414%20(5).pdf).
  111. Bazán C. El acto médico. In Conferencia Internacional: Seguridad del paciente, buenas prácticas y calidad; 2010; Lima. p. 119-30.
  112. EsSalud. Presentación de los principales resultados de la encuesta nacional socioeconómica de acceso a la salud de los asegurados de EsSalud. [Online].; 2015 [cited 2020 enero 13]. Available from: [http://www.essalud.gob.pe/downloads/estadistica/pres\\_princ\\_result\\_enc\\_nac\\_soc\\_ec\\_acces\\_salud\\_aseg\\_essalud.pdf](http://www.essalud.gob.pe/downloads/estadistica/pres_princ_result_enc_nac_soc_ec_acces_salud_aseg_essalud.pdf).
  113. Ugarte C, Vera A. Calidad en Atención Primaria de Salud: percepción de los profesionales de los Centros de Salud Familiar y Comunitaria de la ciudad de Valdivia, 2010. Tesis de Grado. Valdivia, Chile: Universidad Austral de Chile; 2010. 54 pp.
  114. Bazán C. El acto médico. In Colegio Médico del Perú. El acto médico - Cuadernos de debate en salud. Lima: Fondo Editorial Comunicacional del CMP; 2011. p. 16-24.
  115. Giménez Mas J. La profesión médica hoy: nueva llamada de la tradición hipocrática. Medifam. [Online].; 2002 [cited 2020 enero 15];12(9).557-62. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n9/hablemos1.PDF>.
  116. INEI. Población afiliada a algún seguro de salud. [Online].; 2018 [cited 2020

- enero 8]. Available from: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1587/libro01.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1587/libro01.pdf).
117. Legis.pe. ¿Médicos pueden atender a pacientes por videollamadas? Dr. TV ofrece servicio que Colegio Médico rechaza. [Online].; 2019 [cited 2020 enero 9]. Available from: <https://legis.pe/medicos-atender-pacientes-videollamadas-dr-tv/>.
  118. Sánchez J. Aspectos éticos y médico-legales en la telemedicina: La consulta médica telefónica. Tesis doctoral. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid; 2011. 14 pp.
  119. Hussmann K. Vulnerabilidades a la corrupción en el sector salud: Perspectivas de América Latina en los subs-sistemas para los pobres (con un enfoque especial en el nivel sub-nacional). PNUD Panamá. [Online].; 2011 [cited 2020 enero 18]. Available from: <https://www.doccity.com/es/vulnerabilidades-a-la-corrupcion-en-el-sector-salud/4115972/>.
  120. García P. Corruption in global health: the open secret. The Lancet. 2019 noviembre; 394(101214): p. 2119-2124.
  121. El Peruano. Verificación del descanso médico será más exigente. [Online].; 2018 [cited 2020 enero 8]. Available from: <https://elperuano.pe/noticia-verificacion-del-descanso-medico-sera-mas-exigente-69547.aspx>.
  122. Bernuy J. Modelo de gestión para la mejora de las condiciones laborales de los trabajadores del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud. Tesis doctoral. Lima, Perú: Universidad César Vallejo; 2018. 115 pp.
  123. EsSalud. memoria Anual 2009. [Online].; 2009 [cited 2020 enero 8]. Available from: <http://www.essalud.gob.pe/downloads/memorias/memoria2009.pdf>.
  124. EsSalud-Defensoría del Asegurado. Políticas de calidad en EsSalud. [Online].; 2016 [cited 2020 enero 15]. Available from: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Políticas%20de%20calidad%20essalud.ppt%202.pdf>.
  125. EsSalud. Modifican el Reglamernto de Organización y Funciones de la Defensoría del Asegurado de EsSalud. [Online].; 2001 [cited 2020 enero 15]. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2001/R531->

- [2001.pdf](#).
126. EsSalud. Reglamento de Organización y Funciones-EsSalud. [Online].; 2007 [cited 2020 enero 15]. Available from: <http://www.essalud.gob.pe/defensoria/108PE07.pdf>.
  127. EsSalud. Memoria Institucional 2007 - EsSalud. [Online].; 2007 [cited 2020 enero 15]. Available from: <http://www.essalud.gob.pe/downloads/memorias/memoria2007.pdf>.
  128. EsSalud. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-EsSalud-2014. [Online].; 2014 [cited 2020 enero 15]. Available from: [http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/rof/ROF\\_Institucional\\_Res\\_656\\_PE\\_2014.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/rof/ROF_Institucional_Res_656_PE_2014.pdf).
  129. EsSalud. Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud. Texto actualizado y concordado. [Online].; 2017 [cited 2020 julio 8]. Available from: [http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/ROF\\_Institucional\\_Sistematizado\\_12052017.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/ROF_Institucional_Sistematizado_12052017.pdf).
  130. Garcés A. Calidad de vida en el trabajo del profesional médico y de enfermería en una empresa social del Estado (ESE) III Nivel, Bogotá. Tesis de maestría. Bogota, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2014. 134 pp.
  131. Urquiza R. Satisfacción laboral, y calidad del servicio de salud. Rev. Méd. La Paz. [Online].; 2012 [cited 2020 febrero 22];18( 2 ): 65-69. Available from: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582012000200012](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200012).
  132. Restrepo F, López A y Gutiérrez L. La calidad de vida laboral del personal de la salud del Urabá antioqueño. XVII Congreso Internacional de Contaduría, Administración e Informática, Universidad Nacional Autónoma de México. [Online].; 2010 [cited 2019 setiembre 30]. Available from: <http://congreso.investiga.fca.unam.mx/docs/xvii/docs/E08.pdf>.
  133. EsSalud. Plan Estratégico Institucional 2017-2021. [Online].; 2017 [cited 2020 enero 19]. Available from: [http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan\\_estrategico\\_institucional\\_2017\\_2021.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan_estrategico_institucional_2017_2021.pdf).
  134. EsSalud. Lineamientos de programación de prestaciones de salud 2014. [Online].; 2014 [cited 2020 enero 19]. Available from:

- [http://www.essalud.gob.pe/downloads/LINEAMIENTOS\\_2014.pdf](http://www.essalud.gob.pe/downloads/LINEAMIENTOS_2014.pdf).
135. EsSalud. Informe evaluación año 2017. [Online].; 2018 [cited 2020 enero 20]. Available from: [http://www.essalud.gob.pe/transparencia/inf\\_monitoreo\\_eval\\_planes\\_politic as/Inf de Eval PEI 2017-2021 ano2017.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/inf_monitoreo_eval_planes_politic as/Inf de Eval PEI 2017-2021 ano2017.pdf).
  136. EsSalud. Convenio entre EsSalud y el Sistema Metropolitano de Solidaridad. [Online].; 2013 [cited 2020 enero 20]. Available from: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/comisiones/2013/com2013salud.nsf//pub web/96557AE6C00535CF05257BF70060BDE1/\\$FILE/PRESENTACIONES SALUD\(11\\_09\\_13\)CONVENIOSISOL.PDF](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/comisiones/2013/com2013salud.nsf//pub web/96557AE6C00535CF05257BF70060BDE1/$FILE/PRESENTACIONES SALUD(11_09_13)CONVENIOSISOL.PDF).
  137. MINSA. Norma técnica de salud de los servicios de emergencia. [Online].; 2007 [cited 2020 enero 28]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/NT042emerg.pdf>.
  138. MINSA. Guía práctica para la construcción de indicadores hospitalarios de gestión y evaluación. [Online].; 2013 [cited 2010 enero 28]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2739.pdf>.
  139. EsSalud. Memoria institucional 2018. [Online].; 2019 [cited 2020 enero 19]. Available from: [http://www.essalud.gob.pe/downloads/memorias/memoria\\_2018.pdf](http://www.essalud.gob.pe/downloads/memorias/memoria_2018.pdf).
  140. EsSalud. Principales indicadores de salud y series estadísticas 2000 - 2018. [Online].; 2019 [cited 2020 enero 20]. Available from: [http://www.essalud.gob.pe/downloads/series\\_Estadisticas\\_2000\\_2018.pdf](http://www.essalud.gob.pe/downloads/series_Estadisticas_2000_2018.pdf).
  141. EsSalud. Memoria institucional 2000. [Online].; 2001 [cited 2020 enero 19]. Available from: <http://www.essalud.gob.pe/downloads/memorias/estad2000ss.pdf>.
  142. Bobadilla L, León F. En torno a las cesáreas en el Perú: ¿solo un problema de cifras? Rev. peru. ginecol. obstet. 2017 oct - dic; 63(4).
  143. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. [Online].; 2015 [cited 2020 enero 24]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf;jsessionid=ED40C75691E61A85349FDC889F3ED3CD?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=ED40C75691E61A85349FDC889F3ED3CD?sequence=1).
  144. Julio C, Wolff P, Vegoña M. Modelo de gestión de listas de espera centrado en oportunidad y justicia. Rev Med Chile. [Online].; 2016 [cited 2020 enero

- 25];144:785-794. Available from:  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n6/art14.pdf>.
145. EsSalud. Resolución de Gerencia General N°1518-GG-EsSalud-2016. [Online].; 2015 [cited 2020 enero 25]. Available from:  
[http://www.essalud.gob.pe/downloads/normat\\_super\\_plan\\_conf/RES\\_1518\\_GG\\_ESSALUD\\_2015\\_Super\\_Plan\\_Confianza.pdf](http://www.essalud.gob.pe/downloads/normat_super_plan_conf/RES_1518_GG_ESSALUD_2015_Super_Plan_Confianza.pdf).
146. Scribd. Guía: Lista de oportunidad quirúrgica [Normas para la gestión de la atención quirúrgica en el Seguro Social de Salud-EsSalud]. [Online].; 2016 [cited 2020 enero 25]. Available from:  
<https://es.scribd.com/document/323111414/Guia-Modulo-de-Oportunidad-Qx-SGH-2016>.
147. EsSalud. Indicadores de desempeño. [Online].; 2019 [cited 2020 enero 27]. Available from: <http://www.essalud.gob.pe/indicadores-de-desempeno/>.
148. Westreicher G. Economipedia. [Online].; 2019 [cited 2020 enero 28]. Available from: <https://economipedia.com/definiciones/bono-demografico.html>.
149. EsSalud. Memoria Institucional 2005. [Online].; 2005 [cited 2020 enero 22]. Available from:  
<http://www.essalud.gob.pe/downloads/memorias/estad2005.pdf>.
150. Uchuya J. StudyLib. Impacto de la transición epidemiológica y ENT en la salud de las personas adultas mayores. [Online].; 2013 [cited 2020 enero 24]. Available from: <https://studylib.es/doc/5856262/transici%C3%B3n-demogr%C3%A1fica>.
151. Ministerio de salud.. CDC MINSA PERÚ. [Online].; 2018 [cited 2020 noviembre 14]. Available from:  
<https://www.dge.gob.pe/Asis/indbas/2016/mortalidad.pdf>.
152. EsSalud. Análisis ejecutivo a nivel nacional 2015. [Online].; 2016 [cited 2020 enero 22]. Available from:  
[http://www.essalud.gob.pe/downloads/analisis\\_ejec\\_n\\_nacional\\_2015.pdf](http://www.essalud.gob.pe/downloads/analisis_ejec_n_nacional_2015.pdf).
153. EsSalud. Análisis ejecutivo a nivel nacional de las prestaciones de salud 2016. [Online].; 2017 [cited 2020 enero 22]. Available from:  
[http://www.essalud.gob.pe/downloads/estadistica/analisis\\_ejecutivo\\_nivel\\_nacional\\_2016.pdf](http://www.essalud.gob.pe/downloads/estadistica/analisis_ejecutivo_nivel_nacional_2016.pdf).
154. EsSalud. Memoria Institucional 2013. [Online].; 2013 [cited 2020 enero 22].

- Available from:  
[http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/memoria/memoria\\_2013.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/memoria/memoria_2013.pdf).
155. Petra M. Reflexiones para la política sectorial de salud en Perú a partir de las Cuentas Nacionales de Salud. Rev Economía. [Online].; 2016 [cited 2020 abril 2];XXXIX (78):35-65. Available from:  
<file:///C:/Users/Rodrigo/Downloads/16513-Article%20Text-65670-1-10-20170330.pdf>.
  156. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas. Prioridades y políticas sanitarias. [Online].; 2018 [cited 2020 febrero 6]. Available from:  
<https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/45564333/q48/448dcd6c-578a-4456-8577-1ccc8155f2cf>.
  157. Proinversión. Creación del Instituto del Niño y el Adolescente del Seguro Social de Salud. [Online].; 2016 [cited 2020 noviembre 15]. Available from:  
<https://www.proyectosapp.pe/modulos/JER/PlantillaProyecto.aspx?ARE=0&PFL=2&JER=8181>.
  158. Gunn T. Invertir en la salud beneficia el crecimiento económico. BID. Gente Saludable. [Online].; 2015 [cited 2020 febrero 6]. Available from:  
<https://blogs.iadb.org/salud/es/invertir-en-la-salud/>.
  159. Collazo M, Cárdenas J, González R, Miyar R, Gálvez AM, Cosme J. La economía de la salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario? Rev Panam Salud Publica. 2002; 12(5): p. 359-65.
  160. EsSalud. Hacia la construcción del Seguro Social de Salud centrado en el asegurado. Primera ed. Lima: Punto & Gráfica SAC; 2009.
  161. Mendoza A. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. Rev Per Ginecol y Obst. 2017 oct/dic; 63(4): p. 555-64.
  162. EsSalud - Secretaría General. Seguro Social del Empleado (1948-1973). Primera ed. Peña Sánchez E, editor. Lima: Litho & Arte SAC; 2019.
  163. Grupo Banco mundial. Financiamiento de la salud en el Peru: Análisis de la situación actual y desafíos de política al 2021. [Online].; 2016 [cited 2020 marzo 20]. Available from:  
[https://www.researchgate.net/publication/305660421\\_Financiamiento\\_de\\_la\\_salud\\_en\\_el\\_Peru\\_Analisis\\_de\\_la\\_situacion\\_actual\\_y\\_desafios\\_de\\_politica\\_al\\_2021](https://www.researchgate.net/publication/305660421_Financiamiento_de_la_salud_en_el_Peru_Analisis_de_la_situacion_actual_y_desafios_de_politica_al_2021).
  164. EsSalud. Manual Institucional. [Online].; 2008 [cited 2019 julio 3]. Available

- from: <https://bit.ly/2JYcR2E>.
165. EsSalud. Plan operativo y Presupuesto del año fiscal 2020. [Online].; 2019 [cited 2020 marzo 23]. Available from: <http://www.essalud.gob.pe/transparencia/poi/POI2020.pdf>.
  166. Galán-Rodas E. Seguro social del pescador artesanal: herramienta de inclusión social y ciudadanía. Rev. cuerpo méd. HNAAA. [Online].; 2013 [cited 2021 setiembre 8];6(2):6-7. Available from: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/cuorpomedicohnaaa/v6n2\\_2013/pdf/a01v6n2.pdf](https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/cuorpomedicohnaaa/v6n2_2013/pdf/a01v6n2.pdf).
  167. OIT. Estudio financiero actuarial 2015. [Online].; 2016 [cited 2020 marzo 15]. Available from: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/--ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms\\_457560.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/--ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_457560.pdf).
  168. Ley N° 29351. [Online].; 2009 [cited 2020 marzo 15]. Available from: <http://files.servir.gob.pe/WWW/files/normas%20legales/Ley%2029351.pdf>.
  169. Diario Oficial El Peruano. Ley N° 29714. [Online].; 2011 [cited 2020 marzo 15]. Available from: <http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29714.pdf>.
  170. Diario Oficial El Peruano. Ley 30334. [Online].; 2015 [cited 2020 marzo 15]. Available from: <https://elperuano.pe/normaselperuano/2015/06/24/1254952-1.html>.
  171. Ojo Público. Los dueños de la salud privada en el Perú. Ojo Público. [Online].; 2015 [cited 2020 marzo 20]. Available from: <https://ojo-publico.com/93/los-duenos-de-la-salud-privada-en-el-peru>.
  172. Sánchez Moreno F. LI FORO "SALUD Y DESARROLLO". Rev Acad Perú Salud. [Online].; 2015 [cited 2020 marzo 20];22(2):15-6. Available from: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev\\_academia/2015\\_n2/pdf/a03v22n2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_academia/2015_n2/pdf/a03v22n2.pdf).
  173. SUNAT. Ley N° 27334. [Online].; 2000 [cited 2020 marzo 23]. Available from: <http://www.sunat.gob.pe/legislacion/sunat/ley-27334.pdf>.
  174. Diario Oficial "El Peruano". Decreto Legislativo N° 1275. [Online].; 2016 [cited 2020 marzo 23]. Available from: <https://www.mef.gob.pe/es/por-instrumento/decreto-legislativo/15196-decreto-legislativo-n-1275/file>.
  175. Diario "Expreso". Le deben a EsSalud un tercio de su presupuesto.

- [Online].; 2019 [cited 2020 marzo 23]. Available from: <https://www.expresso.com.pe/economia/le-deben-a-essalud-un-tercio-de-su-presupuesto/>.
176. Ley N° 27056. Ley de creación del Seguro Social de Salud (EsSalud). [Online].; 1999 [cited 2020 junio 11]. Available from: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/284535/256327\\_L27056-1999.pdf20190110-18386-1k8hxkx.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/284535/256327_L27056-1999.pdf20190110-18386-1k8hxkx.pdf).
177. BCRPData - Banco Central de Reserva del Perú. Índices de Precio al Consumidor. [Online].; 2016 [cited 2020 marzo 31]. Available from: <https://estadisticas.bcrp.gob.pe/estadisticas/series/mensuales/resultados/PN01270PM/html/2016-1/2016-1>.
178. MINSA. IDREH. Situación y desafío de los recursos humanos en salud. [Online].; 2005 [cited 2020 abril 12]. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/libros/pdf/s1/l-01.%20Informe%20al%20Pais%20Situaci%C3%B3n%20y%20Desafios%20de%20los%20Recursos%20Humanos%20en%20Salud%20.PDF>.
179. Casas F. La regulación regulada: el sentido de la expansión universitaria en el Perú desde el CONAFU. [Online].; 2012 [cited 2020 abril 20];41(163):139-155. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-27602012000300006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-27602012000300006&lng=es&tlng=es).
180. Foro Educativo. Investigar Sunedu: Consigna sin sustento. [Online].; 2019 [cited 2020 abril 12]. Available from: <http://foroeducativo.org/2019/09/27/investigar-sunedu-consigna-sin-sustento/>.
181. Gestión. Essalud tiene déficit de 5,000 médicos y 9,000 enfermeras. [Online].; 2020 [cited 2020 mayo 21]. Available from: <https://gestion.pe/economia/fiorella-molinelli-necesitamos-incorporar-9000-enfermeras-y-5000-medicos-mas-para-asegurar-atencion-oportuna-noticia/>
182. OPS. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Observatorio de los Recursos Humanos en Salud. [Online].; 2000 [cited 2020 abril 20]. Available from: <http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/libro1.pdf>.
183. Bustos V, Villarroel G, Ariza F, Guillou M, Palacios I, Cortez L, et al. Análisis de la gestión de recursos humanos en los modelos de salud

- familiar, comunitaria e intercultural de los países andinos. An Fac Med. ;76:49-55. [Online].; 2015 [cited 2020 abril 20] ;76:49-55. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v76nspe/a06v76nspe.pdf>.
184. MINSA. Recursos humanos en salud. [Online].; 2011 [cited 2020 abril 12]. Available from: <https://drive.minsa.gob.pe/s/zxNgZ3MCGyNRDFR#pdfviewer>.
  185. SERVIR - Autoridad Nacional del Servicio Civil. Promulgan Ley del Servicio Civil. [Online].; 2013 [cited 2020 abril 11]. Available from: <https://www.servir.gob.pe/promulgan-ley-del-servicio-civil/>.
  186. Arroyo J. Situación y desafíos en el campo de los recursos humanos en salud. An Fac Med. [Online].; 2002 [cited 2016 noviembre 30 ]; 63(3). Available from: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v63\\_n3/situaci%C3%B3n\\_de\\_safios\\_campo.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v63_n3/situaci%C3%B3n_de_safios_campo.htm).
  187. Organización Panamericana de la Salud. OMS. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. [Online].; 2007 [cited 2020 abril 12]. Available from: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion\\_Primaria\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf).
  188. OCDE. Estudio Multidisfuncional. Evaluación inicial. [Online].; 2017 [cited 2020 abril 16]. Available from: [https://www.oecd.org/dev/MDCR%20PERU%20Principales%20mensajes\\_FINAL.pdf](https://www.oecd.org/dev/MDCR%20PERU%20Principales%20mensajes_FINAL.pdf).
  189. Datosmacro.com. Perú - Población 2018. [Online].; 2 [cited 2020 abril 16]. Available from: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/poblacion/peru>.
  190. Acevedo V, Estrada J, Gallego C, Gaviria C, Restrepo M. Efectos de la terapia de la risa en la enfermedad. Tesis de Grado. Medellín: Universidad CES; 2010.
  191. Cotlear D, editor. Un nuevo contrato social para el Perú. ¿Cómo lograr un país más educado y saludable? Primera ed. Lima: Banco mundial; 2006.
  192. Economics 428. The Low Level Equilibrium Trap in Graphics. [Online].; 2014 [cited 2020 abril 25]. Available from: <http://sites.middlebury.edu/econ0428/the-low-level-equilibrium-trap-in->

[graphics/](#).

193. Gestión. Alza de costos de atención médica en Perú triplica el nivel de inflación. [Online].; 2019 [cited 2020 agosto 30]. Available from: <https://gestion.pe/economia/alza-de-costos-de-atencion-medica-en-peru-triplica-el-nivel-de-inflacion-noticia/>.
194. Cabrera D. La inflación médica y la relación con los impulsores de costo en salud. Edición Médica. [Online].; 2016 [cited 2020 agosto 30]. Available from: <https://www.edicionmedica.ec/opinion/la-inflacion-medica-y-la-relacion-con-los-impulsores-de-costo-en-salud-1953>.
195. Ley del Trabajo Médico - Asociación Médica Peruiana. [Online].; 1990 [cited 2020 abril 22]. Available from: [https://www.amp.pe/D\\_LEG\\_N\\_559.htm](https://www.amp.pe/D_LEG_N_559.htm).
196. Ríos Patio , Rueda Fernández S. La inconstitucionalidad del Contrato Administrativo de Servicios - CAS. Repositorio USMP. [Online].; 2011 [cited 2021 setiembre 15]. Available from: [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4412/IJ\\_00001.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4412/IJ_00001.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
197. Decreto Legislativo N° 276. Gobierno del Perú. [Online].; 1984 [cited 2020 abril 22]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/rree/normas-legales/1393-276>.
198. MINSA. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Análisis de remuneraciones, honorarios, bonificaciones e incentivos en MINSA y EsSalud. [Online].; 2009 [cited 2020 abril 22]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1611-1.pdf>.
199. Andina. Agencia Peruana de Noticias. Perú sigue avanzando en su proceso de adhesión a la OCDE. [Online].; 2019 [cited 2020 abril 30]. Available from: <https://andina.pe/agencia/noticia-peru-sigue-avanzando-su-proceso-adhesion-a-ocde-777892.aspx>.
200. González W. Mortalidad materna en la Red asistencial Almenara del Seguro Social de Salud 2011 - 2015. Tesis de Maestría. Lima, Perú: Universidad de San Martín de Porres; 2017. 6 pp.
201. Alegría R, Limas M, Ramos F, Chin S. Mortalidad perinatal. Experiencia en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (1990-1997). Rev Ginecol y Obstet. [Online].; 1998 [cited 2020 agosto 30];44(2):110-13. Available from:

- [https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/Vol\\_44N2/mortalidadAlmenara.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/Vol_44N2/mortalidadAlmenara.htm).
202. Díaz L, Huamán M, Necochea I, Dávila J, Aliaga E. Mortalidad perinatal en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Rev Med Hered. [Online].; 2013 [cited 2020 agosto 30];14(3):117-121. Available from: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/746>.
203. Arrieta A, Riesco G. Eficiencia Hospitalaria y Mortalidad Perinatal en EsSalud: ¿Ser Eficiente Salva Vidas? [Online].; 2010 [cited 2020 agosto 30]. Available from: <https://www.cies.org.pe/sites/default/files/investigaciones/eficiencia-hospitalaria-y-mortalidad-perinatal-en-essalud-ser-eficiente-salva-vidas.pdf>.
204. Porter M. What is value in health care? N Engl J Med. 2010 December; 363(26): p. 2447-81.
205. Andina. Agencia Peruana de Noticias. Reforma de EsSalud generará competitividad y otorgará poder al asegurado. [Online].; 2008 [cited 2020 mayo 15]. Available from: <https://andina.pe/agencia/noticia-reforma-essalud-generara-competitividad-y-otorgara-poder-al-asegurado-195746.aspx>.
206. EsSalud. Plan Estratégico 2008 - 2011 EsSalud. [Online].; 2008 [cited 2020 mayo 15]. Available from: [https://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/107/PLAN\\_107\\_Plan%20Estrat%203%20A9gico%202008-2011\\_2010.pdf](https://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/107/PLAN_107_Plan%20Estrat%203%20A9gico%202008-2011_2010.pdf).
207. EsSalud. Gerencia central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversión. Asociaciones Público Privadas, experiencia de la bata blanca. [Online].; 2016 [cited 2020 mayo 15]. Available from: [https://www.academia.edu/28687254/Asociaciones\\_P%C3%BAblico\\_Privadas\\_Experiencia\\_de\\_la\\_bata\\_blanca\\_de\\_ESSALUD](https://www.academia.edu/28687254/Asociaciones_P%C3%BAblico_Privadas_Experiencia_de_la_bata_blanca_de_ESSALUD).
208. Bravo S. Asociaciones Público Privadas en el sector salud. Rev de Derecho Administrativo. [Online].; 2013 [cited 2020 mayo 15];13:123-41. Available from: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoadministrativo/issue/view/1166>.
209. Faneite P. Mortalidad materna: evento trágico. Gac Méd Caracas. [Online].; 2010 [cited 2020 mayo 16];118(1):11-24. Available from: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0367-](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-)

[47622010000100003&lng=es.](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/inf_gest_instit_enero2013_oct_2014.pdf)

210. EsSalud. Informe de gestión institucional (enero 2013-octubre 2014). [Online].; 2014 [cited 2020 mayo 17]. Available from: [http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/inf\\_gest\\_instit\\_enero2013\\_oct\\_2014.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/inf_gest_instit_enero2013_oct_2014.pdf).
211. EsSalud. Acta Consejo Directivo. Sexta sesión Ordinaria. [Online].; 2013 [cited 2020 mayo 17]. Available from: [http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/sesiones\\_consej\\_direct/06\\_sesion\\_ordinaria\\_2013.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/sesiones_consej_direct/06_sesion_ordinaria_2013.pdf).
212. EsSalud. Acte Consejo Directivo. Décima Sesión Ordinaria. [Online].; 2013 [cited 2020 mayo 17]. Available from: [http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/sesiones\\_consej\\_direct/13\\_sesion\\_ordinaria\\_2013.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/sesiones_consej_direct/13_sesion_ordinaria_2013.pdf).
213. EsSalud. Hacia la modernización de la seguridad social en el Perú. Libro blanco para el diálogo. Políticas y hoja de ruta para el fortalecimiento del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2022. Tomo I. Primera ed. EsSalud , editor. Lima: LINX SAC; 2019.
214. EsSalud. Hacia la modernización de la seguridad social en el Perú. Libro blanco para el diálogo. Políticas y hoja de ruta para el fortalecimiento del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2022. Tomo II. Primera ed. EsSalud , editor. Lima: LINX SAC; 2019.
215. Toyama J, Angeles. Seguridad social peruana: sistemas y perspectivas. [Online].; 2004 [cited 2020 mayo 27]. Available from: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/themis/article/view/9823/10233>.
216. Celendón C, Orellana R. Gobernanza y Participación ciudadana en la reforma de salud en Chile. [Online].; 2003 [cited 2020 mayo 8]. Available from: <https://es.scribd.com/document/72256265/Celedon-Carmen-y-Orellana-Renato-Gobernanza-y-Participacion-Ciudadana>.
217. La Razón. EsSalud alista reformas para mejorar servicios de asegurados. [Online].; 2019 [cited 2020 mayo 8]. Available from: <https://larazon.pe/essalud-alista-reformas-para-mejorar-servicios-de-asegurados/>.
218. Mayorga F, Córdova E. Gobernabilidad y gobernanza. Working Paper NCCR Norte-Sur IP8, Ginebra. [Online].; 2007 [cited 2020 mayo 8]. Available from: <http://www.institut-gouvernance.org/docs/ficha->

[governabilida.pdf](#).

219. Rodríguez C, Lamothe , Barten F, Haggerty. Gobernanza y salud: significado y aplicaciones en América Latina. Rev. Salud Pública. [Online].; 2010 [cited 2020 mayo 7];12(1): 151-59. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12s1/v12s1a11.pdf>.
220. Gestión. Perú tiene 12.8 médicos por cada 10,000 habitantes, muy abajo de países OCDE. [Online].; 2018 [cited 2020 mayo 6]. Available from: <https://gestion.pe/peru/peru-12-8-medicos-10-000-habitantes-abajo-paises-ocde-236346-noticia/>.
221. Arroyo J. La “exportación” de médicos y enfermeras. [Online].; 2016 [cited 2020 mayo 6]. Available from: <https://elperuano.pe/noticia-la-%E2%80%9Cexportacion%E2%80%9D-medicos-y-enfermeras-40464.aspx>.
222. Mayta-Tristán P, Dulanto-Pizzomi A. Prevalencia y factores asociados con la intención de emigración en internos de medicina de una universidad pública, Lima 2007. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2008; 25(3): p. 274-78.
223. Velásquez Quintana N, Masud Yunes Zárraga JL, Ávila Reyes R. Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y perspectivas a futuro. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [Online].; 2004 [cited 2020 mayo 7];61(1):73-86. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462004000100010](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000100010).
224. Barker DJ. Crecimiento humano y enfermedad coronaria. In Carmuega E, editor. Impacto del crecimiento y desarrollo temprano sobre la salud y bienestar de la población. primera edición ed. Buenos Aires: Instituto Danone Cono Sur; 2009. p. 15-32.
225. Parker D. El origen fetal de la diabetes mellitus tipo 2. Rev Panam Salud Publica. [Online].; 1999 [cited 2020 mayo 7];5(3):174-75. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/1999.v5n3/174-175/es>.
226. Expreso. Editorial. ¿Y el Directorio de EsSalud? [Online].; 2017 [cited 2020 mayo 30]. Available from: <https://www.expreso.com.pe/editoriales/y-el-directorio-de-essalud>.
227. Cannesa M. La participación democrática en la gestión de la seguridad social. Primera ed. Quito: Oficina de la Organización Internacional del

Trabajo - OIT; 2019.

228. Decreto Supremo N° 002-99-TR. [Online].; 1999 [cited 2020 junio 14]. Available from: [http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/publicacion/DS002\\_99\\_reglam\\_ley27056.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/publicacion/DS002_99_reglam_ley27056.pdf).
229. OPS -OMS. Acceso a servicios de salud integrales, equitativos y de calidad. [Online].; 2017 [cited 2020 diciembre 4]. Available from: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t es&p=311&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t es&p=311&lang=es).
230. Moumjid N , Christine Durif-Bruckert , Denois-Régnier V , Roux P , Soum-Pouyalet F. Shared decision making in the physician-patient encounter in France: a general overview in 2011. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. [Online].; 2011 [cited 2021 febrero 27];105(4):259-62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21620318/>.
231. Fundación HUMANS. Participación de los ciudadanos en la toma de decisiones sanitarias. [Online].; 2017 [cited 2021 febrero 27]. Available from: <https://www.seaus.net/images/stories/pdf/informehumans.pdf>.
232. Serapioni M , Duxbury N. Citizens' participation in the Italian health-care system: the experience of the Mixed Advisory Committees. Health Expect. [Online].; 2014 [cited 2021 febrero 27]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1369-7625.2012.00775.x>.
233. EsSalud. Resolución de Presidencia Ejecutiva 927-2003. Reglamento de Organización y Funciones. [Online].; 2003 [cited 2020 julio 8]. Available from: [https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000003715\\_pdf.pdf](https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000003715_pdf.pdf).
234. Sunat. Registro de derechohabientes. [Online].; 2012 [cited 2020 junio 17]. Available from: <http://contenido.app.sunat.gob.pe/insc/PLAME/CARTILLAREGDERECHOH072012.pdf>.
235. Blog de la Defensoría del Pueblo. EsSalud atenderá maternidad de hijas adolescentes de asegurados. [Online].; 2011 [cited 2020 junio 17]. Available from: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:UHmjJ5Y\\_FbsJ:https://www.defensoria.gob.pe/blog/essalud-atendera-maternidad-de-hijas-adolescentes-de-asegurados/+&cd=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:UHmjJ5Y_FbsJ:https://www.defensoria.gob.pe/blog/essalud-atendera-maternidad-de-hijas-adolescentes-de-asegurados/+&cd=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe).

236. Decreto Legislativo N° 1260. [Online].; 2016 [cited 2020 junio 17]. Available from: [prijlibre.minjus.gob.pe/content/noticia/pdf/DECRETOLEGISLATIVON1260.pdf](http://prijlibre.minjus.gob.pe/content/noticia/pdf/DECRETOLEGISLATIVON1260.pdf).
237. EsSalud. EsSalud brindará atención médica a bomberos voluntarios en todo el país. [Online].; 2020 [cited 2020 junio 17]. Available from: <http://noticias.essalud.gob.pe/?inno-noticia=essalud-brindara-atencion-medica-a-bomberos-voluntarios-en-todo-el-pais>.
238. Calvo J. Principios de la seguridad social. Rev Jurídica de Seguridad Social. [Online].; 1998 [cited 2020 junio 17]. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rjss/juridica8/Tcontenido.html>.
239. Martín M. Diferencias entre equidad e igualdad. [Online].; 2013 [cited 2020 junio 17]. Available from: <https://especialistaenigualdad.blogspot.com/2013/10/diferencias-entre-equidad-e-igualdad.html>.
240. PUCP Virtual. Principios de las seguridad social - Calaméo. [Online].; 2015 [cited 2020 junio 25]. Available from: <https://es.calameo.com/read/0029898944240ecfe0571>.
241. Constitución Política del Perú - 1993. [Online].; 1993 [cited 2020 junio 25]. Available from: <http://www.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2013/09/Constitucion-Pol%C3%ADtica-del-Peru-1993.pdf>.
242. Seinfeld J. La seguridad social peruana en evaluación. Foco Económico. [Online].; 2019 [cited 2020 julio 10]. Available from: <https://focoeconomico.org/2019/10/18/la-seguridad-social-peruana-en-evaluacion/>.
243. Decreto Legislativo N° 559. Ley del Trabajo médico. [Online].; 1990 [cited 2020 junio 30]. Available from: <https://infopublic.bpaprocorp.com/banco-de-leyes/decreto-legislativo-559>.
244. Mendes Felismina Rosa P , Gemitto Maria Laurência G. Parreirinha , Caldeira Ermelinda do Carmo , Serra Isaura da Conceição , Casas-Novas Maria Vitória. Continuity of care from the perspective of users. Ciênc. saúde coletiva. [Online].; 2017 [cited 2021 febrero 26]; 22( 3 ): 841-853. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002300841&lng=en&nrm=iso&tlng=en#B10](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300841&lng=en&nrm=iso&tlng=en#B10).

245. Kumate J, Isibasi A. Investigación clínica y la calidad de la atención médica. [Online].; 1986 [cited 2020 junio 27]. Available from: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/viewFile/362/352>.
246. Arguedas-Arguedas O. Tipos de diseño en estudios de investigación biomédica. Acta méd. costarric. [Online].; 2010 [cited 2020 junio 27]; 52(1): 16-18. Available from: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022010000100004&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022010000100004&lng=en).
247. Rodríguez-Arce MA. Relación médico-paciente Pacheco Pérez Y, editor. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
248. Vera O. Cómo prevenir presuntas demandas de mala praxis médica. Rev Med La Paz. [Online].; 2016 [cited 2020 junio 27]; 22(2):60-9. Available from: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v22n2/v22n2\\_a11.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v22n2/v22n2_a11.pdf).
249. Fuente-del-Campo A, Ríos-Ruiz A. El ejercicio de la medicina y su entorno legal. [Online].; 2018 [cited 2020 junio 27]; 44( 2 ): 123-30. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v44n2/0376-7892-cpil-44-2-123.pdf>.
250. EsSalud. Resolución de Gerencia General N° 428-2015. [Online].; 2015 [cited 2020 junio 30]. Available from: [https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000002721\\_pdf.pdf](https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000002721_pdf.pdf).
251. Ramiro Avilés MA. La función y actualidad del pensamiento utópico. Dialnet. Anuario de filosofía del derecho. [Online].; 2004 [cited 2020 julio 9]; 21:439-62. Available from: <https://www.google.com/search?q=La+funci%C3%B3n+y+actualidad+del+pensamiento+ut%C3%B3pico&oq=La+funci%C3%B3n+y+actualidad+del+pensamiento+ut%C3%B3pico&aqs=chrome.69i57j33.1994j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8>.
252. El Mundo. "Todo parece imposible hasta que se hace" y otras 9 frases de Nelson Mandela. [Online].; 2018 [cited 2020 setiembre 19]. Available from: <https://www.elmundo.es/f5/comparte/2018/07/18/5b4f299722601dc42d8b4620.html>.

## ANEXOS

### 1. FORMATO ENCUESTA SERVQUAL



N° Encuesta: _____	
<b>ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN - RED PRESTACIONAL ALMENARA - EsSALUD</b>	
Nombre del encuestador:	_____
Establecimiento de Salud:	_____
Fecha: ____ / ____ / ____	Hora de Inicio: ____ / ____ / ____ Hora Final: ____ / ____ / ____
<p>Estimado usuario (a), estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de atención que recibió en la Consulta Externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI - Red Prestacional Almenara - EsSalud. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Agradecemos su participación.</p>	
<b>DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:</b>	
1. Condición del encuestado	Usuario (a) <input type="text" value="1"/> Acompañante <input type="text" value="2"/>
2. Edad del encuestado en años	<input style="width: 100%;" type="text"/>
3. Sexo	Masculino <input type="text" value="1"/> Femenino <input type="text" value="2"/>
4. Nivel de estudio	Analfabeto <input type="text" value="1"/>
	Primaria <input type="text" value="2"/>
	Secundaria <input type="text" value="3"/>
	Superior Técnico <input type="text" value="4"/>
	Superior Universitario <input type="text" value="5"/>
5. Tipo de seguro por el cual se atiende	SIS <input type="text" value="1"/>
	SOAT <input type="text" value="2"/>
	Ninguno <input type="text" value="3"/>
	Otro <input type="text" value="4"/>
6. Tipo de usuario	Nuevo <input type="text" value="1"/>
	Continuador <input type="text" value="2"/>
7. Especialidad / servicio donde fue atendido: _____	

### EXPECTATIVAS

En primer lugar, califique las expectativas, que se refieren a la **IMPORTANCIA** que usted le otorga a la atención que espera recibir en la Consulta Externa de los Servicios Asistenciales del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - Red Prestacional Almenara - EsSalud. Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.

N°	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	E Que el personal de informes, le oriente y explique de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa.							
02	E Que la consulta con el médico se realice en el horario programado.							
03	E Que la atención se realice respetando la programación y el orden de llegada.							
04	E Que su historia clínica se encuentre disponible en el consultorio para su atención.							
05	E Que las citas se encuentren disponibles y se obtengan con facilidad.							
06	E Que la atención en el módulo de admisión sea rápida.							
07	E Que la atención para tomarse análisis de laboratorio sea rápida.							
08	E Que la atención para tomarse exámenes radiológicos (radiografías, ecografías, otros) sea rápida.							
09	E Que la atención en farmacia sea rápida							
10	E Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad.							
11	E Que el médico le realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motiva su atención.							
12	E Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud.							
13	E Que el médico que atenderá su problema de salud, le inspire confianza.							
14	E Que el personal de consulta externa le trate con amabilidad, respeto y paciencia.							
15	E Que el médico que le atenderá, muestre interés en solucionar su problema de salud.							
16	E Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el problema de salud o resultado de la atención.							
17	E Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos.							
18	E Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre los procedimientos o análisis que le realizarán.							
19	E Que los carteles, letreros y flechas de la consulta externa sean adecuados para orientar a los pacientes.							
20	E Que la consulta externa cuente con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes.							
21	E Que los consultorios cuenten con los equipos disponibles y materiales necesarios para su atención							
22	E Que el consultorio y la sala de espera se encuentren limpios y sean cómodos.							

### PERCEPCIONES

En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a como usted HA RECIBIDO, la atención en la Consulta Externa de los Servicios Asistenciales del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - Red Asistencial Almenara - EsSalud. Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor.

N°	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	P ¿El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa?							
02	P ¿El médico le atendió en el horario programado?							
03	P ¿Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada?							
04	P ¿Su historia clínica se encontró disponible para su atención?							
05	P ¿Usted encontró citas disponibles y las obtuvo con facilidad?							
06	P ¿La atención en el módulo de admisión fue rápida?							
07	P ¿La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida?							
08	P ¿La atención para tomarse exámenes radiológicos fue rápida?							
09	P ¿La atención en farmacia fue rápida?							
10	P ¿Se respetó su privacidad durante su atención en el consultorio?							
11	P ¿El médico le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?							
12	P ¿El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?							
13	P ¿El médico que le atendió le inspiró confianza?							
14	P ¿El personal de consulta externa le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
15	P ¿El médico que le atendió mostró interés en solucionar su problema de salud?							
16	P ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre su problema de salud o resultado de su atención?							
17	P ¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos?							
18	P ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizaron?							
19	P ¿Los carteles, letreros y flechas le parecen adecuados para orientar a los pacientes?							
20	P ¿La consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes?							
21	P ¿Los consultorios contaron con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?							
22	P ¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y fueron cómodos?							

## **2. TRANSCRIPCIONES DE ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD**

**Ver transcripción completa en:**

<https://drive.google.com/file/d/1uSY6SHfw9Cgvc4CKMatbHNACRiEtb9f/view?usp=sharing>

## **3. TRANSCRIPCIONES DE GRUPOS FOCALES**

**Ver transcripción completa en:**

[https://drive.google.com/file/d/1K0fkSINXuFceOGmssVLLg0zjujilFMI\\_/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1K0fkSINXuFceOGmssVLLg0zjujilFMI_/view?usp=sharing)

#### 4. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

##### Análisis bivariado

**Tabla 1.** Evaluación de la satisfacción según grupo etáreo de 19 a 65 años y ≥66 años, para cada dimensión de la calidad, de los usuarios atendidos de la consulta externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI, Red Prestacional Almenara, EsSalud. Enero – junio 2019

Preguntas / Dimensiones	DE 18 A 65 AÑOS				DE 66 AÑOS A MAS			
	Satisfecho (+)		Insatisfecho(-)		Satisfecho (+)		Insatisfecho(-)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
P1	81	34.8	152	65.2	22	32.4	46	67.6
P2	102	43.8	131	56.2	35	51.5	33	48.5
P3	125	53.6	108	46.4	38	55.9	30	44.1
P4	185	79.4	48	20.6	52	76.5	16	23.5
P5	55	23.6	178	76.4	22	32.4	46	67.6
<b>Fiabilidad</b>	<b>548</b>	<b>47.0</b>	<b>617</b>	<b>53.0</b>	<b>169</b>	<b>49.7</b>	<b>171</b>	<b>50.3</b>
P6	78	33.5	155	66.5	26	38.2	42	61.8
P7	109	47.0	123	53.0	39	57.4	29	42.6
P8	105	45.3	127	54.7	35	51.5	33	48.5
P9	37	15.9	195	84.1	12	17.6	56	82.4
<b>Capac. de Rpta.</b>	<b>329</b>	<b>35.4</b>	<b>600</b>	<b>64.6</b>	<b>112</b>	<b>41.2</b>	<b>160</b>	<b>58.8</b>
P10	124	53.2	109	46.8	43	63.2	25	36.8
P11	123	52.8	110	47.2	40	58.8	28	41.2
P12	118	50.6	115	49.4	43	63.2	25	36.8
P13	126	54.1	107	45.9	39	57.4	29	42.6
<b>Seguridad</b>	<b>491</b>	<b>52.7</b>	<b>441</b>	<b>47.3</b>	<b>165</b>	<b>60.7</b>	<b>107</b>	<b>39.3</b>
P14	99	42.5	134	57.5	28	41.2	40	58.8
P15	125	53.6	108	46.4	39	57.4	29	42.6
P16	134	57.5	99	42.5	46	67.6	22	32.4
P17	132	56.7	101	43.3	44	64.7	24	35.3
P18	133	57.1	100	42.9	42	61.8	26	38.2
<b>Empatia</b>	<b>623</b>	<b>53.5</b>	<b>542</b>	<b>46.5</b>	<b>199</b>	<b>58.5</b>	<b>141</b>	<b>41.5</b>
P19	118	50.6	115	49.4	32	47.1	36	52.9
P20	55	23.6	178	76.4	16	23.5	52	76.5
P21	108	46.4	125	53.6	25	36.8	43	63.2
P22	133	57.1	100	42.9	41	60.3	27	39.7
<b>Aspectos Tangibles</b>	<b>414</b>	<b>44.4</b>	<b>518</b>	<b>55.6</b>	<b>114</b>	<b>41.9</b>	<b>158</b>	<b>58.1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2405</b>	<b>46.9</b>	<b>2718</b>	<b>53.1</b>	<b>759</b>	<b>50.7</b>	<b>737</b>	<b>49.3</b>

Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios externos atendidos en la consulta externa del HNGAI del Red Prestacional Almenara, EsSalud.







## Evaluación de la satisfacción según sexo para cada dimensión de la calidad

**Tabla 2.** Evaluación de la satisfacción según sexo de los usuarios atendidos en la consulta externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI, Red Prestacional Almenara, EsSalud. Enero-junio 2019

Preguntas / Dimensiones	MASCULINO				FEMENINO			
	Satisfecho (+)		Insatisfecho(-)		Satisfecho (+)		Insatisfecho(-)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
P1	30	37.5	50	62.5	73	33.0	148	67.0
P2	36	45.0	44	55.0	101	45.7	120	54.3
P3	42	52.5	38	47.5	121	54.8	100	45.2
P4	62	77.5	18	22.5	175	79.2	46	20.8
P5	19	23.8	61	76.3	58	26.2	163	73.8
<b>Fiabilidad</b>	<b>189</b>	<b>47.3</b>	<b>211</b>	<b>52.8</b>	<b>528</b>	<b>47.8</b>	<b>577</b>	<b>52.2</b>
P6	26	32.5	54	67.5	78	35.3	143	64.7
P7	41	51.3	39	48.8	107	48.6	113	51.4
P8	34	42.5	46	57.5	106	48.2	114	51.8
P9	7	8.8	73	91.3	42	19.1	178	80.9
<b>Capac. de Rpta.</b>	<b>108</b>	<b>33.8</b>	<b>212</b>	<b>66.3</b>	<b>333</b>	<b>37.8</b>	<b>548</b>	<b>62.2</b>
P10	44	55.0	36	45.0	123	55.7	98	44.3
P11	36	45.0	44	55.0	127	57.5	94	42.5
P12	40	50.0	40	50.0	121	54.8	100	45.2
P13	41	51.3	39	48.8	124	56.1	97	43.9
<b>Seguridad</b>	<b>161</b>	<b>50.3</b>	<b>159</b>	<b>49.7</b>	<b>495</b>	<b>56.0</b>	<b>389</b>	<b>44.0</b>
P14	29	36.3	51	63.8	98	44.3	123	55.7
P15	36	45.0	44	55.0	128	57.9	93	42.1
P16	44	55.0	36	45.0	136	61.5	85	38.5
P17	45	56.3	35	43.8	131	59.3	90	40.7
P18	44	55.0	36	45.0	131	59.3	90	40.7
<b>Empatia</b>	<b>198</b>	<b>49.5</b>	<b>202</b>	<b>50.5</b>	<b>624</b>	<b>56.5</b>	<b>481</b>	<b>43.5</b>
P19	38	47.5	42	52.5	112	50.7	109	49.3
P20	15	18.8	65	81.3	56	25.3	165	74.7
P21	27	33.8	53	66.3	106	48.0	115	52.0
P22	42	52.5	38	47.5	132	59.7	89	40.3
<b>Aspectos Tangibles</b>	<b>122</b>	<b>38.1</b>	<b>198</b>	<b>61.9</b>	<b>406</b>	<b>45.9</b>	<b>478</b>	<b>54.1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>778</b>	<b>44.2</b>	<b>982</b>	<b>55.8</b>	<b>2386</b>	<b>49.1</b>	<b>2473</b>	<b>50.9</b>

Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios externos atendidos en la consulta externa del HNGAI del Red Prestacional Almenara, EsSalud.





## Aspectos tangibles para usuarias versus para usuarios

prtesti 122 0.381 406 0.459                      x: Number of obs =                      122  
 Two-sample test of proportion                      y: Number of obs =                      406

Variable	Mean	Std. Err.	Z P> z	[95 % Conf. Interval]
x	0,381	0,0439671	0,2948261	0,4671739
y	0,459	0,024731	0,4105281	0,5074719
diff	-0,078	0,0504453	-0,176871	0,020871
	under Ho:	0,0512622	-1,52	0,128
diff = prop(x) - prop (y)			z=	-1,5216
Ho: diff = 0				
Ha: diff < 0		Ha: diff I = 0		Ha: diff I > 0
Pr(Z<z) =	0,0641	Pr( Z < z ) =	0,1281	Pr(Z>z) = 0,9359

## Satisfacción general para usuarias versus para usuarios

prtesti 778 0.442 2386 0.491                      x: Number of obs =                      778  
 Two-sample test of proportion                      y: Number of obs =                      2386

Variable	Mean	Std. Err.	Z P> z	[95 % Conf. Interval]
x	0,442	0,0178049	0,4071031	0,4768969
y	0,491	0,0102344	0,4709409	0,5110591
diff	-0,049	0,0205367	-0,0892512	-0,0087488
	under Ho:	0,0206242	-2,38	0,018
diff = prop(x) - prop (y)			z=	-2,3758
Ho: diff = 0				
Ha: diff < 0		Ha: diff I = 0		Ha: diff I > 0
Pr(Z<z) =	0,0088	Pr( Z < z ) =	0,0175	Pr(Z>z) = 0,9912

**Evaluación de la satisfacción según tipo de servicio clínico o quirúrgico consultado para cada dimensión de la calidad**

**Tabla 3.** Evaluación de la satisfacción según tipo de servicio clínico o quirúrgico donde acudieron los usuarios atendidos en la consulta externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI, Red Prestacional Almenara, EsSalud. Enero – junio 2019

Preguntas / Dimensiones	SERVICIO CLINICO				SERVICIO QUIRURGICO			
	Satisfecho (+)		Insatisfecho(-)		Satisfecho (+)		Insatisfecho(-)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
P1	56	33.9	109	66.1	47	34.6	89	65.4
P2	69	41.8	96	58.2	68	50.0	68	50.0
P3	84	50.9	81	49.1	79	58.1	57	41.9
P4	131	79.4	34	20.6	106	77.9	30	22.1
P5	46	27.9	119	72.1	31	22.8	105	77.2
<b>Fiabilidad</b>	<b>386</b>	<b>46.8</b>	<b>439</b>	<b>53.2</b>	<b>331</b>	<b>48.7</b>	<b>349</b>	<b>51.3</b>
P6	51	30.9	114	69.1	53	39.0	83	61.0
P7	74	44.8	91	55.2	74	54.8	61	45.2
P8	67	40.6	98	59.4	73	54.1	62	45.9
P9	21	12.7	144	87.3	28	20.7	107	79.3
<b>Capac. de Rpta.</b>	<b>213</b>	<b>32.3</b>	<b>447</b>	<b>67.7</b>	<b>228</b>	<b>42.1</b>	<b>313</b>	<b>57.9</b>
P10	92	55.8	73	44.2	75	55.1	61	44.9
P11	86	52.1	79	47.9	77	56.6	59	43.4
P12	94	57.0	71	43.0	67	49.3	69	50.7
P13	99	60.0	66	40.0	66	48.5	70	51.5
<b>Seguridad</b>	<b>371</b>	<b>56.2</b>	<b>289</b>	<b>43.8</b>	<b>285</b>	<b>52.4</b>	<b>259</b>	<b>47.6</b>
P14	73	44.2	92	55.8	54	39.7	82	60.3
P15	91	55.2	74	44.8	73	53.7	63	46.3
P16	94	57.0	71	43.0	86	63.2	50	36.8
P17	91	55.2	74	44.8	85	62.5	51	37.5
P18	95	57.6	70	42.4	80	58.8	56	41.2
<b>Empatia</b>	<b>444</b>	<b>53.8</b>	<b>381</b>	<b>46.2</b>	<b>378</b>	<b>55.6</b>	<b>302</b>	<b>44.4</b>
P19	85	51.5	80	48.5	65	47.8	71	52.2
P20	40	24.2	125	75.8	31	22.8	105	77.2
P21	73	44.2	92	55.8	60	44.1	76	55.9
P22	101	61.2	64	38.8	73	53.7	63	46.3
<b>Aspectos Tangibles</b>	<b>299</b>	<b>45.3</b>	<b>361</b>	<b>54.7</b>	<b>229</b>	<b>42.1</b>	<b>315</b>	<b>57.9</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1713</b>	<b>47.2</b>	<b>1917</b>	<b>52.8</b>	<b>1451</b>	<b>48.5</b>	<b>1538</b>	<b>51.5</b>

Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios externos atendidos en la consulta externa del HNGAI del Red Prestacional Almenara, EsSalud.



## Seguridad en servicios clínicos versus quirúrgicos

prtesti 371 0.562 285 0.524 x: Number of obs = 371  
 Two-sample test of proportion y: Number of obs = 285

Variable	Mean	Std. Err.	Z P> z	[95 % Conf. Interval]
x	0,562	0,0257584	0,5115145	0,6124855
y	0,524	0,0295833	0,4660178	0,5819822
diff	0,038	0,0392258	-0,0388812	0,1148812
	under Ho:	0,03922	0,97	0,333
diff = prop(x) - prop (y)			z=	0,9689
Ho: diff = 0				
Ha: diff < 0		Ha: diff   = 0		Ha: diff   > 0
Pr(Z<z) =	0,8337	Pr( Z < z ) =	0,3326	Pr(Z>z) = 0,1663

## Empatía en servicios clínicos versus quirúrgicos

prtesti 444 0.538 378 0.556 x: Number of obs = 444  
 Two-sample test of proportion y: Number of obs = 378

Variable	Mean	Std. Err.	Z P> z	[95 % Conf. Interval]
x	0,538	0,0236603	0,4916266	0,5843734
y	0,556	0,0255554	0,5059123	0,6060877
diff	-0,018	0,0348266	-0,0862588	0,0502588
	under Ho:	0,0348418	-0,52	0,605
diff = prop(x) - prop (y)			z=	-0,5166
Ho: diff = 0				
Ha: diff < 0		Ha: diff   = 0		Ha: diff   > 0
Pr(Z<z) =	0,3027	Pr( Z < z ) =	0,6054	Pr(Z>z) = 0,6973



**Evaluación de la satisfacción según el nivel de estudio del usuario para cada dimensión de la calidad (usando > 0 primaria como nivel de referencia)**

**Tabla 12.** Evaluación de la satisfacción según el nivel de estudio del usuario en la consulta externa de los Servicios Asistenciales del HNGAI, Red Prestacional Almenara, EsSalud. Enero – junio 2019

Preguntas/ Dimensiones	PRIMARIA				SECUNDARIA				SUPERIOR				UNIVERSITARIO			
	Satisfecho (+)		Insatisfecho(-)		Satisfecho (+)		Insatisfecho(-)		Satisfecho (+)		Insatisfecho(-)		Satisfecho (+)		Insatisfecho(-)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
P1	7	25.9	20	74.1	57	34.5	108	65.5	23	44.2	29	55.8	16	28.1	41	71.9
P2	10	37.0	17	63.0	73	44.2	92	55.8	26	50.0	26	50.0	28	49.1	29	50.9
P3	12	44.4	15	55.6	85	51.5	80	48.5	33	63.5	19	36.5	33	57.9	24	42.1
P4	19	70.4	8	29.6	130	78.8	35	21.2	44	84.6	8	15.4	44	77.2	13	22.8
P5	8	29.6	19	70.4	42	25.5	123	74.5	15	28.8	37	71.2	12	21.1	45	78.9
<b>Fiabilidad</b>	<b>56</b>	<b>41.5</b>	<b>79</b>	<b>58.5</b>	<b>387</b>	<b>46.9</b>	<b>438</b>	<b>53.1</b>	<b>141</b>	<b>54.2</b>	<b>119</b>	<b>45.8</b>	<b>133</b>	<b>46.7</b>	<b>152</b>	<b>53.3</b>
P6	12	44.4	15	55.6	60	36.4	105	63.6	16	30.8	36	69.2	16	28.1	41	71.9
P7	14	51.9	13	48.1	79	48.2	85	51.8	28	53.8	24	46.2	27	47.4	30	52.6
P8	13	48.1	14	51.9	82	50.0	82	50.0	24	46.2	28	53.8	21	36.8	36	63.2
P9	5	18.5	22	81.5	30	18.3	134	81.7	7	13.5	45	86.5	7	12.3	50	87.7
<b>Capac. Rpta.</b>	<b>44</b>	<b>40.7</b>	<b>64</b>	<b>59.3</b>	<b>251</b>	<b>38.2</b>	<b>406</b>	<b>61.8</b>	<b>75</b>	<b>36.1</b>	<b>133</b>	<b>63.9</b>	<b>71</b>	<b>31.1</b>	<b>157</b>	<b>68.9</b>
P10	16	59.3	11	40.7	85	51.5	80	48.5	30	57.7	22	42.3	36	63.2	21	36.8
P11	13	48.1	14	51.9	90	54.5	75	45.5	27	51.9	25	48.1	33	57.9	24	42.1
P12	14	51.9	13	48.1	89	53.9	76	46.1	26	50.0	26	50.0	32	56.1	25	43.9
P13	13	48.1	14	51.9	85	51.5	80	48.5	34	65.4	18	34.6	33	57.9	24	42.1
<b>Seguridad</b>	<b>56</b>	<b>51.9</b>	<b>52</b>	<b>48.1</b>	<b>349</b>	<b>52.9</b>	<b>311</b>	<b>47.1</b>	<b>117</b>	<b>56.3</b>	<b>91</b>	<b>43.8</b>	<b>134</b>	<b>58.8</b>	<b>94</b>	<b>41.2</b>
P14	11	40.7	16	59.3	80	48.5	85	51.5	21	40.4	31	59.6	15	26.3	42	73.7
P15	12	44.4	15	55.6	89	53.9	76	46.1	31	59.6	21	40.4	32	56.1	25	43.9
P16	15	55.6	12	44.4	100	60.6	65	39.4	29	55.8	23	44.2	36	63.2	21	36.8
P17	15	55.6	12	44.4	100	60.6	65	39.4	24	46.2	28	53.8	37	64.9	20	35.1
P18	14	51.9	13	48.1	97	58.8	68	41.2	28	53.8	24	46.2	36	63.2	21	36.8
<b>Empatia</b>	<b>67</b>	<b>49.6</b>	<b>68</b>	<b>50.4</b>	<b>466</b>	<b>56.5</b>	<b>359</b>	<b>43.5</b>	<b>133</b>	<b>51.2</b>	<b>127</b>	<b>48.8</b>	<b>156</b>	<b>54.7</b>	<b>129</b>	<b>45.3</b>
P19	12	44.4	15	55.6	76	46.1	89	53.9	31	59.6	21	40.4	31	54.4	26	45.6
P20	7	25.9	20	74.1	45	27.3	120	72.7	11	21.2	41	78.8	8	14.0	49	86.0
P21	7	25.9	20	74.1	76	46.1	89	53.9	26	50.0	26	50.0	24	42.1	33	57.9
P22	16	59.3	11	40.7	96	58.2	69	41.8	30	57.7	22	42.3	32	56.1	25	43.9
<b>Asp.Tangibles</b>	<b>42</b>	<b>38.9</b>	<b>66</b>	<b>61.1</b>	<b>293</b>	<b>44.4</b>	<b>367</b>	<b>55.6</b>	<b>98</b>	<b>47.1</b>	<b>110</b>	<b>52.9</b>	<b>95</b>	<b>41.7</b>	<b>133</b>	<b>58.3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>265</b>	<b>44.6</b>	<b>329</b>	<b>55.4</b>	<b>1746</b>	<b>48.1</b>	<b>1881</b>	<b>51.9</b>	<b>564</b>	<b>49.3</b>	<b>580</b>	<b>50.7</b>	<b>589</b>	<b>47.0</b>	<b>665</b>	<b>53.0</b>

Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios externos atendidos en la consulta externa del HNGAI del Red Prestacional Almenara, EsSalud.

## Dimensión fiabilidad

### Usuarios con nivel de estudio primario versus estudio secundario

prtesti 56 0.415 387 0.469	x: Number of obs =	56
Two-sample test of proportion	y: Number of obs =	387

Variable	Mean	Std. Err.	Z P> z	[95 % Conf. Interval]
x	0,415	0,0658428	0,2859506	0,5440494
y	0,469	0,0253675	0,4192806	0,5187194
diff	-0,054	0,0705605	-0,192296	0,084296
	under Ho:	0,0712814	-0,76	0,449
diff = prop(x) - prop (y)			z=	-0,7576
Ho: diff = 0				
Ha: diff < 0		Ha: diff I = 0		Ha: diff I > 0
Pr(Z<z) =	0,2244	Pr( Z < z ) =	0,4487	Pr(Z>z) = 0,7756

### Usuarios con nivel de estudio primario versus estudio superior

prtesti 56 0.415 141 0.542	x: Number of obs =	56
Two-sample test of proportion	y: Number of obs =	141

Variable	Mean	Std. Err.	Z P> z	[95 % Conf. Interval]
x	0,415	0,0658428	0,2859506	0,5440494
y	0,542	0,0419588	0,4597623	0,6242377
diff	-0,127	0,0780756	-0,2800255	0,260255
	under Ho:	0,0789713	-1,61	0,108
diff = prop(x) - prop (y)			z=	-1,6082
Ho: diff = 0				
Ha: diff < 0		Ha: diff I = 0		Ha: diff I > 0
Pr(Z<z) =	0,0539	Pr( Z < z ) =	0,1078	Pr(Z>z) = 0,9461



### Usuarios con nivel de estudio primario versus estudio superior

prtesti 44 0.407 75 0.361  
 Two-sample test of proportion

x: Number of obs = 44  
 y: Number of obs = 75

Variable	Mean	Std. Err.	Z P> z	[95 % Conf. Interval]
x	0,407	0,0740625	0,2618402	0,5521598
y	0,361	0,0554592	0,252302	0,469698
diff	0,046	0,925255	-0,1353467	0,2273467
	under Ho:	0,0920788	0,5	0,617
diff = prop(x) - prop (y)			z= 0,4996	
Ho: diff = 0				
Ha: diff < 0		Ha: diff I = 0		Ha: diff I > 0
Pr(Z<z) =	0,6913	Pr( Z < z ) =	0,6174	Pr(Z>z) = 0,3087

### Usuarios con nivel de estudio primario versus universitario

prtesti 44 0.407 71 0.311  
 Two-sample test of proportion

x: Number of obs = 44  
 y: Number of obs = 71

Variable	Mean	Std. Err.	Z P> z	[95 % Conf. Interval]
x	0,407	0,0740625	0,2618402	0,5521598
y	0,311	0,0549365	0,2033265	0,4186735
diff	0,096	0,0922131	-0,0847344	0,2767344
	under Ho:	0,0913752	1,05	0,293
diff = prop(x) - prop (y)			z= 1,0506	
Ho: diff = 0				
Ha: diff < 0		Ha: diff I = 0		Ha: diff I > 0
Pr(Z<z) =	0,8533	Pr( Z < z ) =	0,2934	Pr(Z>z) = 0,1467

### Dimensión Seguridad

## Usuarios con nivel de estudio primario versus secundario

prtesti 56 0.519 349 0.529	x: Number of obs =	56
Two-sample test of proportion	y: Number of obs =	349

Variable	Mean	Std. Err.	Z P> z	[95 % Conf. Interval]
x	0,519	0,0667671	0,388139	0,649861
y	0,529	0,0267193	0,4766311	0,5813689
diff	-0,01	0,071915	-0,1509507	0,1309507
	under Ho:	0,0718666	-0,14	0,889
diff = prop(x) - prop (y)			z=	-0,1391
Ho: diff = 0				
Ha: diff < 0		Ha: diff I = 0		Ha: diff I > 0
Pr(Z<z) =	0,4447	Pr( Z < z ) =	0,8893	Pr(Z>z) = 0,5553

## Usuarios con nivel de estudio primario versus superior

prtesti 56 0.519 117 0.563	x: Number of obs =	56
Two-sample test of proportion	y: Number of obs =	117

Variable	Mean	Std. Err.	Z P> z	[95% Conf. Interval]
x	0,519	0,0667671	0,388139	0,649861
y	0,563	0,0458566	0,4731227	0,6528773
diff	-0,44	0,080998	-0,2027531	0,1147531
	under Ho:	0,0808596	-0,54	0,586
diff = prop(x) - prop (y)			z=	-0,5442
Ho: diff = 0				
Ha: diff < 0		Ha: diff I = 0		Ha: diff I > 0
Pr(Z<z) =	0,2932	Pr( Z < z ) =	0,5863	Pr(Z>z) = 0,7068





## Dimensión Aspectos Tangibles

### Usuarios con nivel de estudio primario versus secundario

prtesti 42 0.389 293 0.444  
 Two-sample test of proportion

x: Number of obs =  
 y: Number of obs = 293

Variable	Mean	Std. Err.	Z P> z	[95 % Conf. Interval]
x	0,389	0,0752265	0,2415588	0,5364412
y	0,444	0,0290265	0,3871091	0,5008909
diff	-0,055	0,0806323	-0,2130363	0,1030363
	under Ho:	0,0818409	-0,67	0,502
diff = prop(x) - prop (y)			z=	-0,672
Ho: diff = 0				
Ha: diff < 0		Ha: diff I = 0		Ha: diff I > 0
Pr(Z<z) =	0,2508	Pr( Z < z ) =	0,5016	Pr(Z>z) = 0,7492

### Usuarios con nivel de estudio primario versus superior

prtesti 42 0.389 98 0.471  
 Two-sample test of proportion

x: Number of obs = 42  
 y: Number of obs = 98

Variable	Mean	Std. Err.	Z P> z	[95 % Conf. Interval]
x	0,389	0,0752265	0,2415588	0,5364412
y	0,471	0,0504226	0,3721735	0,5698265
diff	-0,082	0,0905619	-0,2594981	0,0954981
	under Ho:	0,0916825	-0,89	0,371
diff = prop(x) - prop (y)			z=	-0,8944
Ho: diff = 0				
Ha: diff < 0		Ha: diff I = 0		Ha: diff I > 0
Pr(Z<z) =	0,1856	Pr( Z < z ) =	0,3711	Pr(Z>z) = 0,8144

## Usuarios con nivel de estudio primario versus universitario

prtesti 42 0.389 95 0.417 x: Number of obs = 42  
Two-sample test of proportion y: Number of obs = 95

Variable	Mean	Std. Err.	Z P> z	[95 % Conf. Interval]
x	0,389	0,0752265	0,2415588	0,5364412
y	0,417	0,0505872	0,3178509	0,5161491
diff	-0,28	0,0906537	-0,2056779	0,1496779
	under Ho:	0,0910822	-0,31	0,759

diff = prop(x) - prop (y) z= -0,3074  
Ho: diff = 0  
Ha: diff < 0 Ha: diff I = 0 Ha: diff I > 0  
Pr(Z<z) = 0,3793 Pr(|Z|<|z|) = 0,7585 Pr(Z>z) = 0,6207

## Satisfacción general

### Usuarios con nivel de estudio primario versus secundario

prtesti 265 0.446 1746 0.481 x: Number of obs = 265  
Two-sample test of proportion y: Number of obs = 1746

Variable	Mean	Std. Err.	Z P> z	[95 % Conf. Interval]
x	0,446	0,0305351	0,3861523	0,5058477
y	0,481	0,0119573	0,4575641	0,5044359
diff	-0,35	0,0327928	-0,0992728	0,0292728
	under Ho:	0,0329265	-1,06	0,288

diff = prop(x) - prop (y) z= -1,063  
Ho: diff = 0  
Ha: diff < 0 Ha: diff I = 0 Ha: diff I > 0  
Pr(Z<z) = 0,1439 Pr(|Z|<|z|) = 0,2878 Pr(Z>z) = 0,8561



## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### INFORMACION GENERAL

Estimado Señor(a): A través de la presente le informamos que estamos realizando una investigación cuyo objetivo principal es conocer la percepción de la calidad de la atención en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Los resultados del estudio nos servirán para conocer el problema a fondo y así elaborar una estrategia para mejorar la forma como usted es atendido..

El estudio consta de dos partes, por lo tanto usted puede haber sido elegido(a) para responder una encuesta cuya duración de aproximadamente 15 minutos, cuyas preguntas deben ser respondidas de manera individual y voluntaria, precisando que la aplicación de la encuesta no generará riesgos ni problemas para usted y es libre de participar o no; o para ser incluido(a), en forma similar, dentro de un grupo de 6 personas de diferentes sexos ("grupo focal"), para intercambiar ideas acerca de la calidad de la atención en el HNGAI, en una reunión que se pactará con su venia, la cual será grabada y/o filmada.

La encuesta y las opiniones vertidas en el grupo focal serán anónimas y son parte del plan para la realización del presente estudio, que ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Universidad San Martín de Porres, de tal manera que garantizamos la confidencialidad de la información.

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: **"Calidad de la Atención en la Consulta Externa Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2019"** quedando expreso que se me ha informado del propósito del mismo y de mi confianza en que la opinión brindada en la encuesta o el grupo focal será usada solamente para fines de la investigación y consecuentemente se asegura la máxima confidencialidad.

.....  
Firma

.....  
Nombres y apellidos del participante

.....  
Wilfredo Emilio González Peláez  
DNI: 08808592  
willygonzalezp@hotmail.com