

"COBERTURA ASISTENCIAL Y SATISFACCIÓN UN COMPROMISO PENDIENTE PARA LA INVERSIÓN PÚBLICA PRIVADA"

Mg. Roberto Hernando Torres Huerta

a) Resumen

El objetivo de la presente investigación es, establece relación entre cobertura asistencial y la satisfacción de atención de los asegurados, a fin de proponer mejoras en la satisfacción de los asegurados en EsSalud. Quizá lo novedoso es el aporte concepto de "cobertura asistencial", se presenta como una contribución a la teoría administrativa en gestión de salud, finalmente se presenta como alternativa de apertura a la iniciativa pública-privada y de oportunidad para los futuros administradores de espacios de negocios rentables a efecto de incrementar la satisfacción de los asegurados en el sector salud (EsSalud).

Palabras claves: cobertura, satisfacción, asegurado, EsSalud.

Abstract

The objective of this research is established relationship between health care coverage and care satisfaction policyholders, to propose improvements in the satisfaction of insured EsSalud. Perhaps the novelty is the contribution concept of "health care coverage", is presented as a contribution to management theory in health management as alternative finally opening to the public initiative - Private and opportunity for future managers spaces profitable businesses in order to increase the satisfaction of the insured in the health sector (Essalud).

Keywords: coverage, satisfaction, secured, Essalud.

b) Introducción

La insatisfacción de asegurados en EsSalud, es cada vez creciente, nuestra investigación se centra en la población asegurada de los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel, que también ven reducida la accesibilidad de pacientes consultantes al establecimiento (pacientes nuevos más pacientes reingresantes), por incontrolables accesos de pacientes derechos habientes (conyugues, hijos y concubinas), que trascienden en consultas externas de capa simple con rendimiento médico de 4.86 paciente/hora, cifra muy por debajo de los establecido por la organización Mundial de la Salud (OMS) - estándar de rendimiento de 5.0 pacientes/hora - , es decir, que el médico de medicina general debe atender cinco pacientes por hora efectiva, del mismo modo sucede con el Hospital II Angamos 4.6, Red Asistencial Rebagliati 4.6 y Red Asistencial Sabogal 4.8 (ver Cuadro 1), todo ello quizás por una lenta capacidad de gestión administrativa asistencial, deficiente programación médica, menor optimización de la oferta de servicios de salud o por el alto grado de capacidad instalada ociosa, inadecuada distribución de recursos humanos, exceso de equipamiento obsoletos, débil tecnología, escasa oportunidad de materiales e insumos médicos para las operaciones quirúrgicas, excesiva burocracia administrativa y asistencial, o poca intervención del estado para su regulación e inversión del sector privado en un enfoque articulado, son estas las causas que han motivado el estudio de cobertura asistencial y como trasciende en la satisfacción de los servicios de salud en EsSalud.

Cuadro 1
Rendimiento Hora Médico por redes y establecimiento de EsSalud, 2011

RED ASISTENCIAL	Establecimientos	Consultas	Horas Efectivas	Rendimiento Hora/médico
A NIVEL DE RED ASISTENCIAL				
Rebagliati	Hospital Angamos	344,662	75,022	4.6
	Policlínico Proceres	195,969	37,990	5.2
Sabogal	Policlínico Mongrut	259,845	49,724	5.2
A NIVEL DE RED				
		2,993,506	620,377	4.8
		3,247,677	706,294	4.6
		2,614,893	547,922	4.8
A NIVEL NACIONAL				
EsSalud		19,642,662	4,045,230	2.86

Fuente. EsSalud, Informe de gestión anual, 2011.
Cuadro: Elaboración propia

Según (Visión Médica, 2009) "**Una Mirada a la Situación de EsSalud**", de la Asociación Médica Peruana, consideran:

"Una de las causas de la deficiente gestión de los recursos que repercute en la cobertura, es la obsolescencia de equipos médicos mecánicos y electromecánicos de más de 30 años de antigüedad, la falta de equipos modernos, insumos, medicamentos y el maltrato a los pacientes por colas interminables y atenciones diferidas, a veces nunca alcanzadas por la interposición de la muerte. Indica también que EsSalud ha elaborado un detallado diagnóstico, que incluye el colapso de la infraestructura hospitalaria, inseguridad de los cercos perimétricos, elaboración de proyectos de construcción de nuevas sedes hospitalarias, colapso de las emergencias, con hacinamiento y falta de equipos, insumos, medicamentos y personal".

Según (Ramírez, y otros, 2002) "Otro factor de inequidad en sistema de salud", indican:

"(...) se ha producido grandes cambios en la forma como se administra y se ejecutan las acciones de gestión médica en cobertura asistencial, encontrando diferencia marcadas de la calidad del servicio entre el servicio que se brinda y régimen subsidiado, lo que ha generado una marcada situación de inequidad que está afectando a las familias más vulnerables que precisamente serían las que requerían mayores esfuerzos del sistema de salud".

Por lo expuesto, con el presente estudio se pretende desarrollar los instrumentos metodológicos que nos permite evaluar y responder la hipótesis general, al establecerla correlación entre cobertura asistencial y la satisfacción de atención de los asegurados, a fin de proponer mejoras en la satisfacción de los asegurados del Seguro Social de Salud - EsSalud de la Red Asistencial Rebagliati y Sabogal, estimulando además la iniciativa pública - privada, aportando al marco conceptual de Cobertura Asistencial, que permitirá a futuros investigadores motivar el interés sobre las ciencias administrativas en el sector salud y propiciando a los futuros administradores la oportunidad de espacios de negocios rentables.

c) Materiales y métodos

Dentro de la metodología empleada se partió de un cuerpo teórico de conocimiento de la cobertura asistencial de la Red Asistencial Rebagliati y Sabogal de EsSalud, el cual incluye: producción de salud de capa simple, oferta de servicio, capacidad instalada, rendimiento hora médico, percepción y nivel de satisfacción de los asegurados; antecedentes internacionales y nacionales; aspectos conceptuales de sus dimensiones; el planteamiento y la definición del problema de cobertura asistencial y satisfacción de atención de los asegurados. A partir de estos conocimientos teóricos, se diseñó, desarrolló por el grupo de estudio, una definición operacional de cobertura asistencial y satisfacción en los servicios de salud, que sirvió como guía y punto de partida para el desarrollo de los instrumentos, para después identificar los elementos indispensables de la cobertura asistencial y como repercuten en el grado de satisfacción de los asegurados de EsSalud.

Posteriormente, se definió el abordaje metodológico del problema, finalizando con el diseño de los cuestionarios para 384 asegurados entre los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel, confianza del 95% y un margen de error del 5%. El tipo de muestreo aplicado fue el "criterial" u "opinático" en el cual pudimos seleccionar la muestra de acuerdo a los objetivos de la investigación y una propuesta de formación de grupos de análisis y solución de problemas de cobertura asistencial, valorando el instrumento documentaria proporcionado por Instituciones oficiales para evaluar y proponer mejoras en el nivel de satisfacción en los servicios de salud.

d) Resultados

Se aporta evidencia empírica a favor de la hipótesis de investigación, al establecerse correlación al 5% del nivel de significancia entre cobertura

asistencial y la satisfacción en los servicios de salud de los asegurados del Seguro Social de Salud - EsSalud de los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel.

Hemos constatado como lo hiciera la OMS al señalar que la cobertura asistencial de los servicios de salud es un desafío compartido entre los dos bloques de la economía de todo país (sector privado y público), por lo que implica para el año 2050 un reto que afrontar en materia de población sumamente móvil y urbanizada que está envejeciendo y continuará envejeciendo a gran velocidad, el mundo para ese año, contará con 2000 millones de personas mayores de 60 años, de las cuales cerca de un 85% vivirá en los actuales países en desarrollo, sobre todo en zonas urbanas, en tanto la gestión administrativa en salud de los países en general deben de reorientar sus recursos (cobertura) motivado por la búsqueda de la satisfacción plena de sus clientes directos (asegurados).

El estudio sobre la salud en el mundo por la Organización Mundial de la Salud, publicado en el año 2007, muestra porcentajes de población con cobertura de servicios y estimaciones sin cobertura por debajo 75% (estándar OMS), de igual modo los hospitales nacionales del MINSA, Hospitales Policiales, Ejercito y Solidaridad también están por debajo de los indicadores respecto a su población, en ese sentido, una forma de analizar la cobertura es viéndolo desde el nivel de cobertura verdadera total, que procede del análisis de las distintas coberturas alcanzadas en grupos de población definidos por medio de acciones de salud específicas orientadas a sus necesidades prioritarias, donde fijamos nuestra atención en la capa simple por ser una de las tantas existentes de mayor demanda epidemiológica. Sin embargo, la investigación respecto a cobertura de servicio de salud a nivel internacional, denotan en los diferentes casos de organizaciones extranjeras, las exigencias y la necesidad de un mejor servicio tanto en la accesibilidad como en la contraprestación del servicio de salud, por lo que se vienen agudizando y encareciendo sus costos de servicio al no tener un enfoque de salud integral y economía diseñada para resolver los principales problemas transversales que trasciende en la satisfacción de sus clientes (asegurados).

(OMS, Evans, Elovainio, & Humphreys, 2010), es el organismo rector que define las reformas integrales con objetivos generales para resolver los graves problemas en materia de salud, así como también fija los estándares y categorías de salud para mejorar tanto la calidad del servicio como la cobertura asistencial a nivel mundial, es así que la OMS coloca en la vitrina, los objetivos en materia de salud y economía.

El análisis de los resultados de nuestra investigación se sustenta en base a dos instrumentos utilizados, el primero; "Análisis Documental" y el segundo, "Encuesta" a efecto de responder en un primer momento el planteamiento de los problemas.

Analizando los resultados de los instrumentos utilizados mediante documentados de informes de gestión anual 2011 proporcionado por la Oficina Central de Planificación y Desarrollo de EsSalud y el resultado de la muestra de 384 encuestados (Noviembre 2012), se tiene lo siguiente:

La eficacia de la producción en salud de capa simple, es el resultado entre lo programado versus ejecutado por establecimiento y servicio a nivel nacional en EsSalud, alcanzando la consulta médica (93%), examen de laboratorio (96%) y examen por imágenes (94%), lo que significa que EsSalud dejó de atender 1'478,780 consultas médicas, que representa el 7% de menor posibilidad para los asegurados en acceder a un cupo de cita médica. Este resultado, trasciende en el grado de satisfacción de los servicios de salud, en una muestra de 384 encuestados en la Red Rebagliati y Sabogal, siendo desalentador en 66% de los encuestados, la percepción de la satisfacción de los asegurados es 68% malo, calificación del servicio de ayuda al diagnóstico (laboratorio) 55% malo y servicio de ayuda al diagnóstico (Radiológico y ecografía) 49% malo, (ver Cuadro 3).

Cuadro 3
Grado de satisfacción en los servicios de salud de asegurados en EsSalud, 2012

Satisfacción del usuario	CALIFICACIÓN			Total
	Bueno	Regular	Malo	
Percepción de la satisfacción de los asegurados	22%	12%	66%	100%
Calificación del servicio de salud	8%	32%	60%	100%
Percepción del trato recibido por el personal asistencial	17%	40%	43%	100%
Calificación del servicio de ayuda al diagnóstico (Laboratorio)	29%	16%	55%	100%
Calificación del servicio de ayuda al diagnóstico (Radiológico y ecografía)	20%	31%	49%	100%
PESO	19%	26%	55%	100%

Fuente. Encuesta realizada en noviembre 2012.
Elaborado por el autor.

EsSalud dejó de atender a 3'974,643 asegurados, debido a menores resultados en: Cobertura 18%, rendimiento hora/médico 0,14 p/h y mayor capacidad física instalada ociosa de 0,93 veces, es decir, dejó de atender 1'478,780 consultas médicas externas de capa simple. Se corrobora el resultado en los grados de cobertura y satisfacción en la muestra realizada, respecto al servicio recibido por el médico tratante 48% malo, calificación del servicio de salud 60% malo, (ver Cuadro 2 y 3).

Con respecto al índice de oferta asistencial de la variable cobertura asistencial, EsSalud para el año 2011 solo pudo ofertar sus servicios de salud a sus asegurados en 57%, por lo que no ha podido cumplir con el estándar del 75% establecida por la OMS, lo cual significa que 5'266,072 de la población asegurada no tuvo acceso a una atención en los servicios salud en EsSalud, que representa el 18% menos de oferta asistencial, a pesar que EsSalud cuenta con recursos médicos de 7,527 médicos, 17,163 profesionales de la salud, 2,313 consultorios físicos, 3,641 consultorios funcionales, 7,622 camas hospitalarias, 223 salas quirúrgicas, 44,786 equipos biomédicos y

electromecánicos en 384 establecimientos de salud a nivel nacional. Resultado de la muestra realizada corrobora el resultado de los documentos, al opinar los encuestados que la oportunidad al servicio de salud es 67% malo y calificación de servicio de salud 60% malo (ver Cuadro 2 y 3).

La capacidad instalada de EsSalud, medido entre el uso de los consultorios físicos versus funcionales de los establecimientos de salud, fue de 1.57 veces utilizado efectivamente, es decir, la capacidad instalada ociosa (no utilizada) fue de 0.93 veces, al no cumplir con el estándar de 2.5 establecido por la OMS. Para corroborar este resultado, se mide el nivel de oportunidad en el acceso a una cita médica por parte de los asegurados en una muestra de 384 encuestados en la Red Rebagliati y Sabogal, opinando el 55% de mala oportunidad para acceder a una cita médica, corroborando el menor grado de cobertura asistencial y eficacia de producción de salud de capa simple. Este resultado repercute en el grado de insatisfacción de los asegurados en 55%, al no contar con cupos para su atención médica 66%, (ver Cuadros 2 y 3). Estos resultados de oferta asistencial, a opinión del investigador se debería también a políticas de gestión administrativa liderado por grupos (médicos) en la programación médica, que trasciende en menor número horas efectivas médicas, incremento de capacidad física instalada ociosa. Otro motivo es el alto número de equipos obsoletos, escasez de insumos médicos (deficiente planificación de adquisición) e inadecuada distribución de su infraestructura, por lo que trasciende en la percepción de insatisfacción de los asegurados en 66%, en tal sentido, la variable cobertura como satisfacción de los asegurados están relacionados, aceptando la relación de nuestra hipótesis general, por la correlación entre sus medias estadísticas y por el grado de significación sometida a la prueba Chi-Cuadrado con 26.832, grado 1 de libertad, en una muestra de 384 encuestados en los establecimientos de salud en EsSalud.

Estos son pues los resultados en función al planteamiento de los problemas específicos que en conclusión son desalentadores para EsSalud que repercute a sus clientes (asegurados) por la baja accesibilidad a los servicios y el bajo nivel del uso de oferta asistencial, teniendo su efecto en el alto nivel de insatisfacción a pesar de contar con recursos humanos, equipos e infraestructura. Es necesario indicar que a pesar de alianza estratégica entre EsSalud y MINSA mediante convenio marco y específico para utilizar sus infraestructuras en forma integral, contar con PAD y UBAP, persiste la deficiencia en la gestión en todo el sistema administrativo, por la administración de los recursos a cargo del profesionales que no son de la ciencia administrativa, por lo que alienta a incrementar en índice de insatisfacción de los asegurados de EsSalud.

La correlación entre las dos variables principales "Cobertura de la atención de los asegurados" y "Satisfacción en los servicios de salud", aportar relación al indicar que a mayor cobertura asistencial, mejor nivel de satisfacción de sus asegurados, en ese sentido, proponemos como una alternativa de solución el caso de la Clínica THAB S.A.C que permitiría incrementar la cobertura asistencial en más del 30%, mejorando de esta manera el grado de satisfacción de la población asegurados de los niveles resolutivos II y I, de capa simple y la imagen de EsSalud en los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel. A todo lo vertido se suma la aceptación de contar con la participación de las entidades privadas con 61% de una muestra de 384 encuestados, (ver Cuadro 2).

Cuadro 2
Grado de accesibilidad y oportunidad de cobertura asistencial en EsSalud, 2012

Cobertura asistencial	CALIFICACIÓN			Total
	Bueno	Regular	Malo	
Oportunidad de atención médica de capa simple.	23%	27%	50%	100%
Accesibilidad en la oferta de servicio (Cobertura)	16%	17%	67%	100%
Oportunidad en capacidad instalada	19%	26%	55%	100%
Efectividad en pacientes atendidos	27%	25%	48%	100%
PESO	21%	24%	55%	100%

Cobertura asistencial	CALIFICACIÓN			Total
	Bueno	Regular	Malo	
Expectativa del cliente a nuevos acceso de salud	61%	23%	16%	100%

Fuente. Encuesta realizada en noviembre 2012.
Elaborado por el autor

En definitiva nuestra investigación está basada en la confiabilidad y validez de sus resultados, que nos permiten reiterar nuestra alternativa de mejora en los servicios de salud permitiendo superar la propuesta en 30% de accesibilidad en capa simple, es decir, nuestra propuesta de implementación de la Clínica THAB SAC brindaría accesibilidad anual de 839,808 consulta médicas que representa 35% de cobertura adicional, por consiguiente, nuestro proyecto reduciría la demanda no atendida en esa misma proporción, mejorando el nivel de satisfacción de los asegurados y la imagen de EsSalud, (ver Cuadro 4).

Cuadro 4
Ofertas de servicios asistenciales de capa simple: THAB SAC

Servicios	N° Médicos	Rend. hora	Turno Diario	Consultorios		Total Consulta Día	
				Físicos	Funcionales	General	Especialidad
Medicina General	9	5	3	3	9	540	
Geriatría	4	4	2	2	6		192
Pediatría	6	5	3	2	6	360	
Medicina Física	2	4	2	1	3		96
Ginecología	6	4	3	2	6		288
Cirugía General	9	4	3	3	9		432
Traumatología	6	4	3	2	6		288
Odontología	6	4	3	2	6		288
Oftalmología	9	4	3	3	9		432
Total	57					900	2,016

Horas Programadas 4
Total día Anual 2,916
839,808

Turnos
 1er De 8am - 12am
 2do De 12am - 04pm
 3er De 04pm - 08pm

Cuadro: Elaboración propia.

El análisis de nuestra investigación apoya la hipótesis general, haciendo referencia a utilizar métodos hipotético - deductivo de tipo aplicada, descriptiva correlacional, con diseño no experimental, transeccional. No experimental por cuanto las encuestas y el análisis documental se efectúan sin manipular deliberadamente, transeccional porque permite establecer las asociaciones establecidas entre las variables en un momento único en el tiempo (concordante además con el tipo de investigación).

Previamente a la conclusión, nuestra investigación demuestra que efectivamente persiste el inadecuado uso de cobertura asistencial en EsSalud, por consiguiente la respuesta de insatisfacción de los asegurados encuestados es 66%. Se aporta afirmación de relación entre cobertura asistencial y satisfacción de atención de los asegurados en el Seguro Social de Salud, por su relación directa.

En ese sentido, nuestra investigación también nos permite afirmar que la relación (Consultantes vs. Población) se sustentan en el resultado del índice de cobertura 57%, debiendo ser 75% de población objetivo (9'240,715 asegurados). La diferencia entre lo coberturado y lo que falta coberturar (18%), muestra sus efectos desalentadores para EsSalud en 55% de encuestados, que opinan no poder tener accesibilidad y oportunidad a los servicios de salud, (ver Cuadro 21).

El descontento del asegurado de EsSalud también se ve reflejado al no contar con cupos (citas) de atención médica (Cobertura) y otras especialidades, por lo que se ve afectado su tratamiento, pudiendo originar pacientes agudos y crónicos, debido al resultado de la eficacia de la producción en salud de capa simple, corroborado en nuestra muestra de 384 encuestados, el 50% opinan no tener oportunidad de atención médica de capa simple.

Asimismo, el menor uso de cobertura asistencial es reflejo también de una débil programación y distribución del recurso médico, tal como se muestra en las, el rendimiento médico de los establecimientos de salud; Hospital Angamos 4.59, Policlínico Próceres 5.16 y Policlínico Mongrut 5.23, índice de uso eficiente de consultorios físicos 2.5, 2.22 y 1.74 respectivamente y concentración de consulta externa 3.78, 3.14 y 2.57 respectivamente, son resultados desalentadores.

A nivel de Red Asistencial el rendimiento médico; Rebagliati 4.6 y Red Sabogal 4.77 que trasciende en el nivel de satisfacción de sus asegurados, confirmado en la muestra de 384 encuestados, que el nivel de expectativa negativo del servicio es 60% (ver Cuadro 3).

La experiencia del autor en gestión de salud y pública, estudios de diversas investigaciones recogidas y el resultado de nuestro análisis, así como también la opinión de diferentes gerentes centrales en EsSalud, nos permite proponer un avance conceptual entre cobertura y satisfacción de las prestaciones de servicios de salud, en particular de asegurados de EsSalud, que es nuestra base del estudio.

Nos acercamos a esclarecer propuesta empírica de relación entre las variables: primero por estar diseñada para medir el número total de pacientes atendidos respecto a la demanda potencial (total) y cómo repercute una baja cobertura en el grado de satisfacción de los asegurados, relativamente

definida -como lo aprendido en EsSalud-, pudiéndose estandarizar a nivel de capa simple.

El análisis de las técnicas de recolección de datos, recogidos en documento y encuesta, nos permite evaluar por el tipo y diseño de investigación la prueba Chi-Cuadrada de dos variables (Cobertura - Satisfacción), que ayuda a proponer en materia de gestión administrativa para el sector de servicios de salud la relación de las variables, es decir, una baja cobertura trasciende en el grado de satisfacción de manera negativa, sea uno de los motivos, la disminución de accesibilidad a los servicios, atención médica, menor índice de consultorios físicos y bajo nivel rendimiento hora médico. Por tanto podemos indicar en el enunciado, que a mejor o mayor cobertura asistencial, mejor o mayor es la respuesta del nivel de satisfacción de los asegurados, es decir, a mayor cobertura asistencial, mayor índice de satisfacción de los asegurados en EsSalud.

Nuestra investigación nos permite aportar alternativas para optimizar cobertura asistencial, sea mediante una alianza estratégica traducido en un contrato ó convenio marco, entre el sector privado con el público, a nivel de capa simple, corroborado en la muestra de 384 encuestados, al opinar el 61% estar de acuerdo con la participación de las empresas privadas para ampliar la cobertura asistencial y la accesibilidad a los servicios de capa simple y compleja. La expectativa alentadora de los asegurados, nos permite proponer el caso de la Clínica THAB SAC, como una buena alternativa de solución para mejorar la satisfacción de las prestaciones de salud de los asegurados y la imagen de EsSalud, apoyado por la normatividad legal de estímulo, que podrá ser visto con mayor amplitud en el Capítulo 4.

De acuerdo a los problemas, objetivos y características de hipótesis formuladas en nuestra investigación, se establecen resultados de relación entre cobertura asistencial y satisfacción de atención de asegurados de EsSalud, para los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel, de manera descriptiva correlacional, con los resultados de análisis siguientes:

La hipótesis específica H1: Esta hipótesis planteaba que existe relación entre el índice de producción asistencial de capa simple y la satisfacción de los asegurados en EsSalud. Al evaluar el estadístico de contraste y comparando los valores experimentales de este test resulta Chi-cuadrado 14.278, queda fuera el valor experimental del intervalo de aceptación por tanto se rechaza la hipótesis nula H_0 , dado que el p -valor = $0.006 < ?=0.05$, quiere decir que aceptamos la hipótesis alterna de que si hay relación entre dichas variables, la cual resulta ser positiva en un 5% de nivel de significación y grado 1 de libertad por las variables utilizadas. Es decir, a medida que mejora el índice de producción asistencial de capa simple, mejora correlativamente la satisfacción de los asegurados en EsSalud.

La hipótesis específica H2: Esta hipótesis planteaba que existe influencia entre el índice de oferta asistencial y la satisfacción de los asegurados en EsSalud. Al evaluar el estadístico de contraste y comparando los valores experimentales de este test resulta Chi-cuadrado 26.832, queda fuera el valor experimental del intervalo de aceptación por tanto se rechaza la hipótesis nula H_0 , dado que el p -valor = $0.000 < ?=0.05$, quiere decir que aceptamos la hipótesis alterna de que si hay relación entre dichas variables, la cual resulta ser positiva en un 5% de nivel de significación y grado 1 de libertad por las

variables utilizadas. Es decir, a medida que mejora el índice de oferta asistencial de atención a los asegurados, mejora correlativamente la satisfacción de los asegurados en EsSalud.

La hipótesis específica H3: Esta hipótesis planteaba que existe vinculación entre el índice de capacidad instalada asistencial y la satisfacción de los asegurados en EsSalud. Al evaluar el estadístico de contraste y comparando los valores experimentales de este test resulta Chi-cuadrado 15.533, queda fuera el valor experimental del intervalo de aceptación por tanto se rechaza la hipótesis nula H_0 , dado que el p -valor = $0.004 < ?=0.05$, quiere decir que aceptamos la hipótesis alterna de que si hay relación entre dichas variables, la cual resulta ser positiva en un 5% de nivel de significación y grado 1 de libertad por las variables utilizadas. Es decir, a medida que mejora el índice de capacidad instalada asistencial, mejora correlativamente la satisfacción de los asegurados en EsSalud.

La hipótesis específica H4: Esta hipótesis planteaba que existe relación entre el índice de rendimiento hora/médico de servicio de salud y la satisfacción de los asegurados en EsSalud. Al evaluar el estadístico de contraste y comparando los valores experimentales de este test resulta Chi-cuadrado 10.914, queda fuera el valor experimental del intervalo de aceptación por tanto se rechaza la hipótesis nula H_0 , dado que el p -valor = $0.028 < ?=0.05$, quiere decir que aceptamos la hipótesis alterna de que si hay relación entre dichas variables, la cual resulta ser positiva en un 5% de nivel de significación y grado 1 de libertad por las variables utilizadas. Es decir, a medida que mejora el índice de rendimiento hora/médico de servicio de salud, mejora correlativamente la satisfacción de los asegurados en EsSalud.

e) Discusión

En relación a nuestra investigación hemos podido contrastar las variables con otros estudios e investigación similares que tratan de acercarse a nuestros resultados.

Estamos de acuerdo con (Ramirez Martinez, y otros, 1996), en el estudio "Hacia una Estrategia de Garantía de Calidad: Satisfacción en la Utilización de los Servicios Médicos", México, quienes concuerdan que satisfacción debe ser medida para utilizar los servicios médicos, del cual presentan evidencias respecto a la calidad de atención, medida en diferentes circunstancias al optimizar la cobertura asistencial de salud, a través de distintos indicadores de atención en salud, en distintas instituciones públicas, privadas y en distintos contextos. El resultado muestra deficiencias en grados variables, tanto en la dimensión técnica, como en la interpersonal, sobre todo cuando solo se mide a través de la satisfacción de los usuarios y del proveedor del servicio, por lo cual, se considera que, a pesar de los esfuerzos invertidos, aún quedan muchos espacios por explorar (Ruelas & Querol Vinagre, 1994) cuando la cobertura no es optimizada.

Coincidimos con la investigación "Calidad y Eficiencia en las Organizaciones de Atención a la Salud", México, de Ruelas & Querol sobre la cobertura que afirma con certeza que la desigualdad más grave en el sistema de salud ya no se da de manera exclusiva ni principalmente en la cobertura, sino en la calidad de los servicios que reciben los diferentes grupos sociales, por su efecto. La calidad, es pues, un derecho que debe ser garantizado, por lo

tanto, la garantía de la calidad es imperativo en los sistemas de salud y, de manera concreta, en las organizaciones administrativas que los conforman, en ese sentido, la cobertura se relaciona con el grado de satisfacción para garantizar la calidad en la gestión y sistemas de salud.

El resultado de la investigación "Accesibilidad a los Servicios de Salud" realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Brasil, aplicando la matriz de correlación, obtuvieron los valores propios y los vectores propios correspondientes, mostrando que la baja accesibilidad a los servicios de salud obedece a la falta de optimización de su oferta asistencial (cobertura) y poco compromiso del estado para disminuir su deuda para la reinversión en salud. Otra de las investigaciones efectuadas en materia de cobertura es la del doctor Humberto Ramírez del programa de investigación en salud pública y sistemas de salud, publicado en 1997, en donde concluye su investigación que el régimen de subsidio familiar no garantiza una mejora en la accesibilidad a los servicios, más bien genera barreras para los asegurados, esto también pasa en EsSalud, el 46% de la población asegura en el año 2008 son derechohabientes (conyugues e hijos 3'501,213 asegurados).

Quizá lo novedoso es el aporte concepto de "cobertura asistencial", se presenta como una contribución a la teoría administrativa en gestión de salud, finalmente se presenta como alternativa de apertura a la iniciativa pública - privada y de oportunidad para los futuros administradores de espacios de negocios rentables a efecto de incrementar la satisfacción de los asegurados en el sector salud (EsSalud).

f) Referencias bibliográficas

- OMS, Evans, D. B., Elovainio, R., & Humphreys, G. (2010). Estudio Sobre la Salud en el Mundo 2010. Organización Mundial de la Salud, Sistemas y Servicios de Salud. Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Ramírez Martínez, Guzman Bihouet, A., Ruiz Orozco, B., Van-Ick Puga, P., Leon Trujillo, M. A., Martínez Flores, A., & Martínez Flores, H. (1996). Hacia una Estrategia de Garantía de Calidad: Satisfacción en la Utilización de los Servicios Médicos. Universidad de Guadalajara, Ciencias de la Salud. México: Universidad de Guadalajara.
- Ramírez, H., Fernando, P., Miriam, B., Maria, L. I., Yolanda, G., & Silvia, E. L. (2002). Otro Factor de Inequidad en el Sistema de Salud. Revista de la Facultad Nacional de la Salud Pública, N° 20(1), 89-99.
- Ruelas, E., & Querol Vinagre, J. (1994). Calidad y Eficiencia en las Organizaciones de Atención a la Salud (Primero ed., Vol. 8). (F. m. Salud, Ed.) México: D.F. Fundación mexicana para la Salud.
- Visión Médica. (2009). Una Mirada a la Situación de EsSalud. Colegio Médico del Perú. Lima: Vol. 104 Número 14.