

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**

**SECCION DE POSTGRADO**

**FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS**

**Maestría en Administración Estratégica de Empresas**



## **COBERTURA Y SATISFACCIÓN EN LOS ASEGURADOS DE ESSALUD**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN  
Administración Estratégicas de Empresas**

**Autor: Lic. Adm. Roberto Hernando Torres Huerta**

**CALLAO – PERÚ  
DICIEMBRE 2010**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS**  
**SECCION DE POSTGRADO**

**ACTA N°4**

**SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGISTER EN**  
**ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA DE EMPRESAS**

Siendo las 13:15 horas del día 10 de diciembre de 2010 en el Auditorio de la Biblioteca Central de la Universidad Nacional del Callao, se reunió el Jurado Examinador conformado por los siguientes docentes:

- |                                 |                   |
|---------------------------------|-------------------|
| • Dr. Kennedy Narciso Gómez     | <b>Presidente</b> |
| • Mg. Alejandro Díaz Gonzales   | <b>Secretario</b> |
| • Dr. Artenis Coral Soria       | <b>Miembro</b>    |
| • Mg. Julio W. Tarazona Padilla | <b>Miembro</b>    |

Con el fin de evaluar la sustentación de la Tesis del egresado **ROBERTO HERNANDO TORRES HUERTA**, titulada: **"COBERTURA Y SATISFACCION EN LOS ASEGURADOS DE ESSALUD"**. Con el quórum establecido según el correspondiente Reglamento de Estudios de Maestría de la Universidad Nacional del Callao (Resolución de Consejo Universitario N°120-95-CU), vigente y con la presencia como invitado del **Mg. Hernán Ávila Morales**, asesor del candidato a magister, luego de la Exposición del Sustentante, los Miembros del Jurado hicieron las respectivas preguntas, las mismas que fueron absueltas *Confiamos*. En consecuencia, este jurado acordó *aprobar por Unanimitad* la Tesis, para optar el **GRADO ACADEMICO DE MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA DE EMPRESAS**, conforme al Art 30ª inc. b) del Reglamento mencionado, del Señor **ROBERTO HERNANDO TORRES HUERTA**, con lo que se dio por terminado el acto, siendo las 15 horas del mismo día.

Bellavista, 10 de diciembre de 2010

  
Dr. Kennedy Narciso Gomez  
**Presidente**

  
Mg. Alejandro Díaz Gonzales  
**Secretario**

  
Mg. Julio W. Tarazona Padilla  
**Miembro**

  
Dr. Artenis Coral Soria  
**Miembro**

**DEDICADO A:**

*DIOS por iluminar a mi madre Alberta Huerta Maza a cultivar en mí, los valores y principios que me han permitido una formación viable en lo familiar, personal y profesional.*

*A mi Señora Esposa Sara Arica Baltazar, a mis dos grandes amores de mi vida, mis hijas, Marycielo y Mianette.*

**AGRADECIMIENTO:**

*AGRADECIMIENTO a mi asesor Hernán Avila Morales y a mis ilustres maestros de postgrado, de la prestigiosa Universidad Nacional del Callao, por la excelente formación académica profesional.*

*Gracias DIOS, por darme excelentes docentes y una hermosa familia.*

## INDICE

	Pág.
CARÁTULA	
HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN	
DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
INDICE	III
PROLOGO	VIII
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI

### **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO INICIAL DE LA INVESTIGACION**

1.1. Determinación del problema	01
1.2. Formulación del problema	09
1.2.1. Problema general	09
1.2.2. Problemas específicos	09
1.3. Objetivos de la investigación	09
1.3.1. Objetivo general	09
1.3.2. Objetivos específicos	10
1.4.1. Justificación teórica	10
1.4.2. Justificación social	11
1.4.3. Justificación metodológica	11
1.5. Limitaciones y facilidades	11
1.6. Hipótesis	12
1.6.1. Hipótesis general	12
1.6.2. Hipótesis específicas	12

### **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes del estudio	13
2.1.1. Investigaciones extranjeras	13
2.1.2. Investigaciones nacionales	24
2.2. Bases teóricas	26
2.2.1. Aspectos generales	26
2.2.2. Primera variable	30
1. Cobertura asistencial en salud	30
2. Accesibilidad	31
3. Eficacia de la producción en salud	32
4. Eficiencia	33

5. Oferta de servicios ó capacidad instalada	34
6. Oferta flexible	38
2.2.3. Segunda variable	38
1. Satisfacción de los usuarios	38
2. Rendimiento hora médico	42
3. Concentración de la consulta externa	43
4. Promedio de tiempo de espera	44
2.2.4. Teoría que sustenta la vinculación entre variables	45
2.2.5. Organizaciones donde se efectúa el estudio	50
2.2.6. Bases legales	64
2.2.7. Definición de términos	66

### **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

3.1. Operacionalización de las variables	71
3.1.1. Variable independiente	71
3.1.2. Variable dependiente	71
3.1.3. Variable interviniente	72
3.2. Tipo de investigación	72
3.3. Diseño de la investigación	72
3.4. Método de la investigación	73
3.5. Metodica de cada momento de la investigación	73
3.6. Población y muestra	74
3.6.1. Población	74
3.6.2. Muestra	75
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	77
3.7.1. Técnicas	77
3.7.2. Instrumentos	77
3.8. Procedimiento estadístico y análisis de datos	82

### **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

4.1. Análisis descriptivo de las variables	85
4.2. Prueba de hipótesis	91

### **CAPÍTULO V: DISCUSION DE LOS RESULTADOS**

5.1. Contratación de hipótesis con los resultados	96
5.2. Contratación de resultados con otros estudios similares	105

<b>CONCLUSIONES</b>	107
<b>RECOMENDACIONES</b>	110
<b>REFERENCIALES</b>	112
<b>ANEXOS</b>	118

<b>Anexo N° 1, Matriz de consistencia</b>	119
<b>Anexo N° 2, Encuesta de medición de cobertura y satisfacción en EsSalud</b>	122
<b>Anexo N° 3, Resumen Ejecutivo de la Clínica THAB SAC.</b>	124
<b>Anexo N°4, Tabla de codificación de variables aplicando el sistema estadístico SPSS - encuesta de medición de cobertura y satisfacción en EsSalud.</b>	127
<b>Anexo N° 5, Estructura Orgánica de EsSalud.</b>	128

## **INDICE DE FIGURAS Y TABLAS**

<b>Figura N° 1.1</b>	<b>Proyección de población del Perú, 1985 al 2020</b>	<b>03</b>
<b>Figura N° 2.1</b>	<b>Progresivo predominio de enfermedades no transmisibles y los accidentes como causa de la morbilidad</b>	<b>16</b>
<b>Figura N° 2.2</b>	<b>Elementos generadores de servucción</b>	<b>46</b>
<b>Figura N° 2.3</b>	<b>Situación de Cobertura con Asegurados Universales, 2008</b>	<b>57</b>
<b>Tabla N° 1.1</b>	<b>Perfil epidemiológico a nivel nacional de EsSalud, 2006</b>	<b>01</b>
<b>Tabla N° 1.2</b>	<b>Cobertura asistencial por redes y establecimiento, 2008</b>	<b>02</b>
<b>Tabla N° 1.3</b>	<b>Objetivos nacionales y macros del Perú, 2005</b>	<b>03</b>
<b>Tabla N° 1.4</b>	<b>Rendimiento hora médico por redes y establecimiento, 2008</b>	<b>05</b>
<b>Tabla N° 1.5</b>	<b>Razones de no consulta en establecimientos de salud</b>	<b>07</b>
<b>Tabla N° 2.1</b>	<b>Población asegurada por redes asistenciales, 2008</b>	<b>50</b>
<b>Tabla N° 2.2</b>	<b>Ingresos de EsSalud por concepto, 2008</b>	<b>51</b>
<b>Tabla N° 2.3</b>	<b>Recursos humanos por grupo ocupacional de EsSalud</b>	<b>52</b>
<b>Tabla N° 2.4</b>	<b>Gastos ejecutados en EsSalud, 2007 - 2008</b>	<b>52</b>
<b>Tabla N° 2.5</b>	<b>Infraestructura asistencial por tipo de establecimiento</b>	<b>53</b>
<b>Tabla N° 2.6</b>	<b>Estado de los recursos médicos en EsSalud, 2008</b>	<b>53</b>
<b>Tabla N° 2.7</b>	<b>Consultas realizadas en EsSalud por ranking de atención</b>	<b>54</b>
<b>Tabla N° 2.8</b>	<b>Análisis para optimizar oferta asistencial de consulta externa</b>	<b>54</b>
<b>Tabla N° 2.9</b>	<b>Cobertura atención por consulta externa y por establecimiento</b>	<b>55</b>
<b>Tabla N° 2.10</b>	<b>Demanda atendida programa PAAD, 2008</b>	<b>55</b>
<b>Tabla N° 2.11</b>	<b>Recursos físicos p/ establecimiento a nivel de redes , 2008</b>	<b>56</b>
<b>Tabla N° 3.1</b>	<b>Población asegurada activa nivel redes asistenciales</b>	<b>74</b>
<b>Tabla N° 3.2</b>	<b>Población asegurada por tipo de seguro y asegurado</b>	<b>74</b>
<b>Tabla N° 3.3</b>	<b>Población asegurada por distrito y por sexo, 2008</b>	<b>75</b>
<b>Tabla N° 3.4</b>	<b>Tamaño de la muestra por distrito y sexo, 2009</b>	<b>76</b>

<b>Tabla N° 4.1</b>	<b>Cobertura de los establecimientos de EsSalud según producción de salud, cobertura asistencial y capacidad instalada, 2008</b>	<b>85</b>
<b>Tabla N° 4.2</b>	<b>Satisfacción en servicios de EsSalud según rendimiento hora médico, promedio tiempo de espera y concentración de consulta externa, 2008</b>	<b>86</b>
<b>Tabla N° 4.3</b>	<b>Grado de satisfacción de los asegurados de EsSalud</b>	<b>87</b>
<b>Tabla N° 4.4</b>	<b>Expectativa de los asegurados respecto a la intervención del sector privado para mejorar la cobertura asistencial en EsSalud</b>	<b>88</b>
<b>Tabla N° 4.5</b>	<b>Resultado de la encuesta realizada a nivel distrito</b>	<b>89</b>
<b>Tabla N° 4.6</b>	<b>Distritos: Valores mínimo y máximo, media aritmética y desviación estándar</b>	<b>89</b>
<b>Tabla N° 4.7</b>	<b>Resultado de la encuesta realizada a nivel género</b>	<b>89</b>
<b>Tabla N° 4.8</b>	<b>Género: Valores mínimo y máximo, media aritmética y desviación estándar</b>	<b>89</b>
<b>Tabla N° 4.9</b>	<b>Resultado de la encuesta realizada a nivel edad</b>	<b>90</b>
<b>Tabla N° 4.10</b>	<b>Edad: Valores mínimo y máximo, media aritmética y Desviación estándar</b>	<b>90</b>
<b>Tabla N° 4.11</b>	<b>Resultado de medición de percepción de satisfacción de los asegurados y accesibilidad de cobertura asistencial</b>	<b>91</b>
<b>Tabla N° 4.12</b>	<b>Percepción de satisfacción de asegurados y accesibilidad de cobertura asistencial: Valores media aritmética, desviación estándar, mínimo y máximo</b>	<b>91</b>
<b>Tabla N° 4.13</b>	<b>Prueba de Chi – Cuadrado de las variables: Cobertura de la atención de los asegurados y satisfacción en los servicios.</b>	<b>91</b>
<b>Tabla N° 4.14</b>	<b>Resultado de medición del porcentaje de producción de salud de capa simple y Capacidad física instalada</b>	<b>92</b>
<b>Tabla N° 4.15</b>	<b>Porcentaje de producción de salud de capa simple y Capacidad física instalada: Valores: Mínimo y máximo, media aritmética y desviación estándar</b>	<b>92</b>
<b>Tabla N° 4.16</b>	<b>Prueba de Chi – Cuadrado de las variables producción de salud de capa simple y Capacidad física instalada</b>	<b>92</b>
<b>Tabla N° 4.17</b>	<b>Resultado de medición de oferta de servicios de salud y Cobertura asistencial</b>	<b>93</b>
<b>Tabla N° 4.18</b>	<b>Medición de oferta de servicios de salud y cobertura asistencial. Valores: Mínimo y máximo y media aritmética</b>	<b>93</b>
<b>Tabla N° 4.19</b>	<b>Prueba de Chi – Cuadrado de las variables oferta de servicios de salud y cobertura asistencial</b>	<b>93</b>



<b>Tabla N° 4.20</b>	Resultado de medición de oferta de servicios de salud, producción de salud de capa simple y satisfacción de los asegurados	94
<b>Tabla N° 4.21</b>	Medición de oferta de servicios de salud, producción de salud de capa simple y satisfacción de los asegurados. Valores: Mínimo y máximo, media aritmética y desviación estándar	94
<b>Tabla N° 4.22</b>	Prueba de Chi – Cuadrado de las variables oferta de servicios de salud, producción de salud de capa simple y satisfacción de los asegurados	94
<b>Tabla N° 4.23</b>	Resultado de medición de concentración de la consulta externa y satisfacción de los asegurados	95
<b>Tabla N° 4.24</b>	Medición de concentración de la consulta externa y satisfacción de los asegurados. Valores: Mínimo y máximo, media aritmética y desviación estándar	95
<b>Tabla N° 4.25</b>	Prueba de Chi – Cuadrado de las variables concentración de la consulta externa y satisfacción de los asegurados	95
<b>Tabla N° 5.1</b>	Ofertas servicios asistenciales de capa simple THAB SAC	100

## **PROLOGO**

Los avances continuos en el mercado global permiten conocer muchas características de emprendimiento empresarial, forjando profesionales líderes de clase mundial con visión de futuro en generación de fuerzas laborales, para lo cual el estudio propone aportar evidencias empíricas de correlación entre la cobertura y satisfacción en los asegurados de EsSalud, permitiendo a futuros emprendedores constituir, organizar y administrar servicios de salud para contribuir a optimizar la cobertura asistencial de capa simple en el Seguro Social de Salud (EsSalud) y mejorar la satisfacción de atención al asegurado de los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel, a razón por lo que el cliente encontrará en nuestra propuesta accesibilidad, eficiencia, calidad y satisfacción en la prestación de servicios de salud.

La excelencia en el mundo del negocio por sus actividades se enmarca en varios fundamentos de gestión administrativa; como satisfacer necesidades del cliente interno y externo, partiendo de la primicia de la administración con calidad, de manera que conjuguen los criterios técnicos administrativos con la excelencia de los servicios de salud en el marco de la globalización y nuevos retos de mercados cooperantes Internacionales.

Los principios fundamentales de la administración moderna, para lo cual se han aplicado modelos estadísticos y estudios de investigación, de distinguidas y reconocidas instituciones públicas y privadas, tales como el Instituto Nacional de Estadística e Informática I.N.E.I., la Gerencia Central de Planificación y Desarrollo, Gerencia de División de Prestaciones de EsSalud, Dirección General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud, Organismo Mundial de la Salud, Organización Internacional del Trabajo, en otros, han contribuido como fuente de información para el logro de este proyecto.

Producto de estudios realizados sobre la deficiente capacidad de gestión en EsSalud respecto a cómo mejorar la cobertura asistencial, revertir el alto grado de

insatisfacción de asegurados en general y la correlación entre cobertura y satisfacción de asegurados en EsSalud, se adoptó la creación de la Clínica THAB SAC como un ambicioso proyecto de ampliar la cobertura de capa simple (Anexo N° 6), en cual permitiría a futuros administradores enrumbar en la gestión de administración en salud, apoyado por tecnologías modernas para una producción proyectada de 860 consultas diarias y 25,792 consultas mensuales, en dos turnos diarios de atención de Lunes a Sábado y con proyección a tres turnos.

Adicionalmente, teniendo como patrón de referencia la actual demanda y la baja cobertura asistencial, a pacientes de toda edad que opta por una mayor accesibilidad y consumo de consultas médicas, se prevé dedicar con este proyecto un 85% de su capacidad instalada a la atención de asegurados de EsSalud, por medio del sistema de atención descentralizada y el 15% restante a la población en general con objetivos claros de competitividad y efectividad al sector de las Empresas Prestadoras de Servicios (EPS) y Hospitales de Solidaridad.

El estudio permite el desarrollo de investigación aplicada, descriptiva correlacional, por cuanto intenta dar cuenta de un aspecto de la realidad, explicando su significatividad dentro de una teoría de referencia, descriptiva correlacional, por cuanto se establecerán las características y la relación entre la cobertura y satisfacción para mejorar la atención de asegurados de EsSalud en los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel, con diseño no experimental, transeccional en la medida que no se manipulan las variables por el tiempo, de acuerdo a las características de las hipótesis formuladas y a los objetivos propios de la investigación..

**El autor**

## **RESUMEN**

Varios métodos de gestión en salud acerca de cómo revertir la deficiencia de cobertura asistencial e insatisfacción de los asegurados en EsSalud, han resultado sus esfuerzos insuficientes para contrarrestar el bajo nivel de cobertura asistencial y el incremento de insatisfacción de asegurados en los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel.

Nuestra investigación es tipo descriptivo correlacional, en tanto se mide, describe en base a instrumentos tales como el análisis documental proporcionados por instituciones en la materia y de EsSalud y establece una relación múltiple entre la variable independiente y dependiente, por cuanto, se aportara evidencias empíricas correlacional entre cobertura y satisfacción de los asegurados de EsSalud de los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel, aplicando para ello, el 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, de acuerdo a características de hipótesis formuladas y a objetivos propios de la investigación y concordante al método hipotético - deductivo partiendo de los hechos particulares obtenemos proposiciones de las hipótesis planteadas. La investigación Busca también identificar y precisar los factores, proponiendo una alternativa viable para resolver los problemas de cobertura y satisfacción de los asegurados en EsSalud, que propiciará en mejorar las condiciones de gestión en salud.

La población asegurada es de 482,649 asegurados y una muestra de 384 personas, como resultado de la investigación es la correlación entre las variables principales, es decir, que a mejor utilización de la cobertura, mayor será la satisfacción de los asegurados en EsSalud, obteniendo mayor accesibilidad y oferta de servicios de salud en especial de capa simple. Asimismo, el resultado de la encuesta señala que un 73% de asegurados están insatisfechos por el servicios que recibe de EsSalud, un 79% considera que es necesaria la participación de entidades privadas, permitiendo a futuros emprendedores privados plantear alternativas de solución en accesibilidad y oferta de servicios en salud a la población asegurada de capa simple en los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel.

## **ABSTRACT**

Several methods of health management on how to reverse the impairment of health-care coverage and dissatisfaction EsSalud policyholders, their efforts have proved insufficient to counter the low level of health care coverage and increasing dissatisfaction of policyholders in the districts of Miraflores, Santiago Groove and San Miguel.

Our research is descriptive, correlational, as measured, described on the basis of instruments such as documentary analysis provided by institutions in the field and EsSalud and establishes a multiple relationship between the independent and dependent variable, because, it uses empirical evidence correlation between coverage and insured satisfaction EsSalud district of Miraflores, Santiago de Surco and San Miguel, applying the non-experimental, transactional because no experimental surveys and documentary analysis are performed without handling deliberately trans because it allows the partnerships established between the variables in a single moment in time, according to characteristics of hypotheses and research objectives specific and consistent and holistic approach to the inductive method based on the particular facts get propositions general. The investigation also seeks to identify and determine the factors, proposing a viable alternative to solve the problems of coverage and satisfaction EsSalud insured, which will encourage to improve conditions in health management.

The insured population is insured 482.649 and a sample of 384 people, as a result of the research is the correlation between the main variables, namely, that the better use of cover, the greater the satisfaction of policyholders EsSalud, getting more availability and supply of health services in particular single layer. Furthermore, the result of the survey showed that 73% of policyholders are dissatisfied with the services you receive from EsSalud, 79% believe it is necessary to involve private entities, allowing private entrepreneurs to raise future alternative solutions in availability and supply health services to the insured population of single layer\*in the districts of Miraflores, Santiago de Surco and San Miguel.

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO INICIAL DE LA INVESTIGACIÓN

#### 1.1 Determinación del problema

Durante décadas EsSalud no ha podido revertir su principal problema, ampliar y optimizar su cobertura asistencial respecto a su demanda objetiva (7'633,223 asegurados a nivel nacional, año 2008), que trasciende en la satisfacción de servicios asistenciales por capacidad resolutive, donde su incidencia de morbi-mortalidad focalizada en diagnósticos de causa epidemiológica (Tabla N° 1.1) muestran altos porcentajes de atención de capa simple en los establecimientos de nivel resolutivo II, III, IV y Nacionales, que limitan la accesibilidad de sus asegurados en los servicios de salud y optimizar sus recursos.

Tabla N° 1.1  
Perfil epidemiológico a nivel nacional de EsSalud, 2006

N° CAUGAS	PERFIL EPIDEMIOLOGICO	Total Casos definitivos
165	<b>Faringitis aguda y amigdalitis aguda</b>	338,901
290	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	232,139
206	Otras dorsopatías	194,219
199	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	155,183
167	<b>Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores</b>	153,337
145	<b>Hipertensión esencial (primaria)</b>	152,216
294	<b>Pesquisa prenatal y otra supervisión del embarazo</b>	117,908
201	<b>Artrosis</b>	115,073
184	<b>Gastritis y duodenitis</b>	113,156
170	<b>Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda</b>	106,580
217	Otras enfermedades del sistema urinario	95,025
207	Trastornos de los tejidos blandos	91,916
131	<b>Conjuntivitis y otros trastornos de la conjuntiva</b>	90,812
298	Personas en contacto con los servicios de salud por otras razones	83,653
270	<b>Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte</b>	82,741
172	Otras enfermedades de la nariz y de los senos nasales	75,772
231	<b>Otros trastornos menopáusicos y perimenopáusicos y perimenopáusicos</b>	75,382
42	<b>Micosis</b>	75,072
226	Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	74,248
297	Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos especiales	72,988
281	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas	72,534
104	<b>Diabetes mellitus</b>	66,501
176	<b>Asma</b>	57,907

Fuente: Gerencia de División de Prestaciones. Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria – EsSalud.  
2006 Visitado 19/07/2009. www.essalud.gob.pe (Intranet).

El Seguro Social de Salud – EsSalud, creado mediante Ley 27056, ofrece prestaciones de salud, correspondientes a las atenciones primarias y especializadas, complementadas por prestaciones económicas y prestaciones

sociales; y la participación de la iniciativa privada, para la atención de capa simple a través de entidades prestadoras de salud (EPS) y clínicas contratadas.

Subsiste escasa cobertura asistencial en los establecimientos de EsSalud, al coberturar el 53% de asegurados el 2008, a pesar de contar con recursos económicos, humanos, equipos e infraestructura; Debiendo ser el 75% de asegurados coberturados respecto al total de la población asegurada a nivel nacional, según estándar de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los establecimientos de EsSalud materia de nuestra investigación también muestran baja cobertura, el Hospital II Angamos 17%, Policlínico Próceres 11% , Red Asistencial Rebagliatti 16%, Policlínico Octavio Mongrut Muñoz 18% y Red Asistencial Sabogal 14%, (Tabla N° 1.2).

Tabla N° 1.2  
Cobertura asistencial en EsSalud por redes y establecimiento, 2008

	Establecimientos	Población	Consultantes	Cobertura
<b>NIVEL RED ASISTENCIAL</b>				
Rebagliatti	Hospital Angamos	196,198	34,126	17%
	Policlinico Proceres	160,566	17,762	11%
Sabogal	Policlinico Mongrut	125,885	22,313	18%
<b>A NIVEL DE RED</b>				
Rebagliatti		1,353,866	211,866	16%
Sabogal		1,152,590	159,238	14%
<b>A NIVEL NACIONAL</b>				
<b>EsSalud</b>		<b>7,633,223</b>	<b>4,028,374</b>	<b>53%</b>

Fuente: EsSalud, boletín de gestión en salud 2008. [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe) Visitado: 28/10/2009. (Intranet).

Sin embargo, existen objetivos nacionales y marco de horizonte del Ministerio de Economía y Finanzas, a tomar en cuenta en materia de salud desde el año 2005 que orientan ampliar la cobertura asistencial y brindar calidad de atención (Tabla N° 1.3), el cual nos refleja la necesidad del cambio y el impulso de nuevas perspectivas de gestión en salud para mejorar la cobertura y elevar el grado de satisfacción de asegurados en Salud.

Tabla N° 1.3  
Objetivos nacionales y macros del Perú, 2005

- **Más de la mitad** de la población vive en condición de pobreza
- **5 millones** de personas no cuentan con Documento de Identidad
- **54%** de los alumnos están en el nivel CERO (en una escala del cero al cinco) en una prueba internacional de lenguaje.
- **25%** de la población **NO** tiene acceso a servicios de salud
- **25%** de los niños y niñas menores de 5 años están en condición de desnutrición crónica.

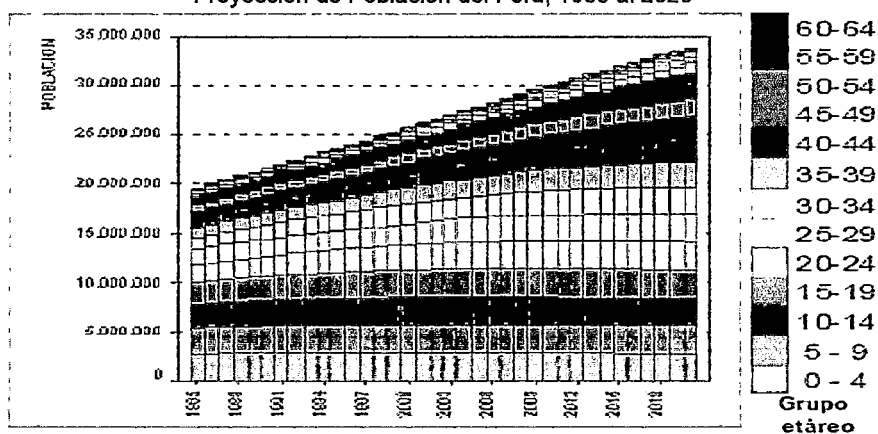
**Fuente:** Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) exponencia "Mejorando la calidad del gasto público". 2005.  
Visitado: 25.07.2009. [www.mef.gob.pe](http://www.mef.gob.pe).

## PRESENTE Y FUTURO DE LA SALUD

Según el Organismo Mundial de la Salud (2007), "**Salud en el Mundo**" proyecta informe del sistema de salud siguiente:

- Equitativo
- Solidario
- Efectivo
- Digno
- Con cobertura universal
- Adecuado a la realidad nacional

Grafico N° 1.1  
Proyección de Población del Perú, 1985 al 2020



**Fuente:** Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud - Consorcio de Investigación Económica y Social, proyecto observatorio de la salud 2007. Visitado: 22.07.2009. [www.who.int/es/](http://www.who.int/es/).



La OMS (2007) proyecta su observación de salud al 2020 en nuestro país de una población de más de 30'000,000 de personas, (Grafico N° 1.1). Considera para efecto de cálculo, la tasa de crecimiento poblacional proyectada y proyecciones de empresas normalizadas laboralmente. Situación alentadora para emprendedores empresariales en salud pero también dramática en el contexto de salud para los más vulnerables.

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 incontables accesos de pacientes derechos habientes (conyugues, hijos y concubinas), que trascienden en consultas externas de bajo nivel de calidad de atención con rendimiento médico a nivel nacional de 4.61 paciente/hora mientras que la OMS establece un 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 4.46, Policlínico Próceres 4.88, Red Asistencial Rebagliati 4.34, Policlínico Mongrut 5.02 y Red Asistencial Sabogal 4.74 (Tabla N° 1.4), motivado por una lenta capacidad de gestión asistencial, ya sea por una deficiente programación médica, menor oferta de servicios de salud o por el alto grado capacidad instalada ociosa, distribución de recursos humanos inadecuados, exceso de equipamiento obsoletos, poco instrumental quirúrgico, escasos materiales e insumos médicos, 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.

Tabla N° 1.4  
Rendimiento Hora Médico por redes y establecimiento de EsSalud, 2008

	Establecimientos	Consultas	Horas Efectivas	Rendimiento
<b>NIVEL RED ASISTENCIAL</b>				
Rebagliati	Hospital Angamos	393,119	88,182	4.46
	Policlinico Proceres	187,714	38,449	4.88
Sabogal	Policlinico Mongrut	183,893	36,630	5.02
<b>A NIVEL DE RED</b>				
Rebagliati		2,446,909	563,461	4.34
Sabogal		1,675,807	353,254	4.74
<b>A NIVEL NACIONAL</b>				
EsSalud		14,314,579	3,105,921	4.61

Fuente: EsSalud, boletín de gestión en salud 2008. Visitado: 19/07/2009. . www.essalud.gob.pe (Intranet)

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

"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".

Pone como ejemplos ante esta problemática los equipos urgentes: transductor transesofágico para el Hospital IV Edgardo Rebagliati, incluso del Instituto Nacional del Corazón (INCOR) ubicado en el Hospital IV Almenara, es también obsoleto; equipos de ablación electro fisiológico (tratamiento de arritmia por cateterismo) y falta de resonancia magnética nuclear, este hecho incrementa los pedidos de tomografía axial computada para precisar el diagnóstico. De igual forma, una cámara de gammagrafía para el diagnóstico de pacientes cardiacos y no cardiacos, litotripsor para el tratamiento de los cálculos renales, acelerador lineal para oncología (bomba de cobalto), rayos X Doppler color, vitriófago para oftalmología, etc., que conlleva a incrementar la insatisfacción de sus asegurados.

Respecto a los flujos de insumos y reactivos, persiste el desabastecimiento y demoran en su reposición entre 15 a 45 días como promedio. Otro ejemplo que cita es, la escases de troponinas cardíacas, marcapasos, con dos (02) meses de promedio, de igual forma los materiales de suturas y gasas para las operaciones quirúrgicas de menor y alto riesgo. En cuanto a los reactivos para TORCHS de igual forma y, en relación a los medicamentos el abastecimiento es intermitente. Muchas veces los pacientes tienen que regresar para recibir sus medicamentos genéricos, como por ejemplo, cefrazadine y hidralazina en los hospitales IV (Hospital Almenara), así como las prótesis para las cirugías en traumatología, todo ello, satura la accesibilidad de paciente nuevos, convirtiéndoles en agentes crónicos, en situación de insatisfacción de la prestación de salud que recibe.

Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) en su Informe de Setiembre de 2007 señala, que el comportamiento de los hogares es un tanto diferente. Por citar, la cobertura del MINSA sube hasta un 76% por efecto de demanda, de aquellas personas que no buscaron atención en clínicas privadas o en EsSalud, y un 3.21%, se orientan a clínicas de alto costo, por su capacidad de ingresos. Sin embargo para el caso de EsSalud le corresponde un 5%, como consecuencia de la informalidad laboral en nuestro medio que tendría vigencia hasta el segundo trimestre del año 2008, es decir, a mayor formalidad laboral, mayor consulta en EsSalud, y a menor formalidad mayor consulta en el Ministerio de Salud – MINSA.

Es notorio que la población peruana, de acuerdo a su lugar de residencia y nivel de ingreso buscan nuevas alternativas de accesibilidad a Hospitales de Solidaridad, EPS, MINSA, consultorios particulares, entre otros. En efecto, sólo el 50% de la población que vive en las áreas rurales tienen la posibilidad de acceder a un servicio de salud frente a casi 70% en las zonas urbanas. Del mismo modo, a medida que aumenta el nivel de ingreso de los hogares, sus miembros tienen mayor posibilidad de acceder a un servicio de salud, ya sea público o privado, (Tabla N° 1.5).

Tabla N° 1.5

Razones de No Consulta en Establecimientos de Salud				
2007	Falta de dinero	Queda Lejos/ Falta de confianza/ demoran	No fue necesario/ Remedios caseros 1/	Otro 2/
Enero	22.3	10.9	64.5	14.4
Febrero	23.9	11.3	62.9	16.4
Marzo	24.5	11.8	63.2	15.1
Abril	21.4	10.4	68.4	13.2
Mayo	22.9	11.5	63.7	15.8
Junio	21.8	9.3	65.2	16.3
Julio	24.8	10.2	63.3	16.5
Agosto	22	10.8	64.8	16.7
Setiembre	21.2	10.8	63	18.1

1/ Incluye se autoreceto.  
2/ Incluye no tiene tiempo, no tiene seguro, por maltrato del personal de salud.

Fuente: Comunicad económica Ophelimos. pp. 38 Visitado: 25.09.2008.

Según Seminario, Dina (2009) **“XI Foro de Líderes Gubernamentales”** artículo publicado por “EL COMERCIO” señala:

“(…) el avance en atención de asegurados y no asegurados; con US\$200 millones de inversión ejecutados el 2008, para nuevas infraestructuras, equipos y recursos humanos, orientados a ampliar la cobertura de los servicios de salud, requieren complementarse con la participación del sector privado, a efectos de lograr ampliar y optimizar la cobertura de atención en el segmento de las prestaciones de salud primaria que representan el 60% a nivel nacional de la población objetiva (7'633,223 asegurados)”.

En estos contextos, las prestaciones de salud vienen logrando avances relativos en la atención de asegurados y no asegurados; que requieren complementarse con la participación de clínicas privadas contratadas, a efecto de lograr ampliar y optimizar la cobertura de atención en el segmento de las prestaciones de salud primaria que representa el 60% a nivel nacional de la población objetiva.

Según Gastañadú R., Álvaro y Serra F., Ricardo (2008) del periódico “EL COMERCIO”, en su artículo **“En el 2011 Essalud tendrá 10 millones de asegurados”**, señalan:

“El crecimiento económico sostenible del país en estos 10 últimos años y la formalización empresarial, orienta a una proyección de crecimiento de 10 millones de asegurados en EsSalud para el año

2011, situación que compromete una mejor gestión de los recursos y optar como una alternativa de solución ante este grave problema, el de “expandir cobertura con participación del sector privado y contener costos” (Federico Tovar, 2005:4)”.

Según Ramírez, Humberto et al (2002: 89-99) “**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 medica 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 serian las que requerían mayores esfuerzos del sistema de salud”.

Por consiguiente, la necesidad de nuestra investigación es demostrar en primer lugar la vinculación causal entre cobertura asistencial y satisfacción de los servicios de salud en EsSalud, para luego proponer una alternativa de ampliar la cobertura asistencial y reducir el sobredimensionamiento de la oferta de capa simple de EsSalud en los establecimientos de capacidad resolutive de Nivel II, III, IV y Nacionales que trasciende en la satisfacción, a razón de que los asegurados de los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel, buscan accesibilidad en los servicios médicos. Para lo cual, se ha tomado como materia de análisis y que servirá para corroborar nuestra investigación; informes presentados a la comisión de salud del Congreso de la República, Organización Internacional del Trabajo (OIT) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). Así como también las consultas efectuadas en la página Web de EsSalud, respecto al Informe Ejecutivo de EsSalud ante la Comisión de Seguridad Social del Congreso de la República del Perú (2003), entre otros documentos de investigación y visitas a EsSalud por parte del autor en Marzo y Octubre de 2009.

## **1.2 Formulación de problemas**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es la vinculación entre la cobertura y la satisfacción de atención de los asegurados en el Seguro Social de Salud – EsSalud de los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel?

### **1.2.2 Problemas específicos**

1. ¿Cuál es el porcentaje que deja de atender EsSalud por la falta de capacidad física en los servicios de salud?
2. ¿Cuál es el índice de cobertura de la atención a los asegurados en la oferta de servicios de salud en la atención de capa simple?
3. ¿Cuál es el porcentaje de eficacia de la producción, la oferta de servicios de EsSalud, con respecto al porcentaje de satisfacción de los asegurados?
4. ¿Cuál es el índice de la concentración asistencial, que repercute en la satisfacción de los asegurados de la consulta médica?

## **1.3 Objetivos de la Investigación**

### **1.3.1 Objetivo general**

Establecer la vinculación entre la cobertura y la satisfacción de atención de los asegurados, a fin de proponer mejoras en la accesibilidad en un 30% que permita la satisfacción de los asegurados y un efectivo tratamiento médico para los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

1. Establecer el porcentaje de asegurados que deja de atender EsSalud por la falta de oferta de servicio asistencial.
2. Determinar el índice de cobertura de la atención a los asegurados de acuerdo a la oferta de servicios de salud.
3. Establecer el porcentaje de eficacia de la producción, la oferta de servicios de EsSalud para proponer mejoras en el uso y la disminución de los tiempos de espera de atención, mejorando tanto la accesibilidad geográfica y la satisfacción del asegurado.
4. Establecer el índice de concentración, a fin de proponer mejoras en la ampliación de cobertura y satisfacción del asegurado.
5. Corroborar las teorías de cobertura asistencial y satisfacción de atención en los servicios de salud, por diversas investigaciones, informes de la OMS, OPS, documentos técnicos de EsSalud y experiencia de autor.

## **1.4 Justificación**

### **1.4.1 Justificación teórica**

El estudio aporta evidencia empírica a los supuestos teóricos que explican la relación entre cobertura y satisfacción de los asegurados en EsSalud, por diversos estudios de la Organización Mundial de la Salud, informe de la Organización Internacional del Trabajo, informe de la Comisión Técnica de Seguridad Social del Congreso de la República del Perú y el Consejo Nacional de Trabajo y Promoción del Empleo, el cual también corroborará las propuestas de diversos investigadores relacionados con la cobertura y los niveles de satisfacción de atención de los servicios de salud de nivel capa simple, siendo los beneficios para las ciencias administrativas, empresarios privados, funcionarios y

administrativos, al irse perfilando una teoría que servirá para explicar y apoyar la relación entre la cobertura y la satisfacción en los servicios de salud.

#### **1.4.2 Justificación social**

Socialmente se aporta evidencias empíricas para que los empresarios privados opten por invertir en el servicio de atención de capa simple en salud, permitiendo mejorar la cobertura asistencial, accesibilidad, servicio de atención e imagen de EsSalud, así como también reducir quejas, colas en espera en los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel.

#### **1.4.3 Justificación metodológica**

Metodológicamente, se dota de validez y confiabilidad a los instrumentos siguientes:

1. Reporte de medición de la gestión en salud en EsSalud.
2. Encuesta de medición de cobertura y satisfacción en EsSalud.

### **1.5 Limitaciones y facilidades**

#### **1.5.1 Limitaciones**

- a) Horario disperso entre el investigador y disponibilidad de funcionarios de EsSalud.
- b) Dificultad de hallar textos actualizados puntalmente sobre nuestra investigación.
- c) Dificultad en recolección de datos oficiales de EsSalud.

#### **1.5.2 Facilidades**

- a) Dominio del tema a investigar.
- b) Contar permanentemente con internet en el centro laboral y domicilio.



- c) Contar con materiales de oficina necesarios para el desarrollo de la presente tesis de investigación.
- d) Contar con el asesoramiento metodológico para el desarrollo de la investigación.

## **1.6 Hipótesis**

### **1.6.1 Hipótesis General**

H<sub>i</sub>: "Existe vinculación entre la cobertura de salud capa simple, y la satisfacción de atención de los asegurados del Seguro Social de Salud – EsSalud de los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel"

### **1.6.2 Hipótesis Específicas**

H<sub>1</sub>: "No existe vinculación entre el porcentaje de asegurados atendidos y la capacidad física instalada en los servicios de salud"

H<sub>2</sub>: "No existe vinculación entre el índice de cobertura de la atención a los asegurados con la oferta de servicios de salud en la atención de capa simple"

H<sub>3</sub>: "Existen diferencias entre el porcentaje de eficacia de la producción, la oferta de los servicios de EsSalud y la satisfacción de los asegurados"

H<sub>4</sub>: "No existe vinculación entre el índice concentración de la consulta externa y la satisfacción de los asegurados"

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes del estudio**

##### **2.1.1. Investigaciones extranjeras**

Las investigaciones realizadas respecto a cobertura de servicio de salud a nivel internacional, responden a diferentes casos de organizaciones extranjeras, respecto a exigencias y necesidades de un mejor servicio tanto en la accesibilidad como en la contraprestación de servicio de salud, situación que viene agudizando y encareciendo los costos de servicio al no tener un enfoque de salud y economía diseñada para resolver los principales problemas de salud a nivel mundial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), es el organismo rector que focaliza reformas integrales con objetivos generales para resolver los graves problemas en materia de salud, así como también fija los estándares y categoría 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.

OMS (2008: 13-14) informe titulado, "***Informe sobre la salud en el mundo 2008***" precisa:

"(...) La economía de la salud mundial está creciendo a un ritmo mayor que el producto interno bruto (PIB), pues la proporción que representa del PIB mundial pasó de un 8% a un 8,6% entre 2000 y 2005. En cifras absolutas, y teniendo en cuenta la inflación, esto supone un crecimiento del gasto mundial en salud del 35% en un periodo de cinco años. Los conocimientos en materia de salud también están creciendo rápidamente. La acelerada revolución tecnológica está multiplicando las posibilidades de mejorar la salud y transformar la cultura sanitaria en el contexto de una sociedad global más educada y en proceso de modernización. Está surgiendo una rectoría mundial, gracias al aumento de los intercambios entre

países – propiciados a menudo por el reconocimiento de amenazas, oportunidades o desafíos comunes –, a una solidaridad cada vez mayor y al compromiso mundial de eliminar la pobreza, como demuestran los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)”.

Las nuevas tendencias planteadas por la OMS en materia de salud son:

- ✓ Los sistemas de salud demasiado centrados en una oferta restringida de atención curativa especializada.
- ✓ Los sistemas de salud que, por aplicar un enfoque de mando y control a la lucha contra las enfermedades, centrándose en resultados a corto plazo, provocan una fragmentación de la prestación de servicios.
- ✓ Los sistemas de salud que basan la gobernanza en la no intervención o *laissez-faire*, lo que permite que prospere la atención de carácter comercial no regulada.

Según la OMS hace treinta años, aproximadamente el 38% de la población mundial vivía en ciudades; en 2008, esa proporción es superior al 50%, lo que supone 3300 millones de personas. En 2030, casi 5000 millones de personas residirán en zonas urbanas. La mayor parte del crecimiento tendrá lugar en las ciudades más pequeñas de los países en desarrollo y en metrópolis del sur y el este de Asia, cuyo tamaño y complejidad no tendrán precedentes. Aunque por término medio, los valores de los indicadores sanitarios son mejores en las ciudades que en las zonas rurales, la enorme estratificación social y económica en las zonas urbanas da lugar a grandes inequidades en salud. En la zona de ingresos altos de Nairobi la mortalidad de los menores de cinco años es inferior a 15 por 1000, pero en el barrio de tugurios de Emabakasi, en la misma ciudad, esa tasa es de 254 por 1000.

Este y otros ejemplos similares permiten aseverar de forma más general que, en los países en desarrollo, la mejor gobernanza local puede hacer que la esperanza de vida sea de 75 años o más, y una mala gobernanza puede rebajarla a sólo 35 años. Actualmente, una tercera parte de la población de las ciudades – más de mil millones de personas – vive en barrios de tugurios, esto es, en lugares con

viviendas precarias, sin suficiente superficie habitable, sin acceso a agua salubre y servicios de saneamiento, y sin seguridad en la tenencia.

Los barrios de tugurios son propensos a los incendios, las inundaciones y los deslizamientos de tierras, y sus habitantes están expuestos de forma desproporcionada a la contaminación, los accidentes, los peligros en el lugar de trabajo y la violencia urbana.

La pérdida de cohesión social y la generalización de modos de vida no saludables contribuyen a que se creen entornos que indudablemente no son buenos para la salud. En esas ciudades vive gran parte de los casi 200 millones de migrantes internacionales del mundo. Representan como mínimo el 20% de la población en 41 países, el 31% de los cuales tiene menos de un millón de habitantes. Excluir a esos migrantes del acceso a la atención equivale a negar el derecho a la salud a todos los habitantes de un país como el Brasil.

Algunos de los países que han hecho grandes progresos de cara a garantizar al acceso de sus ciudadanos a la atención no ofrecen los mismos derechos a los demás residentes. Teniendo en cuenta que el fenómeno de la migración continúa cobrando fuerza, los derechos de los residentes extranjeros y la capacidad de los sistemas de atención de salud para responder a la creciente diversidad lingüística y cultural de manera equitativa y eficaz han dejado de ser cuestiones secundarias.

Esta población sumamente móvil y urbanizada está envejeciendo y continuará envejeciendo a gran velocidad. En 2050, el mundo 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.

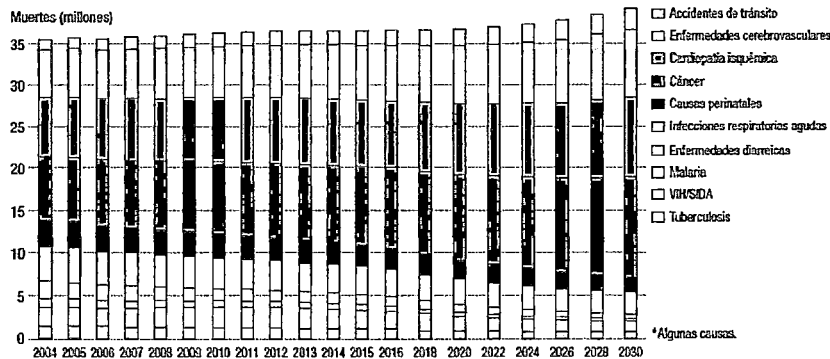
Contrariamente a lo ocurrido en los actuales países ricos, los países de ingresos bajos y medios están envejeciendo con rapidez antes de haberse convertido en ricos, lo cual plantea más problemas.

En su conjunto, el proceso de urbanización, el envejecimiento y los nuevos modos de vida a nivel mundial están haciendo que las enfermedades crónicas y no

transmisibles – como la depresión, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer – y los traumatismos sean una causa cada vez más importante de morbilidad y mortalidad (Grafico N° 2.1).

Grafico N° 2.1

Progresivo predominio de enfermedades no transmisibles y los accidentes como causa de la mortalidad\*



Fuente: OMS Informe sobre la salud en el mundo, pp. 9. 2008

El informe de la OMS es compartida por nosotros por permitir a futuros investigadores y empresarios en materia de salud a tomar en consideración las exigencias del mercado en salud y su participación en ampliar cobertura de salud con el objeto de atender demandas orientadas a enfermedades no transmisibles de capa simple en servicios de atención primaria.

Martínez R., Armando et al (1996: 18-35) investigación, "***Hacia una estrategia de garantía de calidad: satisfacción en la utilización de los servicios médicos***", de México sostienen:

"Para evaluar la calidad de la organización de los servicios (estructura), el proceso y los resultados de la atención, y las relaciones humanas en su otorgamiento, y así garantizar la calidad, mediante la satisfacción de las expectativas del sujeto de la atención (paciente), de la institución que otorga los servicios (directivos), y del prestador directo de la atención (personal de salud), se requiere instrumentos metodológicos para conocer los atributos deseables de los médicos y de las unidades hospitalarias o tratando de identificar las características relacionadas con la satisfacción, manifestada por los prestadores directos de los servicios, de los directivos y de los pacientes".

Los instrumentos aplicados fueron encuestas y estrategia GASPI (Grupo de análisis y solución de problemas institucionales) cuyo principio fundamental son los círculos de calidad, lluvias de ideas, grafica de pareto y análisis de cauda y efecto. La evidencia presentada por los distintos estudios, la calidad de atención, medida en diferentes circunstancias, a través de distintos indicadores de atención en salud, en distintas instituciones públicas y privadas y en distintos contextos, 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, 1994).

Al respecto la experiencia me ha permitido considerar que el mensaje de los directivos por la identificación en la que se encuentran, dificultan los resultados al ser orientados a un efecto mas no a una realidad propia de la medición de la calidad de los servicios de salud y al grado de implicancia de una inadecuada gestión de la cobertura asistencial.

Quizá, lo novedoso de este estudio sea la democratización de los instrumentos, es decir, la libertad de expresión del sentir de los tres actores básicos del proceso de la atención médica y la exploración de elementos como la satisfacción individual, social, profesional y el clima laboral, que finalmente nos conducen a humanizar más el trabajo, lo que trae por consecuencia la *calidad* en los servicios y por añadidura, productividad y eficiencia y no viceversa, como lo pregonan los Modelos Industriales con tendencia neoliberal, en donde se insiste que la productividad *per se* lleva a la calidad; ya que como, señala Kauro Ishikawa (Aburto, 1992), "Usted preocúpese por la calidad; la productividad y las utilidades vendrán solas".

Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (2008) estudio sobre, "**La Satisfacción con el sistema de salud**", resalta su importancia en dicho país al confirmar que

no existía información de calidad para la planificación y evaluación del objetivo, orientado a proveer servicios acordes con las expectativas de la población. Para abordar esta meta, se realizó el “**Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud**”, el cual tiene alcance nacional urbano y cuyos objetivos son:

- ✓ Conocer el grado de satisfacción de la población urbana de 18 o más años de edad con respecto a diferentes aspectos del sistema de seguridad social de salud y las atenciones de salud (ambulatorias y hospitalarias).
- ✓ Conocer la importancia atribuida por parte de la población a diversos aspectos de la atención de salud.
- ✓ Determinar el gasto de bolsillo familiar en salud en relación con los ingresos y gastos totales de la familia.

El estudio se suma a las iniciativas impulsadas por la OMS cuyo objetivo es aportar información útil para la definición de políticas de salud y para la mejora del desempeño de los sistemas de salud. Asimismo presenta dos tipos de unidades de análisis: el hogar y las personas de 18 años o más, por ello se calcularon factores de expansión para cada uno de ellos. En el caso del análisis y resultados del Módulo E de Satisfacción con el sistema de salud, se utilizó el factor de expansión para la población adulta con residencia urbana y para el análisis de los otros módulos, cuyas conclusiones son a nivel de hogar se utilizó el factor de expansión para la población nacional urbana, calculado a partir de las viviendas encuestadas.

Concluyendo en cuanto al grado de satisfacción general con la calidad del servicio, un 16,2% se encuentra Muy Satisfecho, dos tercios se declaran satisfechos y uno de cada 10 Insatisfecho.

Nuestra apreciación con respecto al estudio sobre la satisfacción y gasto en salud, es muy alentadora, no siendo compartido por el investigador, al considerar que las necesidades del ciclo XXI son mayores y, los recursos son escasos para poderlos afrontar, si bien es cierto que, la OMS en su informe sobre la salud en el mundo 2008, señala que ha crecido 0.6% entre el 2000 al 2005 la contribución de recursos en salud, pero en los países como el nuestro aun la brecha sigue siendo significativo, por ello, que EsSalud, MINSA y Hospitales Policiales su cobertura están por debajo de los indicadores de salud del 75% respecto a su población total.

Ruelas & Querol (1994: 11-15), estudio sobre "**Calidad y Eficiencia en las Organizaciones de Atención a la Salud**" de México, señalan:

"Que puede afirmarse con certeza que la desigualdad más grave en el sistema de salud ya no se da exclusiva ni principalmente en la cobertura, sino en la calidad de los servicios que reciben los diferentes grupos sociales. 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 que los conforman".

Esta afirmación no es compartida por el autor, fundamentado en que la cobertura permite el acceso a los servicios de salud y si este es deficiente repercute en sus involucrados (clientes – asegurados) en el grado de satisfacción, que será materia de la presente investigación mostrar su correlación.

Donabedian (1990: 72) en su libro, "**La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación**" de Argentina, menciona:

"La atención a la salud tiene tres componentes: la atención técnica, la relación interpersonal y el medio ambiente (comodidades) en el que se lleva a cabo el proceso de la atención; y que la exploración "empírica" de la experiencia de cada día, con el fin de extraer de las opiniones expresadas por pacientes, médicos y administradores".



Los juicios que comparten sobre la calidad, así como aquellos en los que difieren, quizá sea una forma de empezar a traducir las grandes abstracciones de la formulación inicial de los conceptos, en los atributos más detallados de la atención que van a representar su calidad. Se fundamenta Donabedian en base a resultados de sus instrumentos en 18 establecimientos de salud en la R.F. de México.

Consideramos que el análisis interpersonal y la exploración empírica para extraer opiniones de pacientes, médicos y administrativos, es compartida, por cuanto nuestra investigación centra su objetivo en asegurados de EsSalud, siendo la experiencia de Donabedian una propuesta a considerar como instrumento de nuestra investigación.

Valencia J., Gustavo et al (1990) "***La investigación de análisis de medición de la cobertura asistencial en el país vecino de México***", del Centro de Investigaciones del Instituto Nacional de Salud Pública de México, señala:

"Que la cobertura debe calcularse y expresarse como el cociente entre la población atendida con cierto tipo de actividad y el total de la población con necesidad de esa actividad".

Los datos que se emplean en el estudio corresponden al año 1985. Se consideran indicadores compuestos aquéllos que dependen linealmente de más de un indicador simple propuestos (Kumate y Barnard, 1988).

Consideramos que lo vertido expresa una forma de apreciación de la cobertura siendo esta entendida en la atención primaria en México como promotor, siendo un paquete de atenciones diferentes al que presta y define EsSalud.

Organización Mundial de la Salud (2005: 8) en su informe, "***Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad***" desarrollado en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, examino el seguro social de enfermedades del Documento A58/20, observando que en muchos países conviene mejorar aún más los sistemas de financiación de la salud para

garantizar el acceso a los servicios necesarios y a la vez ofrecer protección contra los riesgos Financieros y, aceptando que, con independencia de la fuente de financiación que se elija para costear el sistema de salud, el prepago y la mancomunación de recursos y riesgos son principios básicos de la protección contra los riesgos financieros. Destacando los puntos siguientes:

- ✓ *Reconocer que al gestionar la transición a la cobertura universal será preciso formular las distintas opciones teniendo en cuenta la situación macroeconómica, sociocultural y política de cada país.*
- ✓ *Convenir y bajo la firme rectoría global del gobierno, aprovechen las oportunidades existentes de colaboración entre proveedores públicos y privados y organismos de financiación de la salud.*
- ✓ *Intercambiar experiencias sobre diferentes métodos de financiación de la salud, comprendida la elaboración de planes de seguro social de enfermedad y planes privados, públicos y mixtos, con especial referencia a los mecanismos institucionales establecidos para cumplir las principales funciones de un sistema de financiación de la salud.*

Consideramos conveniente la metodológica de financiamiento de los servicios de salud, por ser un gran paso a la contribución del sector privado para mejorar la cobertura asistencial y por ende la satisfacción del servicio prestacional en salud, situación que faculta legalmente que la propuesta de un servicio privado para EsSalud sea viable.

Según Jaramillo P., Iván (2004) en su informe, "**La nueva descentralización y su impacto en las relaciones intergubernamentales**", IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid, España sostiene, que en lo social los objetivos buscados son de cobertura, economía y satisfacción de la población. Cuando se quieren descentralizar las políticas sociales de salud, educación, vivienda etc. generalmente se argumentan como objetivos específicos:

- ✓ **La eficiencia.** La descentralización las políticas sociales pretende buscar mejorar la eficiencia y la productividad de los recursos humanos, materiales y financieros, optimizando el uso de los recursos disponibles y economizando costos en el logro de metas sociales.
- ✓ **La equidad.** La descentralización busca mejorar la equidad en la asignación de recursos de tal forma que la red de servicios se distribuya por toda la geografía del país y que la inversión y los subsidios estatales se concentren en beneficiar a la población más pobre.
- ✓ **La calidad.** La descentralización pretende mejorar la calidad de los servicios propiciando un control político, gerencial y de los usuarios en forma más efectiva.

El informe observa la descentralización sectorial y el caso de Salud, en América Latina, en las décadas de los 60 y 70, se inicio la creación de los Sistemas Nacionales de Salud (SNS) bajo las perspectivas rígidas de los sistemas centralizados, siguiendo los modelos de Servicios Nacionales de Salud de Inglaterra y Cuba, por cierto muy exitosos para países con sistemas económicos diametralmente opuestos. Parecería entonces que los sistemas de salud se podían construir al margen de su entorno económico – político.

Destaca la versión de que las administraciones públicas fueron cuestionadas en su eficiencia, equidad y se enfrentaron a procesos de modernización en unos casos bajo el modelo de la privatización y en otros casos de la descentralización, o bien bajo formas mixtas como Chile, Perú, Bolivia y Colombia.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS - Washington), promotora del SNS, dio un viraje a finales de los 80 y formuló la teoría de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) como una estrategia descentralista que haría más viable los SNS en forma acorde al nuevo modelo de administración pública que se estaba gestando. A su turno la OMS- Ginebra, formuló la teoría de los "*Municipios Saludables*" para adaptarse a las nuevas corrientes descentralizadoras con base municipal. En los países en donde los SNS se constituyeron en forma tardía el

diseño de entrada como SNS descentralizados y coordinados como en los casos Peruano y Paraguayo.

Esta indefinición condujo al diseño práctico de diversos modelos adaptados al tipo de descentralización promovida por el Estado: si la descentralización tenía énfasis en los municipios (casos Chile, Bolivia y Colombia) los SILOS tendían a coincidir con las entidades territoriales locales pero si el énfasis era la región o departamento (casos Perú y Paraguay) entonces los SILOS se concebían en forma más amplia dentro de los ámbitos regionales, tal como ocurre con la Comunidad Local de Administración de Salud (CLAS - MINSA) en el Perú.

Los argumentos vertidos por el investigador se ajustan a la realidad de la crisis en materia de gestión de salud que debería enfrentar el Perú, si bien es cierto que ya hay indicios de la municipalización de la salud y de los SILOS, aun queda mucho por desarrollar e impulsar en materia reguladora, que permita que este proceso de descentralización sea el despliegue estratégico de valor a la vida y el respeto a su integridad, con la participación del sector privado como se viene desarrollando en Chile y otros países del continente sudamericano.

Lenoir, Daniel y Vennin-Laird, Monique (2008) informe técnico, "**Seguro de enfermedad y gestión integral de la atención a la salud**", de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) de Francia, señalan, que el desafío que plantean las transformaciones actuales a todos los actores (seguridad social, pacientes, profesionales de la salud, Estado) reside en redefinir un nuevo equilibrio del sistema de atención a la salud.

Lo señalado dejará de estar compartimentado y aportará un nuevo proyecto, que integra medicina y salud pública y, por lo tanto, ofrecerá la atención y los servicios de salud necesarios, así como una calidad óptima al mejor costo, garantizando la equidad. Asimismo sostiene que existen varias clases de mecanismos que permiten limitar el acceso a la atención a la salud y la producción de actos médicos, por ejemplo: el médico de primer recurso (*gatekeeper*) se encarga de derivar los pacientes a la consulta de especialistas, servicios de hospitales y 6 laboratorios de análisis, o bien, en el caso de la "gestión por patología" (*disease*

*management*), el gremio de los profesionales en cuestión define los procedimientos y, por lo tanto, el costo de la atención a la salud. Los profesionales de la salud pueden beneficiarse de un interés financiero por concepto de ahorros realizados.

Razeto M., Luis (2006) "**Modelo de optimización de la cobertura y calidad**", de la Universidad Bolivariana de Chile, indica:

"El modelo de optimización social de cobertura y calidad propone una respuesta nueva a la antigua cuestión de política económica y social, de identificar la mejor combinación (o tamaño) en que operen los sectores Mercado y Estado, en términos de maximizar la cobertura y optimizar la calidad de las prestaciones que ambos sectores ofrecen a la población para satisfacer sus necesidades de educación, salud, vivienda, etc".

Considera el informe que la economía formal y sus efectos, nos abre el camino para integrar al Modelo de Optimización, un verdadero tercer sector por explorar en salud, que denominamos "*sector solidario*", cuya presencia y desarrollo se aproxima a nuestra economía y sociedad al deseado Óptimo Social de Cobertura y Calidad, con la participación del sector privado.

Lo vertido permite a nuestra investigación plantear en un segundo momento de la investigación una alternativa de mejorar en accesibilidad, orientado a optimizar cobertura asistencial en salud de EsSalud.

### **2.1.2. Investigaciones nacionales**

En el Perú no se presentan modelos de igual naturaleza a la propuesta como alternativa de solución, más bien, presenta servicios prestacionales de coberturas financieras tales como las empresas prestadoras de servicios (EPS), Hospital de la Solidaridad, Clínicas Privadas, mediante los copagos y otro modelo propio de EsSalud que es el Programa de Atención Ambulatoria Descentralizada – PAAD, básicamente se orienta a la atención de consulta externa con consultorios externos por zonas demográficos, a cambio de una liquidación mínima, en

paquetes que no cubre un procedimiento de atención primaria, el cual tampoco permite resolver el problema de cobertura en salud en EsSalud.

Córdova B., Víctor (2007: 45) investigación de Tesis: "***Satisfacción del usuario externo en el área de emergencia del Hospital Grau, en relación con la motivación del personal de salud***" en Lima - Perú sostiene, para medir la satisfacción de los asegurados (usuarios) de EsSalud del Hospital de Emergencia Grau, se requiere de un estudio descriptivo, prospectivo y transversal durante seis meses.

El estudio realizado por el autor corresponde a los meses de junio a diciembre de 2006 en el área de Medicina, Traumatología y Cirugía del área de emergencia del Hospital Grau, en una encuesta a 66 miembros del personal de salud para estudio de motivación por la teoría de Herzberg, en correlación con 120 usuarios externos que asisten a dichos tópicos divididos en siete grupos a quienes se le aplica la encuesta sobre satisfacción modificado por los médicos Elías y Álvarez. La motivación fue evaluada con análisis de correlación de Pearson, análisis de varianza para los puntajes en satisfacción general según los turnos de atención, y el coeficiente de correlación gamma para las variables ordinales (fiabilidad, aseguramiento, empatía, sensibilidad y tangibilidad).

Concluye, al señalar que existe motivación del personal de salud, sin haber encontrado correlación estadística significativa con la satisfacción del usuario externo. Es decir, cuando se suma poca satisfacción del usuario externo 43% a la satisfacción 33%, considerando las características de la atención en emergencia, se determina una correlación estadística significativa con la motivación del personal en el área de emergencia. Por lo que podemos decir que existen otros factores que condicionan esta satisfacción a poca satisfacción en los usuarios externos, lo que merece una investigación en el área de emergencia.

Consideramos que lo vertido nos permite corroborar el nivel de insatisfacción del 33% de los asegurados en EsSalud, que para efecto de nuestra investigación

fortalece su orientación en mejorar la gestión de cobertura y disminuir el nivel negativo de influencia en la satisfacción de los servicios de salud.

Bustamante A., Freddy (2002: 18-35) estudio sobre, "**Medición de la Calidad en los Servicios de Salud en el Centro de Salud El Porvenir**" Lima - Perú, utilizaron como instrumento el Test de Bartlett, índice de KMO y Método de Estimación para estudiar los factores de la medición de la calidad, a ello aplicaron estudios de tipo transversal a la población objetivo del distrito de la Victoria (Lima – Perú), concluyendo su indicador de calidad en un servicio regular, por las debilidades presentadas en los análisis de exploración como respuesta de las encuestas aplicadas para medir la capacidad de los trabajadores y del acceso a los centros de salud, orientando su recomendación a la mejora de los servicios de salud en la atención individualizada para lograr adecuado servicio a sus usuarios.

Destacamos la conclusión del investigador, al señalar que el servicio de salud en dicho centro es regular, debido a debilidades propias de la capacidad de los trabajadores y acceso a los establecimientos de salud, permitiendo a nuestra investigación mantener nuestro propósito de corroborar la relación entre la cobertura y satisfacción en salud, para que en un segundo momento proponer alternativa de mejora de la cobertura y deducir el nivel de insatisfacción de los asegurados en EsSalud.

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. Aspectos generales**

El análisis de cobertura de los servicios de salud puede tener diversos aspectos. Por un lado existe la "cobertura financiera", es decir, la capacidad de pago o el derecho que tiene la población por pertenecer a sistemas de seguros que se hacen cargo de financiar la atención. En realidad esa cobertura financiera no se

refiere a la verdadera atención recibida por la población, sino a la "capacidad" de la población de tener acceso a la atención en función de su capacidad de pago.

La cobertura también se puede analizar sobre la base de la "oferta de los servicios". En este caso se relacionan el número y el tipo de servicios de atención con el tamaño de la población. El análisis de "cobertura según la oferta de servicios" tampoco mide la verdadera utilización de los servicios, sino más bien la "capacidad" de la estructura de salud de brindarlos a la población en función de la disponibilidad y accesibilidad geográficas, es decir la capacidad de cobertura asistencial.

Una tercera forma de analizar la cobertura consiste en estudiar la utilización de "servicios por parte de la población", y en este caso es válido el concepto de "cobertura verdadera", que es nuestro caso esencial, como materia de análisis. Los indicadores para la medición proceden de relacionar las necesidades de atención de una población con la verdadera utilización de servicios. Por ejemplo, en el análisis de la cobertura de inmunización se estudia la relación entre la población que necesita recibir determinado tipo atención primaria y población que verdaderamente la recibe en el tiempo y la forma de utilización de la capacidad física de la empresa de servicios de salud.

Con esta misma lógica se pueden y deben crear indicadores de cobertura para cualquier acción de salud orientada a la atención integral de un grupo de población. En el análisis de cobertura de la atención de la mujer embarazada, del niño en edad preescolar y de la atención del trabajador o en el de la cobertura para el control integral de enfermedades específicas como la diabetes mellitus o las enfermedades cardiovasculares, los indicadores de cobertura verdadera se derivan de la relación entre la población que necesita atención y la utilización de los servicios por esa población de acuerdo con las normas de atención integral que se definan en cada caso.

Así, el estudio de la cobertura verdadera total, 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. Lamentablemente en la mayoría de países no existen sistemas de información de salud que permitan realizar este tipo de análisis integral y total de la verdadera cobertura alcanzada. Mientras no se disponga de esos sistemas, los estudios de la cobertura total tendrán que apoyarse en datos sobre coberturas específicas provenientes de programas de acción prioritarios, como es el caso de EsSalud, donde fijamos nuestra atención en la capa simple por ser de mayor demanda epidemiológica.

En nuestro medio, la población en general cuenta con tres tipos de sistemas de accesibilidad básica de cobertura médica asistencial en salud, siendo las siguientes:

**a. Sistemas prestacionales en el Perú**

**1. Programa de Atención Ambulatoria Descentralizada – (PAAD )**

El Programa PAAD de EsSalud, consiste en contratar los servicios de médicos particulares, quienes en sus consultorios privados evaluarán y diagnosticarán el tratamiento que requiera el asegurado. Asimismo, entregarán medicamentos y podrán referir o enviar al paciente a un centro asistencial, en caso el diagnóstico así lo determine.

El beneficio para los asegurados de EsSalud es múltiple, pues principalmente ya no deberán acudir al centro asistencial esperando por una cita médica. De este modo, accederán al consultorio PAAD más cercano a su domicilio y tendrán a su disposición un “médico de familia”, cuya atención será completamente personalizada. Este argumento es el objetivo y la esencia del servicio pero su componente de ejecución y alcance no ha podido cumplir con los objetivos esenciales.

## **2. Empresa Prestadoras de Servicios (EPS )**

Una EPS es una empresa pública, privada o mixta, distinta a EsSalud (organismo público de seguridad social en salud, del sector trabajo), que brinda servicios de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros, sujetándose a la regulación de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS).

Pueden afiliarse a una EPS trabajadores dependientes o independientes. Para que un trabajador dependiente sea cubierto por una EPS es preciso que primero los trabajadores de su centro laboral lo soliciten, de acuerdo a las normas sobre el procedimiento de elección de EPS. Para que un trabajador independiente goce de las ventajas de un plan de salud potestativo debe solicitar el plan de salud potestativo que desee y comprometerse a pagarlo de forma independiente. Este servicio es limitado, por ser de alcance a un sector de recursos inmediatos, es decir son trabajadores que cuentan con liquidez para el copago de una contraprestación de servicio, esta modalidad tampoco a podido reducir el 25% de déficit de cobertura asistencial.

## **3. Hospital de la Solidaridad**

El Hospital de la Solidaridad constituye un ingenioso modelo alternativo de prestación de servicios de salud creado por la Municipalidad Metropolitana de Lima. Es un sistema prestacional en salud autofinanciado y de gran sentido social al servicio de los sectores más vulnerables de la población de Lima y varias provincias del Perú. La idea nace como alternativa frente a la relación existente entre la escasez de recursos que caracteriza a las entidades prestadoras de salud y la creciente demanda de servicios de salud en los sectores más pobres del Perú.

## **2.2.2. Primera variable**

### **1. Cobertura asistencial en salud**

Salazar B., Oscar (2008: 5) define a la Cobertura asistencial en salud como "(...) la relación entre sujetos atendidos y los sujetos por atender". Es decir es la cantidad de pacientes demandantes efectivamente atendidos.

Según Ruiz G., Fernando (2005: 52) "la Cobertura es como la oferta de servicios cubiertos por una prima de prestación de servicio de salud".

La Asociación Chile – Francés de profesionales- ACFI, (2007: 2-5) señala, que se caracteriza a la cobertura por los beneficios que presta la Entidad a sus afiliados ya sea en materia económico (Sepelio - Luto), prestacional (Ambulatorio – Hospitalización) y afiliado (Conyugue – Hijos). Este tipo de cobertura es aplicable en las Empresas Prestadoras de Servicios (EPS) a nivel mundial.

Según Cantun, Arturo (2000: 45) define:

"La cobertura es también vista de forma nominal de las instituciones de seguridad social, ya que la manera usual de estimar la cobertura de los servicios personales de salud, consiste en sumar la población derechohabiente de cada una de las instituciones de seguridad social y a este subtotal añadirle la población que las instituciones de asistencia y solidaridad social declaran atender".

Según Alesso, Fernando (2005: 38-42) señala en un sentido lato, "la cobertura médico-asistencial es un compromiso de prestación de servicios de esa naturaleza, ante su requerimiento conforme a condiciones convenidas".

Según De Michele, Enrique (1997: 22) conceptualiza la Cobertura "(...) como la acción y el efecto de cubrir atención médica".

### **Medición de la cobertura asistencial en salud:**

La cobertura asistencial se mide aplicando la formula siguiente:

$$\%C(S, E) = \frac{\text{Consultantes}(s, e)}{\text{Total Población}} \times 100$$

Dato:

C = Cobertura

E = Establecimiento

S = Servicio

## **2. Accesibilidad**

Según Varo, Jaime (1995: 14-78)

“(...) es la facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, los cuidados médicos, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales. Corresponde a la aplicación de tipos tales como: Económica, Geográfica, Cultural y Organizativa”.

En lo Cultural: Posibilidad de uso de un servicio, derivado por actitudes originadas en creencias o rasgos educacionales.

En lo Económico: Posibilidad de uso de un servicio, derivada de la capacidad adquisitiva de la población frente a tarifas y precios de servicios y medicamentos.

En lo Geográfico: Posibilidad de uso de un servicio de acuerdo a su ubicación física, cercana al demandante.

En lo Organizativo: Posibilidades de uso de un servicio, derivadas de disposiciones de índole operativa como el horario de atención, localización de especialistas, operatividad de equipos, etc.

## **Medición de la Accesibilidad**

Medición del número de establecimientos de salud que ejecutan un programa entre el número total de establecimientos existentes x 100.

## **3. Eficacia de la producción en salud**

Según Martínez C., Juan (2001: 128)

“(...) la eficacia de la producción en salud como el ratio resultado/coste es muy alto en comparación con los dos últimos. Respecto a la elección entre provisión pública y provisión privada con financiación pública se debe financiar al proveedor de salud que proporcione más al menor precio. Pero permanece cierta ambigüedad al intentar definir qué es "más salud".

Señala también que es muy difícil medir la eficacia del gasto sanitario porque es muy difícil valorar el producto obtenido. Se considera generalmente que el proveedor privado tiene más capacidad de control del gasto, pero también se cree (con poca certeza) que el servicio público tiende a ofrecer más equidad en la salud y salud para más personas, mientras que el proveedor privado tiende a ofrecer más calidad de salud a menos personas.

Según Lamata C., Fernando et al (1998: 53)

“Es el grado de cumplimiento u obtención de los objetivos planteados por cualquier sistema u organización, pero haciendo referencia al impacto o efecto de una acción llevado a cabo en condiciones optima o experimentales. En término teóricos puede formularse como la relación por cociente entre los productos o los resultados obtenidos (en las mejores condiciones posibles) y los objetivos pretendidos. Pero de forma más concreta y de forma en el sector salud, hace referencia al impacto o efecto de una acción sanitaria (atenciones médicas) de la calidad del bien producido o servicio prestado o sobre el nivel de salud o bienestar de la población, siempre que dichas condiciones sean llevadas en condiciones optimas”.

En definitiva, se refiere a la probabilidad de que un individuo o un colectivo obtengan la utilidad esperada o que se beneficie de la aplicación de un procedimiento o técnica sanitaria realizada en las mejores condiciones ideales de actuación.

### **Medición de la eficacia de la producción en salud:**

Finlay, Carlos (2000: 50-56) señala:

Es la relación objetivos/resultados bajo condiciones ideales:

$$\%E = \frac{\text{Objetivos}(t)}{\text{Resultados}(t)} \times 100$$

#### **Datos:**

E = Eficiencia

T = En un determinado tiempo

Estos resultados son los que se obtienen bajo condiciones que pueden considerarse ideales. El concepto de eficacia abordado con este tipo de enfoque económico quiere decir que el propósito a que se aspira puede lograrse bajo las condiciones que favorezcan al máximo su consecución. Dicho de otra manera, cuando se crean condiciones de máximo acondicionamiento para alcanzar un fin y éste se logra, los recursos puestos en función de ese fin fueron eficaces. La eficacia es un punto de referencia para lograr algo que se ha demostrado que es posible.

### **4. Eficiencia**

Según Salazar B., Oscar (2008) define:

La eficiencia "es la que califica la relación entre el logro de un objetivo y el recurso utilizado. Se mide con factores como el costo, utilización, productividad, rendimiento y beneficio".

Según Varo, Jaime (1995: 14-78) conceptualiza a la eficiencia "(...) como la relación entre el impacto real de un servicio y su coste de producción". También lo conceptúa como "la prestación del máximo de servicios de calidad por unidad de recursos disponibles o la prestación del máximo de unidades comparables de cuidados sanitarios por unidad de recursos"

#### **Medición de la eficiencia:**

Respecto a la medición de la eficiencia existen varios autores que sustentan la metodología de medición de la eficiencia, así como la experiencia particular como Jefe de la Oficina de Planificación en ESSALUD, aplicaba la relación entre las metas programadas en un periodo determinado entre las metas ejecutadas del mismo periodo, si el resultado es menor a 1, el grado de eficiencia muestra el incumplimiento de lo programado, a ello se le otorga un peso del más menos el 5% como rango permisible, si a pesar de ello, no alcanza su eficiencia el objetivo no se ha cumplido satisfactoriamente (Torres H., Roberto, 2005).

Es decir, califica la relación entre el logro de las metas de salud programadas comparativas con la ejecución realizada en un determinado periodo de comparación, entiéndase como metas de producción al número de atenciones médicas realizadas en un determinado tiempo.

Según Chiavenato, Idalberto (2004: 52) define, eficiencia "significa utilización correcta de los recursos (medios de producción) disponibles. Puede definirse mediante la ecuación  $E=P/R$ , donde P son los productos resultantes y R los recursos utilizados".

#### **5. Oferta de servicios ò capacidad instalada**

Según Fisher, Laura y Espejo, Jorge (2008: 31-42) define:

"(...) son las cantidades de un producto que los productores están dispuestos a producir a los posibles precios del mercado". Complementando ésta definición, ambos autores indican que la ley de la oferta "son las cantidades de una mercancía que los

productores están dispuestos a poner en el mercado, las cuales, tienden a variar en relación directa con el movimiento del precio, esto es, si el precio baja, la oferta baja, y ésta aumenta si el precio aumenta"

La American Marketing Association - AMA (2007: 13-14) define la oferta (desde la perspectiva del negocio) como *"el número de unidades de un producto que será puesto en el mercado durante un periodo de tiempo"*.

Es la capacidad de producir actividades. Se mide a través de Indicadores de Cantidad (producción, productividad, rendimiento) y de Calidad (capacidad de respuesta, calidad humana, cortesía, etc.).

En un sentido general, la "oferta" es una fuerza del mercado (la otra es la "demanda") que representa la cantidad de bienes o servicios que individuos, empresas u organizaciones quieren y pueden vender en el mercado a un precio determinado.

Según CULTURA S.A. (1999: 25-28) define la oferta como *"La cantidad de bienes y/o servicios que los productores están dispuestos a vender en el mercado a un precio determinado. También se designa con este término a la propuesta de venta de bienes o servicios que, de forma verbal o por escrito, indica de forma detallada las condiciones de la venta"*

Kotler, Armstrong, Cámara y Cruz (2007: 10)

"Combinación de productos, servicios, información o experiencias que se ofrece en un mercado para satisfacer una necesidad o deseo". Complementando ésta definición, los autores consideran que las ofertas de marketing no se limitan a productos físicos, sino que incluyen: servicios, actividades o beneficios; es decir, que incluyen otras entidades tales como: personas, lugares, organizaciones, información e ideas".

Según Andrade, Simón (2007: 55-61) define la oferta como "el conjunto de propuestas de precios que se hacen en el mercado para la venta de bienes o



servicios". Complementando ésta definición, Andrade agrega que en el lenguaje de comercio, "Se emplea la expresión estar en oferta para indicar que por un cierto tiempo una serie de productos tiene un precio más bajo del normal, para así estimular su demanda"

Según Mankiw, Gregory (1998) define la oferta o llamada cantidad ofrecida como, "la cantidad de un bien que los vendedores quieren y pueden vender".

En síntesis, la siguiente es una definición de oferta que se puede extraer de todos estos aportes o propuestas. *"La oferta es la cantidad de productos y/o servicios que los vendedores quieren y pueden vender en el mercado a un precio y en un periodo de tiempo determinado para satisfacer necesidades o deseos"*.

#### **Características que conforman la oferta:**

- ✓ La existencia de vendedores: Se refiere a la existencia de individuos, empresas u organizaciones que tienen un producto o servicio a la venta.
- ✓ La cantidad de un producto: Es el número de unidades de un producto y/o servicio que los vendedores están dispuestos a vender a un precio determinado.
- ✓ La disposición para vender: Se refiere a aquello que los vendedores "quieren" vender a un determinado precio y en un determinado periodo de tiempo.
- ✓ La capacidad de vender: Se refiere a la cantidad de productos y/o servicios que los vendedores "pueden" proveer al mercado, a un precio determinado y en un periodo de tiempo determinado.
- ✓ El puesto en el mercado: Se refiere a un determinado lugar, que puede ser físico (como un supermercado) o virtual (como una tienda virtual en internet), en el que se pondrá a la venta los productos o servicios.
- ✓ El precio determinado: Es la expresión de valor expresado, por lo general, en términos monetarios que tienen los bienes y servicios que los vendedores ponen a la venta.

- ✓ El periodo de tiempo: Se refiere a un ciclo establecido (años, meses, semanas o días) en el que el producto o servicio estará disponible para la venta, a un precio determinado.
- ✓ Las necesidades y deseos: La necesidad humana es el estado en el que se siente la privación de algunos factores básicos (alimento, vestido, abrigo, seguridad, sentido de pertenencia, estimación). En cambio, los deseos consisten en anhelar los satisfactores específicos para éstas necesidades profundas (por ejemplo, una hamburguesa Mc Donalds para satisfacer la necesidad de alimento).

### **Medición de la oferta de servicios**

La oferta se mide por los siguientes esquemas de salud:

- ✓ Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud;
- ✓ Vigilancia de salud pública, investigación y control de los riesgos y daños a la salud pública;
- ✓ Promoción de la salud;
- ✓ Participación social en la salud;
- ✓ Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión de la salud pública;
- ✓ Fortalecimiento de la capacidad institucional en la reglamentación y su cumplimiento en materia de salud pública;
- ✓ Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios;
- ✓ Desarrollo y capacitación de recursos humanos en salud pública;
- ✓ Garantía de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva;
- ✓ Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública;
- ✓ Reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud.

## **6. Oferta flexible**

Según Flores P., Pedro (1999: 2-3) define:

“(…) es la que se brinda en los centros asistenciales de los establecimientos a través de programas de especialidades y fuera de los hospitales a través de los Policlínicos Itinerantes, Hospitales de Campaña, Programa de Atención Domiciliaria - PADOMI, Servicios Contratados y Aló EsSalud”.

En ese sentido, la oferta flexible está constituida por los servicios que se brindan, mediante desplazamiento de los recursos humanos y tecnológicos al lugar donde se encuentra la población objetivo a atender, como parte de la extensión de la oferta fija con adecuación cultural según la realidad local

Se caracterizan por ampliar la cobertura asistencial y mejorar la accesibilidad de los pacientes con programas preventivos promocionales, ampliando el servicio para disminuir las incidencia de enfermedad de Infecciones respiratorias agudas - IRA y enfermedades respiratorias agudas - ERA en las atenciones de capa simple.

### **Medición de la oferta flexible**

Se mide por la cantidad de intervenciones más el número de pacientes que tuvieron accesibilidad a los servicios de programas prestacionales entre el total de población asegurada del distrito.

#### **2.2.3. Segunda Variable**

##### **1. Satisfacción de los usuarios**

Zas R., Bárbara (2002: 9-12) conceptualiza a la satisfacción de los usuarios como “el grado de atención que desea encontrar el cliente a la solución integral de su problema de salud en el momento y oportunidad”.

Oliver, R citado por Zeithaml et al (2002: 94) señala que satisfacción es la respuesta de la sociedad del cliente. Es un juicio acerca de un rasgo del producto o servicio, o un producto o servicio en sí mismo, que proporciona un nivel placentero de recompensa que se relaciona con el consumo.

Según Varo, Jaime (1995: 14-78) define:

“(...) la satisfacción es el grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la asistencia sanitaria”.

Ilzarbe I., Laura (2007: 35-65) señala, la satisfacción o insatisfacción de un cliente surge a partir de su experiencia con el producto y el servicio que le ofrecemos. No todos los factores contribuyen de la misma manera a generar esta satisfacción.

Massip P., Coralia et al (2008) define:

“(...) el concepto de satisfacción en salud debemos enmarcarlo según Vanormalingen (1996) en cinco elementos fundamentales: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, impacto final que tiene en la salud. Se habla de calidad en la atención médica o calidad asistencial cuando se realizan diferentes actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos con profesionales sumamente buenos y teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la satisfacción del usuario con la atención recibida”.

### **Medición de la satisfacción de los usuarios:**

En primer lugar debe quedar *claro* que el objetivo que se persigue al realizar el estudio de satisfacción del cliente es establecer un plan de mejoras para aumentar esta satisfacción. El procedimiento que se sigue es el siguiente:

✓ **Análisis cualitativo:**

Antes de comenzar con la medición de la satisfacción de nuestros clientes, debemos entender cómo surge esta satisfacción, es decir, conocer cuáles son las características que contribuyen a generar esta satisfacción. Para ello se forman grupos de trabajo de a seis a ocho clientes y por medio de un brainstorming se consigue obtener un listado de todas las características que el cliente valora como importantes para generar su satisfacción.

Si nuestros clientes son competidores entre ellos es difícil conseguir que se sienten juntos en torno a una misma mesa. En estos casos, en lugar de realizar grupos focales se recurre a una entrevista individual.

✓ **Diseño del cuestionario:**

A partir de las características que el cliente ha detectado y añadiendo otras características que la empresa considera importantes se diseña un cuestionario en el que hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- **La satisfacción global.** Es importante preguntar al cliente cómo se siente de satisfecho de manera global con nuestra empresa. Esta pregunta, contrariamente a lo que piensan muchas personas, se debe incluir al principio del cuestionario. La explicación es la siguiente: si ponemos esta pregunta al final, el cliente va analizando todos los aspectos que le hemos preguntado y finalmente nos dará un valor medio de todo lo que le hemos preguntado. A nosotros lo que nos interesa es su primera impresión sobre nuestra empresa.

- **Claridad en las preguntas.** Las preguntas deben ser claras, concisas y precisas. No se deben preguntar dos aspectos en una misma pregunta. Por ejemplo, si preguntamos: “¿Cómo está usted de satisfecho con el tiempo que tardamos en servirle la pizza y la simpatía del vendedor?”, el cliente no sabrá a qué responder.

- **Escala para las respuestas.** No existe una regla fija que diga qué tipo de escala es mejor. En las escalas que ofrecen cuatro respuestas (muy mal, mal, bien, muy bien) el encuestado se ve obligado a posicionarse en la respuesta. En las de cinco respuestas donde se añade la posibilidad "regular", el cliente no tiene la obligación de posicionarse en el lado bueno o malo de la respuesta. Si se posiciona lo hará porque está convencido y no porque le hemos obligado con la escala. La empresa debe seleccionar el tipo de escala que más le conviene para su estudio.

- **Claridad en las respuestas.** Evitar respuestas del tipo muchas veces, con frecuencia, etc. Es mejor poner como posibles respuestas una vez al mes, dos veces al mes, entre tres y cinco veces, etc.

- **Preguntas abiertas.** Es recomendable que el cuestionario contenga preguntas en las que el cliente pueda expresar su opinión.

#### ✓ **Prueba piloto**

Esta es una fase que muchas empresas creen que no es necesaria porque piensan que su cuestionario ya es válido, pero no es así. Antes de llevar a cabo la recogida de datos es imprescindible realizar una prueba piloto con unos diez o doce clientes para descubrir si nuestro cuestionario se entiende de forma precisa o si existen ambigüedades en las preguntas.

#### ✓ **Recogida de datos**

Una vez que el cuestionario se ha dado por válido, se pasa a la recogida de datos y su posterior análisis. Se debe determinar: el número de clientes a los que se va a encuestar, el medio que se va a emplear para realizar la encuesta, el período en el que se va a realizar la recogida de datos y la forma en la que se van a presentar los resultados. Existen diferentes maneras de realizar la encuesta: teléfono, visita personal, carta, email, internet, etc. En los entornos B2B, si el presupuesto de la empresa y la geografía de nuestros clientes lo permiten, se recomienda hacer la encuesta por medio de la visita personal.

Sea cual sea el medio elegido para recoger los datos, es muy importante tener en cuenta, que antes de que el cliente reciba el cuestionario, se le debe haber informado muy bien de los objetivos que se persiguen con este estudio: la mejora del producto y el servicio que le ofrece nuestra empresa.

✓ **Carta de agradecimiento:**

Al cabo de unos días de haber visitado al cliente, es recomendable enviarle una carta para agradecerle el tiempo que nos haya dedicado y resaltar lo importante que es su opinión para poder mejorar nuestros productos y servicios. Esta carta además tiene una consecuencia adicional: el cliente se siente cuidado por nosotros y esto contribuye a aumentar su fidelización.

✓ **Variables para medir la satisfacción:**

Según Andia R., Caria Mabel et al (2001: 25-48) indica que las variables para medir la satisfacción son:

1. Relaciones interpersonales.
2. Información al paciente.
3. Competencia técnica.
4. Área administrativa.
5. Área de hostelería
6. Satisfacción en general
7. Percepción de la calidad de atención.
8. Nivel de aceptación

## **2. Rendimiento hora médico**

Ministerio de Salud (2001: 37-47) define al rendimiento hora medico como, "es la relación entre el numero de atenciones medicas en consulta externa y el número

de horas efectivas”. El resultado permite conocer si los médicos han atendido efectivamente el número de pacientes a efecto de mediar la satisfacción en las prestaciones de salud.

### **Medición del rendimiento hora médico:**

Para efecto de la medición, la Organización Mundial de la Salud es la responsable de definir las metodologías y los estándares internacionales en materia de salud, señalando que el rendimiento hora médico, mide el número de atenciones que realiza el médico por cada hora efectiva de trabajo en consultorio externo. También para conocer el rendimiento del grupo de médicos de un servicio o especialidad, o el promedio de rendimiento del conjunto de médicos que realizan consulta médica.

$$\text{RHM (s,e)} = \frac{\text{Nº de consultas médicas}}{\text{Total de horas medicas efectivas}}$$

### **ESTANDAR:**

Para Hospital Nivel II-1, Hospital II-2 y Hospital III-1: 5.0 Instituto: 4.0

Periodo de medición: Mensual

### **Datos requeridos.-**

Horas Médico Efectivas.- se refieren al tiempo que realmente se utiliza en la atención de pacientes en consulta médica, el cual no necesariamente es igual al número de horas de su labor diaria de los profesionales, ya que muchos dedican parte de su tiempo en otras actividades distintas a la consulta médica.

En la práctica, se registra el tiempo que transcurre entre el comienzo y el termino que transcurre entre el comienzo y el termino de la atención de un grupo de pacientes asignados a la consulta médica, por cada médico tratante, es decir, por turnos de atención.

### **3. Concentración de la consulta externa**

Ministerio de Salud (2001: 37-47) define a la concentración de la consulta externa, *“es la relación entre el numero de atenciones en un periodo de tiempo con el*



*numero de atendido, sumando a pacientes atendidos (nuevos y reingresantes) en el mismo periodo de tiempo”.*

#### **Medición de la concentración de la consulta externa:**

Para efecto de medir la concentración señala; Sirve para establecer el promedio de consultas que se han otorgado a cada paciente que acudió al hospital durante un período de tiempo, siendo su cálculo establecido por la OMS:

$$\%C. cx(s, e) = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de atenciones en un periodo (a partir de enero)}}{\text{N}^{\circ} \text{ de atendidos nuevos y reingresantes en el establecimiento en el mismo periodo}}$$

ESTANDAR: Definido por la OMS es 4 al año.

Periodo de medición: Anual.

#### **Datos requeridos.-**

Numero de atenciones en un periodo (generalmente a partir de enero) de tiempo.

Numero de atendidos (nuevos y reingresos) en el mismo periodo.

#### **4. Promedio de tiempo de espera**

Ministerio de Salud (2001: 37- 47) define “como el resultado obtenido respecto al tiempo de espera en minutos de un asegurado para ser atendido efectivamente en una consulta externa de un establecimiento de EsSalud”. El estándar establecido por la OMS.

$$Pte = \frac{\text{Total tiempo en minutos de espera en admisión hasta la atención medica}}{\text{Total de pacientes atendido por cita}}$$

ESTANDAR: Definido por la OMS. 30 Minutos.

Periodo de medición: Mensual.

## **2.2.4. Teoría que sustenta la vinculación entre variables**

### **1. Servucción**

Eiglier, Pierre et al (2006: 20-78), sostienen que no existe en español una palabra que permita designar el proceso creativo de un servicio, por lo que los autores han optado por el neologismo Servucción.

El gran aporte de este enfoque es poner el énfasis en la calidad de los servicios como resultante del sistema de Servucción, característica diferencial cada vez más importante para la supervivencia de las empresas.

El concepto de Servucción está relacionado con una visión particular de la gestión de las empresas u organismos prestadores de servicio, que se fundamenta en la aplicación de un modelo gerencial que equipara la “producción” como fabricación del producto, con la “Servucción” como la fabricación del servicio. En este modelo se involucra todo un sistema que muestra un servicio como la parte visible de la organización, en que un estilo de gerencia basado en un conjunto de procesos, procedimientos y actividades, orienta las acciones para la fabricación, distribución y consumo de un determinado servicio. En el presente estudio se intenta dar respuesta a un conjunto de interrogantes que surgen cuando se deslinda el entramado conceptual entre producción y Servucción. Para tal efecto, se utiliza esquema de investigación explicativa de argumentación bibliográfica y sustentación “racional-idealista”, que presenta argumentos para considerar la Servucción como modelo a partir del cual se establecen los indicadores de calidad de la gerencia de servicios.

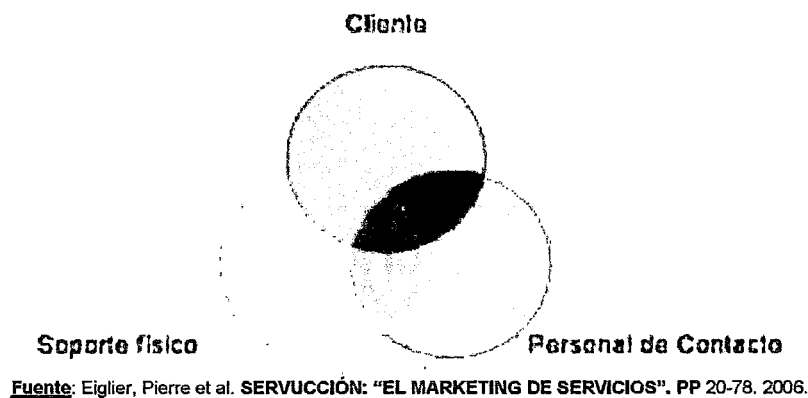
De una manera sencilla puede definirse la Servucción *“como el proceso de elaboración de un servicio, es decir, toda la organización de los elementos físicos y humanos en la relación cliente-empresa, necesaria para la realización de la prestación de un servicio y cuyas características han sido determinadas desde la idea concebida, hasta la obtención del resultado como tal (el servicio)”*.

El término **Servucción** para los servicios, vendría a ser lo mismo que el de producción a los productos. Es decir es el proceso por el cual se genera un servicio. Lo primero que hay que diferenciar entre estos procesos, es que la producción de un bien siempre se genera en una instancia anterior al consumo del mismo. Se fabrica un auto, un televisor o cualquier otro bien, y luego se lo consume. En los servicios, la generación del servicio (la **Servucción** del mismo) se produce en el mismo momento en que se es consumido, es decir durante el consumo. Por ejemplo: Un corte de cabello se realiza a partir que uno ingresa a la peluquería.

Otro concepto que diferencia mucho la generación de un servicio respecto de la generación de un producto es que el cliente participa del proceso de elaboración del servicio. Cuando vamos a un restaurant, elegimos nuestra mesa, seleccionamos el vino, etc. Es decir que el cliente es a la vez consumidor y productor del servicio. Lo hace interactuando con la parte visible del prestador de servicio.

Esta parte visible está compuesta por dos elementos: El Soporte físico (todos los recursos materiales. P ej: en un restaurant, desde la fachada del lugar, hasta las sillas, la vajilla y la vestimenta de los camareros) y el Personal de contacto (Los recursos humanos. P.ej: amabilidad en el trato, una sonrisa, ser competente, etc.). El siguiente diagrama de Venn nos sirve para modelizar de alguna forma a los elementos y sus influencias mutuas, (Gráfico N° 2.2).

Gráfico N° 2.2  
Elementos generados de servucción



**Fuente:** Eiglier, Pierre et al. **SERVUCCION:** "EL MARKETING DE SERVICIOS". PP 20-78. 2006.

Estos tres elementos (Cliente, Soporte físico y Personal de contacto) interactúan entre sí generando el servicio. La idea de este concepto es que analizando todas las posibles interacciones que se producen entre estos elementos se pueden optimizar los procesos para lograr mejorar la experiencia del cliente y en consecuencia la satisfacción de sus necesidades. En este punto discrepo en algo con la visión sistémica y con que todo puede reducirse a un modelo de Servucción, ya que hay uno de los elementos (el cliente) al que no controlamos, con lo cual cada cliente establecerá distintas relaciones con el soporte físico y el personal de contacto, motivo por el cual lo que siempre sugiero es que no todo quede atado a una serie de reglas y procedimientos a cumplir, sino que se capacite a la gente, al personal de contacto y se le den los grados de libertad necesarios para tomar medidas correctivas en función de los requerimientos especiales de cada cliente.

Es importante recordar aquí que el cliente-comprador de un servicio, participa de manera activa en la producción del mismo, sin él el mercado en su totalidad no existiría.

¿Cuántos de nosotros no nos hemos sentido en el cielo al ser atendidos como reyes en un hotel? y ¿cuántos de nosotros nos hemos ido de un establecimiento muertos de la ira al no ser atendidos?. Por tal razón, la total satisfacción de las necesidades del cliente es el primer elemento y característica del sistema de Servucción, este debe sentirse estimulado y motivado para solicitar el servicio que se vaya a prestar.

Seguidamente se encuentra el tener un soporte físico apto para la prestación del servicio. Cuántas veces nos hemos abstenido de entrar a un lugar por el mal aspecto de la fachada? o cuántas veces no hemos entrado a un restaurante porque su iluminación y su aseo son pésimos?. Es importante, por lo tanto, como segundo punto, un soporte material excelente para la prestación de un buen servicio.

Sus características están basadas en sus elementos de aplicación son:

- ✓ El cliente. El consumidor está implicado en la fabricación del servicio. Es un elemento primordial y su presencia es indispensable.
- ✓ El soporte físico. Se trata del soporte material necesario para la producción del servicio. Contempla dos categorías: los instrumentos necesarios para el servicio (muebles, maquinarias) y el entorno material en el que se desarrolla el servicio (locación, edificio, decorado).
- ✓ El personal de contacto. Son las personas empleadas por la empresa que están en contacto directo con los clientes.
- ✓ El servicio. Es el resultado de la interacción de los tres elementos de base que son el cliente, el soporte físico y el personal de contacto. Este resultado constituye un beneficio que debe satisfacer la necesidad del cliente.

### **Medición de la Servucción:**

Según Eiglier, Pierre los elementos que permiten medir la Servucción es la Satisfacción mediante el análisis de:

- Soporte
- Personal
- Servicio Interno
- Competidores
- Diseño
- Innovación

Estas formas de medir la satisfacción del cliente como indicador de la calidad del servicio, deben llevarse a la práctica contando con instrumentos adecuados de medición de la percepción del cliente. Entre ellos es útil la estadística para determinar, entre otros aspectos, el porcentaje de quejas por retrasos en las entregas; el tiempo promedio en atender una llamada; registrar el nivel de ocurrencia de efectos no deseados como las devoluciones; calificar tendencias en actitudes que aventajan o limitan la prestación del servicio, por ejemplo,

indiferencia o amabilidad; reconocer valoraciones de otras conductas observables que favorezcan o desfavorezcan la fabricación del servicio, tales como la honestidad o el engaño. Igualmente, la estadística con sus elementos de medición y registro, es útil para establecer proyecciones en relación, entre otros aspectos, a los tiempos de espera; grado de satisfacción del cliente —satisfacción e insatisfacción—; costo del incumplimiento de estándares de calidad; costos por clientes que se ganan o se pierde; costos por las quejas o forma de canalizar los reclamos (toda queja o sugerencia que afecte al diez por ciento de los clientes debe ser atendida con prioridad); asimismo, la proyección del costo por las fallas, por ejemplo, la cuantificación de errores en la fabricación y prestación del servicio.

## **2. Aporte a la teoría cobertura asistencial y satisfacción en la atención de servicios de salud.**

La experiencia del autor en gestión de salud y diversas investigaciones recogidas en el presente capítulo, así como también de gerentes centrales de EsSalud, nos permite proponer un avance conceptual entre la cobertura y la 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 como 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 los documentos recogidos de EsSalud ayuda a proponer en materia de gestión administrativa de servicios de salud a ver cifras de resultado de baja cobertura que trasciende en el grado de satisfacción, por la disminución de accesibilidad a los establecimientos, menor índice de consultorios físicos y bajo nivel rendimiento hora médico. Nuestro propósito es proponer 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, mayor índice de satisfacción de los asegurados en EsSalud, ya sea para mejorar accesibilidad,

adecuada gestión médica ó mayor capacidad de oferta de servicios para la atención médica oportuna.

## 2.2.5. Organización donde se efectúa el estudio

### EsSalud

Para nuestra investigación de cobertura y satisfacción en EsSalud, se ha tomado como materia de análisis y que servirá para validar nuestro proyecto, los informes presentados a la comisión de salud del Congreso de la República, por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OIT, 2006). Así como también las consultas efectuadas en la página Web de EsSalud, respecto al Informe Ejecutivo de EsSalud ante la Comisión de Seguridad Social del Congreso de la República del Perú (2003), visitado el 21 de Noviembre de 2008 y las visitas personales en Marzo y Octubre de 2009, se recoge lo siguiente:

Tabla N° 2.1  
Población asegurada por redes asistenciales, 2008

N°	NOMBRE RED	POBLACION
1	RED ASISTENCIAL REBAGLIATI	1,353,866
2	RED ASISTENCIAL SABOGAL	1,152,590
3	RED ASISTENCIAL ALMENARA	1,092,810
4	RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD	437,137
5	RED ASISTENCIAL AREQUIPA	430,274
6	RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE	393,548
7	RED ASISTENCIAL PIURA	383,066
8	RED ASISTENCIAL ICA	321,967
9	RED ASISTENCIAL JUNÍN	263,639
10	RED ASISTENCIAL ANCASH	247,714
11	RED ASISTENCIAL CUSCO	211,585
12	RESTO DE REDES ASISTENCIALES	1,345,027
<b>TOTAL</b>		<b>7,633,223</b>

**Fuente:** EsSalud. Boletín anual 2008. [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe) (Intranet)  
Visitado: 28.10.2009.

EsSalud, es una institución importante por diversos motivos. Primero, por ser una de las entidades que mayores ingresos administran; segundo, por ser uno de los principales empleadores del país; tercero, por la cobertura de 7'633,223 asegurados (Tabla N° 2.1); cuarto, por ser uno de los principales compradores de la economía; y quinto, por ser un importante propietario de bienes inmuebles.

En cuanto a sus ingresos, para el año 2008, EsSalud obtuvo ingresos por S/. 4,937 millones (US\$ 1,656 millones), tal como se muestra (Tabla N° 2.2) lo que representa comparativamente un monto superior incluso al gastado por todo el sector del Ministerio de Salud durante el año 2007. Asimismo, los recursos de EsSalud son, por ejemplo, cerca de nueve veces el monto que administra el Sector Justicia (S/. 542 millones).

Tabla N° 2.2  
Ingresos de EsSalud por concepto, 2008

CONCEPTOS	EJECUCION 2007	EJECUCION 2008	VARIACION ANUAL	
			EN S/.	EN %
<b>1.1. APORTACIONES Y VENTA DE SERVICIOS</b>	<b>4,200,962,101</b>	<b>4,879,203,448</b>	<b>678,241,347</b>	<b>16.14</b>
1.1.1. APORTACIONES	4,189,082,403	4,866,627,803	677,545,500	16.17
1.1.2. Fondo Agrario	47,476,710	59,311,949	11,835,239	24.93
1.1.3. VENTA A NO ASEGURADOS	11,879,698	12,575,545	695,847	5.86
<b>1.2. INGRESOS FINANCIEROS</b>	<b>93,131,233</b>	<b>113,988,980</b>	<b>20,857,747</b>	<b>22.40</b>
1.2.1. Intereses por Ahorros	2,087,068	1,189,815	(897,253)	-42.99
1.2.2. Intereses por Colocaciones	91,044,165	112,799,165	21,755,000	23.89
<b>1.5. INGRESOS EXTRAORDINARIOS</b>	<b>327,047,458</b>	<b>73,281,354</b>	<b>(253,766,104)</b>	<b>-77.59</b>
1.6. Otros	39,785,697	43,886,181	4,100,484	10.31
<b>TOTAL</b>	<b>4,660,926,489</b>	<b>5,110,359,963</b>	<b>449,433,474</b>	<b>9.64</b>

Fuente: EsSalud – Gerencia Central de Finanzas. Boletín anual 2008  
www.essalud.gob.pe (Intranet). Visitado: 28.10.2009.

En su calidad de empleador, EsSalud es responsable de un total de 39,207 trabajadores (Tabla N° 2.3) de los cuales el personal médico asciende a 7,092 trabajadores (18%) y la plana administrativa de 7,166 (18%), que incluye 2,251 servidores en la plana Gerencial de Alta Dirección. Este volumen de trabajadores le representó un gasto de S/. 2,142 millones para el 2008, equivalente al 36% de su presupuesto total para el mismo año.



Tabla N° 2.3  
Recursos humanos por grupo ocupacional de EsSalud, 2008

DESCRIPCION DE CARGOS	REGIMEN		Total General	%P
	276	728		
Funcionarios	974	1,277	2,251	6%
Médicos	1,971	5,885	7,856	20%
Profesionales Asistenciales	5,464	10,198	15,662	40%
Profesionales Administrativos	459	890	1,349	3%
Técnicos	4,408	5,828	10,236	26%
Auxiliares	1,062	791	1,853	5%
<b>TOTAL</b>	<b>14,338</b>	<b>24,869</b>	<b>39,207</b>	<b>100%</b>

Fuente: EsSalud. Gerencia Central de Recursos Humanos Boletín anual 2008.  
www.essalud.gob.pe (Intranet). Visitado: 28.10.2009.

Si se compara con alguna de las empresas privadas más grandes del país, por ejemplo, tenemos que el grupo Telefónica del Perú cuenta con cerca de 15,000 trabajadores (datos al año 2008); el Banco de Crédito más de 7,600 y el grupo Backus tiene más de 1,200 trabajadores al año 2008, EsSalud destaca como uno de los principales empleadores del país.

Tabla N° 2.4  
Gastos ejecutados en EsSalud, 2007 - 2008

CONCEPTOS	EJECUCION 2007	EJECUCION 2008	VARIACION ANUAL	
			EN S/.	EN %
2.1. Gastos de Personal	1,964,280,009	2,141,623,080	177,343,071	9.03
2.2. Compra de Bienes	717,538,979	842,437,523	124,898,544	17.41
2.3. Servicios Prestados por Terceros	561,313,632	725,117,078	163,803,446	29.18
2.4. Prestaciones económica:Subsidios	313,190,717	306,187,459	(7,003,258)	-2.24
2.5. Pensiones D. L. 20530	432,866,124	436,497,591	3,631,467	0.84
2.6. Transferencia a CNP (Pens. D.L.18846)	128,373,855	137,201,732	8,827,877	6.88
3. GASTO DE CAPITAL	298,286,801	588,518,863	290,232,062	97.29

Fuente: EsSalud. Gerencia Central Finanzas. Boletín anual 2008.  
www.essalud.gob.pe (Intranet). Visitado: 28.10.2009.

Además, para cumplir su labor, EsSalud destina más de S/. 842 millones anuales a la compra de bienes (medicinas, insumos médicos y otros), lo que también la convierte en el principal comprador de medicinas e insumos médicos en el país, (Tabla N° 2.4). De contar con adecuados procesos de adquisiciones de medicamentos y productos farmacéuticos transparentes y eficientes, EsSalud podría lograr ahorros importantes toda vez que los postores no tendrían que cargar en el precio el costo de los excesos administrativos solicitados por

EsSalud. Por otro lado EsSalud, siendo un importante propietario de bienes inmuebles, destina una porción de dicho gasto al mantenimiento de los mismos.

En cuanto a la cobertura de servicios, EsSalud brinda cobertura en salud (prevención, promoción y recuperación de salud), prestaciones económicas y sociales (lactancia, maternidad, incapacidad temporal y atención al adulto mayor). El número de personas a las cuales atiende EsSalud asciende a más de 7,633 millones, lo cual representa alrededor del 27% de la población nacional (28'220,764 personas año 2007).

La cobertura de servicios es realizada a través de 77 hospitales, 39 policlínicos, 209 centros - postas médicas y 14 centros de atención primaria en todo el país, (Tabla N° 2.5).

Tabla N° 2.5  
Infraestructura asistencial por tipo de establecimiento, 2008

REDES ASISTENCIALES INSTITUTOS Y CENTROS ESPECIALIZADOS	TOTAL	TIPO DE ESTABLECIMIENTO								CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA
		H.N.	IV	III	II	I	POLICLI- NICOS	CENTROS MÉDICOS	POSTAS MÉDICAS	
TOTAL	342	5	3	9	22	38	39	44	165	14
RED ASISTENCIAL REBAGLIATI	17	1	0	0	2	2	8	1	2	1
RED ASISTENCIAL ALMENARA	15	1	0	1	1	2	5	2	1	2
RED ASISTENCIAL SABOGAL	16	0	1	0	1	2	6	0	6	
CENTROS E INST. ESPECIALIZADOS	3									
RESTO DE REDES ASISTENCIALES	291	3	2	8	18	32	20	41	156	11

Fuente: EsSalud. Gerencia Central de Planificación y Desarrollo. Boletín anual 2008.  
www.essalud.gob.pe (Intranet). Visitado: 28.10.2009.

Para mejorar la cobertura asistencial, EsSalud invierte recursos económicos en el mantenimiento y reparación de 31,372 equipos tanto biomédicos como electromecánicos, (Tabla N° 2.6).

Tabla N° 2.6  
Estado de los recursos médicos en EsSalud, 2008

EQUIPAMIENTO	Total	DENTRO DE VIDA UTIL		FUERA DE VIDA UTIL	
<b>TOTAL</b>	<b>31,372</b>	<b>18,713</b>	<b>59.6%</b>	<b>12,659</b>	<b>40.4%</b>
BIOMEDICOS	23,236	13,557	58.3%	9,679	41.7%
ELECTROMECHANICOS	8,136	5,156	63.4%	2,980	36.6%

Fuente: Subgerencia de Mantenimiento – Gerencia de Ingeniería Clínica – OCPD (EsSalud). Boletín anual 2008. www.essalud.gob.pe (Intranet). Visitado: 28.10.2009.

La inversión de equipos y la administración de recursos han permitido a EsSalud realizar 14'314,579 consultas médicas anuales (Tabla N° 2.7), no siendo suficiente para los 7 Milla de población asegurada en el año 2008.

Tabla N° 2.7  
Consultas realizadas en EsSalud por ranking de atención, 2008

Centro Asistencial	Consultas 2008	Ranking %
<b>Red Asistencial Almenara</b>	<b>2,183,803</b>	<b>15%</b>
<b>Red Asistencial Rebagliati</b>	<b>2,446,909</b>	<b>17%</b>
1. Policlínico Próceres	187,714	1%
2. Hospital Angamos	393,119	3%
<b>Red Asistencial Sabogal</b>	<b>1,675,807</b>	<b>12%</b>
1. Policlínico Octavio Mongrut	183,893	1%
Resto de Redes	<b>8,008,060</b>	<b>56%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>14,314,579</b>	<b>100%</b>

Fuente: Sistema Estadístico en Salud (SES) – Subgerencia de Información Gerencial.

www.essalud.gob.pe (Intranet). Visitado: 28.10.2009.

Asimismo, esto también tiene su incidencia en su menor concentración de 3.16 (Tabla N° 2.8), cuando su estándar es 4.0 indicador establecido por la OMS.

Tabla N° 2.8  
Análisis para optimizar la oferta asistencial de la consulta externa, 2008

RED / CAS	CONCENTRACION DE CONSULTAS	RENDIMIENTO HORA MÉDICO	GRADO DE CUMPLIMIENTO DE HORAS PROGRAMADAS	PROMEDIO DE RECETAS POR CONSULTA	PROMEDIO DE ANÁLISIS POR CONSULTA	PROMEDIO DE EXÁMENES RADIOLOGICOS POR CONSULTA
NIVEL I	3.3	4.8	94%	2.2	0.6	0.1
C.M.	3.2	4.9	92%	2.3	0.6	0.0
P.M.	3.4	4.3	93%	2.1	0.2	0.0
POL.	3.3	4.9	96%	2.2	0.7	0.1
POL. PROCERES	3.6	4.9	97%	2.2	-	0.1
NIVEL II y I	3.6	4.8	94%	2.2	1.1	0.1
H.I OCTAVIO MONGRUT	3.9	5.0	97%	2.5	1.3	0.1
H.II SUAREZ-ANGAMOS	4.3	4.5	99%	2.3	1.1	0.0
NIVEL III	4.0	3.8	95%	2.6	2.0	0.1
Total general EsSalud	3.6	4.6	94%	2.2	1.1	0.1
ESTÁNDAR POR LA O.M.S.	4.0	6.0	100%	1.6	1.0 ó 0.7	0.1

Fuente: EsSalud – Boletín 2008. www.essalud.gob.pe (Intranet). Visitado: 28.10.2009.

Es decir, que el paciente al no ser recuperado de su enfermedad sigue rotando en el establecimiento e incrementa la consulta y resta oferta asistencial en otras actividades médicas, (Tabla N° 2.9).

Tabla N° 2.9

Cobertura atención por consulta externa y por establecimiento, 2008

Centro Asistencial	Consultas 2008	%
H.N. EDGARDO REBAGLIATI MARTINS	563,612	4%
H.IV ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	488,002	7%
H.N. GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN	403,253	10%
H.II SUAREZ-ANGAMOS	393,119	13%
POL. PROCERES	187,714	38%
H.I OCTAVIO MONGRUT	183,893	39%
RESTO DE ESTABLECIMIENTOS	12,094,986	84%
<b>TOTAL</b>	<b>14,314,579</b>	<b>100%</b>

Fuente: EsSalud – Boletín 2008. www.essalud.gob.pe (Intranet). Visitado: 28.10.2009..

Este comportamiento se viene reflejando desde hace 33 años aproximadamente, optando además por programas alternos con el Programa de atención ambulatoria descentralizado – PAAD, que alcanzó 498,269 consultas (Tabla N° 2.10), tampoco teniendo resultado de mejora en cobertura asistencial y satisfacción a los asegurados de EsSalud.

Tabla N° 2.10

Demanda atendida programa PAAD, 2008

RED /CAS	PAAD FAMILIAR	PAAD EMPRESARIAL	PAAD ESPECIALIZADO
<b>Red Asistencial Almenara</b>	<b>55,551</b>	<b>38,183</b>	<b>2,779</b>
<b>Red Asistencial Rebagliati</b>	<b>44,662</b>	<b>7,447</b>	<b>8,850</b>
Hospital Angamos	0	2,530	6,452
Policlinico Próceres	7,464	3,689	901
<b>Red Asistencial Sabogal</b>	<b>112,296</b>	<b>13,731</b>	<b>11,420</b>
Policlinico Octavio Mongrut	14,006	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>498,269</b>	<b>63,476</b>	<b>69,954</b>

Fuente: EsSalud – Boletín 2008. www.essalud.gob.pe (Intranet). Visitado: 28.10.2009..

EsSalud, cuenta además con una oferta de capacidad física instalada de 2,011 consultorios físicos, 406 consultorios odontológicos, 6,714 camas hospitalarias, 233 salas de operaciones y 136 consultorios psicológicos, todos estos recursos hacen de EsSalud una imponente empresa del sector salud con fortalezas bien definidas, pero con grandes debilidades en cuanto a su optimización, ya que con estos recursos y una adecuada distribución geográficas de sus asegurados más la adecuada aplicación de la programación médica podrían cubrir el 75% de

su demanda potencial (Tabla N° 2.11) muestra los recursos físicos a nivel nacional de EsSalud.

Tabla N° 2.11  
Recursos físicos asistenciales por establecimiento a nivel de redes, 2008

RED / Centro Asistencial	Médicos	Consultorios		Camas Hospitalarias	Salas Quirúrgicas	Consultorios Odontológicos
		Físicos	Funcionales			
Red Almenara	1,003	263	484	2,131	36	26
Red Rebagliati Martins	1,073	1,073	306	1,568	41	36
Hospital II Angamos	80	80	39	85	5	5
Policlínico Próceres	39	39	19			2
Red Sabogal	441	441	170	529	16	27
Policlínico Octavio Mongrut	61	61	15	48	2	1
<b>RESTO DE ESTABLECIMIENTOS</b>	<b>6,339</b>	<b>3,676</b>	<b>1,052</b>	<b>2,486</b>	<b>130</b>	<b>327</b>
<b>TOTAL</b>	<b>7,856</b>	<b>5,453</b>	<b>2,012</b>	<b>6,714</b>	<b>223</b>	<b>416</b>

Fuente: EsSalud – Boletín 2008. [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe) (Intranet). Visitado: 28.10.2009.

Por todo ello, su buen funcionamiento es un asunto de interés público. Deberían existir mecanismos para que la ciudadanía pueda vigilar que los recursos de EsSalud sean bien empleados y que sus servicios sean prestados de manera eficiente, oportuna y eficaz; en otras palabras, que sirva a sus asegurados y logre la satisfacción demandada.

Por otro lado las conclusiones de la OIT / EsSalud respecto al servicio de Salud que brinda fueron:

- ✓ Baja cobertura en todos los sectores productivos y zonas geográficas
- ✓ Deficiencias en la gestión: nivel central, hospitales y redes.
- ✓ Modelo de salud curativo, inefectivo y costoso.
- ✓ Financiamiento neto del Seguro Regular: 6.35% de la planilla
- ✓ Costos futuros crecientes: cambio demográfico y epidemiológico.
- ✓ Situación financiera actual y futura tensa.

Se pueden revertir las tendencias mediante la combinación de una serie de medidas:

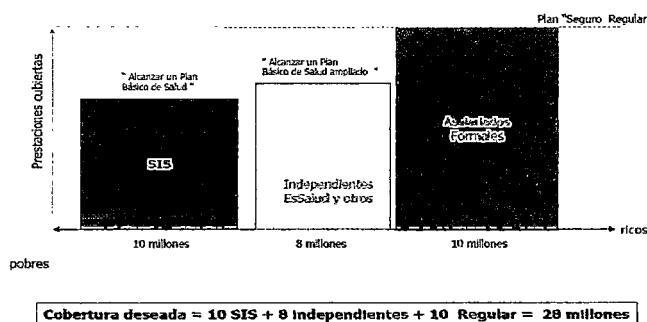
- ✓ Nuevo modelo de gestión desconcentrada / descentralización
- ✓ Nuevo modelo de asignación de recursos: eficiencia y equidad territorial

- ✓ Modernización hospitalaria
- ✓ Fortalecimiento del primer nivel de atención y atención primaria en salud (capa simple).

Del mismo modo, en lo que respecta a cobertura en EsSalud la OIT, señala:

- ✓ El Nivel de cobertura de aseguramiento en salud no corresponde con el nivel de desarrollo del país. La Cobertura de asalariados es la mitad del promedio latinoamericano, mientras que cobertura de informales es un tercio del promedio latinoamericano.
- ✓ La Cobertura de servicios de salud no satisface la demanda protegida, por consiguiente existe exceso de demanda no atendida en EsSalud.
- ✓ La Cobertura basada en el vínculo laboral, bajó fuertemente en la última década: pérdida de control contributivo y aumento de evasión.
- ✓ Existe una evasión importante de pago de aportes a EsSalud en las empresas de la economía formal.
- ✓ En el Perú la proporción de población no asalariada en la fuerza de trabajo es muy alta, lo cual limita la extensión de la cobertura mediante los esquemas basados exclusivamente en el vínculo laboral, (Grafico N° 2.3).

Grafico N° 2.3  
Situación de la Cobertura con Asegurados Universales, 2008



**Fuente:** Gerencia Central de Aseguramiento. EsSalud. [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe) (Intranet).  
Visitado: 17.07.2009.

## **1. Organización de EsSalud**

La Estructura Orgánica de EsSalud (Anexo N° 05), es la siguiente:

### **ÓRGANOS DE DIRECCIÓN**

- Consejo Directivo
- Presidencia Ejecutiva

### **ÓRGANO DE CONTROL**

- Órgano de Control Institucional

### **ÓRGANOS DE APOYO DE LA PRESIDENCIA EJECUTIVA**

- Secretaría General
- Oficina de Defensa Nacional
- Oficina de Relaciones Institucionales
- Defensoría del Asegurado
- Oficina Central de Coordinación y Apoyo al Desarrollo de la Gestión

### **ÓRGANO EJECUTIVO**

- Gerencia General

### **ÓRGANOS DE ASESORAMIENTO DE LA GERENCIA GENERAL**

- Oficina Central de Planificación y Desarrollo
- Oficina Central de Asesoría Jurídica

### **ÓRGANOS DE APOYO DE LA GERENCIA GENERAL**

- Oficina General de Administración
- Oficina Central de Organización e Informática

### **ÓRGANOS DE LINEA**

- Gerencia Central de Seguros
- Gerencia Central de Prestaciones de Salud
- Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales

## **ÓRGANOS DESCONCENTRADO**

- Redes Asistenciales
- Instituto Nacional del Corazón (INCOR)
- Centro de Hemodiálisis
- Gerencia de Oferta Flexible

### **2. Visión**

Ser un servicio centrado en el asegurado que supere sus expectativas y mejore su bienestar.

### **3. Misión**

Somos un Seguro Social de Salud que brinda una atención integral con calidad, calidez y eficiencia para mantener saludables a nuestros asegurados.

### **4. Oferta de servicio**

Los Servicios que va a prestar la clínica, se adecuarán a la medida de las necesidades de los servicios que ofrece EsSalud, en concordancia con los principios de la Seguridad Social:

Los servicios que brinda el Seguro Social de Salud: – EsSalud Comprende las prestaciones de salud, prestaciones económicas y prestaciones sociales.

Los principios de la seguridad social en salud comprenden principalmente lo siguiente:

**Solidaridad, Equidad, Eficiencia, Calidad y Universalidad.**



Los servicios que brinda EsSalud son:

## **1. Prestaciones de salud**

### **Capa simple**

Es el conjunto de diagnósticos de mayor frecuencia y menor complejidad, detallados en el Reglamento de la Ley 26790.

Comprende:

- Atenciones ambulatorias
- Preventivas y recuperativas
- Parto normal
- Cirugía de día
- Otros de menor complejidad resolutive

### **Beneficio de la capa simple**

- Descongestiona a EsSalud y le otorgan condiciones de eficiencia.
- Permite que el régimen de subsidio se focalice en los pobres.
- Permite poner el énfasis en la prevención y promoción de la salud
- Permite que el trabajador ejerza su derecho a la libre elección de la clínica y el médico que lo atenderá.
- Libera al trabajador del "gasto directo de bolsillo".
- Sustituye los "copagos ocultos" e imprevisibles en EsSalud por copagos transparentes y previsibles.
- Reduce el sobrecosto del empleador constituido por el doble aseguramiento.
- Contribuye a la universalización de la cobertura en forma sostenible, con equidad y eficiencia.
- Dinamiza el sector privado de salud.
- Otorga nuevas oportunidades de trabajo a los profesionales de la salud.

El cliente externo y sus Derechohabientes cuentan con prestaciones Preventivas y Promocionales como:

- Educación para la salud

- Evaluación y control de riesgos
- Inmunizaciones

También cuentan con Prestaciones de Recuperación de la Salud, como:

- Atención médica, ambulatoria y hospitalaria
- Medicinas e insumos médicos
- Prótesis y aparatos ortopédicos imprescindibles
- Servicios de rehabilitación
- Prestación de maternidad, desde el cuidado de la madre gestante y la atención del parto, extendiéndose al periodo de puerperio y al cuidado del recién nacido

### **Supervisión prestacional:**

Corresponde al proceso de evaluación, sistemático e interdisciplinario de las características de infraestructura y del proceso de atención que desarrollan los establecimientos vinculados al sistema.

### **Hospital de campaña**

El Hospital de campaña; Es un hospital itinerante que brinda atención médica en diferentes especialidades a nivel nacional (incluye, laboratorio, rayos x, ecografías, farmacia), para asegurados y no asegurados en todas las provincias del Perú. También brinda apoyo preventivo promocional. El nivel de atención varía según la demanda, pudiendo incorporar en algunos casos incorporar atención de emergencia médico-quirúrgica de alta complejidad. En caso de desastres y emergencias masivas se constituye en el brazo operativo de la Dirección de Defensa Nacional, por lo que está preparado para brindar atención de salud en condiciones climáticas y geográficas inhóspitas, bajo claras normas de eficiencia y calidad.

### **Policlínicos móviles**

Policlínicos Móviles; Los Policlínicos Itinerantes, brindan atención en módulos y/o

carpas estratégicamente ubicadas en zonas urbano marginales de Lima y del interior del país; brindan atención en los servicios de medicina general, pediatría, ginecología, oftalmología, otorrinolaringología, psicología, enfermería, obstetricia, rayos x, laboratorio, farmacia y odontología, además de 18 programas preventivo promocionales.

### **Eventos especiales**

Eventos especiales; Se brinda atención médica de auxilio rápido en eventos donde concurre gran número de personas como conciertos, ferias, espectáculos deportivos, etc.

### **Atención a la tercera edad**

Atención a la Tercera Edad; corresponde al servicio que brinda atención con respecto a grupo atareo del adulto mayor comprendido entre los 60 años de edad a más, esta cobertura de servicio se brinda dentro de sus centros de recreación y esparcimiento implementados por el EsSalud. Personal de esta dependencia los acompaña en los viajes programados con charlas motivacionales y ayuda de altos especialistas gerontos.

### **Promoción de los servicios de salud**

Actualmente se realiza una campaña de promoción de servicios de EsSalud a través de módulos de atención en centros comerciales y en las playas (en temporada de verano) donde se brinda atención preventivo promocional y de urgencias.

## **2. Prestaciones sociales**

### **Centros del adulto mayor**

Los Centros del Adulto Mayor (CAM), se enmarcan dentro de los procesos de cambio socio demográfico que vive la sociedad, guardando coherencia con las políticas institucionales de EsSalud. Son concebidos como espacios de encuentro

generacional, orientados a promover una auténtica relación interpersonal, mediante el desarrollo de actividades socio culturales recreativos, productivos y de contención de salud direccionadas a mejorar la calidad de vida del adulto mayor, revalorando su rol en la sociedad.

### **Centros de rehabilitación profesional - CERP**

El Centro de Rehabilitación Profesional, son centros en los que se brindan atenciones orientadas a ofrecer a las personas con discapacidad la oportunidad de acceder a un puesto de trabajo.

## **3. Prestaciones económicas**

### **Prestaciones económica regular**

Esta prestación corresponde al monto en dinero que EsSalud otorga a los asegurados regulares en actividad, agrarios y pensionistas en caso de enfermedad, maternidad, lactancia y prestación por sepelio, según corresponda, para compensar la pérdida económica derivada de esta situación

Estas prestaciones son las siguientes:

- Subsidio por Incapacidad Temporal
- Subsidio por Maternidad
- Subsidio por Lactancia
- Prestación por Sepelio

### **Prestaciones económicas potestativas**

Se otorga a los asegurados potestativos y beneficiarios de los seguros EsSalud Independiente, EsSalud Universitario, EsSalud Independiente Personal y EsSalud Independiente Familiar que en caso de enfermedad, maternidad, lactancia y prestación por sepelio para compensar la pérdida económica derivada de esta situación. Las prestaciones serán pagadas directamente por EsSalud, mediante órdenes de pago o cheques, emitidos a nombre del asegurado o beneficiario.

## 2.2.6. Bases legales

1. **Constitución Política del Perú**, Art. 1º señalar que el estado y en su conjunto tienen la obligación a desarrollar acciones para la protección del ser humano como fin supremo de la Sociedad y el Estado. El Art. 7º señala que todos tienen derecho a la protección de su salud (...), y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.
2. **Organización Mundial de la Salud (OMS)** creada el 7 de abril de 1948, es la autoridad directiva (establece los indicadores de salud) y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.
3. **Organización Panamericana de la Salud (OPS)**, es un organismo internacional de salud pública con 100 años de experiencia dedicados a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Goza de reconocimiento internacional como parte del Sistema de las Naciones Unidas, y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Dentro del Sistema Interamericano, es el organismo especializado en salud.
4. **Ley del Poder Ejecutivo**, Decreto Legislativo N° 560, Art. 27º, corresponde al Ministerio de Salud formular y evaluar las políticas de alcance nacional en materia de salud y supervisa su cumplimiento. Normar las actividades de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación y ejecuta las correspondientes al cuarto nivel de atención.
5. **Ley General de Salud**, Ley 26842 y sus modificatorias Artículos del 1º al 25º, corresponde al marco normativo general principal para todas las entidades públicas y privadas que deben regirse para el desarrollo de sus operaciones, en ese sentido el Título Preliminar VIII, señala que el

financiamiento del Estado se orienta preferentemente a las acciones de salud pública y a subsidiar total o parcialmente la atención médica a las poblaciones de menores recursos, que no gocen de la cobertura de otro régimen de prestaciones de salud, público o privado.

6. **Ley del Ministerio de Salud**, Ley N° 27657 y sus modificatorias Art. 7° señala, el Ministerio de Salud es un órgano del Poder Ejecutivo. Es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural.
7. **Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud)**, Ley N° 27056, Ley crea a EsSalud como organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, con la finalidad de dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes a través de diversas prestaciones que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en salud, así como otros seguros de riesgos humanos.
8. **Ley de Creación del Seguro Social de Salud**, Decreto Supremo N° 002-99-TR, Reglamento de la Ley N° 27056. Art. 3° señala, que el reglamento de la Ley tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, para lo cual reglamenta sus disposiciones de ámbito nacional el otorgamiento de Prestaciones de Prevención, Promoción, Recuperación, Rehabilitación, Prestaciones Económicas y Prestaciones Sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros en riesgos humanos. Así mismo, el Reglamento faculta a EsSalud para realizar directa o indirectamente, programas de extensión social para la atención de no asegurados de escasos recursos, cuya financiación deberá sustentarse en sus respectivos convenios suscritos para el efecto. Otras Normas, Directivas internas de EsSalud regulatorias.

9. **Decreto Legislativo N° 1012**, Decreto Legislativo que aprueba "**Ley marco de asociaciones público - privadas para la generación de empleo productivo y dicta normas para la agilización de los procesos de promoción de la inversión privada**". El presente Decreto Legislativo tiene por objeto establecer los principios, procesos y atribuciones del Sector Público para la evaluación, implementación y operación de infraestructura pública o la prestación de servicios públicos, con participación del sector privado, así como establecer el marco general aplicable a las iniciativas privadas. Esta nueva iniciativa del Estado Peruano, permite regular las acciones de intervención privada en el campo de las prestaciones de servicios públicos, en ese sentido, la aplicabilidad de los convenios para nuestra propuesta, al estar respaldado legalmente en los principios antes señalado.
10. **Ley de Sociedades**, Ley No. 26887 Art. 2° indica, toda sociedad debe adoptar alguna de las formas previstas en esta Ley. Las sociedades sujetas a un régimen legal especial son reguladas supletoriamente por las disposiciones de la presente Ley.

La comunidad de bienes, en cualquiera de sus formas, se regula por las disposiciones pertinentes del Código Civil, en ese sentido, esta Ley faculta y dicta las disposiciones legales para la creación de empresas prestadoras de servicios de salud, entre otras.

#### **2.2.7. Definición de términos**

1. **ACCESIBILIDAD:** Posibilidad que tiene la población de ser atendida en un servicio de salud.
2. **ATENCIÓN MÉDICA:** Conjunto de actividades armónicamente integradas, realizadas en Servicios de Salud de distinto nivel de complejidad o en el seno de la comunidad y que tienen como objetivo, actuando sobre las personas, promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud física y mental de los individuos, incluyendo la atención de los mismos para su reubicación

3. **ATENCIÓN POR DEMANDA:** Sistema financiero de la atención médica en el cual la entidad financiadora abona una cantidad variable al proveedor profesional por cada una de las personas cubiertas, de acuerdo al tipo y grado de patología que presenten y a los servicios que se le han prestado, de acuerdo a un tarifario previamente establecido
4. **ATENCIÓN PRIMARIA:** ARCE HUGO (2008) define, es la atención médica general o básica focalizada en los cuidados preventivos y en los tratamientos de problemas y enfermedades habituales. Acciones brindadas a los pacientes ambulatorios en el primer contacto.
5. **CAPA SIMPLE:** Conjunto de intervenciones de salud de mayor frecuencia y menor complejidad
6. **CENTRO PRIMARIO DE SALUD:** Lugares de prestación de servicios médicos básicos. Pueden ser de tipo rural, suburbanos o urbanos, hospitales de 1er. Nivel y Policlínicos con atenciones un poco más especializadas
7. **COBERTURA:** Relación entre sujetos atendidos y los sujetos por atender. (Atendidos/por atender x 100).
8. **CONCENTRACIÓN:** Número de atenciones otorgadas a cada usuario por unidad de tiempo.
9. **CONCENTRACIÓN** Medición del N° atenciones / N° Atendidos.
10. **DEMANDA**

**Según Flores P., Pedro (1999: 2-3)** define, “es la conducta que una persona (Cliente – Asegurado) adopta en función de una necesidad, frente a la diversidad de la Oferta existente de salud”.

Se caracteriza por la presencia de un cliente que para nuestro caso sería un asegurado, que solicita una prestación de servicios de salud.

La necesidad es una las características de la demanda, a ser un factor propia del cliente ante una satisfacción inminente.

#### **Medición de la demanda**

Es el número de asegurados de un servicio de salud en un determinado tiempo y oportunidad.

Para calcular la demanda se utiliza el monitoreo de atenciones y no



atenciones en salud, mas aquellos que no asisten por no encontrar accesibilidad de servicio. Este detalle corresponde a una apreciación de Servicios de Salud de ESSALUD.

#### **11. DEMANDA NO ATENDIDA**

Según Flores P., Pedro (1999: 2-3) define a la demanda insatisfecha como “aquellas personas (Cliente – Asegurado) que demandan atención, la cual no es atendida en el tiempo y oportunidad”.

Se caracterizan por el número de personas que acuden a un establecimiento de salud y no acceden al servicio por demandantes de servicios de salud que no satisfacen sus necesidades prestacionales.

##### **Medición de la demanda no atendida**

La demanda no atendida se mide por la relación del total de pacientes que accedieron a un servicio versus el número de pacientes que no alcanzaron citas, todo esto multiplicado por cien.

#### **12. DIFERIMIENTO DE CITAS**

Según Flores P., Pedro (1999: 2-3) define “son las citas médicas postergadas al futuro por la falta de cupos de atención medica, la demanda no atendida es trasladada a fecha futura de atención”.

Se caracteriza por demandas insatisfechas que son postergadas por otras fechas

Por demanda que al no contar con una cita médica optan por trasladar su consulta a otra fecha, haciendo su enfermedad mas critica y de acción crónica futura.

##### **Medición del diferimiento de citas:**

Es la relación entre el número total de pacientes atendidos versus el número de pacientes de aceptaron ser derivados su consulta a futuro y, multiplicado por cien.

13. **DEMANDA INDUCIDA:** Aquella requerida por la población, derivada por el prestigio de los profesionales, el avance de la ciencia o por acciones promocionales de la salud.
14. **DEMANDA INSATISFECHA:** Personas que demandan atención, la cual no es atendida
15. **DEMANDA POTENCIAL O ESPERADA:** Necesidad de atención manifiesta, captada mediante Encuestas. Volumen de personas que necesitan algún servicio de salud, pero no acuden a él. Es necesidad de atención, no convertida en Demanda.
16. **DEMANDA REAL:** Demanda de servicios que efectúa una población. Puede ser Manifiesta o No Manifiesta, según soliciten o no, atención profesional.
17. **DEMANDA SATISFECHA:** Solicitud de atención de las personas enfermas.
18. **EFICACIA:** Califica logro de los Objetivos. Relacionada directamente con la Disponibilidad, Accesibilidad, Cobertura, Concentración y Calidad de los Recursos
19. **EFICIENCIA:** Califica relación entre el logro de un Objetivo y el Recurso utilizado. Se mide con factores como el Costo, Utilización, Productividad, Rendimiento y Beneficio.
20. **EPIDEMIOLOGÍA:** Especialidad médica que estudia la distribución de las enfermedades y otros indicadores del estado de salud de las poblaciones humanas, así como los factores causales y/o asociados con su distribución.
21. **OFERTA:** Capacidad de producir actividades. Se mide a través de Indicadores de Cantidad (producción, productividad, rendimiento) y de Calidad (capacidad de respuesta, calidad humana, cortesía, etc.).
22. **PRESTACIÓN:** Servicio profesional que se otorga a un paciente.
23. **PRESTACIONES ASISTENCIALES:** Se entiende por prestaciones asistenciales a aquellas que tienen por finalidad la cobertura de los requerimientos básicos esenciales de la persona con discapacidad (hábitat - alimentación- atención especializada) a los que se accede de acuerdo con el tipo de discapacidad y situación socio- familiar que posea el demandante.
24. **PRODUCCIÓN EN SALUD:** Cantidad total de productos elaborados o alcanzados. Es también el número de atenciones médicas atendidas al establecimiento en un determinado tiempo.

25. **PRODUCTIVIDAD:** Cantidad de Productos alcanzados por unidad de recurso disponible por unidad de tiempo. Es también, la cantidad total de productos alcanzados entre cantidad total de recursos existentes.
26. **PRODUCTOS:** Unidades en que se expresa la prestación del servicio (Atendidos, Atenciones, Medicamentos, etc.).
27. **VARIABLES:** Características o atributos de un servicio, medidas por Indicadores.

## CAPITULO III METODOLOGÍA

### 3.1 Operacionalización de variables

Las variables, cobertura de la atención de los asegurados y satisfacción en los servicios de salud, que aparecen operacionalizadas a continuación con sus variables y dimensiones operacionales, al ser incorporadas a los instrumentos de recolección de datos, permitirán reconocer las características y la vinculación que guardan entre sí.

#### 3.1.1 Variable(s) Independiente(s)

Variables	Dimensiones
<u>Variable independiente</u> <b>X: Cobertura de la atención de los asegurados</b>	<b>X<sub>1</sub>: Producción de Salud de Capa Simple</b> <b>X<sub>1.1</sub> : Consulta Médica</b> <b>X<sub>1.2</sub> : Atenciones Odontológicas</b> <b>X<sub>1.3</sub> : Atenciones Psicológicas</b> <b>X<sub>1.4</sub> : Partos Normales</b> <b>X<sub>1.5</sub> : Cirugía Menor</b> <b>X<sub>1.6</sub> : Examen de Laboratorio</b> <b>X<sub>1.7</sub> : Examen por imágenes</b>  <b>X<sub>2</sub>: Cobertura Asistencial</b>  <b>X<sub>3</sub>: Capacidad Instalada</b>

#### 3.1.2 Variable(s) pendiente(s)

Variables	Dimensiones
<u>Variable dependiente</u> <b>Y: Satisfacción en los servicios de salud</b>	<b>Y<sub>1</sub>: Rendimiento hora médico</b>  <b>Y<sub>2</sub>: Promedio de tiempo de espera</b>  <b>Y<sub>3</sub>: Concentración de la consulta externa</b>

### 3.1.3 Variable(s) interviniente(s)

Variables	Dimensiones
<b><u>Variables Intervinientes</u></b>	<b>Z<sub>1</sub> : Género</b> Z <sub>1.1</sub> : Masculino Z <sub>1.2</sub> : Femenino  <b>Z<sub>2</sub> : Edad</b> Z <sub>2.1</sub> : 21 años a 61 años  <b>Z<sub>3</sub> : Distrito</b> Z <sub>3.1</sub> : Miraflores Z <sub>3.2</sub> : Santiago de Surco Z <sub>3.3</sub> : San Miguel

### 3.2 Tipo de investigación

El tipo de investigación que realizamos es aplicada, descriptiva correlacional. Aplicada por cuanto propone soluciones a problemas concretos a la luz de leyes o generalizaciones de cobertura y satisfacción aparecen en nuestras recomendaciones y anexos. Descriptiva correlacional, porque mide, describe y establece una relación múltiple entre la variable independiente: Cobertura de la atención de los asegurados que incluye tres subvariables: producción de salud de capa simple, cobertura asistencial y capacidad instalada y la variable dependiente: Satisfacción en los servicios de salud que incluye tres subvariables: rendimiento hora médico, prometido de tiempo de espera y concentración de la consulta externa.

### 3.3 Diseño de la investigación

Nuestro diseño es no experimental, transeccional. No experimental por cuanto las encuestas y el análisis documental se efectúan sin manipular deliberadamente las variables independientes, transeccional porque permite establecer las asociaciones establecidas entre las variables en un momento único en el tiempo (concordante además con el tipo de investigación).

### **3.4 Método de la investigación**

El Método es hipotético - deductivo (Hernán Avila Morales, 2010: 13-42), partiendo de la observación del fenómeno estudiado, ante la cual se formula una hipótesis que permita dar explicación al mismo, para luego observar, verificar o comprobar este enunciado mediante la experiencia, que pretende aportar empíricamente dejando en claro que esencialmente estos (los resultados) directamente expresan el comportamiento de la muestra, las futuras investigaciones ratificarán o no los resultados y su extensión a la población.

### **3.5 Metodica de cada momento de la investigación**

El propósito de corroborar la vinculación causal entre cobertura asistencial y satisfacción en los servicios de salud en EsSalud, nos permite plantear etapas para el desarrollo de nuestra investigación, siendo las siguientes:

- Planteamiento de los elementos básicos de la investigación; visitamos, observamos y realizamos el análisis de los problemas en EsSalud respecto a cobertura y satisfacción de los asegurados en las prestaciones de servicios de salud, para luego plantear problemas, objetivos y formular hipótesis debidamente justificados.
- Obtención y presentación de los aspectos teóricos, conceptuales y legales recogidos de instituciones e investigaciones sobre la materia.
- Operacionalización de las variables formuladas en la hipótesis mediante la identificación y utilización de técnicas e instrumentos de recopilación y análisis de datos.
- Recopilación, codificación, presentación y análisis de datos obtenidos en el trabajo de campo.

- Análisis y discusión de resultados, en base al método, tipo y diseño de investigación se planteará aportes de evidencias empíricas.
- Presentación de conclusión y recomendaciones.

### 3.6 Población y muestra

#### 3.6.1 Población

La población total de afiliados de EsSalud suman los 7'633,223 de asegurados en el año 2008, (Tabla N° 3.1 y 3.2).

Tabla N° 3.1  
Población asegurada activa nivel redes asistenciales, 2008

N°	NOMBRE RED	POBLACION
1	RED ASISTENCIAL REBAGLIATI	1,353,866
2	RED ASISTENCIAL SABOGAL	1,152,590
3	RED ASISTENCIAL ALMENARA	1,092,810
4	RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD	437,137
5	RED ASISTENCIAL AREQUIPA	430,274
6	RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE	393,548
7	RED ASISTENCIAL PIURA	383,066
8	RED ASISTENCIAL ICA	321,967
9	RED ASISTENCIAL JUNÍN	263,639
10	RED ASISTENCIAL ANCASH	247,714
11	RED ASISTENCIAL CUSCO	211,585
12	RESTO DE REDES ASISTENCIALES	1,345,027
<b>TOTAL</b>		<b>7,633,223</b>

Fuente: Gerencia Central de Seguros EsSalud. Visitado:28.10.2009  
www.essalud.gob.pe (Intranet).

Tabla N° 3.2  
Población asegurada activa por tipo de seguro y asegurado, 2008

Nº	TIPO DE SEGURO	POBLACION	TITULAR	DERECHO HABIENTE
<b>01</b>	<b>ASEGURADOS REGULARES</b>	<b>7,179,000</b>	<b>4,064,765</b>	<b>3,114,235</b>
1	TRABAJADOR ACTIVO	5,948,645	3,210,905	2,737,740
2	PENSIONISTA	943,275	666,650	276,625
3	TRABAJADOR DEL HOGAR	77,189	47,829	29,360
4	PESCADOR ARTESANAL	3,661	1,410	2,251
5	TRABAJADOR DE LA CBSSP	9,194	5,601	3,593
6	PENSIONISTA DE LA CBSSP	33,974	13,473	20,501
7	PENSIONISTA EN TRAMITE	1,663	1,357	306
8	CONTR. ADMINIST. SERV	161,399	117,540	43,859
<b>02</b>	<b>ASEGURADOS AGRARIOS</b>	<b>435,559</b>	<b>245,233</b>	<b>190,326</b>
1	AGRARIO INDEPENDIENTE	51,829	23,058	28,771
2	AGRARIO DEPENDIENTE	383,730	222,175	161,555
<b>03</b>	<b>SEGUROS POTESTATIVOS</b>	<b>18,664</b>	<b>15,501</b>	<b>3,163</b>
1	ESSALUD PERSONAL - FAMILIAR	7,909	7,056	853
2	NUEVO SEGURO POTESTATIVO	10,657	8,347	2,310
3	ESSALUD INDEPENDIENTE	98	98	-
<b>TOTAL</b>		<b>7,633,223</b>	<b>4,586,233</b>	<b>3,501,213</b>

Fuente: Gerencia Central de Seguros- EsSalud. Boletín Estadístico 2008. Vol.1. 2008.  
Visitado: 28.10.2009 www.essalud.gob.pe (Intranet).

### 3.6.2 La Muestra

La muestra se aplicará teniendo en cuenta la unidad de análisis relevantes en los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel que son materia de nuestra investigación con una muestra poblacional de 482,649 asegurados, (Tabla N° 3.3).

Tabla N° 3.3  
Población asegurada por distrito y por sexo, 2008

Establecimientos de EsSalud.	DISTRITOS	MUJERES	VARONES	TOTAL
Hospital II Angamos	Miraflores	102,439	93,759	196,198
Policlínico Próceres	Santiago de Surco	79,987	80,579	160,566
Policlínico Octavio Mongrut Muñoz	San Miguel	64,858	61,027	125,885
<b>TOTAL</b>		<b>247,284</b>	<b>235,365</b>	<b>482,649</b>

Fuente: EsSalud – Gerencia de Aseguramiento. [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe) (Intranet). Visitado: 28/10/2009.

Con la finalidad de tener una visión adecuada del mercado del presente estudio de investigación, se analiza al consumidor directamente, utilizando para tal fin un diseño muestral probabilística, muestreo irrestricto aleatorio para proporciones.

El presente diseño de la muestra viene dado por la siguiente expresión:

$$n = \frac{\frac{Z^2 PQ}{E^2}}{1 + \frac{1}{N} \left( \frac{Z^2 PQ}{E^2} - 1 \right)}$$

Luego:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

$$n_0 = \frac{Z^2 PQ}{E^2}$$



Donde:

N: Población muestreada del estudio (N = 482,649)

P: Proporción de éxito de la característica de interés. (5%)

q: 1 - P = complemento de P.

Z: Coeficiente de confiabilidad al 95% igual a 1.96

e: Máximo error permisible en la investigación e = 0.05 (5%)

Aplicando el factor K a cada población por distrito y sexo se tiene el tamaño de la muestra siguiente:

$$n_0 = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times (1-0.5)}{0.05^2} = 384$$

$$n = \frac{384}{1 + \frac{384-1}{482,649}} \cong 384$$

$$K = \frac{384}{482,649} = 0.000796$$

**N = 384**

Tabla N° 3.4  
Tamaño de la muestra por distrito y sexo, 2009

Establecimientos de EsSalud	Distritos	SEXO		Total
		Mujeres	Varones	
Hospital II Angamos	Miraflores	82	75	157
Policlínico Próceres	Santiago de Surco	64	64	128
Policlínico Octavio Mongrut Muñoz	San Miguel	51	48	99
Total		197	187	384

La Tabla N° 3.4 refleja el tamaño de muestra de 384 personas que serán encuestadas entre los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel, esta muestra tiene un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

### 3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

#### 3.7.1 Técnicas

Las principales técnicas que se utilizarán en la presente investigación son:

- a) Análisis documental
- b) Encuesta

#### 3.7.2 Instrumentos

##### a) Ficha técnica

1. Nombre	<b>Reporte de Medición de la Gestión de Salud en EsSalud.</b>
2. Autor	Gerencia Central de Planificación y Desarrollo.
3. Año	Febrero 2009
4. Procedencia	Seguro Social de Salud – EsSalud.
5. Significación	Servicio asistenciales por establecimiento de salud en EsSalud.
6. Estructura	Informe, boletín de gestión de cobertura y satisfacción en EsSalud por servicio y establecimiento.
7. Tipo de aplicación	Individual.
8. Duración	15 a 20 días aproximadamente.
9. Cobertura	Informe oficial a nivel nacional, para organismos internacionales, instituciones públicas, privadas y público en general.
10. Campo de aplicación	Para informe de rendición de cuentas, informes a contraloría, Congreso de la República del Perú, SUNAT, OIT, OMS, OPS, para toma de decisiones en materia de gestión en EsSalud.

11. Objetividad	La matriz está referida a medir la gestión de EsSalud y sus establecimientos, con estándares internacionales de la Organización Mundial de la Salud, permitiendo el control y monitoreo de como optimizar la cobertura asistencial y mejorar la satisfacción de servicio a los pacientes (Asegurados).
12. Validez	Documento de carácter oficial de EsSalud. Validado por la Gerencia Central de Planificación y Desarrollo, Gerencia Central de Aseguramiento, Gerencia Central de Prestaciones, Gerencia General y Presidencia de EsSalud
13. Confiabilidad	Triangulación de teorías, datos y métodos, de fuentes oficiales como OMS ente rector mundial en Salud, OPS como organismo supervisor de gestión en salud, MINSA como ente rector en salud en el Perú y otros documentos oficiales sobre la materia de investigación.
14. Procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los profesionales especializados de la Gerencia de Prestaciones recopilan información de gestión en salud por cada Gerente de Red Asistencial que tienen a su cargo establecimientos de salud.</li> <li>2. Los profesionales especializados de la Gerencia de Aseguramiento recopilan información de gestión administrativa por cada Gerente de Red Asistencial que tienen a su cargo establecimientos de salud y de las Gerencias Centrales de EsSalud.</li> <li>3. Los profesionales especializados de la Gerencia Central de Planificación y Desarrollo recopilan información de las Gerencias Centrales de Prestaciones y Aseguramiento, para elaborar los informes de gestión, boletines estadísticos oficiales evaluados respecto a los indicadores de gestión, salud y producción de la OMS</li> <li>4. El Gerente de Planificación y Desarrollo eleva documentos oficiales al Gerente General para toma de decisiones</li> <li>5. El Gerente General informa en reunión de gestión al Presidente Ejecutivo de EsSalud las sugerencias y recomendaciones, para luego ser publicado en el portal institucional de la intranet de EsSalud.</li> </ol>

15. Calificación

Los establecimientos serán calificados sobre 100% respecto a los indicadores estándar establecido por la OMS.

La Organización Mundial de la Salud, es el organismo encargado de definir los estándares (indicadores) y gestión en salud. Un indicador ideal debe tener atribuciones científicas de validez (debe medir realmente lo que se supone debe medir), confiabilidad (mediciones repetidas por distintos observadores deben dar como resultado valores similares del mismo indicador), sensibilidad (ser capaz de captar los cambios) y especificidad (reflejar sólo cambios ocurridos en una determinada situación), todo ello, corresponde a nuestra material de investigación considerado en la matriz.

Para ahondar en la investigación y confiabilidad de nuestra ficha técnica, recogemos la información de los investigadores Gabriel Rada y Tomás Merino de la OMS (1981) en su libro "**Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000**", al considerar que sus principales fuentes de datos universalmente propuestas para el cálculo de indicadores usados en salud pública son:

1. Registros de sucesos demográficos (registro civil).
2. Censos de población y vivienda (1992, 2002).
3. Registros ordinarios de los servicios de salud.
4. Datos de vigilancia epidemiológica.
5. Encuestas por muestreo (encuestas poblacionales).
6. Registros de enfermedades.
7. Otras fuentes de datos de otros sectores (económicos, políticos, bienestar social).
8. La política sanitaria.
9. Las condiciones socioeconómicas.
10. Las prestaciones de atención de salud.
11. El estado de salud.

Estos Indicadores nos permiten medir la gestión administrativa y del servicio prestacional de Salud (de actividad): por ejemplo, la disponibilidad de servicios, su accesibilidad (en términos de recursos materiales), indicadores de calidad de la asistencia, indicadores de cobertura. Pueden ser desagregados por subgrupos de población de acuerdo a políticas de focalización de recursos en determinados grupos. Indicadores de cobertura: la cobertura se refiere al porcentaje de una población que efectivamente recibe atención en un período definido.

**b) Ficha Técnica**

1. Nombre	<b>Encuesta de medición de cobertura y satisfacción en EsSalud; Anexos N° 2.</b>
2. Autor	Lic. Adm. Roberto Hernando Torres Huerta
3. Año	2009
4. Procedencia	Perú – Lima
5. Significación	Encuesta a varones y mujeres aseguradas en establecimientos de EsSalud.
6. Estructura	Satisfacción general (10 ítems), nivel de satisfacción del usuario (1,2,3,4,5,6) y expectativa del usuario (7,8,9).
7. Tipo de aplicación	Individual y colectiva.
8. Duración	5 a 7 minutos, aproximadamente por entrevistado.
9. Cobertura	384 encuestas, para los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel.
10. Campo de aplicación	Establecimientos de EsSalud: Hospital II Angamos, Policlínico Próceres de la Red Asistencial Rebagliati y Policlínico Mongrut de la Red Sabogal.
11. Objetividad	La encuesta permite conocer la percepción de los asegurados de EsSalud en cuanto a la calidad como a la cobertura asistencial, fluye también una interacción social en varias dimensiones que fijan la calificación del servicio y cobertura asistencial al asegurado, por medio de una calificación, de aceptación, regular o rechazo
12. Validez	Los expertos opinan que el instrumento está apto y sin observación para su aplicación a un grupo de asegurados de EsSalud de 197

	<p>mujeres y 187 varones. Su validez de contenido es excelente con 92%, en claridad 94%, objetividad 94%, actualidad 92%, organización 88%, suficiencia 89%, intencionalidad 93%, consistencia 91%, coherencia 91% y metodología 97%.</p>
13. Confiabilidad	<p>El resultado de la prueba piloto y resultado final de la encuesta confirman su confiabilidad, según el resultado de pearson por estar dentro 5% de los rangos permisibles.</p>
14. Procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El encuestador deberá llenar primeramente los datos generales,</li> <li>2. Hacer de conocimiento al encuestado que su respuesta es confiable y guarda privacidad,</li> <li>3. Explicar que van a responder doce preguntas referencia a la satisfacción y cobertura asistencia en su establecimiento,</li> <li>4. El trato es personalizado, cortés y siempre mostrando confianza,</li> <li>5. La finalidad de esta encuesta es conocer el grado de satisfacción y la aceptación de una nueva alternativa de solución a la cobertura asistencial,</li> <li>6. Algunas preguntas le parecerán incómodas por lo que deberán de animar al encuestado, a efecto de llenar el total de las preguntas,</li> <li>7. Absolver cualquier tipo de pregunta e inquietud a cada asegurado,</li> <li>8. Leer pausadamente con voz clara, cada pregunta, así como marcar con lapicero color azul las respuestas.</li> <li>9. Deberán de agrupar las encuestas por género, para el proceso de medición de resultados.</li> </ol>
15. Calificación	<p>Respuesta: Si – No, Bueno, Regular y Malo. Son aleatorias y proporcionales.</p>

### **Recolección de datos**

La recolección de datos se realizó aplicando técnicas de encuestas en los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel el mismo que pasó por un procesamiento y análisis de la información con el aplicativo estadísticos Statistical Package for Social Sciences (SPSS), que nos permitió, evaluar el resultado de la

muestra planteada en la Ficha Técnica de Encuesta de medición de cobertura y satisfacción de los servicios de salud en EsSalud.

La investigación implica la clara expresión de sucesos presenciales para el desarrollo de la recolección de datos, como exigencia en la aplicación de la encuesta, se ha desarrollado metodología previa para el proceso de levantamiento de información de los encuestadores a los encuestados, el formulario encuesta está constituido por doce (12) preguntas bien definidas validas por tres expertos que opinan que su contenido está apto sin observación para su aplicación, los expertos son especialistas en gestión de la calidad de EsSalud, especialista en estadística y experto en metodología científica.

La recolección de datos de la encuesta fueron realizados de manera programada por 4 profesionales en administración, ubicados estratégicamente en las salidas de cada establecimientos de EsSalud: Hospital II Angamos, Policlínico Próceres y Policlínico Octavio Mongrut Muñoz, entre las 6:00 horas a 12:00 horas por dos semanas los días lunes, miércoles y viernes en el mes de Noviembre 2009, efectuando 384 encuestas a diferentes asegurados de EsSalud, mostrando confiabilidad al instrumento al tomar la muestra a personas aseguradas entre las edades de 20 a 40 años, 41 a 60 años y más de 61 años.

### 3.8 Procedimiento estadístico y análisis de datos

#### 1. Análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de los datos hemos utilizado el aplicativo estadísticos Statistical Package for Social Sciences (SPSS), que nos permite, evaluar los resultado de la encuesta de medición de cobertura y satisfacción en EsSalud.

<b>Media Aritmética</b>	$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n f_i}{n} = \frac{f_1 + \dots + f_n}{n}$
-------------------------	----------------------------------------------------------------------

<b>Desviación Estándar</b>	$S_X^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2}{n - 1}$
<b>Rango</b>	$Rango = x_{\max} - x_{\min}$

Desarrollamos también, el análisis descriptivo de los contenidos documentarios proporcionados por las diferentes instituciones; EsSalud, OMS, OPS, informes a la Comisión de Salud del Congreso de la República del Perú, Organización Internacional del Trabajo (OIT) y otros documentos de investigación relacionado en la materia.

## 2. Procedimiento estadístico

Por el método, tipo y diseño de nuestra investigación, hemos seleccionado el modelo estadístico "**Prueba Chi Cuadrado**", por las variables independientes y dependientes planteadas en las hipótesis.

$$X^2 = \frac{(o_1 - e_1)^2}{e_1} + \frac{(o_2 - e_2)^2}{e_2} + \dots + \frac{(o_k - e_k)^2}{e_k} = \sum_{j=1}^k \frac{(o_j - e_j)^2}{e_j}$$

Donde si el total de frecuencias es N,

$$\sum o_j = \sum e_j = N$$

Si  $X^2 = 0$ , las frecuencias observadas y esperadas concuerdan exactamente, mientras que si  $X^2 > 0$ , no coinciden exactamente. A valores mayores de  $X^2$ , mayores son las discrepancias entre las frecuencias observadas y esperadas.

Si las frecuencias esperadas son al menos iguales a 5, la aproximación mejora para valores superiores. El número de grados de libertad  $\nu$  está dado por:

$$\nu = k - 1 - m$$

En donde:

K = número de clasificaciones en el problema.



$m$  = número de parámetros estimados a partir de los datos muestrales para obtener los valores esperados.

Los pasos para aplicar la Prueba del Chi - Cuadrado son:

1) En primer lugar plantearemos las hipótesis respectivas:

Ho: Hipótesis Nula

H1: Hipótesis Alternativa

2) Nivel de significación:  $\alpha = 0.05$

3) Estadística de Prueba de la Chi – Cuadrado es  $X^2$  con “n” grado de libertad.

4) Regla de Decisión :

Dado que  $X^2 > 0.05$  (Nivel de significación) se rechaza la Hipótesis nula Ho y se acepta H1.

5) Conclusión :

Dadas las condiciones establecidas se rechaza la Hipótesis nula Ho.

## CAPITULO IV RESULTADOS

### 4.1 Análisis descriptivo de las variables

Tabla N° 4.1  
Cobertura de los establecimientos de EsSalud según producción de salud, cobertura asistencial y capacidad instalada, 2008.

	Dimensiones	Indicadores	Total
Cobertura de la atención de los asegurados	Producción de Salud (Capa Simple)	Porcentaje de Atención médica de capa simple programada versus ejecutada por servicio y establecimiento de salud: Meta: 100% X1.1.1 Consulta Médica X1.1.2 Atenciones Odontológicas X1.1.3 Atenciones Psicológicas X1.1.4 Partos Normales X1.1.5 Cirugía Menor X1.1.6 Exámen de Laboratorio X1.1.7 Exámen por Imágenes  $\%AM(S,E) = \frac{MPAM(s,e)}{MRAM(s,e)} \cdot 100$	92% 89% 81% 94% 82% 98% 97%
	Cobertura Asistencial	Porcentaje del número consultantes al servicio y establecimiento en un determinado tiempo entre la población objetivo, multiplicado por 100. Estándar 75%  $\%C(S,E) = \frac{Consultantes(s,e)}{T.Población} \cdot 100$	53%
	Capacidad Instalada	Número de veces entre Consultorios Físicos y Funcionales por cada establecimiento de salud Estándar 2.5 - OMS  $C(S,E) = \frac{CFis(s,e)}{CFun(s,e)}$	1.89

**Fuente:** EsSalud, Boletín Estadístico, 2008 (Intranet). Cuadro elaborado por el autor.

La Tabla N° 4.1 muestra la variable “Cobertura de la atención de los asegurados” en tres dimensiones:

**Producción de Salud (Capa Simple)** con siete indicadores, evaluados a nivel de establecimiento y servicios en EsSalud con resultados de gestión 2008 desfavorables al no cumplir la meta institucional del 100%, La consulta médica alcanzó el 92%, las atenciones odontológicas el 89%, atenciones psicológicas el 81%, partos normales el 94%, cirugía menor el 82%, exámenes de laboratorio el 98% y exámenes de imagen el 97%. Concluyendo en menor número de asegurados que dejaron de atender por 1'244,746 consulta médica y menores cupos de atención en -8% en consulta médica.

**Cobertura asistencial**, de acuerdo al estándar por la OMS, indica que los establecimientos de salud que son materia de nuestra investigación, deberían

alcanzar una cobertura asistencial del 75% de su población objetivo, sin embargo EsSalud en el año 2008 solo alcanzó el 53% de cobertura, es decir 47% menos a lo esperado, esto muestra relación con la menor producción reflejada -8%, implica que su cobertura no fue optimizada trascendiendo en menor nivel de capacidad de oferta de servicios a los asegurados, por lo que nivel de satisfacción del servicio se vería perjudicado.

**Capacidad instalada**, la OMS en este indicador, a nivel de establecimientos de salud, indica que la capacidad instalada debe ser de 2.5 veces de utilización de los consultorios físicos respecto a los consultorios funcionales, sin embargo EsSalud en el año 2008 solo utilizó 1.89 veces, es decir la capacidad instalada ociosa fue de 0.61 veces, hecho que trasciende tanto en la cobertura asistencial como en la producción de salud de capa simple, por lo que el nivel satisfacción de los asegurados y los cupos de atención para su tratamiento se verían perjudicados.

Tabla N° 4.2  
Satisfacción en los servicios de EsSalud según rendimiento hora médico, promedio de tiempo de espera y concentración de la consulta externa, 2008.

	Dimensiones	Indicadores	Total
Satisfacción en los servicios de salud	Rendimiento Hora Médico	Y1.1 Porcentaje de horas programadas entre horas ejecutadas por cien. Estándar según OMS : 5ph (pacientes / hora) $\%RRHH = \frac{HP(s,e)}{HE(s,e)} \times 100$	4.8 ph
	Promedio de tiempo de espera	Y1.2 Total Tiempo en Minutos de Espera en Admisión, para la consulta externa: Estándar Estándar 30min/paciente, según la OMS $TE = \frac{\text{Total Tiempo en Minutos de Espera en Admisión}}{\text{Total de Pacientes que obtuvieron Cita}}$	Entre 49mm a 53mm
	Concentración de la Consulta Externa	Y1.3 Número de consultas médicas en un determinado periodo de tiempo y el número total de consultantes en el mismo periodo de tiempo. Estándar 4.5 $Cox : (e) = \frac{\sum Consult PT (e)}{\sum Consult PT (e)}$	3.60

Fuente: EsSalud, Boletín Estadístico, 2008 (Intranet). Cuadro elaborado por el autor.

La Tabla N° 4.2 muestra la variable “Satisfacción en los servicios de salud” en tres dimensiones:

**Rendimiento hora médico**, la OMS establece como parámetro estándar 5.0 pacientes/hora, en una jornada de trabajo de cuatro horas efectivas diarias para atenciones medicas de consulta externa al servicio (especialidad), sin embargo

EsSalud en el año 2008 muestra 4.6 pacientes/horas como resultado, es decir 0,4 pacientes/hora menos, situación que confirma la menor cobertura asistencial de -8% y una capacidad instalada ociosa de 0.61 veces, que trasciende en los niveles de satisfacción y cobertura asistencial de los asegurados.

**Promedio de tiempo de espera**, el promedio establecido por la OMS para medir el tiempo de espera de los asegurados es desde la fase de admisión (solicitud de cupos en ventanilla) hasta la atención médica concluida es de 30" por paciente, sin embargo el resultado promedio aproximado es entre 49" a 53", situación que repercute directamente en el nivel de insatisfacción de los asegurados y en su deserción (ausentismo en las consultas programadas en el servicio).

**Concentración de la consulta externa**, la OMS establece como estándar 4.5 atenciones al año de pacientes nuevos y reingresos al establecimiento y al servicio, sin embargo EsSalud en el año 2008 muestra como resultado 3.6 atenciones, situación que favorece a pacientes continuadores, limitando la oportunidad en accesibilidad a pacientes nuevos y aquellos que vuelven por una segunda vez al servicio médico, todo ello, trasciende directamente de la cobertura asistencial y por consiguiente en el nivel de satisfacción de los asegurados de EsSalud.

Tabla N° 4.3  
Grado de satisfacción de los asegurados de EsSalud

Satisfacción del usuario	B	R	M	Total
Percepción de la Satisfacción	27%		73%	100%
Oportunidad de Atención	19%		81%	100%
Calificación del servicio	7%	31%	62%	100%
Percepción del trato recibido (médico)	19%	33%	48%	100%
Percepción del trato recibido (administrativo)	19%	31%	50%	100%
Percepción del trato recibido (asistencial)	24%	32%	44%	100%
Accesibilidad a las citas	34%		66%	100%
Calidad de los servicios de ayuda al diagnóstico	10%	71%	20%	100%
Regidez de la entrega de resultados de ayuda al diagnóstico	27%	22%	51%	100%
<b>PESO</b>	<b>21%</b>	<b>24%</b>	<b>55%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada en noviembre 2009. Elaborado por el autor.

Con respecto al instrumento utilizado para nuestra muestra Tabla N° 4.3, se tiene como resultado que el grado de satisfacción de los asegurados de EsSalud es

21% bueno, 24% regular y 55% malo en una muestra de 384 encuestados a asegurados de EsSalud de los establecimientos del Hospital II Angamos, Policlínico Próceres y Policlínico Mongrut ubicados en la provincia de Lima de los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel respectivamente. Sus dimensiones indican con respecto a: percepción del servicio de salud de asegurados 73% malo y 27% bueno, oportunidad de atención 81% malo y 19% bueno, calificación por el servicio que recibe 62% malo, 7% bueno y 31% regular, percepción del trato recibido por el médico 48% malo y 52% entre regular-bueno, percepción del trato recibido del personal administrativo 50% malo y 50% entre regular-bueno, percepción del trato recibido del personal asistencial 44% malo y 56% entre regular-bueno, accesibilidad a las citas 66% malo y 34% bueno, calidad de los servicios de ayuda al diagnóstico (Laboratorio

Tabla N° 4.4  
Expectativa de los asegurados respecto a la intervención del sector privado para mejorar la cobertura asistencial en EsSalud

Espectativa del usuario(Asegurado)	SI	NO	Total
Participación de Entidades Privadas	79%	21%	100%
Alianzas Estratégicas	73%	27%	100%
<b>PESO</b>	<b>76%</b>	<b>24%</b>	<b>100%</b>

	EsSalud	Clinica Contratadas	EPS	Total
Amplitud de Cobertura Asistencial	21%	55%	25%	100%

**Fuente:** Encuesta realizada en noviembre 2009. Elaborado por el autor.

Con respecto a expectativa de los asegurados e intervención del sector privado para mejorar la cobertura asistencial en EsSalud Tabla N° 4.4, podemos indicar que del estudio de indagación de los resultados son alentadores con una aceptación del 76%, calificando la participación de Entidades privadas con 79% y 21% que rechazo, es decir los encuestados optan por alianzas estratégicas en 73% de aceptación para el sector salud y 24% indican que no deben de haber alianza entre el sector público y privado. Referente a la amplitud de cobertura asistencial los asegurados de EsSalud con 55% dan preferencia a trasladarse las empresas contratadas (privadas), seguido de un 25% EPS y 21% seguirían en EsSalud.

## VARIABLES INTERVINIENTES

### 1. Distritos

Tabla N° 4.5.  
Resultado de la encuesta realizada a nivel distrito

Distritos	Frecuencia	Porcentaje
Miraflores	157	41
Santiago de Surco	128	33
San Miguel	99	26
<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>100</b>

Tabla N° 4.6.  
Distritos: Valores mínimo y máximo, media aritmética y desviación estándar

Indicador	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Distritos	384	1.00	3.00	1.8490	0.80345

Fuente: Encuesta realizada en noviembre 2009. Elaborado por el autor

La media aritmética de 1.8490 corresponde a los distritos: Miraflores 157 (41%), Santiago de Surco 128 (33%) y San Miguel 99 (26%) asegurados encuestados respectivamente en los establecimientos de EsSalud de una muestra de 384 personas, siendo el de mayor número de encuestados el distrito de Miraflores con 157 (41%), seguido del distrito de Santiago de Surco con 128 (33%).

Las puntuaciones de los distritos se desvían de 1.8490 (Media Aritmética), en promedio, 0.80345 unidades (Desviación Típica) de esta variable interviniente.

### 2. Género

Tabla N° 4.7.  
Resultado de la encuesta realizada a nivel género

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	187	49
Femenino	197	51
<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>100</b>

Tabla N° 4.8.  
Género: Valores mínimo y máximo, media aritmética y desviación estándar

Indicador	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Género	384	1.00	2.00	1.5130	0.50048

Fuente: Encuesta realizada en noviembre 2009. Elaborado por el autor

La media aritmética de 1.8490 corresponde a los géneros: Masculinos 187 (49%) y Femeninos 197 (51%) asegurados encuestados respectivamente en los establecimientos de EsSalud de una muestra de 384 personas, siendo el de mayor número de encuestados el género Femenino con 197 (51%), seguido del género Masculino con 187 (49%).

Las puntuaciones de los géneros se desvían de 1.5130 (Media Aritmética), en promedio, 0.50048 unidades (Desviación Típica) de esta variable interviniente.

### 3. Edad

Tabla N° 4.9.

Resultado de la encuesta realizada a nivel edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20 - 40 Años	118	31
41 - 60 Años	188	49
61 a más	78	20
<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>100</b>

Tabla N° 4.10.

Edad: Valores mínimo y máximo, media aritmética y desviación estándar

Indicador	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	384	1.00	3.00	1.8958	0.70772

Fuente: Encuesta realizada en noviembre 2009. Elaborado por el autor

La media aritmética de 1.8490 corresponde a **las edades**: entre 20 – 40 años 118 (31%), 41 – 60 años 188 (49%) y 61 a más años 78 (20%) asegurados encuestados respectivamente en los establecimientos de EsSalud de una muestra de 384 personas, siendo el de mayor número de encuestados las edades de 41 – 60 años 188 (49%), seguido los de 20 – 40 años con 118 (31%) y de 61 años a más con 78 (20%). El grupo de mayor porcentaje de encuestados nos permite contar con respuestas sólidas por la madurez de las personas encuestadas para nuestra investigación.

Las puntuaciones de los géneros se desvían de 1.8958 (Media Aritmética), en promedio, 0.70772 unidades (Desviación Típica) de esta variable interviniente.

## 4.2 Prueba de Hipótesis

### 4.2.1 Vinculación entre accesibilidad de cobertura asistencial y percepción de la satisfacción de los asegurados de EsSalud.

Tabla N° 4.11

Resultado de medición de percepción de satisfacción de los asegurados y accesibilidad de cobertura asistencial

	Percepción de satisfacción de los asegurados	%	Accesibilidad de cobertura asistencial	%
Bueno	103	27	129	34
Malo	281	73	255	66
<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>100</b>	<b>384</b>	<b>100</b>

Tabla N° 4.12

Percepción de satisfacción de los asegurados y accesibilidad de cobertura asistencial: Valores media aritmética, desviación estándar, mínimo y máximo.

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Percepción de satisfacción de los asegurados	384	1.7318	0.44362	1.00	2.00
Accesibilidad de cobertura asistencial	384	1.6641	0.47293	1.00	2.00

Tabla N° 4.13

Prueba de Chi – Cuadrado de las variables: Cobertura de la atención de los asegurados y Satisfacción en los servicios de Salud.

	Percepción de satisfacción de los asegurados	Accesibilidad de cobertura asistencial
Chi-cuadrado	82.510	41.344
Grado de libertad	1	1
Sig.	0.000	0.000

Fuente: Encuesta realizada en noviembre 2009. Elaborado por el autor

De acuerdo al valor Sig., se concluye que existe vinculación entre la cobertura de la atención de los asegurados y satisfacción en los servicios de Salud a un 5% de nivel de significación.



## 4.2.2 Vinculación entre el porcentaje de asegurados atendidos y la capacidad física instalada en los servicios de salud.

Tabla N° 4.14

Resultado de medición del porcentaje de producción de salud de capa simple y Capacidad física instalada.

	Producción de salud de capa simple	%	Capacidad instalada	%
Bueno	1	4	0	0
Regular	10	48	1	33
Malo	10	48	2	67
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

Tabla N° 4.15

Porcentaje de producción de salud de capa simple y Capacidad física instalada:  
Valores: Mínimo y máximo, media aritmética y desviación estándar

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Producción de salud de capa simple	21	1.0000	3.00000	2.43	0.60
Capacidad instalada	3	2.0000	3.00000	2.67	0.58

Tabla N° 4.16

Prueba de Chi – Cuadrado de las variables producción de salud de capa simple y Capacidad física instalada

	Capacidad instalada	Producción de salud de capa simple
Chi-cuadrado	0.333	7.714
Grado de Libertad	1	2
Sig.	0.564	0.021

Fuente: Encuesta realizada en noviembre 2009. Elaborado por el autor

De acuerdo al valor Sig., se concluye que no existe vinculación entre capacidad instalada ( $\alpha > 0.5$ ) y producción de salud de capa simple ( $\alpha < 0.5$ ) a un 5% de nivel de significación.

#### 4.2.3 Vinculación entre el índice de cobertura de la atención a los asegurados con la oferta de servicios de salud en la atención de capa simple.

Tabla N° 4.17  
Resultado de medición de oferta de servicios de salud y cobertura asistencial

	Nivel de calificación de oferta de servicio de servicios de salud	%	Cobertura asistencial	%
Bueno	28	7	0	0
Regular	119	31	1	33
Malo	237	62	2	67
<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

Tabla N° 4.18  
Medición de oferta de servicios de salud y cobertura asistencial. Valores: Mínimo y máximo, media aritmética y desviación estándar

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Cobertura asistencial	3	2	3	2.67	0.58
Nivel de calificación de oferta de servicio de salud	384	1	3	2.54	0.63

Tabla N° 4.19  
Prueba de Chi – Cuadrado de las variables oferta de servicios de salud y cobertura asistencial

	Cobertura asistencial	Nivel de calificación de oferta de servicio de salud
Chi-cuadrado	0.333	171.578
Grado de Libertad	1	2
Sig.	0.564	0.000

Fuente: Encuesta realizada en noviembre 2009. Elaborado por el autor

De acuerdo al valor Sig., se concluye que no existe vinculación entre cobertura asistencial ( $\alpha > 0.5$ ) y oferta de servicios de salud ( $\alpha < 0.5$ ) a un 5% de nivel de significación.

#### 4.2.4 Vinculación entre el porcentaje de eficacia de la producción, la oferta de los servicios de EsSalud y la satisfacción de los asegurados.

Tabla N° 4.20  
Resultado de medición de oferta de servicios de salud, producción de salud de capa simple y satisfacción de los asegurados.

	Nivel de calificación de oferta de servicio de salud	%	Producción de salud de capa simple	%	Percepción de satisfacción de los asegurados	%
Bueno	28	7	1	4	103	27
Regular	119	31	10	48	0	0
Maló	237	62	10	48	281	73
<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>384</b>	<b>100</b>

Cuadro N° 4.21  
Medición de oferta de servicios de salud, producción de salud de capa simple y satisfacción de los asegurados. Valores: Mínimo y máximo, media aritmética y desviación estándar.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. ttp.
Nivel de calificación de la oferta de servicio	384	1	3	2.5443	0.62841
Producción de salud de capa simple	21	1	3	2.4286	0.59761
Percepción de la satisfacción de los asegurados	384	1	2	1.7318	0.44362

Cuadro N° 4.22  
Prueba de Chi – Cuadrado de las variables oferta de servicios de salud, producción de salud de capa simple y satisfacción de los asegurados.

	Producción de salud de capa simple	Nivel de calificación de oferta de servicio de salud	Percepción de satisfacción de los asegurados
Chi-cuadrado	7.714	171.578	82.510
Grado de Libertad	2	2	1
Sig.	0.021	0.000	0.000

De acuerdo al valor Sig., se concluye que existe vinculación entre oferta de servicios de salud, producción de salud de capa simple y satisfacción de los asegurados a un 5% de nivel de significación.

Fuente: Encuesta realizada en noviembre 2009. Elaborado por el autor

## 4.2.5 Vinculación entre el índice de concentración de la consulta externa y la satisfacción de los asegurados.

Cuadro N° 4.23

Resultado de medición de concentración de la consulta externa y satisfacción de los asegurados

	Concentración de la consulta externa	%	Percepción de satisfacción de los asegurados	%
Bueno	0	0	103	27
Regular	1	33	0	0
Malo	2	67	281	73
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>384</b>	<b>100</b>

Cuadro N° 4.24

Medición de concentración de la consulta externa y satisfacción de los asegurados.  
Valores: Mínimo y máximo, media aritmética y desviación estándar

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Percepción de satisfacción de los asegurados	384	1	2	1.73	0.44
Concentración de la consulta externa	3	2	3	2.67	0.58

Cuadro N° 4.25

Prueba de Chi – Cuadrado de las variables concentración de la consulta externa y satisfacción de los asegurados

	Concentración de la consulta externa	Percepción de satisfacción de los asegurados
Chi-cuadrado	0.333	82.510
Grado de Libertad	1	1
Sig.	0.564	0.000

Fuente: Encuesta realizada en noviembre 2009. Elaborado por el autor

De acuerdo al valor Sig., se concluye que no existe vinculación entre concentración de la consulta externa ( $\alpha > 0.5$ ) y satisfacción de los asegurados ( $\alpha < 0.5$ ) a un 5% de nivel de significación.

## **CAPITULO V**

### **DISCUSION DE LOS RESULTADOS**

#### **5.1 Contratación de hipótesis con los resultados**

Se aporta evidencia empírica a favor de la hipótesis de investigación, al establecerse correlación al 5% del nivel de significancia entre cobertura y la satisfacción de atención 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, se vienen agudizando y encareciendo sus costos de servicio al no tener un enfoque de salud y economía diseñada para resolver los principales problemas que trasciende en la satisfacción de sus clientes (asegurados).

La organización mundial de la salud, 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 en función al planteamiento de los problemas, está documentado en los informes proporcionado por la Gerencia Central de Planificación y Desarrollo de EsSalud, siendo los resultados siguientes:

EsSalud dejó de atender a 3'587,615 asegurados esto por una menor cobertura de 47%, menor rendimiento hora médico de 0,4 y capacidad física instalada ociosa de 0,61 veces, que equivale a 1'244,746 consultas médicas externas de capa simple.

El índice de cobertura asistencial que establece la OMS es 75%, sin embargo EsSalud en el año 2008 solo pudo coberturar el 53% de asegurados, es decir, solo atendió a 4'045,608 asegurados, a pesar de contar con oferta asistencial de 7,856 médicos, 5,453 consultorios físicos, 2,012 consultorios funcionales, 6,714 camas hospitalarias, 223 salas quirúrgicas y 416 consultorios odontológicos (Tabla N° 2.11) para 342 establecimiento a nivel nacional, (Tabla N° 2.5).

Respecto al porcentaje de eficacia de la producción en salud de capa simple, que corresponde al resultado ente programado versus ejecutado el año 2008, se tuvo en consulta médica 92% de eficacia, atenciones odontológicas 89%, atenciones psicológicas 81%, partos normales 94%, cirugía menor 82%, exámenes de laboratorio 98% y exámenes de imagen 97%, es decir dejó de atender 1'244,746 consulta médica y menores cupos de atención en -8% en consulta médica, (Tabla N° 4.1). Esta situación trasciende en el nivel de satisfacción, por cuanto la encuesta realizada confirma que el 55% de encuestados en una muestra de 384 personas aseguradas de EsSalud consideran estar insatisfecho.

La oferta de servicios de salud medido en capacidad física instalada de EsSalud fue utilizada en 1.89 veces, es decir la capacidad instalada ociosa fue de 0.61 veces, hecho que trasciende tanto en cobertura asistencial como en porcentaje de eficacia de producción de salud de capa simple, por lo que el nivel satisfacción de los asegurados y los cupos de atención para su tratamiento se verían perjudicados en -8%. A ello se suma el elevado tiempo de espera entre 49" a 53", situación que origina un 35% de deserción de pacientes programados en citas futuras, por lo que el nivel de percepción de satisfacción es 73% malo, 62% de baja calidad en los servicios de salud y menor accesibilidad a los servicios médicos en 66%, (Tabla N° 4.3).

La concentración alcanza 3.6 atenciones, situación que favorece a pacientes continuadores, limitando la oportunidad en accesibilidad a pacientes nuevos y aquellos que vuelven por una segunda vez al servicio médico, todo ello, trasciende directamente en la cobertura asistencial y por consiguiente en el nivel de satisfacción de los asegurados de EsSalud. Esta inadecuada utilización de la cobertura asistencial por deficiente política de programación médica, menor número horas efectivas, exceso capacidad física instalada ociosa, alto número de equipos obsoletos (Tabla N° 2.6), escasez de insumos médicos e inadecuada distribución de su infraestructura, así como también del resultado de la encuesta realizada respecto a la percepción de la insatisfacción de lo asegurados de EsSalud en 73%, sustenta que, tanto la cobertura como la satisfacción de los asegurados están relacionados, es decir, que nuestra hipótesis general es

aceptada, por la correlación entre sus medias estadísticas y por el grado de significación  $\alpha = 0.000 < 0.05$  en la prueba Chi-Cuadrado de 41.344 y grado 1 de libertad, mostrando la validez de la hipótesis considerado también para su validez la indagación a una muestra de 384 personas.

Estos son pues los resultados en función al planteamiento de los problemas específicos que en conclusión son desalentadores para los asegurados por la baja accesibilidad a los servicios y el bajo nivel de optimización de la cobertura asistencial en EsSalud, teniendo su efecto en el alto nivel de insatisfacción a pesar de contar con recursos humanos y equipos e infraestructura, (Tabla N° 2.11).

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 (Ver Anexo N° 3) 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 79% de una muestra de 384 encuestados, (Tabla N° 4.4).

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 del 30% de accesibilidad en capa simple, es decir, nuestra propuesta de implementación de la Clínica THAB SAC brindaría una 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, (Cuadro N° 5.1).



Cuadro N° 5.1

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
<b>Total</b>	<b>57</b>					<b>900</b>	<b>2,016</b>

<b>Horas Programadas</b>	<b>4</b>
--------------------------	----------

<b>Total día Anual</b>	<b>2,916</b>
	<b>839,808</b>

El análisis de la 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 la inadecuada optimización de cobertura asistencial en EsSalud, que trasciende en el 73% de insatisfacción de sus asegurados, en ese orden, se aporta afirmación de vinculación entre cobertura 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, al alcanzar un 53% (año 2008), debiendo ser por lo menos 75% de población objetivo (7'633,223 asegurados). Confirmando en el resultado de la encuesta un 22% de cobertura menos calificada.

El descontento del asegurado de EsSalud se ve también reflejado básicamente al no contar con cupos (citas) de atención médica (Cobertura) y otras especialidades, por lo que su tratamiento se hacen más agudos y crónicos en los niveles de capa simple y compleja, por el incumplimiento del 100% como meta programada.

Asimismo, el no optimizar cobertura asistencial es reflejo también de una mala programación y distribución del recurso médico, tal como se muestra en las Tablas N° 2.8 y 2.11, donde el rendimiento médico del Hospital Angamos fue de 4.8, Policlínico Próceres 4.9 y Policlínico Mongrut 5, su índice de utilización de consultorios físicos fue de 2.05, 2.05 y 4 respectivamente y su concentración 4.3, 3.6 y 3.9 respectivamente, que trasciende en el nivel de satisfacción de sus asegurados al confirma en la encuesta realizada, un nivel de expectativa negativo del servicio que recibe del 73%.

El grado de insatisfacción de los asegurados por la atención que recibe, es cada vez mayor, por deficiencia en cobertura asistencial, toda vez que el asegurado tiene un promedio de concentración de 3.6, cuando debería ser de 4.5, es decir, que el paciente rota en el mismo establecimiento 0.9 veces más, convirtiéndose en paciente consecutivo, al no ser tratado eficientemente su enfermedad por la falta de cobertura asistencial, tal como se muestra en el cruce de las variables concentración de la consulta externa y la satisfacción de los asegurados, Tabla N° 4.21 y 4.22

Situación similar son los resultados de nuestra investigación en los establecimientos ubicados en los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y Jesús María, donde su promedio de tiempo de espera es de 49, 46 y 49 minutos respectivamente, esto repercute en la medición de la calidad de los servicios (62% malo) y en el grado de satisfacción del asegurado (55% malo).

La experiencia del autor en gestión de salud, diversas investigaciones recogidas y el resultado de nuestro análisis, así como también de gerentes centrales de 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 como 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 los documentos recogidos y el resultado de la prueba chi-cuadrado en las dos variables (Cobertura – Satisfacción) ayuda a proponer en materia de gestión administrativa de servicios de salud a ver cifras de resultado de baja cobertura que trasciende en el grado de satisfacción, por la disminución de accesibilidad a los establecimientos, 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, mayor índice de satisfacción de los asegurados en EsSalud, ya sea para mejorar accesibilidad, adecuada gestión médica ó mayor capacidad de oferta de servicios para la atención médica oportuna

Asimismo, las alternativas que permitan optimizar los servicios en EsSalud, ya sea mediante una alianza estratégica traducido en un convenio marco, entre el sector privado con el público, permitirá ampliar la cobertura del nivel de capa simple en mejora de la satisfacción de las prestaciones de salud de los asegurados y la imagen de EsSalud, motivo por el cual, el caso Clínica THAB SAC, es una buena alternativa de solución que podrá ser visto con mayor amplitud en el Anexo N° 3.

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 siguiente:

La hipótesis específica H<sub>1</sub> sustenta su planteamiento al ver reflejada la asimetría entre capacidad física instalada asistencial y porcentaje de asegurados atendidos, permite afirmar dicha hipótesis, Tabla N° 4.16. La capacidad física (capacidad instalada) está por debajo del estándar de 2.5, es decir, que cada consultorio físico debe ser utilizado en dos turnos y medio veces, entre el número de médicos con que cuentan los establecimientos ubicados en los distritos señalados. Asimismo la Tabla N° 2.11 muestra una utilización para el Hospital Angamos 2.05, Pol. Próceres 2.05 y Pol. Mongrut 4 veces, no teniendo vinculación con el número de consultas atendidas de 393,119, 187,714 y 183,893 respectivamente, tal como se muestra en la Tabla N° 2.9, debiendo ser 479,413, 213,311 y 185,751 consultas respectivamente. Es decir la vinculación entre la capacidad física no es la misma que el número de asegurados atendidos en el año 2008, con ello y con el resultado de nuestra prueba Chi-Cuadrado (Tabla 4.16) queda demostrada que de acuerdo al valor Sig., se concluye que no existe vinculación entre capacidad instalada ( $\alpha > 0.5$ ) y producción de salud de capa simple ( $\alpha < 0.5$ ) a un 5% de nivel de significación.

La hipótesis específica H<sub>2</sub> permite señalar que la cobertura asistencial en los niveles esenciales como el potencial humanos y equipamiento e infraestructura no son suficientes para el número de atenciones de capa simple en las ofertas de servicios (Laboratorio, Examen Radiológico), la afirmación se sostiene en el resultado del cruce de variables Prueba del Chi-Cuadrado que de acuerdo al valor Sig., se concluye que no existe vinculación entre cobertura asistencial ( $\alpha > 0.5$ ) y oferta de servicios de salud ( $\alpha < 0.5$ ) a un 5% de nivel de significación (Tabla N° 4.19) y que en el resultado de la encuesta considera que dicho servicio de oferta asistencial es malo en 62%, calidad del servicio de ayuda al diagnóstico 71%

regular y 51% califica como malo la entrega de resultados de ayuda al diagnóstico. A lo señalado se suma como factor relevante el horario de trabajo médico que debería ser de 8 horas de trabajo diarios efectiva y no 4 horas como es actualmente y utilizar 2.5 veces la capacidad instalada, es decir los consultorios físicos de la consulta externa y en tres turnos, esto permitiría una mayor cobertura asistencial, pero la realidad sobre la base de la información proporcionada, hace que no exista relación entre cobertura y oferta de servicios de salud, debido a sus rendimientos asistenciales. Con el número de 80, 39 y 61 médicos, los establecimientos que son materia de nuestra investigación pueden no solamente cumplir con el indicador promedio de análisis por consulta y el promedio de exámenes radiológicos por consulta (estándar de 1), sí no también lograr el 100% de su metas con un rendimiento de 5 pacientes /hora. En ese sentido, la cobertura actual no guarda relación con la oferta asistencial por una inadecuada optimización de cobertura asistencial.

La hipótesis específica H<sub>3</sub>: nos permite evidenciar que efectivamente el porcentaje de eficacia de la producción, la oferta de servicios con la satisfacción tienen diferencias, su validez de acuerdo al valor Sig., se concluye que existe vinculación entre oferta de servicios de salud, producción de salud de capa simple y satisfacción de los asegurados a un 5% de nivel de significación (Tabla N° 4.22). El porcentaje de eficacia muestra estar por debajo del 100% como meta base programada (Tabla N° 4.1) y, los indicadores de la oferta de servicios (Tabla N° 2.8) están por debajo del estándar de la OMS. Mientras que el grado de insatisfacción de los asegurados es 55% por el servicio médico que recibe y su percepción de satisfacción es 73% negativo, confirmando que existen diferencias entre las variables que repercuten directamente en nivel de satisfacción de los asegurados de EsSalud.

La hipótesis específica H<sub>4</sub>: nos permite sustentar que la concentración de consulta externa y satisfacción de asegurados, efectivamente, no existe vinculación de acuerdo al valor Sig., de la prueba Chi-Cuadrado que concluye que no existe vinculación entre concentración de la consulta externa ( $\alpha > 0.5$ ) y satisfacción de

los asegurados ( $\alpha < 0.5$ ) a un 5% de nivel de significación, con 1 grado de libertad. El resultado de la concentración está por debajo del estándar de 4.5, esto significa que los asegurados no están siendo bien tratados preventiva y recuperativamente en la atención de nivel de capa simple, teniendo su efecto en la satisfacción de los asegurados, es decir, que al convertirse en continuador su tratamiento no está siendo bien diagnosticado, incrementando la demanda de atención médica y disminuyendo la cobertura asistencial (disminución de cupos, incremento de tiempo de espera). El análisis de cobertura asistencial de cada uno de los establecimientos en los distritos que son materia del análisis de investigación, son 17%, 11% y 18%, cuando deberían ser del 75% como estándar de la OMS. Asimismo la concentración está por debajo de 4.5, Hospital Angamos 4.3, Pol. Próceres 3.6 y Pol. Mongrut 3.9, todo ello repercute en elevar el nivel de insatisfacción del servicio de salud, concluyendo que no existe relación entre concentración de los pacientes y el grado de satisfacción que son materia de investigación.

## **5.2 Contratación de resultados con otros estudios similares**

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 Martínez R., Armando, Valencia J., Gustavo, y Donabedian, 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, 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 asegurada en el año 2008 son derechohabientes (conyugues e hijos 3'501,213 asegurados).

## CONCLUSIONES

- 1 Se aporta evidencia empírica a favor de las hipótesis de investigación, al establecerse correlación con nivel de significación de 5% entre las variables cobertura de atención de los asegurados y satisfacción de atención de los asegurados de EsSalud de los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel, demostrando de esta manera la necesidad de la puesta en marcha de la Clínica T&H, como una alternativa de ampliar la cobertura asistencial en EsSalud en 30% y por consiguiente mejorar el nivel de satisfacción de sus asegurados.
- 2 El resultado del análisis de la variable Cobertura de atención de los asegurados en EsSalud y, sus dimensiones: capacidad instalada de 1,89 veces su utilización, implica incumplimiento a lo establecido por la OMS de 2.5 veces, la cobertura de atención de los asegurados fue del 53% cuando EsSalud debería lograr el 75%, y con respecto al porcentaje de eficacia de producción de salud de capa simple se tiene menos del 100%.

Asimismo, la variable satisfacción en los servicios de salud con tres dimensiones: rendimiento hora médico alcanzo solo el 4.6 paciente / hora, cuando la OMS indica como estándar 5,0 paciente / hora, el promedio de tiempo de espera creció de 30 minutos como estándar a 53 minutos y la concentración llegó a 3.6 veces de permanencia en el establecimiento.

Todas estas variables confirman la hipótesis planteada, así como la relación entre estas dos variables principales, debido a que una mala optimización de cobertura trasciende en la satisfacción del asegurado, a menor cobertura mayor insatisfacción.

- 3 El número de asegurados que deja de atender EsSalud fue de 3'587,615 por una débil gestión de cobertura que representa el 47%, es decir, este resultado difiere con el estándar de 75%, trasladándose esta población al MINSA, EPS o



Clínicas Privadas, dependiendo de los recursos con que cuente el asegurado, esto definitivamente que genera insatisfacción en el asegurado.

- 4 La percepción que tiene el asegurado de EsSalud con respecto a los servicios que recibe es desalentador en 73% de 384 encuestados entre los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel. Asimismo, la inadecuada optimización de su actual cobertura asistencial se ve reflejado en el grado de oportunidad en la atención, llegando al 19% de oportunidad de un 81% de inoportuno en la atención, su accesibilidad es solo 34%, la calidad en el servicio de ayuda al diagnóstico es regular en un 71% y la percepción positiva que tiene el asegurado con el personal médico es 19%, esto indudablemente que repercute también en la satisfacción del asegurado.
- 5 Los asegurados están de acuerdo con la participación de las entidades privadas en 79% de encuestados, permitiendo la posible inclusión de la Clínica THAB SAC. Las encuestas nos indica que el 79% les gustaría que EsSalud establezca contratos con clínicas privadas, mejorando así la imagen, la satisfacción de sus asegurados y optimizando la cobertura asistencial en EsSalud, ya que la población de capa simple ya no se atendería en los niveles de capacidad resolutive compleja, que actualmente tiene poca posibilidad de accesibilidad a la consulta externa y tratando de llegar su necesidad por emergencia, generando disconformidad en su tratamiento.
- 6 Se acepta la primera hipótesis específicas ( $H_1$ ) no existiendo vinculación entre el porcentaje de asegurados atendidos y la capacidad instalada física por atender en los servicios de salud; Debido a que solo EsSalud utiliza el 1,89 veces de su capacidad cuando la OMS indica que deben ser 2.5 veces, y el resultado de la encuesta es elocuente respecto al grado de accesibilidad, debido a que el 66% de encuestadores indican que no encuentran cita de manera oportuna.

- 7 Se acepta la segunda hipótesis específicas ( $H_2$ ) referida a que no existe vinculación entre el índice de cobertura de la atención a los asegurados con la oferta de servicios de salud en la atención de capa simple; debido a que la cobertura solo alcanza el 53% y la oferta de los servicios tiene el 19% de oportunidad a estos servicios y 7% de buena calidad en el servicio que brinda. Pudiendo esto ser mejor con la infraestructura actual, mejorando la programación laboral entre otros factores que se verá en la recomendación.
  
- 8 Se acepta la tercera hipótesis específicas ( $H_3$ ) referida a la diferencia entre el porcentaje de eficacia de la producción, la oferta de los servicios de salud y la satisfacción de los asegurados; debido al análisis de los documentos de EsSalud en materia de eficacia en la producción de capa simple, están por debajo del 100% como meta planteada anualmente, la oferta de los servicios es mayor en infraestructura y equipos detallados en la parte del marco teórico de nuestra investigación, repercutiendo definitivamente en el nivel de satisfacción de los asegurados.
  
- 9 Se acepta la cuarta hipótesis específicas ( $H_4$ ) referida a que no existe vinculación entre la concentración de la consulta externa y la satisfacción de los asegurados; debido a que cuanto más permanece un paciente en un establecimiento implica que la prescripción médica en la consulta externa es mala, haciendo pasar al paciente de un lugar a otro, con demoras de cupos de citas y en espera en largas colas, dando como resultado un paciente crónico y con un alto grado de insatisfacción del servicio recibido por parte de EsSalud, es así que el indicador de la concentración en la variable  $Y_3$  es de 3.6 y la respuesta de los asegurados con respecto a la calidad del servicio es 62% malo y 31 regular.

## RECOMENDACIONES

1. EsSalud debe considerar dentro de los lineamientos de política la participación del sector privado, en la solución de los problemas de cobertura asistencial, a efecto de que como se ha considerado en la primera conclusión la Clínica THAB se considera una alternativa de solución con resultados de corto plazo, en cuya propuesta resumida aparece en el Anexo N° 3.
2. EsSalud debe replantear su metodología de gestión programática de cobertura asistencial, para lograr que el personal médico labore efectivamente 6 horas y no cuatro horas efectivas como se viene presentado sin ningún aporte de investigación científica médica, así como también debe de ampliar la atención a tres turnos en horario corrido y replantear la distribución de equipos médicos a nivel nacional.
3. EsSalud debe impulsar la capacitación trascendental a efecto de mejorar el trato al paciente y la calidad del servicio médico en los establecimientos de salud, impulsando la técnica del protocolo de atención, es decir invertir el 5% del presupuesto Institucional en capacitación.
4. Redistribuir a la población asegurada a los niveles de menor nivel de capacidad resolutiva, a efecto de descongestionar los establecimientos de capa compleja, esto permitirá que la capa simple no distraiga recursos médicos especializados, administrativos y asistenciales. Sobre todo en la Emergencia y Urgencia.
5. EsSalud debe de realizar alianzas estratégicas permitiendo la presencia del sector privado mediante convenios interinstitucionales, ampliando la cobertura asistencial en toda su dimensión, esto le permitirá optimizar y ampliar la cobertura de servicios de salud y mejorar la calidad en los

servicios, logrando la satisfacción de sus asegurados. El outsourcing al sector empresarial privado en los nudos críticos de la administración en salud, tales como: Abastecimiento de recursos médicos, gestión financiera y Proyectos, servicios intermedios, medicina física y rehabilitación y sistemas, deben ser privatizados urgentemente.

6. EsSalud debe mejorar la vigilancia epidemiológica por cada establecimiento, a efecto de impulsar estrategias de corto plazo en programas preventivos promocionales de capa simple con es el caso de los itinerantes, unidad básica de atención ambulatoria (UBAM), permitiendo el acceso a clínicas privadas en segmentos estratégicos poblacionales de EsSalud.
  
7. EsSalud debe tercerizar las ofertas de servicios de salud de manera progresiva, a efecto de mejorar la calidad y oportunidad de los servicios, mediante convenios marcos y contratos de cesión en uso, esto disminuye el alto grado de equipos obsoletos, disminución de costos de producción, reducir el alto costo de mano de obra y optimizar la capacidad física instalada ociosa, brindando un adecuado servicio al asegurado.

## REFERENCIALES

- ALESSO, FERNANDO. **Redes de Cobertura Medico – Asistencial**. Argentina. Tesis para grado de magister. pp. 38-42. 2005.
- AMERICAN MARKETING ASSOCIATION. **Dictionary of Marketing Terms**. EEUU. pp. 13-14. 2007. Visitado: 22/05/2009. [www.ama.pdx.org](http://www.ama.pdx.org).
- ANDÍA ROMERO, CARIA MABEL, PINEDA APARICIO, ANGEL MAURICIO, MARTÍNEZ
- AVILA MORALES, HERNÁN. **Metodología de la Investigación Aplicado a los Negocios**. Lima – Perú. 2010.
- CEVALLOS, CARLOS Y SACO MÉNDEZ, SANTIAGO. **Satisfacción del Usuario de los Servicios de Hospitalización del Hospital Nacional Sur Este de EsSalud Cusco - Noviembre a Diciembre 2000**. Perú. Centro de Investigación de la Universidad Mayor de San Marcos. pp. 25-48 2001. Visitado: 16/02/2009. [www.umsm.edu.pe](http://www.umsm.edu.pe).
- ANDRADE ESPINOZA, SIMON. **Diccionario de Economía**. México. Editorial Andrade Tercera Edición. pp. 55-61. 2007.
- ASOCIACION CHILE – FRANCES DE PROFESIONALES. **Seguro Total de Salud**. Chile. 2007. [www.acfi.cl/](http://www.acfi.cl/). pp. 2-5. Visitado: 30/11/2008.
- BROW W Y MOBERG D. **Teoría de la organización y la Administración: enfoque integral**. México. Editorial Limusa. V1. pp. 17-49. 1997.
- BUSTAMANTE ARCE, FREDDY ELÍAS. **Medición de la Calidad en los Servicios de Salud en el Centro de Salud El Porvenir**. Perú. Tesis Investigación Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Ciencias Matemáticas. EAP de Estadística. pp. 18-35. 2002.
- CANTUN SANCHEZ, ARTURO. **Necesidades esenciales en México: situación actual y perspectivas al año 2000 – Salud**. México. V.4, 5ta Edición. pp 45. 2000.
- CÓRDOVA BONIFACIO, VÍCTOR. **Satisfacción del usuario externo en el área de emergencia del Hospital Grau, en relación con la motivación del personal de salud**. Perú. Tesis grado de Magister Universidad Mayor de San Marcos. pp. 45. 2007.

CULTURA S.A.. **Diccionario de Marketing**. España. Editorial Cultura S.A. ISBN: 978-84-8055-255-4. V.1.pp. 25-28. 1999.

CHIAVENATO, IDALBERTO. **Introducción a la Teoría General de la Administración**. Séptima Edición. McGraw-Hill Interamericana. pp.52. 2004.

DE MICHELE, ENRIQUE. **Ley Banzas de Moreau**. Argentina. Boletín oficial del autor. pp. 22. 1997. Visitado: 20/07/2009.

<http://74.125.113.132/search?q=cache:tDRCJH74KBUJ:www.elmedicoauditor.com.ar/HAYQUEDEFENDERSIEMPREALCONSUMIDOR.doc+De+Michele,+Enrique:+LEY+BANZAS&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe>.

DONOBEDIAN, AVEDIS. **La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación**. Argentina. Fundación Avedis Donabedian Simposio Nacional sobre la Calidad Médica. 1990.

EIGLIER, PIERRE - LANGEARD, ERIC. **SERVUCCIÓN: "EL MARKETING DE SERVICIOS"**. Argentina. AISBN: 84-7615-327-9, Editorial McGraw-Hill. Ed.1. pp. 20-78. 2006.

ESSALUD. **Compendio Estadística de ESSALUD 2004 al 2006**. Perú. 2007. [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe). Visitado: 19/07/2009.

ESSALUD. **Boletín Estadístico de ESSALUD 2008**. Perú. 2008. Visitado: 15/07/2009 y 28/10/2009. [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe) (Intranet).

[www.risolidaria.org.pe/modulo/upload/discapacidad/derechos/31249353.doc](http://www.risolidaria.org.pe/modulo/upload/discapacidad/derechos/31249353.doc).

ESSALUD. **Memoria Anual del Seguro Social de Salud 2005 - 2008**. Perú. 2007. Visitado: 19/07/2009. [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe).

ESSALUD. **ESSALUD EN CIFRAS**. Perú. 2005. Visitado: 19/07/2009. [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe).

ESSALUD. **Presentación del presidente ejecutivo de EsSalud ante la comisión de seguridad social del congreso de la república (Julio-Agosto/03)**. Perú. 2003. Visitado: 19/07/2009. [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe) (Intranet).

ESSALUD. **Informe de producción mensual, anual y trimestral en ESSALUD. año 2008**. Perú. 2008. Visitado: 19/07/2009 y 28/10/2009. [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe). (Intranet).

PEDRO FLORES POLO. **Ley de Creación del Seguro Social de Salud, Ley N° 27056**. Perú. Publicado EL PERUANO (27/04/1999), Capítulo I: Definiciones, Objeto y Funciones. Artículo 2°. pp. 2-3. 1999.

FINLAY, CARLOS. **Cubana Salud Pública**. Cuba. Revista cubana de la salud pública. Vol. 35. Nº 02. Versión ISSN 0864-3466. pp. 50-56. 2000.

FISHER, LAURA Y ESPEJO, JORGE. **Mercadotecnia**. México. Editorial Mc Graw Hill. 3ra Edición. pp. 31-42. 2008

GASTAÑADUÍ R., ÁLVARO y SERRA F., RICARDO. **En el 2011 EsSalud tendrá 10 millones de asegurados**. Perú. Periódico "EL COMERCIO". Sección suplementos. pp.1. 2008. Visitado: 07/07/2009.  
<http://elcomercio.pe/edicionimpresa/HTML/2008-09-07/en-2011-essalud-tendra-10-millones-asegurados.html>.

HERNÁNDEZ S., ROBERTO, FERNÁNDEZ C., CARLOS Y BAPTISTA L., PILAR. **Metodología de la investigación**. México. Tercera edición, Mc Graw Hill, pp. 6. 2003.

ILZARBE IZQUIERDO, LAURA. **Teoría y Práctica de la Calidad: Análisis de la Satisfacción del Cliente**. Argentina. Editorial Thomson. pp 35-65. 2007

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. **Encuesta Nacional de Hogares Informe IV**. Perú. 2007.

JARAMILLO PEREZ IVAN. **La Nueva Descentralización y su Impacto en las Relaciones Intergubernamentales**. España. IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. 2004.

JARO, JAIME. **La Calidad de la Atención Médica**. España. Dirección Médica de Valencia – Editorial. Vol. 104. Núm. 14. 1995. Visitado 23.03.2009

KUMATE J, BARNARD A. **La atención Primaria a la Salud como Instrumento de Desarrollo en México**. Salud Publica p; 31:177-1. México. 1988.

KOTLER, ARMSTRONG, CÁMARA Y CRUZ. **Libro: Marketing**, Décima Edición. 2007. Visitado 05/06/2009.  
[www.promonegocios.net/mercadotecnia/mercado-definicion-concepto.html](http://www.promonegocios.net/mercadotecnia/mercado-definicion-concepto.html).

LAMATA COTANDA., FERNANDO y SEGOVIA DE ARANA, JOSE MARIA. **Manual De Administración y Gestión Sanitaria**. España. Editorial Díaz de Santos, S.A. ISBN-13: 9788479783464. Primera Edición. pp. 53. 1998.

LENOIR, DANIEL Y VENNIN-LAIRD, MONIQUE. **Seguro de Enfermedad y Gestión Integral de la Atención a la Salud**. Francia. Asociación Internacional de la Seguridad Social. 2008. Visitado: 20.07.2009

MANKIW, GREGORY. **Principio de Economía**. España. Tercera edición. ISBN: 8497325346. Editorial Mc Graw Hill. 1998.

MARTÍNEZ COLL, JUAN. **Economía de la salud**. España. Libro de investigación ISBN-10: 84-689-9902. V.3. Cuarta Edición. pp. 128. 2001

MARTINEZ RAMIREZ, ARMANDO GUZMAN BIHOUE, BEATRIZ RUIZ OROZCO, PEDRO VAN-ICK PUGA, MIGUEL ANGEL LEON TRUJILLO, HECTOR Y MARTINEZ FLORES, ARMANDO. **Hacia una Estrategia de Garantía de Calidad: Satisfacción en la Utilización de los Servicios Médicos**. México. 1996.

MASSIP PÉREZ, CORALIA, ORTIZ REYES, ROSA MARÍA, LLANTÁ ABREU, MARÍA DEL CARMEN y PEÑA FORTES, MADAI. **La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad**. Cuba. Centro de investigación en Salud. 2008.

MICHELE, ENRIQUE. **Ley Banzas de Moreau**. Argentina. Documento Oficial del Parlamento Argentino.1997.

MINISTERIO DE SALUD. **Manual de indicadores Hospitalario**. Perú. Directiva PERU/MINSA/OGE N° 01/004. ISBN: 9972-820-27-0. pp.37-47. 2001. Visitado: 28.07.2009  
[http://www.dge.gob.pe/pub\\_herramientas.php?\\_pagi\\_pg=2](http://www.dge.gob.pe/pub_herramientas.php?_pagi_pg=2)

MINISTERIO DE SALUD. **La Satisfacción con el Sistema de Salud**. Estudio de Investigación. Chile. 2008.

OFICIALIA MAYOR DE CONGRESO. **Constitución Política del Perú**. Perú. Pp. 3

OLIVER, R. L. "A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions", *EEUU. Journal of Marketing Research*, Vol. XVII, pp. 46-469. 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Financiación Sostenible de la Salud, Cobertura Universal y Seguro Social de Enfermedad**. Suiza. Informe desarrollado en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, se examinó el seguro social de enfermedades del Documento A58/20. 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe sobre la Salud en el Mundo 2008**. Suiza. ISBN 978 92 4 356373 2. 2008. Visitado 22.04.2009. [www.who.int/es/](http://www.who.int/es/).



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-OPS. **Revista Panamericana de la Salud**. EEUU. Vol.4 n.5. 1998. Visitado. 22.04.2009.  
[www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020.49891998001100003](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020.49891998001100003).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-OPS. **Investigación Accesibilidad a los Servicios de Salud**. Brasil. pp. 30-42. 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS / ORGANISMO INTERNACIONAL DEL TRABAJO – OIT. **Informe Conjunto a la Comisión del Congreso de la República del Perú sobre la Situación de Aseguramiento en ESSALUD. 6 de Diciembre de 2006**. 2006. Visitado: 28.03.2009. [www.praes.org/eventos/tematicos/ops](http://www.praes.org/eventos/tematicos/ops).

RADA GABRIEL Y TOMÁS MERINO. **Informe "Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000"**. 2000. Visitado. 15.03.2009.

RAMÍREZ, HUMBERTO. **Otro factor de inequidad en sistema de salud**. Colombia. V.20 numero 1. 2002.

RAZETO M., LUIS. **Modelo de Optimización de la Cobertura y Calidad**. Chile. Universidad Bolivariana de Chile. Volumen 5. 2006.

RUELAS, ENRIQUE y QUEROL, JULIO. **Calidad y Eficiencia en las Organizaciones de Atención a la Salud**. México. D.F. Fundación Mexicana para la Salud. 1994.

RUIZ GÓMEZ, FERNANDO. **Sostenibilidad y Reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud**. Colombia. 2005.

SALAZAR BARRIGA, OSCAR. **Glosario Terminológico sobre Administración Públicas**. Perú. Publicado por la Universidad Mayor de San Marcos.2008. Visitado: 20.09.2008  
<http://www.unmsm.edu.pe/ogp/ARCHIVOS/Glosario/indn.htm>.

SEMINARIO, DINA. **XI Foro de Líderes Gubernamentales**. EEUU. Periódico EL COMERCIO. Sección suplementos del 27/03/2007. 2007. Visitado: 22/07/2009. [www.elcomercio.com.pe](http://www.elcomercio.com.pe).

SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES. **Características de la Cobertura**. Perú.2008. Visitado: 22.11.2008.  
[www.acfi.cl/SEGURO\\_SALUD\\_TOTAL.ppt#285.11](http://www.acfi.cl/SEGURO_SALUD_TOTAL.ppt#285.11).

**VALENCIA J. GUSTAVO, DR. MARCO V. Y DRA. OLGA V. SERRANO. La Investigación de Análisis de Medición de la Cobertura Asistencial.** México. Centro de Investigaciones del Instituto Nacional de Salud Pública de México; Vol. 32(5):552-565. 1990

**VARO, JAIME. La Calidad de la Atención Médica.** España. Dirección Médica de Valencia. Editorial Vol. 104. Núm. 14. pp. 14-78. 1995. Visitado 21.03.2009.

**VISION MÉDICA. Una Mirada a la situación de EsSalud.** Perú. Revista del Colegio Médico del Perú, Informe 35 V2. 2009.

**ZAS ROS, BÁRBARA. La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud.** Cuba. Instituto de Psicología Científica, Revista electrónica psicológica científica. pp. 9-12. 1980. Visitado. 19.09.2008. [www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-80-1-la-satisfaccion-como-indicador-de-excelencia-en-la-calidad-d.html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-80-1-la-satisfaccion-como-indicador-de-excelencia-en-la-calidad-d.html). 2002.

# **ANEXOS**

**ANEXO Nº 1 - MATRIZ DE CONSISTENCIA.**

**Título :** "Cobertura y Satisfacción en los Asegurados de EsSalud"  
**Autor :** Lic. Adm. Roberto Hernando Torres Huerta

<b>Problemas</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Hipótesis</b>	<b>Variables</b>	<b>Metodología</b>	<b>Universo de Asegurados</b>
<p><b>1. Problema Central</b></p> <p>¿Cuál es la vinculación entre la cobertura y la satisfacción de atención de los asegurados en el Seguro Social de Salud – EsSalud de los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel?</p> <p><b>2. Problemas Específicos</b></p> <p>1. ¿Cuál es el porcentaje que deja de atender EsSalud por la falta de capacidad física en los servicios de salud?</p>	<p><b>1.Objetivo General</b></p> <p>Establecer la vinculación entre la cobertura y la satisfacción de atención de los asegurados, a fin de proponer mejoras en la accesibilidad en un 30% que permita la satisfacción de los asegurados y un efectivo tratamiento médico para los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel.</p> <p><b>2. Objetivos Específicos</b></p> <p>1. Establecer el porcentaje de asegurados que deja de atender EsSalud por la falta de oferta de</p>	<p><b>1.Hipotesis General</b></p> <p>"Existe vinculación entre la cobertura y la satisfacción de atención de los asegurados del Seguro Social de Salud – EsSalud de los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel"</p> <p><b>2. Hipótesis Especificas</b></p> <p>H1: "No existe vinculación entre el porcentaje de asegurados</p>	<p><b>1. Variables Independientes</b></p> <p>X = Cobertura de la atención de los asegurados</p> <p><b>1.1 Indicadores</b></p> <p>X1 = Producción de Salud de Capa Simple  X2 = Cobertura Asistencial  X3 = Capacidad Instalada</p> <p><b>2. Variables Dependientes</b></p> <p>Y = La satisfacción en los servicios de salud</p> <p><b>2.1 Indicadores</b></p> <p>YY1 = Rendimiento Hora Médico  YY2 = Promedio de Tiempo de Espera  YY3 = Concentración de la</p>	<p><b>1.Método</b></p> <p>- Hipotético -  Deductivo</p> <p><b>2.Tipo</b></p> <p>- Aplicada</p> <p>- Descriptiva  Correlacional</p> <p><b>3. Diseño</b></p> <p>-No experimental  -Transaccional</p>	<p><b>1. Universo</b></p> <p>7'633,223 de asegurados a nivel nacional</p> <p><b>2. Población</b></p> <p>1.Miraflores  196,198</p> <p>2.Santago de Surco  160,566</p> <p>3.San Miguel  125,885</p> <p><b>Total:</b>  <b>482,649</b></p>

<p>2. ¿Cuál es Índice de la cobertura de la atención a los asegurados en la oferta de servicios de salud en la atención de capa simple?</p> <p>3. ¿Cuál es el porcentaje de eficacia de la producción, la oferta de servicios de EsSalud, con respecto al porcentaje de satisfacción de los asegurados?</p> <p>4. ¿Cuál es el Índice de la concentración asistencial, que repercute en la satisfacción de los asegurados de la consulta médica?</p>	<p>servicio asistencial.</p> <p>2. Determinar el índice de cobertura de la atención a los asegurados de acuerdo a la oferta de servicios de salud.</p> <p>3. Establecer el porcentaje de eficacia de la producción, la oferta de servicios de EsSalud para proponer mejoras en el uso y la disminución de los tiempos de espera de atención, mejorando tanto la accesibilidad geográfica y la satisfacción del asegurado.</p> <p>4. Establecer el índice de concentración, a fin de proponer mejoras en la ampliación de cobertura y satisfacción del asegurado.</p>	<p>atendidos y la capacidad física instalada en los servicios de salud"</p> <p>H<sub>2</sub>: "No existe vinculación entre el Índice de cobertura de la atención a los asegurados con la oferta de servicios de salud en la atención de capa simple"</p> <p>H<sub>3</sub>: "Existen diferencias entre el porcentaje de eficacia de la producción, la oferta de los servicios de EsSalud y la satisfacción de los asegurados"</p> <p>H<sub>4</sub>: "No existe vinculación entre el índice concentración de la consulta externa y la satisfacción de los asegurados"</p>	<p>Consulta Externa</p> <p><b>3. Variables Intervinientes</b></p> <p>Z= Asegurados de EsSalud</p> <p><b>3.1 Indicadores</b></p> <p><b>Z 1. Género</b></p> <p>Z1.1. = Varones Z1.2 = Mujeres</p> <p><b>Z2. Edad</b></p> <p>Z2.1 = 20 años a 61 años</p> <p><b>Z3. Distritos</b></p> <p>Z3.1 = Miraflores Z3.2 = Santiago de Surco Z3.3 = San Miguel</p>		<p><b>3. Muestra</b></p> <p>1.Miraflores 157</p> <p>2.Santiago de Surco 128</p> <p>3.San Miguel 99</p> <p><b>Total: 384</b></p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	5. Corroborar las teorías de cobertura asistencial y satisfacción de atención en los servicios de salud, por diversas investigaciones, informes de la OMS, OPS, documentos técnicos de EsSalud y experiencia de autor.				
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

**ANEXO Nº 2 - ENCUESTA DE MEDICION DE COBERTURA Y SATISFACCION EN**

**EsSalud.**



**Encuesta de medición de cobertura y satisfacción en EsSalud.**

**Datos Generales**

Sexo:

Edad:

Distrito:

Masculino	Femenino

20 a 40	41 a 60	Más de 61

Miraflores	
Stigo. Surco	
San Miguel	

**INTRUCCIONES**

A continuación conoce un listado de ítems relacionado con los servicios que le brinda EsSalud. Deberás colocar "X" en el rectángulo correspondiente según tu respuesta sea: Sí, No, Bueno, Regular ó Malo.

Gracias por colaborar; tu respuesta contribuirá a la mejora de estos servicios.

**Preguntas**

**2: Nivel de Satisfacción del Usuario**

**2.1: Percepción de la Satisfacción**

1. ¿Está usted satisfecho con el servicio que brinda ESSALUD?

Sí

No

**2.2: Oportunidades de Atención**

2. ¿La atención que brinda ESSALUD, es oportuno?

Sí

No

**2.3: Calificación del servicio**

3. ¿Cómo calificaría usted los servicios de salud que brinda ESSALUD?

Bueno

Regular

Malo

**2.4: Percepción del trato recibido (médico)**

4. ¿El trato que recibe del médico es?

Bueno

Regular

Malo

**2.5: Percepción del trato recibido (administrativo)**

5. ¿El trato que recibe del personal administrativo es?

Bueno		Regular		Malo	
-------	--	---------	--	------	--

2.6: Percepción del trato recibido (Asistencial)

6. ¿El trato que recibe del personal asistencial es?

Bueno		Regular		Malo	
-------	--	---------	--	------	--

2.7: Accesibilidad a las citas

7. Consigue usted, la cita oportunamente para su atención médica?

Si		No	
----	--	----	--

2.8: Calidad de los servicios de ayuda al diagnóstico

8. ¿Qué le parece el servicio de laboratorio, rayos x, ecografía y otros que brinda ESSALUD?

Bueno		Regular		Malo	
-------	--	---------	--	------	--

2.9: Rigidez de la entrega de resultados de ayuda al diagnóstico

9. ¿Dígame que tiempo se demora en la entrega de resultados de los análisis clínicos en ESSALUD?

Bueno		Regular		Malo	
-------	--	---------	--	------	--

3: Expectativa del Usuario

3.1: Participación de Entidades Privadas

10. ¿Considera Ud. necesaria la participación de las entidades privadas para mejorar la cobertura de la atención médica de ESSALUD?

Si		No	
----	--	----	--

3.2: Alianzas Estratégicas

11. ¿Dígame usted le gustaría que ESSALUD, tenga clínicas contratadas para mejorar la atención en los servicios de salud?

Si		No	
----	--	----	--

3.3: Amplitud de Cobertura Asistencial

1. ¿Dígame usted si le gustaría atenderse en: EsSalud: Clínica Prv: Otros:



### **ANEXO Nº 3 - RESUMEN EJECUTIVO PROYECTO CLINICA THAB S.A.C.**

Nuestra alternativa de solución permite optimizar la cobertura asistencial en EsSalud y consecuentemente mejorar el nivel de satisfacción de sus asegurados, es la puesta en marcha de la Clínica THAB S.A.C. que tiene como objetivo principal permitir a EsSalud ampliar su cobertura de capa simple en 35%, mejorar el acceso en esa misma proporción y su imagen como institución y sobre todo los niveles de satisfacción de servicios de salud a su población asegurada.

Esta nueva clínica se rige por los principios de la administración por resultados, acompañada de eficiencia, calidez y eficacia en sus servicios de salud de capa simple, siendo regulada por las normas y principios de la Seguridad Social en Salud en resguardo de los derechos de los asegurados

Asimismo la Clínica se basaría en la aplicación de los valores corporativos y competencias técnicas del talento humano, garantizando a la comunidad y a la población asegurada la máxima confiabilidad de los servicios privados de salud en beneficio de la Seguridad Social en Salud – EsSalud.

En ese sentido, este proyecto permite la alianza estratégica entre el Sector Público y Privado en el marco de la Ley 27056, Ley de Creación de EsSalud y la Ley 26790 Modernización de la Seguridad Social en .Salud.

Para viabilizar el logro de los objetivos y metas, se propone aplicar también un tipo de organización articulada, eficiente y eficaz, a la medida de las necesidades del usuarios y la entidad con quien se suscriba la alianza estratégica mediante un convenio marco y específico entre ambas partes, con horizonte de recuperación de la inversión en dos años, para lo cual es necesario considerar los alcances siguientes:

#### **Área de Investigación**

El Mercado se mide por la existencia de: "Persona y Producto", partiendo de ello se puede decir que Mercado son todas aquellas personas que tienen

potencial de compra y que espera obtener una satisfacción tanto de necesidad primaria como secundaria, para nuestro caso es salud y bienestar para las población objetivo.

El mercado está orientado a toda la población de Lima y Callao, en especial el convenio con EsSalud permite contar con una población cautiva de los distritos de Miraflores, Santiago de Surco y San Miguel, que según datos estadísticos proporcionados por la Oficina Central de Planificación y Desarrollo de EsSalud, es de 473,965 asegurados (ver Tabla N° 3.4), de los cuales 245,159 son mujeres y 228,159 varones.

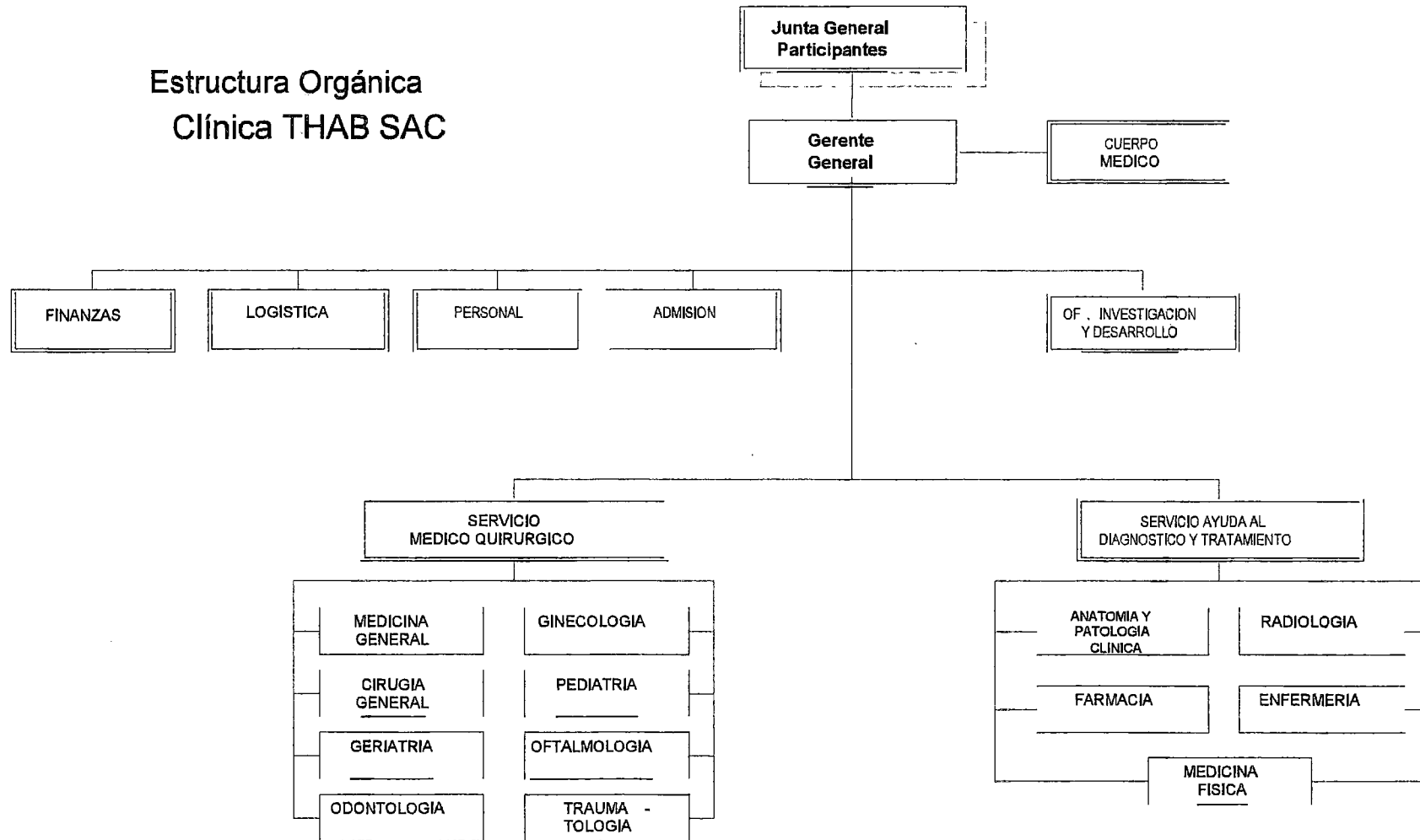
### **Ubicación del Estudio**

El Proyecto estaría ubicado en el Distrito de Miraflores, para su posicionamiento e implementación, se ha definido este nicho por ser un lugar accesible y flujo comercial diario, además está rodeado de empresas y negocios de Bienes y Servicios.

### **Aplicación del Proyecto**

De considerar el lector el interés de este Proyecto, contamos con toda la información para su puesta en marcha, tales como; el perfil técnico, la viabilidad, el expediente técnico y el monitoreo en la fase de factibilidad y post inversión. Así como también con los documentos de gestión administrativa necesarios para su ejecución y finalmente los flujos presupuestales como metas para una recuperación efectiva de 2 años.

Estructura Orgánica  
Clínica THAB SAC



**ANEXO Nº 4 – TABLA DE CODIFICACION DE VARIABLES APLICANDO EL SISTEMA ESTADISTICO SPSS PARA LA ENCUESTA DE MEDICIÓN DE COBERTURA Y SATISFACCIÓN EN ESSALUD.**

	Nombre	Tipo	A	D	Etiqueta	Valores	P	Co	Al	Medida
1	Distrito	Numérico	8	2	Distrito del entrevistado	{1.00, Miraflores}...	N	8	De	Escala
2	Sexo	Numérico	8	2	Sexo del entrevistado	{1.00, Masculino}...	N	8	De	Escala
3	Edad	Numérico	8	2	Edad del entrevistado	{1.00, 20 - 40 Años}...	N	8	De	Nominal
4	Produccion	Numérico	8	2	Producción de salud de capa simple	{1.00, Bueno}...	N	8	De	Escala
5	Cobertura	Numérico	8	2	Cobertura asistencial	{1.00, Bueno}...	N	8	De	Escala
6	Capacidad	Numérico	8	2	Capacidad instalada	{1.00, Bueno}...	N	8	De	Escala
7	Rendimiento	Numérico	8	2	Rendimiento Hora/médico	{1.00, Bueno}...	N	8	De	Escala
8	España	Numérico	8	2	Promedio de tiempo de espera	{1.00, Bajo}...	N	8	De	Escala
9	Concentración	Numérico	8	2	Concentración de la consulta externa	{1.00, Bueno}...	N	8	De	Escala
10	Preg1	Numérico	8	2	1. Está usted satisfecho con el servicio que brinda EsSalud?	{1.00, Si}...	N	8	De	Escala
11	preg2	Numérico	8	2	2. La atención que brinda EsSalud, es oportuna ?	{1.00, Si}...	N	8	De	Escala
12	preg3	Numérico	8	2	3. Como calificaría usted los servicios de salud que brinda Es	{1.00, Bueno}...	N	8	De	Escala
13	Preg4	Numérico	8	2	4. El trato que recibe por el médico es ?	{1.00, Bueno}...	N	8	De	Escala
14	Preg5	Numérico	8	2	5. El trato que recibe del personal administrativo es ?	{1.00, Bueno}...	N	8	De	Escala
15	Preg6	Numérico	8	2	6. El trato que recibe del personal asistencial es ?	{1.00, Bueno}...	N	8	De	Escala
16	Preg7	Numérico	8	2	7. Consigue Ud. la cita oportunamente para su atención médi	{1.00, Si}...	N	8	De	Escala
17	Preg8	Numérico	8	2	8. Qué le pareció los servicios de laboratorio, rayos x, ecograf	{1.00, Bueno}...	N	8	De	Escala
18	Preg9	Numérico	8	2	9. Diga si el tiempo de demora de los resultados de los análisis	{1.00, Bueno}...	N	8	De	Escala
19	Preg10	Numérico	8	2	10. Considera Ud. necesaria la participación de las entidades	{1.00, Si}...	N	8	De	Escala
20	Preg11	Numérico	8	2	11. Dígame usted, le gustaría que EsSalud, tenga clínicas co	{1.00, Si}...	N	8	De	Escala
21	Preg12	Numérico	8	2	12. Dígame usted si le gustaría atenderse en:	{1.00, EsSalud}...	N	8	De	Escala

**ANEXO Nº 5 – ESTRUCTURA ORGANICA DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD**

**ESTRUCTURA ORGANICA DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD ACTUAL**

