



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**“FUNCION DEL SISTEMA DE SALUD COMO FACTOR DE SATISFACCIÓN
SANITARIA EN LA POBLACIÓN DEL CENTRO DE SALUD GUSTAVO
LANATTA LUJÁN 2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE
DOCTORA EN SALUD PÚBLICA**

AUTOR:

ROCÍO DEL PILAR OROZCO SALINAS

ASESOR:

DRA. NORKA ROCIO GUILLEN PONCE

JURADO:

DRA. GLORIA ESPERANZA CRUZ GONZALES

DR. GLENN ALBERTO LOZANO ZANELLY

DR. EDGARD JESUS MIRAVAL ROJAS

LIMA- PERÚ

2019

INDICE

	PG
RESUMEN	04
ABSTRACT	05
I. INTRODUCCION	06
1.1 Planteamiento del problema	16
1.2 Descripción del problema	19
1.3 Formulación del problema	24
- Problema General	25
- Problema Específico	25
1.4 Antecedentes	26
1.5 Justificación de la Investigación	39
1.6 Limitaciones de la Investigación	41
1.7 Objetivos	43
- Objetivos Generales	43
- Objetivos Específicos	43
1.8 Hipótesis	44
II. MARCO TEORICO	46
2.1. Marco conceptual	46
III. METODO	51
3.1. Tipo de investigación	51
3.2. Población y muestra	52
3.3. Operacionalización de variables	54
3.4. Instrumentos	57
3.5. Procedimientos	60
3.6. Análisis de datos	60

IV. RESULTADOS	77
V. DISCUSION DE RESULTADOS	84
VI. CONCLUSIONES	95
VII. RECOMENDACIONES	97
VIII. REFERENCIAS	99
IX. ANEXOS	104

RESUMEN

El estudio tuvo por objetivo determinar la “relación entre funciones del sistema de salud y la satisfacción sanitaria en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján, 2018”. La metodología fue hipotético deductiva, paradigma positivista, tipo aplicado, enfoque cuantitativo, diseño no experimental y nivel correlacional transversal. La población 2485 y muestra estudiada 260. La técnica empleada fue encuesta con dos cuestionarios: funciones del sistema de salud y de satisfacción sanitaria, Los resultados estadísticoSPSS-24 sobre relación entre variables: funciones del sistema de salud y satisfacción sanitaria fue directa, positiva, baja y significativa, demostrada con estadístico Spearman ($Rho=,205$; P -valor= $,000$; $p<,05$); la relación de dimensión rectoría y satisfacción sanitaria($Rho=173$; p -valor= $,000$; $p<,05$); de prestación de servicios y satisfacción sanitaria ($Rho = ,285$; p -valor = $,000$; $p<,05$); gestión de recursos humanos y satisfacción sanitaria ($Rho = ,187$; p -valor = $,000$; $p<,05$); financiamiento y satisfacción sanitaria ($Rho = ,168$; p -valor = $,000$; $p<,05$). Conclusión, la correlación entre variables y entre dimensiones de la primera variables con la segunda variable fueron directas, positivas, bajas y significativas

Palabras Clave: Funciones, recursos, población, satisfacción, sistema,

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the "relationship between functions of the health system and health satisfaction in the population of the Gustavo Lanatta Lújan health center, 2018." The methodology was hypothetical deductive, positivist paradigm, applied type, quantitative approach, non-experimental design and transversal correlational level. The population 2485 and sample 260 studied. The technique used was a survey with two questionnaires: functions of the health system and health satisfaction, Statistical results SPSS-24 on the relationship between variables: functions of the health system and health satisfaction was direct, positive, low and significant, demonstrated with Spearman statistic (Rho =, 205; P-value =, 000; $p <, 05$); the ratio of directing dimension and health satisfaction (Rho = 173; p-value =, 000; $p <0.05$); of service provision and health satisfaction (Rho =, 285; p-value =, 000; $p <, 05$); human resources management and health satisfaction (Rho =, 187; p-value =, 000; $p <0.05$); financing and health satisfaction (Rho =, 168; p-value =, 000; $p <,05$). Conclusion, the correlation between variables and between dimensions of the first variable with the second variable were direct, positive, low and significant

Keywords: Functions, resources, population, satisfaction, system,

I. INTRODUCCION

Desde que Bertalanffy (1989) incorporó la teoría general de los sistemas al conocimiento de las disciplinas a nivel universal, los métodos de estudios en todos los campos han sido forzados a dar una reorientación a sus conceptos hasta entonces empleados y admitirlo, concebirlo, además, incorporarlos en los diferentes campos del saber: ciencias físicas, biológicas, sociales, salud, educación, comunicación y muchas otras.

Ahora bien, la adopción del modelo sistémico en el campo de la salud pública avizoró, además, un espacio multifactorial provechoso y a la vez complicado, principalmente por lo que se entrelazaron la ideología y la ciencia, con marcos filosóficos diversos tal como los citados por Franco (2006): “funcionalistas y positivistas, el constructivista y micro cultural, el marxista y estructuralista, el interaccionista, etc. Más recientemente los derivados de sinergias disciplinarias como el embodiment y la teoría eco social, más otras corrientes transdisciplinarias” (P.124).

La base filosófica de este entrelazamiento tiene sentido en la forma como lo señalan Hernández, Hernández, Mauri y García (2012), al desarrollar los temas de filosofía, salud-enfermedad y el ambiente en los siguientes términos:

El concepto salud-enfermedad ha evolucionado en igual medida que el hombre ha evolucionado durante el transcurso de la historia y va a depender de las condiciones socioeconómicas de cada sociedad y el medio donde se producen las relaciones humanas. Los cambios en el medio ambiente ocasionados por la influencia del hombre determinan cambios en las condiciones y la calidad de vida de las personas y va a repercutir de forma desfavorable en el proceso salud enfermedad (p.733).

En esta perspectiva filosófica, el cuidado de la salud fue valorada como el estudio ético de los métodos que los individuos organizan para el mantenimiento de la salud de los seres humanos (Levin, 2012). La filosofía del cuidado de la salud se encuentra vinculada a las estructuras sociales humanas, como una institución social orientado al cuidado de la salud, producto del fenómeno del progreso humano y propuesto por los hombres con las intenciones de transformar la naturaleza y mejorar el atributo de la vida humana. La preocupación por la naturaleza de esta construcción fue y es propia del moderno liberalismo político, que concibe a la salud como indispensable e imprescindible para la existencia pública (Levin, 2012).

Pues bien, en este entendido, los sistemas de salud fueron y se mantienen como resultado de la capacidad constructiva de los seres humanos, interesados en contar con una organización para velar por la integridad física y psicológica de las personas, proteger de los males a los grupos y poblaciones, como una manera de aproximarlos al bienestar general.

En la actualidad, dentro de esta representación conceptual filosófica y sistémica, la función general de los sistemas de salud, es considerada de manera universal como la responsabilidad de mejorar la salud de la población, mantener el mejor nivel sanitario a través de todos los ciclos de la vida humana; implementar y desarrollar medios de protección en base a cinco pilares básicos considerados en este estudio: La rectoría, la prestación de servicios de salud, la formación de recursos humanos y el financiamiento. Cuya adecuada aplicación por lo general tiende a reducir las desigualdades sanitarias en las poblaciones, al equilibrar a la población en extremas sanitarias con las que poseen mejores condiciones, de manera que el sistema de salud sea equitativo, conforme es la visión de la organización mundial de salud OMS (2000).

Se tiene información que el sistema de salud en Perú, ha tenido un inicio pionero en la región americana por los años de los setenta, sin embargo tuvo un desempeño final ineficiente, por

la discontinuidad, ausencia de evaluación y retroceso en comparación con los sistemas de salud de América (Sánchez-Moreno, 2014) fue cuando la OMS tuvo injerencia en el campo sanitario peruano, se dio los inicios de la atención primaria de la salud como política central del organismo de gobierno, en el marco conceptual de la Declaración de Alma-Ata, cuya estrategia fue “Salud para todos en el año 2000” pensada en la atención de la salud desde los hogares hasta los hospitales, favorecer la prevención de las enfermedades así como la curación bajo financiamiento racional de los recursos en los distintos niveles de atención. En 1994, la misma OMS, al examinar los avances de los cambios sanitarios a nivel mundial desde Alma-Ata, señaló que no se cumpliría el objetivo señalado para el año 2000 Chan, M. (2008).

Como tal, el desarrollo de las funciones del sistema de salud peruano se ha caracterizado por ser de bajo nivel; atribuibles a diversos factores: Débil implementación de las funciones del sistema de salud, limitada cobertura de prestación de los servicios de salud, insuficiente de dotación de recursos humanos capacitados, déficit de financiamiento y la ausencia de investigaciones sobre el sistema, conocimientos de la población no estudiadas entre otras.

Frente a la realidad en deterioro, en la búsqueda de literatura para este estudio se identificó los objetivos de la política nacional de salud, 2018-2020 del Ministerio de Salud MINSA que presenta intenciones de mejora en el siguiente listado: (1). Incrementar el presupuesto de 0.5% a 7.5%), un referente del continente. (2). Dotar con recursos humanos preparados en el modelo de atención integral de salud (MAIS), que comprende la persona, familia y comunidad (BFC), más edificación del 20% redes integradas de servicios de salud (RISS) al año. (3). Integral 100% de RRHH al programa nacional de formación en salud familiar y comunitaria (PROFAM) en regiones priorizadas. (4). Proteger al 95% de la población con servicios públicos de salud MINSA, ESSALUD, Sanidades. (5). Ampliarla prestación de

salud hasta el 50% de poblaciones nativas en cinco años. (6). Dar cobertura de vacunación al 90% en dos años. (7). Conseguir el 90% de parto institucional de calidad y disminuir al 15% las muertes maternas, neonatales e infantiles; a 15% el embarazo en adolescente. (8). Fortalecer el plan esperanza e incrementaren 10% anual.

Los pilares de la política del MINSA (2018), estudiadas en esta investigación, correspondieron a: Gestión del sistema de salud(reactoría); cobertura y calidad de los servicios de salud (prestación de servicios); revaloración del personal de salud (gestión de recursos humanos), construir infraestructura interconectada (financiamiento).

Respecto a la satisfacción sanitaria, identifiqué conceptos con ciertas variaciones como este que se señala: “La satisfacción usuaria se comprende como el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción de éste del servicio que recibió” (Reinaldos-Grandon, Javiera y Azolas-Valenzuela, 2017; p.2), referido a la expectativa y la confirmación de la prestación de servicios de salud.

La satisfacción sanitaria de la población, según literatura revisada entrevé una participación de la población en las acciones de salud, diferente al sentido dado por la encuesta de seguimiento realizado por el MINSA a través del Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI (Ministerio de Salud, 2015), que vio el incremento de usuarios en consulta externa de 66.3% en 2014 a 72% en 2015; los restantes 28% insatisfechas y las propuestas que SUSALUD y el MINSA centrados en los esfuerzos por mejorar. La afiliación al seguro integral de salud (SIS), se encuentran visto como un incremento de 2010 a 2011 hasta 10 millones de afiliados y 15 millones hasta el 2016.

Estos datos corresponden a la satisfacción de usuarios de servicios en la dimensión sanitaria recuperativa. En el presente estudio lo que se buscó fue conocer la satisfacción de la

población en tres dimensiones: Formativa preventiva y recuperativa; generalmente no estudiada, hasta desconocida por no encontrarse documentada. Es posible que para estos niveles la capacidad de análisis se encuentre sin diseñar, por tratarse que la opinión del usuario muestre sesgos tal como la gratitud expresada por la educación o atención recibida; sin embargo, sus dimensiones son dignos de ofrecer la posibilidad de la evaluación de la satisfacción (Hollanda Siqueira, Andrade, Molinaro, y Vaitsman, 2012).

En este mismo esquema, tal como ha sido señalado por algunos estudios (Campos, Brandão y Paiva (2014; Mota y David, 2015) precisa analizar el impacto de la rectoría, la prestación de servicios de salud, la gestión de recursos humanos y el financiamiento, en el marco de las acciones de la atención primaria de la salud APS, “destacándose la importancia de darles voz y la posibilidad de participación en los procesos de diagnóstico y planificación de acciones”(Hollanda Siqueira, Andrade, Molinaro, y Vaitsman, 2012; p.2) sanitarias a la población.

En suma, tanto las funciones del sistema de salud como la satisfacción sanitaria, como variables fueron observados en la modalidad de la participación social en el cuidado de la salud individual y comunal, caracterizado por la dinámica del sector salud en las comunidades de la zona de Chorrillos; con la población asignada a responsabilidad del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan.

En el contexto previamente citado, se organizó la estructura temática de esta investigación para dar respuesta a la búsqueda de la relación de las funciones de salud y la satisfacción sanitaria en la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján, lo cual fue desarrollado de la siguiente forma:

En el capítulo I, se ha descrito de manera panorámica los antecedentes de las funciones del sistema de salud en el medio peruano, las iniciativas del que fue objeto de implementación temprana y los factores limitantes de las iniciativas en la década del setenta, así como los factores que limitaron la mayor aproximación del sistema de salud al pueblo, el aliento y el grado de participación de la comunidad en el cuidado de la salud, bajo el marco conceptual del modelo de atención primaria de la salud (Cruz, 2011) recomendado a los organismos de salud para entender la atención primaria como un concepto que implica tanto principios fundamentales como un conjunto variable de actividades básicas. Equidad, solidaridad y justicia social, los valores ético-morales generadores de “salud para todos” y de “atención primaria de la salud”, actualmente son considerados, declaraciones formales sin definiciones conceptuales, sin asignación de actividades efectivas ni de los recursos mínimos necesarios.

A pesar que el desempeño del sistema de salud peruano fuera calificado como ineficiente, discontinuo, sin evaluación y un gran atraso con relación a los sistemas de salud de América; una muestra de desaprovechamiento por el Perú en el siglo XXI, frente a los importantes esfuerzos técnicos para modernizar el sistema y sus funciones, con un futuro preocupante y el papel de las nuevas generaciones que puedan ser decisivo, el MINSA (2011) adoptó el plan nacional de fortalecimiento del primer nivel de atención al 2021. Comprende proyecciones de reformas en materia de mejoramiento de atención de la salud de la población, mediante facilidades de acceso al aseguramiento universal, la descentralización de funciones y competencias a los gobiernos regionales, gobiernos locales y el fortalecimiento del primer nivel de atención con énfasis en la atención primaria de salud renovada (Organización Mundial de Salud, 2007) vigente desde el 2005. El abordaje, alude dar fortaleza a la rectoría de la autoridad sanitaria nacional y regional, que orienten los servicios de salud a las poblaciones de extrema pobreza, a sectores de bajos y medios ingresos, y habitantes en lugares aislados del territorio.

En los temas analizados, la población con frecuencia advierte el insignificante papel, débil e inoportuno del desempeño y funciones del sistema de salud, centralizadas a pesar de los lineamientos y medidas de reforma del sector salud, cuya aspiración de generar salud a la población se centra en actividades recuperativas de sofisticación con fines contributivos por parte de la población, en lugar de darle mayor sentido a las actividades formativas y preventivas; de este modo, los organismos de salud manejan información diferenciada con supuestos indicadores favorables de logro, lejos de los problemas reales y deficientes gerencias que se instalan por periodos, tal como se revela en el plan nacional de fortalecimiento del primer nivel de atención con la OMS, proyectado del 2011-2021 (Ministerio de Salud, 2015).

Actualmente se aprecia que los agentes de la comunidad son activos y protagónicos en la participación dentro del sistema de salud, mediante la calificación a las funciones que el sistema de salud pone en práctica con la población. Lo cual imprime en el sector mayor presencia entre la población, a su vez permite al sector obtener información directamente de la percepción de los ciudadanos para la valoración de las funciones del sistema de salud (rectoría en sus dimensiones: conducción sectorial, garantía de la ejecución de las funciones esenciales de salud pública FESP, garantía del aseguramiento, armonización de las provisiones de salud, modulación del financiamiento y regulación y fiscalización), acceso a los servicios de salud (prestación de servicios), la capacitación y dotación de los recursos humanos (desarrollo de recursos humanos) y la disponibilidad del presupuesto para el gasto público en salud (financiamiento).

En la fase final del capítulo, se llegó a formular los problemas de relación entre las variables funciones del sistema de salud y la satisfacción sanitaria, tal como las relaciones de las funciones de rectoría, prestación de servicios de salud, gestión de recursos humanos y

financiamiento con la variable satisfacción sanitaria. Del mismo modo se hizo con los objetivos del estudio y las justificaciones de orden teórico, metodológico práctico.

En el capítulo II, se abordó el marco teórico de las funciones del sistema de salud y la satisfacción sanitaria. Para el concepto de funciones del sistema de salud se tomó lo propuesto por la Organización Mundial de Salud (2005), según esta organización:

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero (p.1)

El Colegio de Médico de Perú (Lazo-Gonzales, alcalde-Rabanal y Espinosa-Henao, 2016), formulan el siguiente concepto:

El sistema de salud peruano es producto de la superposición de diversas estructuras organizacionales provenientes de diferentes estadios sanitarios, tributarios de diversas concepciones y portadores de variados intereses, patrones culturales, formas de financiamiento y modelos de gobierno, de gestión y de prestación; acumulados a modo de estratos geológicos, algunos de ellas procedentes del mundo colonial (p.27).

Se vio la función de rectoría como competencia del Ministerio de Salud de los Estados, en el caso peruano el MINSA, organismo a través del cual se define las Políticas de Salud nacionales. Sus responsabilidades, regulación y la conducción de las políticas de salud, compartido con otros sectores e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, el de aseguramiento, provisión de servicios, financiamiento, así como el acceso a todas las formas de cuidados de la salud y de las funciones esenciales de salud pública (Organización Panamericana, 2007). Entre ellas establecer la articulación sectorial e intersectorial,

comprometer a las organizaciones de base y a la población en el cuidado de la salud, generar dispositivos, directivas de salud, y asegura su aplicabilidad.

La prestación de servicios de salud, la que se relaciona con una política de desarrollo de infraestructura de servicios de salud, equipamiento y una política de abastecimientos de medicamentos que satisfaga las necesidades de la población (Organización Panamericana de Salud, 2007) a cargo del MINSA como principal proveedor de servicios de salud a la población, con prioridad de programas de salud en los diferentes niveles de atención. Dirige los servicios básicos en el primer a la población materno-infantil y atención de la niñez, a la demanda de la población pobre, que comprende atención a enfermedades (diarrea, cólera, tuberculosis, dengue, malaria, infecciones de transmisión sexual y rabia); así como la atención de emergencias. La atención al ambiente está dirigida a la disposición final de basuras, control de vectores y calidad de agua (Corrochano y Tejerina, 2014).

La gestión de recursos humanos, consistente en la preparación y formación de profesionales en salud, para asegurar la dotación de personal idóneo, corresponde esta función a las universidades en coordinación del ente rector, el MINSA, para estimaciones de las necesidades existentes en cuanto a recursos humanos, las capacitaciones, el cuidado del clima laboral entre otros. Los médicos, profesionales de salud, técnicos, auxiliares, administrativo y personal de servicios. Con una política de remuneraciones, de premios y estímulos para los trabajadores, que en el caso peruano, cuenta con lineamientos de mejora de remuneraciones para trabajadores de los sectores rurales y marginales (Ministerio de Salud, 2013)

Financiamiento y aseguramiento. Esta función se encuentra a cargo de la autoridad sanitaria del país, esta propone algunas fuentes de financiamiento y gasto en salud. Pueden provenir de las siguientes fuentes: hogares, gobierno central, empresas y cooperación internacional. El

presupuesto de salud correspondiente años 2016, llega al monto de 13.463 millones (Quispe, 2015).

Entre otras acepciones de satisfacción, la propuesta de Clemente, Molero y Gonzales (2000) resaltan que se puede entender como:

“una valoración cognitiva personal que realiza una persona de la vida y de los dominios de la misma, atendiendo a la calidad de su vida, a las expectativas y aspiraciones, a los objetivos conseguidos, basada en los propios criterios de la persona y que se realiza de forma favorable” (p.1)

Se culminó con la respectiva formulación de las hipótesis de investigación.

En el capítulo III, se desarrolló lo concerniente al método de investigación señalándose que en este caso es de tipo aplicado, nivel correlacional, diseño no experimental y de orden cuantitativo. Fue una investigación aplicada, dado que estuvo orientado a señalar objetivamente los problemas de los procesos de rectoría, prestación de servicios de salud, gestión de recursos humanos y financiamiento, lo que a su vez se vincularan con distribución, circulación y consumo de y servicios de salud (Ñaupas, Mejía, Novoa y Villagómez, 2014). La precisión de las variables La primera “funciones del sistema de salud” y la segunda “la satisfacción sanitaria”. La estimación del tamaño de la población que fue de por 41,670, luego redefinida población de estudio con 2,485 y la delimitación de la muestra en 260, llevada a cabo por procedimientos probabilísticos. Las técnicas de investigación que fue de encuesta y los instrumentos que fueron cuestionario de las funciones del sistema de salud y el cuestionario de la satisfacción sanitaria, cada uno de ellos en las que se señalan las pruebas de validez y confiabilidad. El recojo y procesamiento de datos con el empleo de estadísticos principalmente los programas de Excel 2016 y PSS 23.

En el capítulo IV, se organizó los resultados con la caracterización de la población y muestra estudiada, así como las descripciones de las variables en estudio, el tratamiento estadístico que se empleó fue para el establecimiento de las correlaciones de variables y de dimensiones con variables. Del mismo modo se procedió con la contrastación de hipótesis, que en este caso fue la demostración de la probabilidad de predominancia de la hipótesis nula; sin embargo, los resultados demostrados dieron lugar a su rechazo en todas las pruebas llevadas a cabo.

En el capítulo V se vio la discusión, respecto al tema de la investigación, encontrándose que las funciones del sistema de salud y la satisfacción sanitaria de la población tiene una relación positiva directa, baja y significativa. Tal como las relaciones de las dimensiones de las variables funciones del sistema de salud demostrada con estadístico Spearman ($Rho=,205$; $P\text{-valor}=,000$; $p<,05$); la relación de dimensión rectoría y satisfacción sanitaria ($Rho=,173$; $p\text{-valor}=,000$; $p<,05$); de prestación de servicios y satisfacción sanitaria ($Rho = ,285$; $p\text{-valor} = ,000$; $p<,05$); gestión de recursos humanos y satisfacción sanitaria ($Rho = ,187$; $p\text{-valor} = ,000$; $p<,05$); financiamiento y satisfacción sanitaria ($Rho = ,168$; $p\text{-valor} = ,000$; $p<,05$). Conclusión, la correlación entre variables y entre dimensiones de la primera variables con la segunda variable fueron directas, positivas, bajas y significativas. Resultados que se apoyan en conceptos teóricos proporcionados por la OMS/OPS sobre sistemas de salud y satisfacción sanitaria.

1.1.Planteamiento del problema.

En el centro de salud Gustavo Lanatta Luján del distrito de Chorrillos, el compartir funciones del sistema de salud con la población se hace poco visible, al mismo tiempo una insuficiente información sobre la satisfacción sanitaria según niveles de complejidad, limitantes que por lo general son generados por parte del sector salud, que además son considerados como temas

de poco valor, por cuanto se le dan significados de carácter médicos o de profesionales de salud en el medio local, regional y nacional incluido la reserva de los informes institucionales que los organismos de gobierno manejan, sin uso para las mejoras de orden organizacional del sistema, por lo general inaccesibles, en su mayoría al conocimiento de la población. De ahí el interés de este trabajo.

De manera específica, hace falta información sistematizada y oportuna sobre la situación en la que se encuentra la salud en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Lujan, además es un requerimiento básico para la evaluación del sistema de salud para la calificación local, regional, nacional y por la comunidad internacional, respecto al cumplimiento de las funciones del sistema de salud y la satisfacción sanitaria que ellos experimentan en su jurisdicción.

La población cada vez advierte el papel deficiente, débil, inoportuno respecto a las funciones centrales del sistema de salud, tal como se observa en los lineamientos y medidas de reforma del sector salud, cuya aspiración de generar salud a la población se centra en actividades recuperativas de sofisticación con fines contributivos por parte de la población, en lugar de darle mayor sentido a las actividades formativas y preventivas; de este modo, los organismos de salud manejan información diferenciada con supuestos indicadores favorables de logro, lejos de los problemas reales y deficientes gerencias que se instalan por periodos, tal como se revela en el Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención (Ministerio de Salud, 2015) con la Organización Mundial de Salud, proyectado del 2011-2021.

Las características de los problemas de salud del Perú vistos a través de los informes de ENDES-2014, esto es claro, cuanto solo el 62.1% de la población tiene aseguramiento con el SIS, el 31.3% por EsSalud, los privados 1.8% y aproximadamente el 10% no tienen aún

seguro (Instituto Nacional de Estadística e informática, 2016). Realidad en la que hasta el 2017 probablemente no han ocurrido cambios significativos.

En la actualidad los agentes de la comunidad son activos y protagónicos en la participación dentro del sistema de salud, mediante la calificación a las funciones que el sistema de salud pone en práctica con la población. Esto exige obtener información directamente de la percepción de los ciudadanos para la valoración de las funciones del sistema de salud (rectoría en sus dimensiones: conducción sectorial, garantía de la ejecución de las funciones esenciales de salud pública FESP, garantía del aseguramiento, armonización de las provisiones de salud, modulación del financiamiento y regulación y fiscalización), acceso a los servicios de salud (prestación de servicios), la capacitación y dotación de los recursos humanos (desarrollo de recursos humanos) y la disponibilidad del presupuesto para el gasto público en salud (financiamiento).

Los cuestionarios y encuestas sobre las condiciones salud en la población son los instrumentos más valiosos para obtener información sobre el grado de avances de estas funciones del sistema de salud y la satisfacción sanitaria. Éstas permiten conocer sus necesidades, comportamientos y opiniones en relación con la salud y la enfermedad, además de la percepción, valoración y expectativas ante los servicios del sistema de salud en general, cuanto más si ellos constituyen un mecanismo de participación a nivel de la población.

Los planes del sistema de salud establecen la necesidad de una aproximación a los ciudadanos y la participación de los ciudadanos en las acciones vigilancia y ejecución de los programas de salud. Entre otros instrumentos, posibilita la evaluación mediante la realización de encuestas de salud.

El sector salud, es el espacio social de confluencia de personas, organizaciones y entidades, que realizan actividades (todas o algunas de ellas) relacionadas directamente con la salud

pública e individual en el país, o que repercuten indirectamente en ella. No se establecen necesariamente entre ellas, una relación de dependencia orgánica, funcional o jurídica, sino de coincidencia de acciones (Ministerio de Salud, 2011).

Respecto a la percepción de las funciones del sistema de salud, por parte de la población, se puede afirmar que esta es desfavorable, como reflejo de la misma también la satisfacción sanitaria es baja.

1.2. Descripción del problema.

La literatura en cuanto a funciones del sistema de salud es insuficiente en el medio nacional, solo Sánchez Moreno (2014) se refirió a este tema de la manera siguiente “Un grupo de profesionales en el Perú, conocedores de sistemas nacionales de salud, desde 1975, colocó al país como el primero en América del Sur en la organización moderna de salud” (p 3).

Hizo mención al avance pionero que significó esta creación en 1978, anticipándose a los sistemas de salud chileno 1980, brasileño 1990, colombiano 1993 y ecuatoriano 2008. Sin embargo, señaló desaciertos reformistas debido a la ausencia de una política de Estado.

Estimó el desempeño del sistema de salud peruano como ineficiente, discontinuo, sin evaluación con gran retraso comparado a los sistemas de salud de América. Desaprovechado por el Perú en el siglo XXI frente a los importantes esfuerzos técnicos para modernizar el sistema y sus funciones, con un futuro preocupante y el papel de las nuevas generaciones que puedan ser decisivo (p 3).

La década del setenta marcó los inicios del sistema de salud en Perú cuando la Organización Mundial de Salud (OMS) en 1978 convierte la atención primaria en la política central de su organismo, con la adopción de la Declaración de Alma-Ata (1978) Salud y la estrategia de

«Salud para todos en el año 2000». Pasados los años, los valores que encarnaba la atención primaria se mantiene con un fuerte respaldo internacional. Los integrantes de la comunidad sanitaria mundial consideran que la atención primaria es indispensable para un progreso equitativo en el campo de la salud, sobre todo en América Latina (Giraldo y Vélez, 2012).

A pesar de lo citado, no se dispone de una definición uniforme y universalmente aplicable de la atención primaria. El documento de Alma-Ata tiene ambigüedades, por la mezcla del nivel asistencial con el enfoque global de la política sanitaria y la prestación de servicios. En los países de ingresos altos y media la atención primaria se entiende como el primer nivel asistencial; en los países de ingresos bajos, el acceso a la atención sanitaria se considera más bien como una estrategia de todo el sistema.

Sobre el tema, fueron recomendados a los organismos de salud para entender la atención primaria como un concepto que implica tanto principios fundamentales como un conjunto variable de actividades básicas. Equidad, solidaridad y justicia social, los valores ético-morales generadores de “salud para todos” y de “atención primaria de la salud”- son hoy, por lo general, declaraciones formales sin definiciones conceptuales, sin asignación de actividades efectivas ni de los recursos mínimos necesarios (Tejada de Rivero, 2013; p.3).

Bajo esa perspectiva, el Ministerio de Salud (2011)encaminó el plan nacional de fortalecimiento del primer nivel de atención al 2021, con reformas en materia de mejoramiento de atención de la salud de la población, mediante estrategias de acceso al aseguramiento universal, la descentralización de funciones y competencias a los gobiernos regionales, gobiernos locales el fortalecimiento del primer nivel de atención con énfasis en la atención primaria de salud renovada (Organización Mundial de Salud, 2007)vigente desde el 2005. El abordaje, alude dar fortaleza a la rectoría de la autoridad sanitaria nacional y

regional, que orienten los servicios de salud a las poblaciones de extrema pobreza, a sectores de bajos y medios ingresos, y habitantes en lugares aislados del territorio.

A los años de reformas en el medio peruano y sin evaluación sostenida, se planteó pertinente la realización de una investigación que pueda visibilizar la situación en la que se encuentra el sistema de salud asociado con la satisfacción sanitaria en una pequeña realidad del medio peruano, la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján. De este modo se proyectó conocer el grado de desarrollo de las funciones del sistema de salud y la influencia en la satisfacción sanitaria desde la perspectiva de la población.

Sobre el desarrollo de las funciones del sistema de salud peruano se aprecia de bajo nivel; atribuible a diversos factores como débil implementación de las funciones del sistema de salud, limitada cobertura de la prestación de los servicios de salud, déficit de recursos humanos de salud, deficiente financiamiento, entre otros. Estas limitaciones obedecen probablemente a la ausencia de información sistematizada, investigaciones sin realizar sobre el tema, ausencia de sistematización a los comentarios de las vivencias diarias de la población y sin ser estudiada.

El reflejo de la realidad citada se puede apreciar en los resultados de la encuesta nacional de satisfacción de usuarios del aseguramiento universal en salud (Instituto Nacional de Estadística e Investigación, 2014) realizada con 13 mil 670 usuarios de 15 a más años de edad, atendidos en consulta externa de 181 establecimientos de salud del ministerio de salud, seguro social de salud del Perú, clínicas, fuerzas armadas y policiales (p.23), fueron: Usuarios con acceso a aseguramiento universal en salud, 50,8% en los establecimientos de salud del ministerio de salud y 32,3% del seguro social de salud del Perú; 41,6% de las fuerzas armadas y 58,8% de las clínicas (P.28).

Los días transcurridos para la obtención de la cita, en promedio esperan 17 días para obtenerla; en establecimientos de las fuerzas armadas y policiales esperan 22 días, en el seguro social de salud del Perú 19 días, en el ministerio de salud 12 días y en clínicas 8 días (P.31). El tiempo promedio de espera en consulta externa 81 minutos. En los establecimientos del ministerio de salud 114 minutos, en el seguro social de salud del Perú 58 minutos, en las fuerzas armadas y policiales 50 minutos y en las clínicas 35 minutos (P.32)

Además, los estudios de la encuesta demográfica y de salud familiar de la (Instituto Nacional de Estadística e Investigación, 2015)estiman que en el área rural existe déficit de 25.8% en los servicios básicos, 17.2%, de la población sin electricidad, sin agua potable, 22.3% sin servicios higiénicos, 5.6% de mujeres jóvenes iletradas, 11.7% sin acceso a medios de comunicación social (radio TV. Otros), 23.8% de iletradas sin acceso a empleos remunerables; 34.7% sin seguro de salud (SIS y EsSalud), edad promedio al primer nacimiento 22.4.

En cuanto a satisfacción sanitaria en Lima, solo el estudio realizado por Arroyo y Pastor (2012) sobre la Innovación en la organización de servicios con el sistema de solidaridad en Perú, reveló resultados positivos para SISOL en términos de crecimiento de la demanda atendida en Lima, una elevada productividad de consultas, dotación de recurso humano y alta satisfacción de los usuarios. Atribuible al modelo SISOL por: 1) la presencia de especialistas en el primer nivel de atención; 2) la auto sostenibilidad financiera del sistema; y 3) el riesgo compartido entre el sector público municipal que dirige los establecimientos y las micro-empresas de servicios.

La estrategia de desarrollo de esta innovación fue desde fuera de los contextos institucionales resistentes al cambio y concluye con lo siguiente:

Los resultados apoyan la necesidad de renovar la atención primaria en salud, en particular para las zonas urbanas, corrigiendo el escalonamiento innecesario. Igualmente muestran la posibilidad de alianzas público-privadas sinérgicas, en un modelo diferente de la tercerización, en que ambos sectores compartan riesgos y actúen colaborativamente en un solo sistema de servicios. Por último, convocan a imaginar formas de articulación en modelos segmentados (Arroyo y Pastor, 2012; p. resumen).

El reporte hecho por Cuba, Jurado y Estrella (2011), sobre el Policlínico Juan José Rodríguez, reveló información de atención primaria de salud adoptada por EsSalud (Seguridad Social del Perú) para el logro de objetivos institucionales en satisfacción de usuarios en un establecimiento de salud de primer nivel, con 2 encuestas a 240 usuarios escogidos al azar. El grado de satisfacción fue respecto a la estructura, los procesos, los resultados del establecimiento y el cumplimiento de tres atributos de atención primaria: primer contacto, integralidad y continuidad. Los resultados fueron: el 61,7% de usuarios tuvieron satisfacción media, 23,3% satisfacción alta. Los parámetros de satisfacción fueron 5: accesibilidad geográfica 99,8%, infraestructura (66,6%), horarios de atención 61%, resolución de problemas 52,5% y exámenes auxiliares 51,3%. El 47%. Encontraron baja satisfacción en los tiempos de espera para atenciones 29,1% y de emergencia 7,5%. En cuanto a Atención Primaria, los atributos de continuidad 55% y de primer contacto 55,8 fueron de cumplimiento medio y el de integralidad fue bajo 51,7% (Cuba et. al, 2011).

En este espectro, la población limeña considera la calidad del servicio mala en atención a los pacientes 52.6%. Falta de centros de salud e infraestructura apropiada 17.9%, falta de recursos humanos 17.3% y de medicamentos 10.7%. De los servicios del seguro social (EsSalud) son los más utilizados 22.1%, las clínicas privadas (14.8%), los hospitales del ministerio de salud – MINSA 14.7%, las postas médicas 13.8% y los hospitales de la Solidaridad 11%, las clínicas privadas concentran principalmente al nivel A/B.

Bajo esta ilustración, tanto la percepción de las funciones del sistema de salud, tal como la satisfacción sanitaria en la población, son temas de salud pública. Ambas variables dejan la impresión de ser independientes entre sí, lo cual tampoco se encuentra demostrado en estudio alguno; sin embargo, para el tema del presente estudio se considera que se encuentran muy relacionados, la asociación entre estas es importante para la toma de decisiones sanitarias en establecimientos, Microrredes y redes de salud. Con la consideración citada, se pasa a la formulación del problema.

1.3. Formulación del problema.

Las funciones del sistema de salud del medio peruano se encuentran reservadas al dominio de los equipos gerenciales y directivos del sector salud, mientras no sean descentralizados; por tanto, la difusión al conocimiento público es insuficiente y poco comprensible por la población. Esa insuficiente claridad del *modus operandi*, en especial en el medio local, limita la percepción de la población y la participación en las acciones de gestión y acompañamiento a las políticas dirigidas al pueblo; no es evidente entre la población de cómo es la rectoría, como es la prestación de servicios, la dotación de personal de salud y menos el financiamiento de las actividades de salud. Información que es inadvertida por evitar ser compartida con la población, lo cual ésta desconoce de lo que se trata, vivencias de la población que se encuentran por sistematizar con el devenir cotidiano y dar la adecuada valoración.

En consecuencia, el reflejo de las funciones del sistema de salud debería identificarse en el grado de la satisfacción sanitaria de la población. La satisfacción sanitaria de la población peruana, también es insuficiente al ser contrastado con los estándares de salud mundiales; el factor principal de la presencia de diversas limitaciones es de orden organizacional, en la

gradiente de la complejidad de atención de la salud. El estudio llevado a cabo por el Ministerio de Salud (2011) en los establecimientos de salud dieron en su mayoría significativos niveles de insatisfacción con los servicios que ofrecen los establecimientos de salud: hospitales, centros de salud a los usuarios (Hollanda, et al, 2012).

Es más, estudios realizados sobre satisfacción sanitaria en los establecimientos de salud (Mendizábal 2015; Corrochano y Tejerina, 2014) se concentran en la prestación de servicios de salud proporcionados por estos centros asistenciales; una atención de la salud ofrecida a la población en la modalidad de actividades recuperativas ya sea de consulta externa u hospitalización; otros datan sobre el alcance del aseguramiento SIS, la disponibilidad suficiente de medicamentos en las farmacias y clima laboral entre otros, con lo que queda claro que la percepción de la población sobre las funciones del sistema de salud es parcial e insuficiente.

Tal como se ha señalado, si la población se centra en un aspecto parcial del sistema de salud, también la satisfacción sanitaria de los mismos es parcial y baja; en estos casos cabe enfocar la opción de aproximarlos al plan nacional de fortalecimiento del primer nivel de atención 2011-2021 del Ministerio de Salud (Reynaldos-Grandon, 2017), que con razón suficiente se hace necesario conocer sus avances, de modo específico sobre lo desarrollado por el centro de salud Gustavo Lanatta Lujan de Chorrillos.

- Problema General

PG ¿Qué relación existe entre las funciones del sistema de salud y la satisfacción sanitaria en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján, 2018?

- Problemas Específicos

Problema específico 1

P₁ ¿Qué relación existe entre rectoría y satisfacción sanitaria en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján, 2018?

Problema específico 2

P₂ ¿Qué relación existe entre prestación de servicios y la satisfacción sanitaria en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Lujan 2018?

Problema específico 3

P₃ ¿Qué relación existe entre gestión de recursos humanos y la satisfacción sanitaria en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Lujan 2018?

Problema específico4

P₄ ¿Existe relación existe entre el financiamiento y la satisfacción sanitaria en la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan, 2018?

1.4. Antecedentes

Sistema de salud.

Para comprender qué se entiende por sistema de salud, se recurre al concepto con lo que la Organización Mundial de Salud (2005), opera en el ámbito internacional. Según esta organización:

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero (p.1)

Por otro lado, el colegio de médico de Perú, desde el 2016, propone el siguiente concepto (Lazo-Gonzales et al 2016):

El sistema de salud peruano es producto de la superposición de diversas estructuras organizacionales provenientes de diferentes estadios sanitarios, tributarios de diversas concepciones y portadores de variados intereses, patrones culturales, formas de financiamiento y modelos de gobierno, de gestión y de prestación; acumulados a modo de estratos geológicos, algunos de ellas procedentes del mundo colonial (p.27).

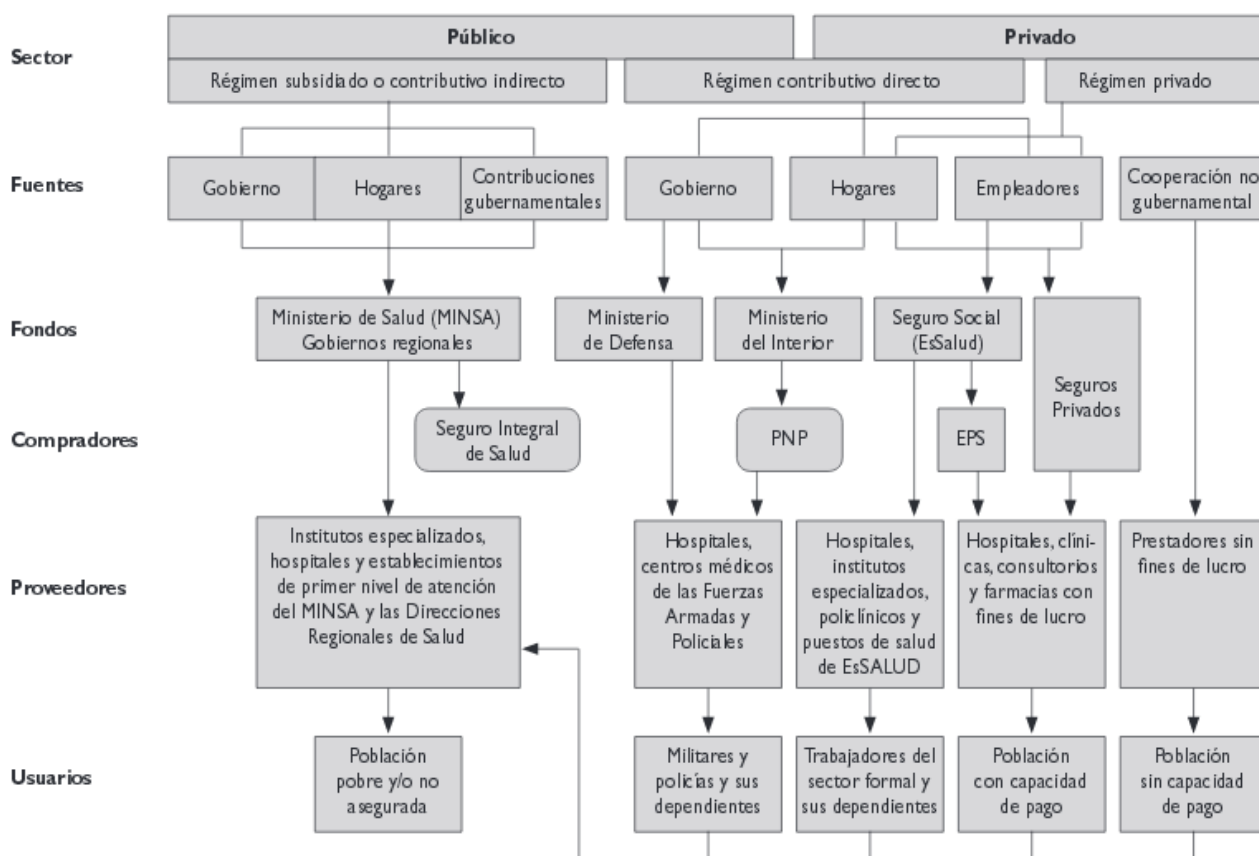
El concepto antes señalado (alcalde-Rabanal, Lazo-González y Nigenda, 2011; Corrochano y Tejerina, 2014), clarifican con algunos ejemplos ilustrativos: un buen sistema de salud, se entiende que mejora la vida diaria de las personas de forma notoria. Pone el ejemplo de una mujer que recibe un mensaje escrito recordándole que debe llevar a su hijo a vacunarse contra las enfermedades potencialmente mortales, de esta forma un sistema de salud obtiene un beneficio. Otro ejemplo, es cuando refiere: “Lo mismo ocurre con una familia que finalmente puede acceder al agua potable gracias a la instalación en su aldea de una bomba de agua financiada por un proyecto de saneamiento del gobierno” (p.1), finalmente otro: “una persona con VIH/SIDA que obtiene medicamentos antirretrovíricos, asesoramiento nutricional y exámenes periódicos en un ambulatorio asequible”.

Además, señala a los gobiernos como los directos implicados en la responsabilidad de llevar a cabo las responsabilidades inherentes. En esta trayectoria, señala que:

El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias. El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo (Corrochano y Tejerina, 2014; p.2).

Hace alusión a que países desarrollados también tienen dificultades con el sistema de salud y no solamente los países en pobreza, cuando cita:

Los sistemas de salud de los países pobres no son los únicos que tienen problemas. Algunos países ricos tienen grandes sectores de la población que carecen de acceso al sistema de salud debido a que los mecanismos de protección social son injustos. Otros están luchando contra el aumento de los costos debido a la utilización ineficiente de los recursos (Corrochano y Tejerina, 2014; p.2).



PNP: Policía Nacional del Perú
EPS: Entidades Prestadoras de Salud

. Figura 1. Tomado de alcalde-Rabanal, et al. (2011).

Respecto al sistema de salud del Perú (Figura 1), alcalde, Lazo y Nigenda (2011), reportan que está constituido de dos sectores, el público y el privado. La prestación de servicios de salud pública se divide en: 1) régimen subsidiado a cargo del ministerio de salud, 2) régimen contributivo indirecto y directo, a cuenta de la seguridad social (p.2).

En el sector público el gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones y por medio del Seguro Integral de Salud (SIS), que subsidia la provisión de servicios a la población que vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema (Corrochano y Tejerina, 2014).

La prestación de servicios para el régimen subsidiado de población abierta o asegurada al SIS se realiza a través de la red de establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), hospitales e institutos especializados que están ubicados en las regiones y en la capital de la república. El sistema de seguridad social en salud tiene dos subsistemas: el seguro social con provisión tradicional (EsSalud) y la provisión privada (EPS). EsSalud ofrece servicios de salud a la población asalariada y sus familias en sus propias instalaciones, pero desde la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en 1997, el sector privado le ha vendido servicios personales a EsSalud a través de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Los militares, policías y sus familias tienen su propio subsistema de salud integrado por las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional del Perú (PNP). Adicionalmente se creó un Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que cubre la atención por accidentes (Corrochano y Tejerina, 2014)

En el sector privado se distingue el privado lucrativo y el privado no lucrativo. Forman parte del privado lucrativo las EPS, las aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, los consultorios médicos y odontológicos, los laboratorios, los servicios de diagnóstico por imágenes y los establecimientos de salud de algunas empresas mineras, petroleras y azucareras.⁶ Como prestadores informales están los proveedores de medicina tradicional: chamanes, curanderos, hueseros y parteras, entre otros (Corrochano y Tejerina, 2014).

El sector privado no lucrativo está clásicamente representado por un conjunto variado de asociaciones civiles sin fines de lucro dentro de las que destacan los organismos no gubernamentales (ONG), la Cruz Roja Peruana, las Compañías de Bomberos Voluntarios, las organizaciones de acción social de algunas iglesias (CARITAS, ADRA), los servicios de salud de parroquias de la Iglesia Católica y las comunidades terapéuticas, entre otras. La mayor parte presta servicios de primer nivel y frecuentemente reciben recursos financieros de cooperantes externos, donantes internos, gobierno y hogares (Corrochano y Tejerina, 2014).

Funciones del sistema de salud

La organización panamericana de salud OPS y la organización mundial de salud OMS, han establecido una versión simplificada de las funciones esenciales de la salud pública FESP (Organización Panamericana de la Salud, 1998) accesible a la comprensión de las mayorías. Estas organizaciones indican cuatro funciones del sistema de salud: La rectoría, la provisión de servicios de salud, la gestión de recursos humanos y el financiamiento– aseguramiento (Organización Mundial de Salud, 2006):

“La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión” (p.1)

- La rectoría.

El concepto de rectoría en salud se encuentra atribuida a las facultades de gestión que el sector salud asume de manera indelegable e ineludible como órgano del Estado, Es decir, es la capacidad del Estado, a través del MINSA, asumir la responsabilidad de resolver la variedad de enfermedades y proveer de salud y bienestar a la población (Robles, 2013).Por tanto, la rectoría es una función que compete al Ministerio de Salud de los Estados. El

Ministerio de Salud es el ente rector de la salud en el país y lleva el liderazgo en todos los procesos, a través de este organismo se define las Políticas de Salud nacionales.

Este sector tiene responsabilidades en la regulación y la conducción de las políticas de salud, las cuales comparte con otros sectores e instituciones gubernamentales y no gubernamentales lo concerniente a diversas responsabilidades como el de aseguramiento, provisión de servicios, financiamiento, así como el acceso a todas las formas de cuidados de la salud y de las funciones esenciales de salud pública (Organización Panamericana de Salud, 2007). Es su responsabilidad establecer la articulación sectorial e intersectorial, comprometer a las organizaciones de base y a la población en el cuidado de la salud, generar dispositivos, directivas de salud, y asegura su aplicabilidad.

- Dimensiones de la rectoría

La OPS (1998) bajo el apoyo de la OMS, distribuyen las funciones de rectoría en seis dimensiones: **Conducción sectorial**, por la cual el sistema de salud está facultado para generar políticas, organizar los objetivos y proponer estrategias de intervención, orientar el desempeño sectorial con metas a lograr en la salud de la población. **Regulación y Fiscalización**, es otra facultad que el sector salud tiene para ordenar y establecer el marco legal y políticas públicas para la marcha de las actividades operativas en la dirección fijada por los objetivos, es decir, la conducción sectorial. **Provisión de Servicios de Salud**, significa armonizar la capacidad de organizar la oferta de salud, en las modalidades de intervención formativa, preventiva y recuperativa, a través de los prestadores integrados, complementados tanto para la cobertura como para la calidad equitativa y eficiente para toda la población (OPS,1998).

Se adiciona a las anteriores, *el Aseguramiento en Salud*, una función orientado a garantizar el acceso de la población a la atención de salud a través de cupos que satisfaga las necesidades sanitarias de la población, libre de condicionamientos y barreras económicas, sociales, geográficas. *Financiamiento*, tiene por función armonizarla responsabilidad del sector salud en la definición de prioridades de recursos financieros necesarios para la atención de la salud de la población basado en la equidad, según prioridades sanitarias, con vigilancia y la complementación de recursos económicos diferentes. *Medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública*, una acción de seguimiento necesario para evaluar el cumplimiento de las funciones dentro del sistema de salud, de modo que se sepa cuánto desarrollo de salud pública se logra en el país (OPS,1998).

- **Provisión de Servicios de Salud.**

La segunda función corresponde, de acuerdo a la organización del sistema de salud, a proporcionar a la población y según niveles de complejidad, los servicios de carácter formativo, preventivo y recuperativo. **En el plano formativo**, el Ministerio de Salud garantiza el mantenimiento de la salud, con actividades de promoción de la salud (Díaz, Pérez, Báez y Conde, 2012) mediante educación para la salud, visitas domiciliarias, desarrollo de comportamientos saludables, formación de actitudes para el cuidado de la salud, entre otras que se desarrollan en la misma población; estas cuentan con políticas de promoción de la salud, de seguridad alimentaria, seguridad vial, actividades de esparcimiento, fomento de la actividad física, cultura de buen trato y otros. Este tipo de intervención se canalizan a través de las estrategias sanitarias nacionales

En el área preventivo, las actividades se orientan a la identificación de grupos de riesgo de enfermedades (Echemendía, 2011), principalmente poblaciones vulnerables con potenciales

para el desarrollo de males a ser declarados como enfermedades, realizar con ellos el control de enfermedades transmisibles, control de natalidad en adolescentes, así como el control de enfermedades degenerativas; finalmente la prestación de servicios recuperativos con la atención de las enfermedades en los establecimientos de salud. Esta última forma de prestación de servicios de salud, preferentemente cuenta con una política de desarrollo de infraestructura de servicios de salud, equipamiento y una política de abastecimientos de medicamentos que satisfaga las necesidades de la población (Organización Panamericana de Salud, 2007)

En el marco recuperativo, el sector Salud como principal proveedor de servicios de salud a la población prioriza programas de atención de la enfermedad de las personas en los diferentes establecimientos de salud según niveles de complejidad. Los servicios básicos considerados en el primer nivel están dirigidos a la población materno-infantil y la atención de la niñez, sobre todo la atención es a la demanda de la población pobre, con el apoyo del seguro integral de salud SIS (Ministerio de Salud, 2015) donde se cubre la atención a enfermedades diversas con prioridad de las infecciosas (diarrea, cólera, tuberculosis, dengue, malaria, infecciones de transmisión sexual y rabia); así como la atención de emergencias. La atención al ambiente está dirigida a la disposición final de basuras, control de vectores y calidad de agua.

- **Gestión de recursos humanos.**

Esta función consiste en la organización de los sistemas de formación de recursos humanos capacitados para cubrir las necesidades de intervención en la salud del pueblo. De manera específica requiere de la preparación y formación de profesionales en salud, para asegurar la dotación con personal idóneo a este campo de trabajo; corresponde esta función a las universidades de conformidad con la legislación vigente (Ministerio de Educación, 2014),

con el ordenamiento a cargo de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria SUNEDU (2014) que contempla la calidad educativa y la internacionalización de las profesiones peruanas, con los cuales se ha generado diversos cambios en los últimos años. Se aprecia el incremento de la demanda y oferta además de la diversificación del currículo universitario, con crecimiento experimentado en la inversión privada, una participación mayoritaria de universidades no estatales (British council, 2014).

Corresponde al ente rector de salud, el MINSA, hacer las estimaciones cuantitativas y cualitativas de las necesidades existentes en cuanto a recursos humanos; además asumir la responsabilidad de las capacitaciones, el cuidado del clima laboral entre otros relacionados a la convivencia interna y con la población. Se encuentran comprendidos en este rubro los médicos, profesionales de salud, profesionales técnicos, auxiliares, personal administrativo y personal de servicios.

Este rubro cuenta con una política de remuneraciones, de premios y estímulos para los trabajadores, que, en el caso peruano, cuenta con lineamientos de mejora de remuneraciones, en especial para trabajadores de los sectores rurales y marginales.

Finalmente, el registro con que cuenta el MINSA a nivel nacional, acoge una oferta de 6074 médicos especialistas de ellos 61,5% de especialidades clínicas, 33,2% en cirugías, 4,9% de apoyo al diagnóstico y tratamiento, solamente 0,4% correspondientes a salud pública; base insuficiente cuando la demanda es de 11,176 médicos especialistas y según el perfil epidemiológico y demográfico, de 11 738 (Zevallos, Pastor y Moscoso (2011).

Las brechas en las regiones como Loreto, Piura, Puno y Madre de Dios son mayores, aún más en lo concerniente a ginecología-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general.

- **Financiamiento y aseguramiento.**

Esta función se encuentra a cargo de la autoridad sanitaria del país, esta propone algunas fuentes de financiamiento y gasto en salud. Pueden provenir de las siguientes fuentes: hogares, gobierno central, empresas y cooperación internacional. El presupuesto de salud correspondiente al año 2018, llegó al monto de 16,027 millones (El Peruano, 2017). Estos fueron orientadas a mejorar los servicios, la implementación de los programas de salud, disponibilidad de insumos médicos y garantizar los recursos para las prestaciones de salud y garantizar el funcionamiento de los nuevos establecimientos.

Sin embargo, el establecimiento de salud donde se llevó a cabo la investigación no es una entidad ejecutora, lo que significa que es un establecimiento sin solvencia económica, con poco apoyo financiero para realizar actividades de campo, en su lugar es dependiente de las decisiones de un órgano superior, de este modo solamente disponen de un monto pequeño que reciben por caja chica; la inversión presupuestal de montos mayores depende de la Dirección de Redes Integradas de salud DIRIS Lima sur, cuya jurisdicción abarca las zonas de Barranco, Chorrillos, Surco, San Juan de Miraflores, Villa el Salvador, Lurín, Pachacamac, Pucusana, Punta Hermosa, Punta Negra, San Bartolomé, Sta. María del Mar, Villa María del Triunfo (MINSa, 2017).

De manera adicional, se llegó a la información que el sector salud mantiene un convenio de cooperación interinstitucional con EsSalud (MINSa, 2011) para la ampliación de la cobertura del seguro integral de salud (SIS) y el intercambio de prestaciones asistenciales para la población del ámbito de Lima Metropolitana. En esta trayectoria, de manera específica, se obtuvo una estimación sobre la incidencia de atenciones realizadas en el Centro de Salud, que representa el 80% de 90 consultas diarias producidas por 6 profesionales, que no generan el

retorno del monto producido por este concepto al establecimiento de salud. Mas los datos de acceso a atenciones realizadas en el establecimiento por aseguramiento, corresponde a 11% de población (oficina SIS,2018).

Satisfacción.

Hacer referencia a la satisfacción impresiona un término sencillo de comprender; sin embargo, resulta bastante complejo por cuanto la satisfacción puede referirse de manera general simplemente a estar bien del todo, de manera puntual a haber logrado un propósito, haber obtenido un bien, un servicio, entre otros. La satisfacción en si se encuentra muy influenciada por múltiples variables, de carácter personal, de índole social y cultural, siendo las más relevantes el nivel socioeconómico y el nivel cultural de las personas. Entre otras acepciones de satisfacción Clemente, Molero y Gonzales (2000) señalan:

“Se puede entender la Satisfacción como una valoración cognitiva personal que realiza una persona de la vida y de los dominios de la misma, atendiendo a la calidad de su vida, a las expectativas y aspiraciones, a los objetivos conseguidos, basada en los propios criterios de la persona y que se realiza de forma favorable” (p.1)

Por otro lado, López (2012) tomando en cuenta la condición de un usuario, señala:

“La satisfacción ... es el resultado de la diferencia entre la percepción que la persona tiene del servicio prestado y de las expectativas que tenía en un principio o de las que pueda tener en visitas sucesivas, de tal manera que si las expectativas son mayores que la percepción del servicio, la satisfacción disminuirá” (p.13)

- Satisfacción sanitaria.

En la revisión de literatura sobre satisfacción sanitaria, se sabe que el concepto de satisfacción sanitaria ha ido cambiando con el tiempo de acuerdo a las formas de estudios que

fueron enfatizando aspectos en función a los requerimientos de los tiempos. Por los años sesenta se tomaban en cuenta las variables formadoras de la satisfacción, por la década del ochenta se centran en el análisis de las consecuencias del procesamiento. Los últimos estudios ven la satisfacción del consumidor, como una evaluación cognitiva de los atributos de los productos o servicios, mediante la confirmación de las expectativas y los juicios de inquietud y las emociones generadas por el producto o servicio, enmascarando los procesos subyacentes del consumo y la satisfacción Sivera (2008).

En la guía técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del MINSA, aprobado mediante Resolución Ministerial 278-2011/MINSA, el concepto de satisfacción va referido al proceso de valoración de la calidad de la atención de los servicios por parte del usuario; esta conceptualización se aprecia insuficiente para los fines de la evaluación de la satisfacción sanitaria.

Al respecto, se cita la existencia de dificultades para medir la satisfacción cuando su concepto es indeterminado, porque procede de una naturaleza subjetiva y contextual, tal como señala Huerta (2015). “Autores diversos coinciden en que la satisfacción es un fenómeno determinado por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales y, por lo tanto, varía según el contexto social” (p.13).

También es concerniente considerar que en los usuarios existe tres aspectos para la valoración de la satisfacción sanitaria: El aspecto instrumental (conocimientos técnicos y capacidad de solución de problemas), el aspecto expresivo (comportamiento afectivo respecto a la relación) y la comunicación (proporcionar y recibir información) Huerta (2015)

La experiencia peruana, viene de los años 90, con algunas iniciativas en el tema de escucha al paciente, impulsados por algunos de cooperación exterior, caso proyecto 2000 salud y

nutrición básica, que consideró una mejora continua de la calidad y la satisfacción. Desde aquella época, el MINSA elabora algunos lineamientos dirigidos al usuario; sin embargo, lo que en el 2005 señalaron Seclén y Darras (2005) en la práctica los gestores y proveedores adolecen de continuidad, esa realidad se extiende hasta la actualidad.

Para los usuarios de cualquier servicio hospitalario, con carácter asistencial, se puede encontrar diversas formas de valoración de la satisfacción, los cuales tienen correspondencia con los diferentes tipos de atención, consulta externa, atención de enfermería, atención en emergencia, atención en farmacia, entre otros, como se puede apreciar en los estudios llevados a cabo en forma periódica por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2014).

Los tipos de satisfacción a los que se hace referencia en este estudio estarán relacionados con las modalidades de intervención que el sector salud como sistema realiza en la población. Con esto se quiere significar que si la intervención es de carácter formativa, debe corresponderle una satisfacción de la misma naturaleza; del mismo modo, si la intervención tiene características preventivas, la satisfacción debe ser vinculante con una satisfacción de esta naturaleza; Finalmente, en la intervención terapéutica, la más conocida y estudiada como la calidad de atención médica, relacionada con la atención en los establecimientos de salud, debe corresponderle la satisfacción a esta forma de intervención. Esta última ya es mucho más conocida por cuanto corresponden a establecimientos de salud hospitalarios o centros de salud, valorados en forma de satisfacción con la calidad de la atención, como objeto de estudios en el mundo médico y del sistema asistencial (Flores, 2014).

1.5. Justificación de la investigación.

La razón por la que se emprendió esta investigación radicó en la necesidad de explicar la deficiente implementación de las funciones del sistema de salud lo cual se evidenció en el limitado desarrollo de las funciones de rectoría, la prestación de servicios de salud, la formación de recursos humanos y el financiamiento, calificado por Arce en el 2010 pero se mantiene vigente a pesar de transcurrido los años, como un sistema “segmentado y desarticulado con múltiples actores, tanto en la prestación de servicios como en el aseguramiento público, que ejecutan distintas funciones no necesariamente complementarias y con grandes grados de superposición” (P.6).

Organizaciones de salud del medio con baja calidad, insuficiente financiamiento, débil rectoría, satisfacción de usuarios por debajo del 60%, ausencia de complementariedad de servicios y participación de la población. Limitaciones que desfavorece las intervenciones del sistema de salud en la población, lo cuales, entre muchas otras formas de saber, resulta indagando la satisfacción sanitaria en la población, el grado de la ignorancia sobre los cuidados primarios de la salud, apreciaciones sobre las obligaciones y las responsabilidades en la educación sanitaria, la prevención de los riesgos y la recuperación de las enfermedades. Condiciones sobre las cuales se tiene las justificaciones siguientes:

Justificación teórica, en este aspecto, la idea es garantizar a los directivos del centro de salud, disponer de una plataforma de conocimiento científico útil, con un cuerpo de explicaciones derivados de la investigación que podrán servir como insumo teórico a planificadores, gerentes de salud y otros. Posibilitar la creación de un sistema de comunicación entre los gerentes de salud del Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján de Chorrillos y la población de esta jurisdicción. Los insumos consistirán de información validada y obtenida por medio de metodología probada y garantizada a través de los reportes

de la población sobre la vinculación de las funciones formales del sector salud como sistema y su grado de satisfacción de su acceso a los beneficios ofrecidos por este sector; que, a su vez por su carácter seleccionada, clasificada, comparada y propiedades generalizables puedan dar lugar a replicable sus otras investigaciones útiles para la mejora de las condiciones de salud de la población

Las expresiones: funciones del sistema de salud y satisfacción sanitaria por ser constructos con significados de poco uso por la población y la limitada aplicación en la práctica de cuidado de la salud por parte del sector salud, deja un área del saber que requiere ser explorado. Siendo esto así, esta investigación, dará lugar a reflexión y debate académico sobre el conocimiento existente (Arroyo y Pastor, 2012), además proporcionará información sobre la evolución de nuevos conceptos, datos conceptuales renovados, hacer epistemología del conocimiento y buscar soluciones al modelo de gestión sanitaria existente.

-Justificación metodológica, en cuanto a este rubro, para el logro de los objetivos de este estudio se recurrió a la metodología de la investigación científica en el nivel de asociación de variables con la finalidad de establecer relaciones válidas y consistentes entre las funciones del sistema de salud y la satisfacción sanitaria, llevadas a cabo en la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján de Chorrillos. Esta metodología de trabajo probada en la presente investigación, constituye una contribución a comprender mejor las fuerzas de relación entre las variables de estudio citadas. Esto representa que los métodos, técnicas y procedimientos utilizados en la presente investigación fueron del todo probados en su validez y en la confiabilidad; por tanto, se encuentran garantizados para ser empleados en otros trabajos de investigación. Además, tal como ocurrió mediante la identificación de los factores que limitan la relación en el desempeño de las funciones de sistema de salud y la existencia de insatisfacción sanitaria de la población, los resultados ofrecen datos de utilidad

para la toma de decisiones y orientarlos a la solución de los problemas de salud en la citada población, crear conciencia en los directivos del centro de salud para la mayor aproximación a la población y generar en la población el compromiso de acceder a la capacitación y practicar los cuidados promocional preventivos de la salud.

-Justificación práctica, en esta parte, esta investigación se realizó por la existencia de problemas en lo que concierne a las funciones del sistema de salud, cuya implementación es insuficiente, con efectos que se aprecian en la baja satisfacción sanitaria de la población del sector en estudio. Por tanto, requiere mejorar las competencias con objetividad, disminuir los problemas del sistema de salud y su correspondencia con la satisfacción sanitaria de la población. Implementar los procesos de control del desarrollo sanitario y de los factores que limitan el bienestar en el tiempo. Otro aporte práctico que se tiene en cuenta es la posibilidad de un mejoramiento en el desempeño del sistema de salud y la satisfacción sanitaria de la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján de Chorrillos, con los procedimientos de reorientación de las acciones de salud que deben efectivizar soluciones según los niveles de complejidad.

Finalmente, el producto del estudio, al ponerse a disposición de los directivos y de la población, servirá para poner a disposición las prácticas y conocimientos derivados de la percepción de las funciones del sistema de salud y la satisfacción sanitaria de la población; con ellos establecer procesos de manejo de las funciones de la salud, mediante la organización de la información para la toma de decisiones por el establecimiento de salud.

1.6. Limitaciones de la Investigación.

Alcances.

En cuanto a alcances, el estudio estuvo orientado en principio a obtener datos sobre la valoración que la población tiene respecto a las funciones del sistema de salud. Al respecto, los resultados obtenidos sobre el sistema de salud consistieron en apreciaciones favorables respecto a la presencia de los agentes de salud en los contextos de la población, asimismo sobre el acercamiento de los agentes encargados de las funciones del sistema de salud aproximaciones. En segundo lugar, se buscó conocer la satisfacción sanitaria de la población, la misma que resultó buena, especialmente en la intervención recuperativa. Entre otros alcances, se estimó establecer las relaciones entre las dimensiones de las funciones del sistema de salud: rectoría, prestación de servicios de salud, la gestión de recursos humanos y el financiamiento, con la variable satisfacción sanitaria; los resultados de este alcance fueron positivos; aun siendo bajos, se obtuvieron grados muy significativos a nivel de $P < 0.05$.

Limitaciones.

En el aspecto organizacional, la investigación fue canalizada por vía regular a fin de evitar inconvenientes de orden institucional, organizacional, personal o técnica. Se estableció coordinaciones previas de apoyo que favorecieron la ejecución sin inconvenientes del proyecto. En cuanto a la población, también se realizó visitas previas a los representantes de las organizaciones para su colaboración, las mismas que fueron incondicionales y con buena disposición; sin embargo, algunas limitaciones consistieron en la accesibilidad geográfica, en habitantes quechua hablantes, aproximadamente en un porcentaje 0.5%, para quienes se tomó a un intérprete al aplicarle los cuestionarios.

1.7. Objetivos.

- Objetivo general.

Determinar la relación entre funciones del sistema de salud y la satisfacción sanitaria en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján, 2018.

- Objetivos específicos.

Objetivo específico 1

O₁ Establecer la relación entre rectoría y satisfacción sanitaria en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján 2018.

Objetivo específico 2

O₂ Establecer la relación entre prestación de servicios y satisfacción sanitaria formativa en la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan 2018.

Objetivo específico 3

O₃ Establecer la relación entre gestión de recursos humanos y satisfacción sanitaria en la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan 2018

Objetivo específico 4

O₄ Establecer la relación entre el financiamiento y satisfacción sanitaria en la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan 2018

1.8. Hipótesis.

Hipótesis Central.

La hipótesis central propuesta en este trabajo fue:

H₀. Las funciones del sistema de salud y la satisfacción sanitaria son independientes en la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan 2018

$$H_0: p_1 = p_2 \quad \alpha = 0.95 \quad P < 0.05$$

H_c. Las funciones del sistema de salud y la satisfacción sanitaria se relacionan significativamente en la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan 2018

$$H_c: p_1 \neq p_2 \quad \alpha = 0.95 \quad P < 0.05$$

Hipótesis Específica 1

H₀ La función de rectoría y la satisfacción sanitaria son independientes en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján 2018

$$H_0: p_1 = p_2 \quad \alpha = 0.95 \quad P < 0.05$$

H₁ La función de rectoría y la satisfacción sanitaria mantienen una relación significativa en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján 2018

$$H_1: p_1 \neq p_2 \quad \alpha = 0.95 \quad P < 0.05$$

Hipótesis Específica 2

H₀ La función de prestación de servicios y la satisfacción sanitaria formativa son independientes en la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan 2018.

$$H_0: p_1 = p_2 \quad \alpha = 0.95 \quad P < 0.05$$

H₂ La función de prestación de servicios y la satisfacción sanitaria formativa mantienen una relación significativa en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján 2018

$$H_2: p_1 \neq p_2 \quad \alpha = 0.95 \quad P < 0.05$$

Hipótesis Específica 3

H₀ La función de gestión de recursos humanos y satisfacción sanitaria son independientes en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján 2018 . H₀: $p_1 = p_2$ $\alpha = 0.95$
P<-05

H₃ La función de gestión de recursos humanos y la satisfacción sanitaria mantienen una relación significativa en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján 2018

H₃: $p_1 \neq p_2$ $\alpha = 0.95$ P<-05

Hipótesis Específica 4

H₀ La función de financiamiento y satisfacción sanitaria son independientes en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján 2018

. H₀: $p_1 = p_2$ $\alpha = 0.95$ P<-05

H₄ La función de financiamiento y la satisfacción sanitaria mantienen una relación significativa en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján 2018

H₄: $p_1 \neq p_2$ $\alpha = 0.95$ P<-05

II. MARCO TEORICO

2.1. Marco conceptual.

Para comprender las funciones del sistema de salud y la satisfacción sanitaria, es preciso relacionar con la participación comunal de la población, que ha sido privilegiada desde la Conferencia de Alma Ata en 1978, como una de las estrategias principales para la mejora de las condiciones de salud en la población, y la explicación de las acciones de salud desde la planificación y la aplicación de las acciones orientadas a este objetivo (Organización Mundial de Salud, 2002). La participación comunal en el control y prevención de cualquier enfermedad, lo que ahora se conoce como cultura sanitaria, puede condicionarse a la clasificación de los escenarios epidemiológicos establecido por el Ministerio de Salud: 1, Escenario epidemiológico, 2. Prevención de la enfermedad, 3. Presencia de enfermedades

Además, la participación comunal, se puede entender como un medio y como un fin. La participación comunal como un medio, es cuando éste se identifica con el concurso de la población para mejorar el alcance de los programas, obtener de la población la colaboración necesaria para la ejecución y lograr la movilización de recursos locales para mejorar la relación costo-eficiencia. La participación comunal como un fin, es cuando el proceso se dirige al empoderamiento de la comunidad, en especial de los sectores que se encuentran en condiciones de mayor marginalidad o de mayor riesgo. Por el empoderamiento la población gana mayor control sobre las decisiones y las acciones que afectan su salud, pudiendo este proceso ser desarrollado tanto en forma individual como en forma comunitaria (Ministerio de Salud, 2004), es decir, como cultura sanitaria.

-Aspectos de responsabilidad social y medio ambiental.

Con respecto al sistema, se hace conveniente citar de manera general la Teoría de Sistemas (TGS), la fue formulada como una forma de organización de los fenómenos, de realidades, de objetos, entre otros, para aproximarla al desarrollo de la ciencia mediante la representación de la realidad de manera ordenada. Una orientación hacia la sistematización de conjuntos que se encuentren relacionados al momento de dar explicaciones de su conformación, tanto individual como grupal.

Por su característica y perspectiva holística e integradora, la teoría de sistemas fue incorporada por las diferentes disciplinas del conocimiento humano como una herramienta de la organización de sus conocimientos. Así, para el sistema lo importante son las relaciones y los conjuntos que a partir de ellas emergen. En la práctica, la TGS ofrece un ambiente adecuado para la interrelación y comunicación ordenada entre especialistas y especialidades. De ahí que la “TGS es un ejemplo de perspectiva científica” (Arnold y Rodríguez, 1990) cuyos objetivos fueron propuestos para a) Impulsar el desarrollo de una terminología que permita describir las características, funciones y comportamientos de las unidades integrantes del sistema, B) Desarrollar un conjunto de leyes aplicables a todos estos comportamientos y c). Promover una formalización (matemática) de estas leyes.

La primera formulación en tal sentido es atribuible al biólogo Ludwig von Bertalanffy (1989), quien acuñó la denominación "Teoría General de Sistemas" Para él, la TGS debería constituirse en un mecanismo de integración entre las ciencias naturales y sociales y ser al mismo tiempo un instrumento básico para la formación y preparación de científicos.

De ahí, el campo de la salud pública es un sistema de abordaje múltiple que cuenta con una serie de estructuras, disciplinas participantes (Valencia, 2016), las que permiten recuperar procesos científicos para la misma reproducción científica sanitaria. En este sentido, las

teorías, son formas de ver e interpretar a la persona y se construyen con tres elementos: mitos, verdades y creencias. Así la *ciencia* construye verdades y la *disciplina* construye conocimientos. *Y la ley*, va a la inmutabilidad.

Las ciencias sociales crean nuevos objetos de estudio de manera rápida. Los valores son aportes importantes de esos paradigmas, cuyos conceptos, tienen dos vertientes, el cualitativo, que analiza lo subjetivo del individuo y el cuantitativo, que se ocupa de lo objetivo (Cuba et al, 2011).

Desde que la Organización Mundial de Salud planteó el concepto de salud como “estado de bienestar físico y mental, mental y social y no la mera ausencia de molestias o enfermedad”. El estado de bienestar se ha observado como una utopía; sin embargo, desde las políticas globales y reformas de salud, ese concepto puede significar metas a alcanzar por los gobiernos de los diversos países, sus sistemas de salud y organizaciones (Ríos, 2011).

Desde el marco social la salud, a decir lo menos, se encuentra ligada a procesos de producción con estructura económica y social definida, donde el concepto de salud la salud comprenda procesos biológicos, social e historia. Así la salud asume un valor social resultante de las condiciones de alimentación, trabajo, transporte, empleo, libertad de realización personal, acceso a servicios de educación y otros. En suma, la salud tiene que ver con las formas de organización social y los sistemas de producción justa, equitativa y correcta, que evite las desigualdades (Mendizábal, 2015)

En cuanto a satisfacción, en especial sobre satisfacción personal, se puede entender esta como la valoración cognitiva personal que realiza una persona de la vida y de los dominios de la misma, atendiendo a la calidad de su vida, a las expectativas y aspiraciones, a los objetivos con-seguidos, basada en los propios criterios de la persona y que se realiza de forma favorable (Clemente et al, 2000).

La satisfacción se ve influenciada por múltiples variables, tanto de índole social y cultural, señalando entre las más relevantes el nivel socioeconómico y el nivel cultural de las personas, como por variables de tipo personal, entre las que cabe citar como una de las más importantes la edad, además de otras como el sexo, e incluso las mismas características y rasgos de personalidad, que pueden condicionar la valoración de la vida o de un aspecto de la misma como más o menos satisfactorio.

Por otra parte, la satisfacción personal en la vida está constituida por valoraciones de distintos dominios de la vida de las personas, entre los dominios de satisfacción a considerar está la satisfacción sobre las propias posibilidades personales, satisfacción con la realidad personal actual, Influencia del trabajo en el desarrollo psicológico personal, satisfacción sobre las posibilidades de mejora concreta y la Satisfacción sobre el desarrollo afectivo y social, además de un concepto global que haría referencia a la satisfacción general o total con la vida.

Además, la satisfacción sanitaria como una extensión del concepto de salud y conocimiento del sistema de salud, es una forma de dar sentido a la correspondencia entre el grado de aceptación, de concordancia, agrado o solución de necesidades con bienes, servicios educativos, atención de la enfermedad u otros, basados en la percepción de la población, sobre el desempeño y grado de realización de las funciones del sistema salud. Relación entre la satisfacción con el sistema de atención sanitaria y la experiencia personal de los pacientes.

El concepto de la satisfacción sanitaria, de acuerdo a la experiencia de las personas con el sistema de salud, no necesariamente revela su asociación con el tema de la atención tal como señalan Bleich, Özaltın y Murray (2009).

“La experiencia de los pacientes estaba relacionada de forma significativa con la satisfacción con el sistema de atención de salud y explicaba el 10,4% de la variación de la satisfacción. Otros factores, como las expectativas de los pacientes, su estado de salud, el tipo de atención y la cobertura de inmunización, también se revelaron como factores predictivos relevantes de la satisfacción con el sistema de salud; sin embargo, globalmente explicaban sólo un 17,5% de la variación observada, lo que lleva a pensar que hay otros factores sociales más generales que determinarían en gran medida el componente no explicado de la variación de la satisfacción con el sistema de atención de salud” (p.1)

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación.

En cuanto al tipo de investigación, está categorizada como investigación básica o sustantiva, el estudio ha aportado con conocimientos relativamente nuevos en el área de gestión de las funciones del sistema de salud y la satisfacción sanitaria, también lo que se previó como una posibilidad de contribución con nueva información a investigaciones futuras podrá ser una realidad, por cuanto los procedimientos y el método de la información construida tiene una base lógica y epistemológica. Por añadidura, los datos generados al nivel descriptivo y explicativo, se ha centrado en un enfoque de datos cuantitativos (Ñaupas, et al 2014). Además, el nivel del estudio fue correlacional, en este caso el proyecto tuvo como finalidad conocer la relación de asociación entre funciones del sistema de salud como factor de satisfacción sanitaria en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján, dos o más conceptos, variables o categorías en una muestra o contexto particular (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2014).

El diseño de investigación fue no experimental, dado que se basó en observaciones de los fenómenos en estado natural sin la intervención o manipulación de variables (someter a pruebas) por parte de la investigadora (Bleich et al. 2009). Fue un estudio de evaluación realizado sobre la percepción de las funciones del sistema de salud y satisfacción sanitaria en la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta, hecha de manera simultánea mediante una sola observación.

3.2 Población y Muestra

La población general asignada al Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján de Chorrillos estuvo conformada por 41,670 habitantes procedentes de los estratos bajos: Las poblaciones de estudio se conformaron de 2,485 habitantes con colaboradores procedentes de los Sectores Intillacta 900, Alto Perú 845, Prolongación México 695; Napoleón Vidal 45. Finalmente, la población de estudio fue seleccionada de la población general asignada al Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján de Chorrillos.

Tabla 1.

Población por sectores de estrato bajo centro de salud Gustavo Lanatta Luján de Chorrillos

Estratos bajos	Sector	Casas	N
Sector Intillacta	6	180	900
Sector alto Perú	5	169	845
Prolongación México	8	139	695
Napoleón Vidal	9	9	45
Total		497	2485

Muestra.

El muestreo final fue sistemático: Derivado a partir del tamaño de la población proveniente de cada sector anteriormente señalado, se obtuvo de manera proporcional los elementos muestrales, mediante el producto de la constante k y el tamaño de la población, tal como se ilustra en la tabla 2.

Finalmente, los elementos de la muestra se obtuvieron de manera aleatoria hasta completar las 260 SS

Tabla 2.

*Muestreo sistemático de las poblaciones de estrato bajo Centro de Salud Gustavo Lanatta
Luján de Corrillos*

Estratos bajos	N	K	nf
Sector Intillacta	900	0.1046278	94
Sector alto Perú	845	0.1046278	88
Prolongación México	695	0.1046278	73
Napoleón Vidal	45	0.1046278	5
Total	2485		260

3.3. Operacionalización de Variables.

Definición de variables.

Variable 1. Funciones del sistema de salud

Corresponde al ejercicio de cuatro funciones interrelacionados: la rectoría, la provisión de servicios de salud, la gestión de recursos humanos y el financiamiento– aseguramiento (Organización Panamericana de la Salud, 1998).

Variable 2 Satisfacción sanitaria

Evaluación cognitiva...de los productos o servicios, mediante la confirmación de las expectativas y los juicios de inquietud y las emociones generadas por el producto o servicio (Civera 2008).

Las variables de investigación estuvieron dispuestas en la forma siguiente:

V 1 Funciones del sistema de salud

V 2 Satisfacción sanitaria

V 1 Operacionalización de la variable funciones del sistema de salud

Matriz de definición de variable 1: Funciones del sistema de salud

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala	Índices rango
Corresponde al ejercicio de cuatro funciones interrelacionadas: la rectoría, la provisión de servicios de salud, la gestión de recursos humanos y el financiamiento–aseguramiento ⁽¹⁸⁾ .	Nivel de ejecución de las funciones de rectoría, prestación de servicios, recursos humanos y financiamiento	Rectoría	Regulación de políticas	1,2,3,4	Total. Favorable 4 Favorable 3 Desfavorable 2 Total, Desfavorable 1	00 - 25 bajo, 26 - 50 medio, 51 - 75 moderado 76 100 altos.
		Prestación de servicios	Acceso a servicios	9,10,11,12		
			Garantía de calidad	13,14,15,16		
		Gestión de Rec. Humanos	Recursos. Capacitados	17,18,19,20		
Financiamiento	Dotación suficiente	21,22,23,24				
		Acceso al SIS	25,26,27,28			
		Disponibilidad de materiales	29,30,31,32			

(18). Organización Panamericana de la Salud. Las Funciones Esenciales de la Salud Pública: Documento de posición, [Internet].1998. Disponible en: <http://bit.ly/2syDLIy>

Matriz de definición de variable 2: Satisfacción sanitaria

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala	Índices rango
Evaluación cognitiva...de los productos o servicios, mediante la confirmación de las expectativas y los juicios de inquietud y las emociones generadas por el producto o servicio ⁽²⁵⁾ .	Nivel de conformidad en el estado de ánimo de un individuo como resultado de la comparación entre el rendimiento percibido y el rendimiento observado de un bien o servicio con sus expectativas	Formativa	Educación sanitaria	1,2,3,4	Totalmente satisfecho 4 Satisfecho3 Insatisfecho 2 Totalmente insatisfecho 1	00 - 25 bajo, 26 - 50 medio, 51-75 moderado y 76-100 alto.
			Beneficios en la salud	5,6,7, 8		
		Preventiva	Conocimiento de riesgos	9,10,11,12		
			Acciones preventivas	13,14,15,16		
		Recuperativa	Acceso a la atención	17,18,19,20		
			Programación oportuna	21,22,23,24		

⁽²⁵⁾ Civera, S M. Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido. [Tesis Doct. Cien Jurídica y Económica. en Internet Universitat Jaume; 2008. Disponible en: <http://bit.ly/2tH97A>

3.4. Instrumentos

Cuestionario de funciones del sistema de salud

Es un cuestionario de elaboración propia, cuya base teórica se apoya en los conceptos concernientes a la percepción de las funciones de los sistemas de salud. Consta de 32 ítems y cuatro alternativas de respuestas ponderados con 4, 3, 2, 1; para la aplicación al medio local del Centro de Salud Gustavo Lanatta de Chorrillos.

Validez y confiabilidad.

Fue validado mediante el método Bellak, con resultados de correspondencia por funciones de rectoría 0.84; prestación de servicios 0.84; gestión de recursos humanos 0.92 y financiamiento 0.78. En los indicadores de validación estos alcanzaron en: claridad 0.85; objetividad 0.75; actualidad 0.90; Organización 0.80; suficiencia 0.70; intencionalidad 0.90; consistencia 0.85; coherencia 0.95; metodología 0.90 y pertinencia 0.85. El cálculo de la consistencia interna, del cuestionario, llevada a cabo con el empleo del método alfa de Cronbach, arrojó $\alpha=0.96$.

Escala diagnóstica.

Aplicable en forma personal y colectiva. Dividido en cuatro dimensiones: rectoría, prestación de servicios, gestión de recursos humanos y financiamiento. Consta de 32 ítems de elección múltiple con cuatro alternativas y calificaciones que van de 1 a 4: *Totalmente favorable* = 4, *favorable*, = 3, *desfavorable* = 2, *totalmente desfavorable* = 1. Y rangos de valoración 00 - 25 bajo, 26 - 50 *medio*, 51 - 75 *moderado* y 76 - 100 *alto*.

Cuestionario de satisfacción sanitaria.

Es otro cuestionario de elaboración propia, tiene como base la evaluación de las condiciones de salud auto percibido por la población, consta de 24 ítems y cuatro alternativas de respuestas ponderados con 4, 3, 2, 1; para la aplicación al medio local del Centro de Salud Gustavo Lanatta de Chorrillos.

Validez y confiabilidad.

Fue validado por el método Bellak, con resultados de correspondencia a través de dimensiones: formativa 0.62; preventiva 0.76 y recuperativa 0.88. Los indicadores de validación fueron: claridad 0.73; objetividad 0.87; actualidad 0.73; organización 0.73; suficiencia 0.73; intencionalidad 0.80; consistencia 0.73; coherencia 0.80; metodología 0.60 y pertinencia 0.80. El cálculo de la confiabilidad de consistencia interna, del cuestionario, realizado con el método alfa de Cronbach, arrojó el valor $\alpha=0.92$.Aplicable en forma personal y colectiva. Se divide en tres dimensiones: formativa, preventiva y recuperativa.

Escala diagnóstica,

Consta de 32 ítems de elección múltiple con cuatro alternativas y calificaciones que van de 1 a 4: *Totalmente satisfecho* = 4, *Satisfecho*, = 3, *Insatisfecho* = 2, *Totalmente insatisfecho* =1. Y rangos de valoración 00 - 25 *bajo*, 26 - 50 *medio*, 51 - 75 *moderado* y 76 - 100 *alto*.

- Validación y confiabilidad del instrumento

Validez del instrumento

Para Hernández et al (2014) la validez es el grado en que un instrumento en verdad mide la variable que pretende medir (p.201).

Tabla 3

Validez de cuestionarios funciones de los sistemas de salud y satisfacción sanitaria

Expertos	Suficiencia del instrumento	Aplicabilidad del instrumento	Suficiencia del instrumento	Aplicabilidad del instrumento
Experto 1	Hay Suficiencia	Es aplicable	Hay Suficiencia	Es aplicable
Experto 2	Hay Suficiencia	Es aplicable	Hay Suficiencia	Es aplicable
Experto 3	Hay Suficiencia	Es aplicable	Hay Suficiencia	Es aplicable
Experto 4	Hay Suficiencia	Es aplicable	Hay Suficiencia	Es aplicable
Experto 5	Hay Suficiencia	Es aplicable	Hay Suficiencia	Es aplicable

El cuestionario de funciones del sistema de salud y de satisfacción sanitaria, fueron sometidos a criterio de jueces expertos, integrado por docentes de la universidad científica del sur, universidad Ricardo Palma, doctores en gestión de salud que laboran en el Centro de Salud Gustavo Lanatta, quienes informaron acerca de la aplicabilidad de los cuestionarios de la presente investigación (Tablas 4 y 5).

Tabla 4

Validez de instrumentos: funciones del sistema de salud y satisfacción sanitaria

Variable	Expertos	Claridad	Relevancia	Pertinencia	Total	Sig
Funciones del sistema de salud	5	0.95	0.96	0.97	0.96	p<0.05
Satisfacción sanitaria	5	0.97	0.97	0.96	0.97	p<0.05

Prueba de confiabilidad

Según Hernández, et al (2010), la confiabilidad de un instrumento de medición “es el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes”. (p. 200).

Para establecer la confiabilidad del cuestionario, se utilizó la prueba estadística de fiabilidad alfa de Cronbach, con una muestra piloto de 50 elementos. Luego se procesaron los datos, haciendo uso del Programa Estadístico SPSS versión 23.0.

Tabla 5.

Fiabilidad del cuestionario clima organizacional y desempeño laboral

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Funciones del sistema de salud	0,96	50
Satisfacción sanitaria	0,92	50

3.5. Procedimientos.

Se utilizó como técnicas básicas de investigación la observación y el cuestionario. Además, éstas fueron utilizadas desde las etapas iniciales, durante y fases posteriores a la investigación, a los que también se adicionó otras técnicas: El dialogo e información inicial fueron hechas con autoridades de salud, la observación y reconocimiento han sido ejecutadas en el área geográfica de estudio, las entrevistas preliminares se llevaron a cabo con los pobladores de la zona, la afijación de localidades, entre otros.

3.6. Análisis de datos.

Los datos de la investigación fueron procesados mediante elaboración de base de datos con el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences SPSS-25 y Microsoft Office Excel 2016, a través de los cuales fueron procesados los estadísticos descriptivos e

inferenciales, cuyos resultados se presentan en tablas y figuras, con los análisis de significación correspondientes.

El ingreso de los datos al sistema digitalizado fueron realizados previa verificación de la calidad de información obtenida a través de los cuestionarios y la conformidad de las respuestas a las mismas, en la base de datos se hizo la entrada de datos con control de doble digitación para la verificación de la calidad de las calificaciones al 100%, con esto asegurar error “cero” en el ingreso de datos.

Todos los resultados cuantitativos y cualitativos organizados, según como corresponden se presentan en tablas, figuras cuadros y matrices, conforme a la aplicación derivación del producto (datos) y el análisis derivado a través de los procedimientos estadísticos ejecutados.

En cuanto a la muestra estudiada (Tabla6), población correspondiente a la jurisdicción del centro de salud Gustavo Lanatta Lujan, procedentes de los sectores y localidades seleccionados, comprendieron a los sectores Intillacta con 95 participantes (36%), seguida por el sector Alto Perú con 88 integrantes (34%); Prolongación México con 73 colaboradores (28%) y Napoleón Vidal que acotó con 5 unidades muestrales (2%), haciendo un total de 260 integrantes.

Tabla 6.

Muestra por localidades de Gustavo Lanatta Luján

Localidades	N	%
Sector Intillacta	94	36
Sector Alto Perú	88	34
Prolongación México	73	28
Napoleón Vidal	5	2
Total	260	100

En la Figura 2, se representó gráficamente la muestra estudiada por localidades. De las cuatro localidades visualizadas, son representativas dos sectores seleccionadas, dado que resaltan con valores de mayor número de participantes: localidad, sector Intillacta, que se conformó con el mayor número de integrantes 94 (36%), seguido por el Sector Alto Perú con 88 (34%) y la localidad de Napoleón, con el menor número de unidades muestrales 5 (2%).

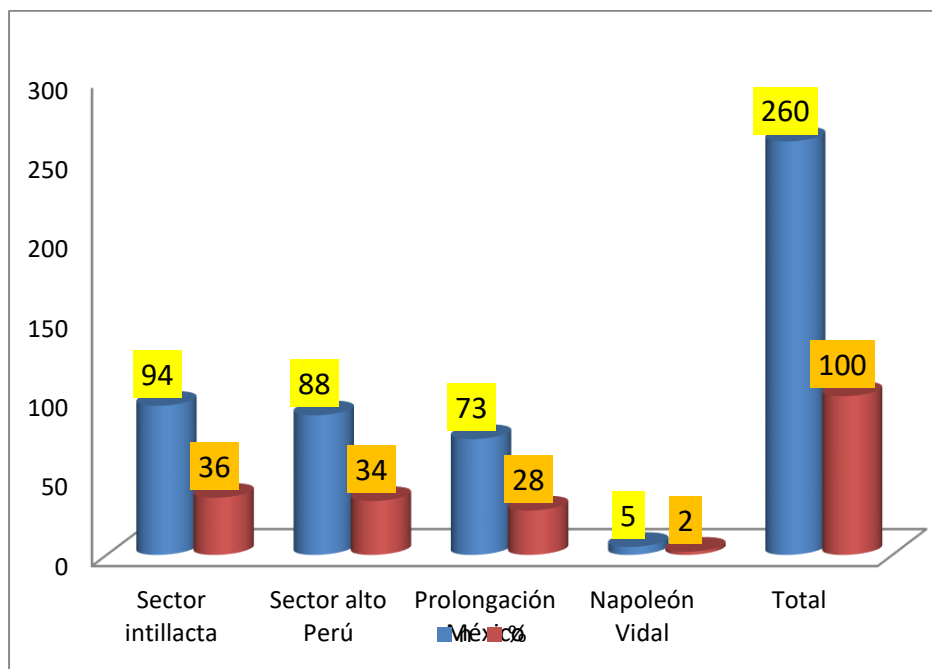


Figura 2. Muestra por localidades de Gustavo Lanatta Luján

En la Tabla 7 y la Figura3, se muestran las valoraciones de las funciones del sistema de salud hechas por la población del centro de salud Gustavo Lanatta Lujan. En estos datos se identificaron la calificación de favorable con frecuencia de 148, correspondiente al 56,9% de la muestra estudiada, seguida por la calificación de totalmente favorable al sistema de salud hecha por 31 participantes que representa el 11,9%.

Hacia el lado opuesto, la calificación de desfavorable se observó en 76 de ellos, que representa al 29,2% de los participantes; en el límite inferior, la apreciación totalmente desfavorable fue hecha por 5 sujetos, equivalente al 1,9 de la muestra de estudio.

Tabla7.

Valoración de las funciones del sistema de salud por la población del centro de salud Gustavo Lanatta Lujan

	Frecuencia	%	% acumulado
Totalmente Desfavorable	5	1,9	1,9
Desfavorable	76	29,2	31,2
Favorable	148	56,9	88,1
Totalmente Favorable	31	11,9	100,0
Total	260	100,0	

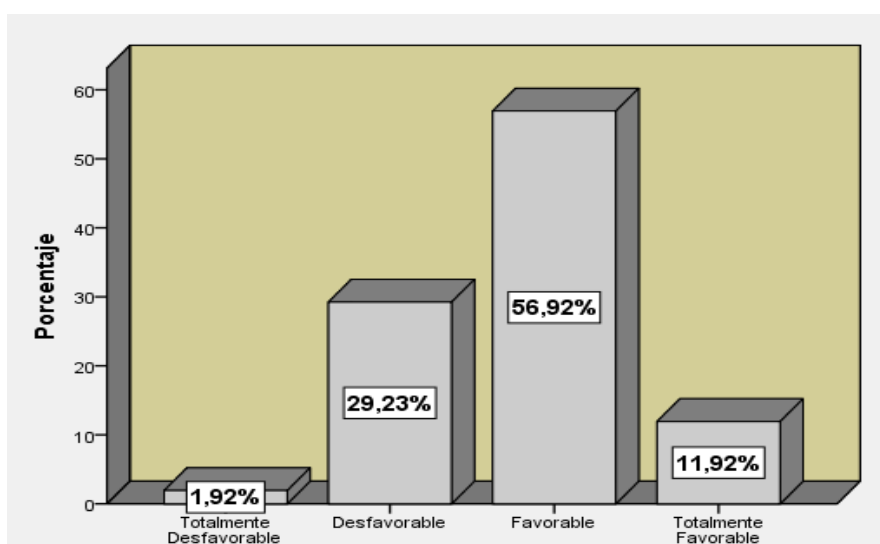


Figura 3. Valoración de las funciones del sistema de salud. Según la población del C.S Gustavo Lanatta Luján

Los resultados de la Tabla 8 y la Figura 4, permitieron observar la valoración de las funciones de rectoría por la población del centro de salud citado. Como se aprecia, la valoración favorable fue hecha por 174 miembros, correspondiente al 66,9% de la muestra; seguida por la calificación de totalmente favorable a la rectoría por 64 participantes, que representó al 24,6%. Las valoraciones contrarias como desfavorable, se observó en 17 sujetos

correspondiente al 6,5%; en el límite inferior, bajo la calificación del totalmente desfavorable, se vio en 5 personas corresponde al 1.9% de la muestra estudiada.

Tabla 8.

Valoración de las funciones de rectoría por la población del centro de salud Gustavo Lanatta Lujan

	Frecuencia	%	% acumulado
Totalmente desfavorable	5	1,9	1,9
Desfavorable	17	6,5	8,5
Favorable	174	66,9	75,4
Totalmente favorable	64	24,6	100,0
Total	260	100,0	

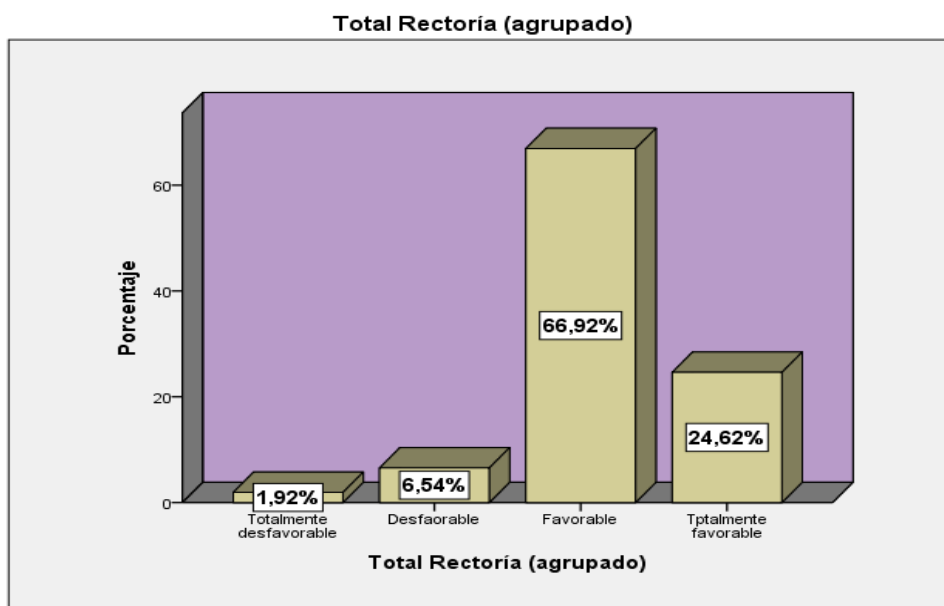


Figura 4. Valoración de la rectoría por la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan

La Tabla 9 y la Figura 4, revelaron resultados de la frecuencia y porcentaje sobre la apreciación hecha por la población del centro de salud Gustavo Lanatta Lujan en cuanto a las funciones de prestación de servicios de salud. Se observó la calificación de favorable en

155 participantes correspondiente al 59,6% de la muestra, seguida de calificación totalmente favorable hecha por 33 sujetos que representa 12,7%.

Por otro lado, la valoración desfavorable se apreció en 70 integrantes correspondiente al 26,9%.

En el límite inferior, la calificación totalmente desfavorable, fue hecha por 2 miembros que corresponde al 0,8% de la muestra estudiada.

Tabla 9

Valoración de la función de prestación de servicios de salud por la población del centro de salud Gustavo Lanatta Lujan

		Frecuencia	%	% Válido	% acumulado
Válido	Totalmente desfavorable	2	,8	,8	,8
	Desfavorable	70	26,9	26,9	27,7
	Favorable	155	59,6	59,6	87,3
	Totalmente favorable	33	12,7	12,7	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

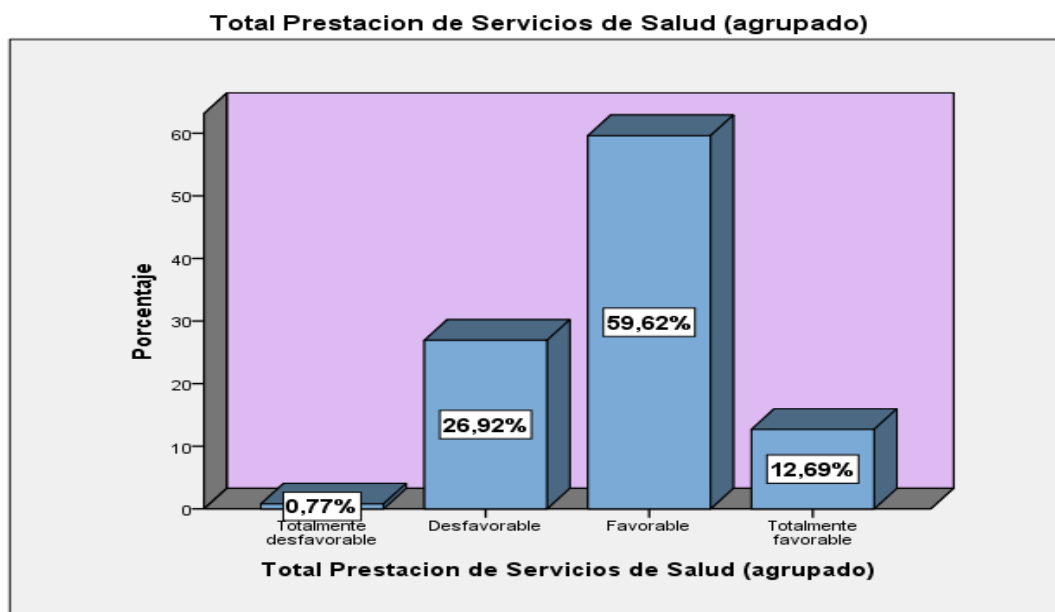


Figura 5. Funciones de prestación de servicios de salud según la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan

Los resultados de la Tabla 10 y la Figura 6, revelaron la calificación a la gestión de recursos humanos hecha por la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján. La valoración favorable fue observada en 176 sujetos que representa el 67,7% de la muestra; otros 41 participantes que representa 15,8%, calificaron a la prestación de servicios de salud como totalmente favorable

Tabla 10.

Valoración de la función de gestión de recursos humanos por la población del centro de salud Gustavo Lanatta Lujan

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido	Totalmente desfavorable	2	,8	,8	,8
	Desfavorable	41	15,8	15,8	16,5
	Favorable	176	67,7	67,7	84,2
	Totalmente favorable	41	15,8	15,8	100,0
Total		260	100,0	100,0	

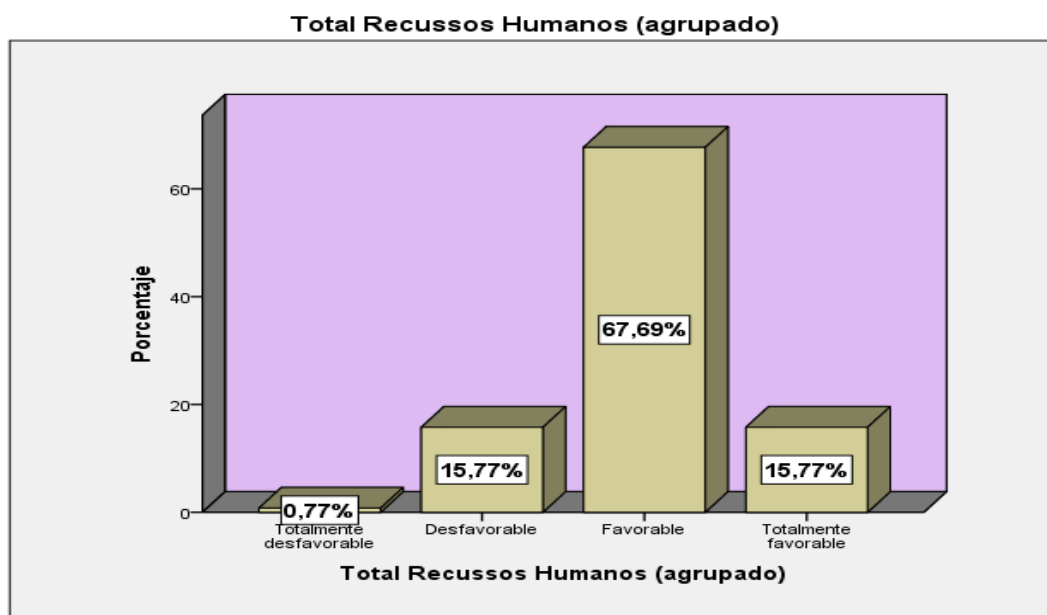


Figura 6. Función de gestión de recursos humanos según la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan

Contrariamente, la calificación desfavorable fue realizada por 41 sujetos correspondiente a 15,8%; en el extremo inferior, la calificación de totalmente desfavorable se dio en 2 integrantes que corresponde al 0.8% de la muestra estudiada

En la Tabla 11 y la Figura 7, se revelaron los resultados de calificación a la función de financiamiento del sistema, hecha por la población del centro de salud Gustavo Lanatta Lujan. Se observaron la valoración desfavorable realizada por 216 sujetos correspondiente al 83,1%; seguida de la calificación favorable hecha por 40 participantes que representa 15,4%.

Las valoraciones opuestas fueron, totalmente desfavorable consignada por 2 integrantes correspondiente al 0,8%; en la parte extrema inferior; la calificación de totalmente favorable, correspondió solo a 1 que representa al 0.4% de la muestra estudiada.

Tabla 11.
Valoración de la función de financiamiento por la población del Centro de salud Gustavo Lanatta Lujan

		Frecuencia	%	% acumulado
Válido	Totalmente desfavorable	2	,8	,8
	Desfavorable	216	83,1	84,2
	Favorable	40	15,4	99,6
	Totalmente favorable	2	,8	100,0
	Total	259	99,6	
Total	260	100,0		

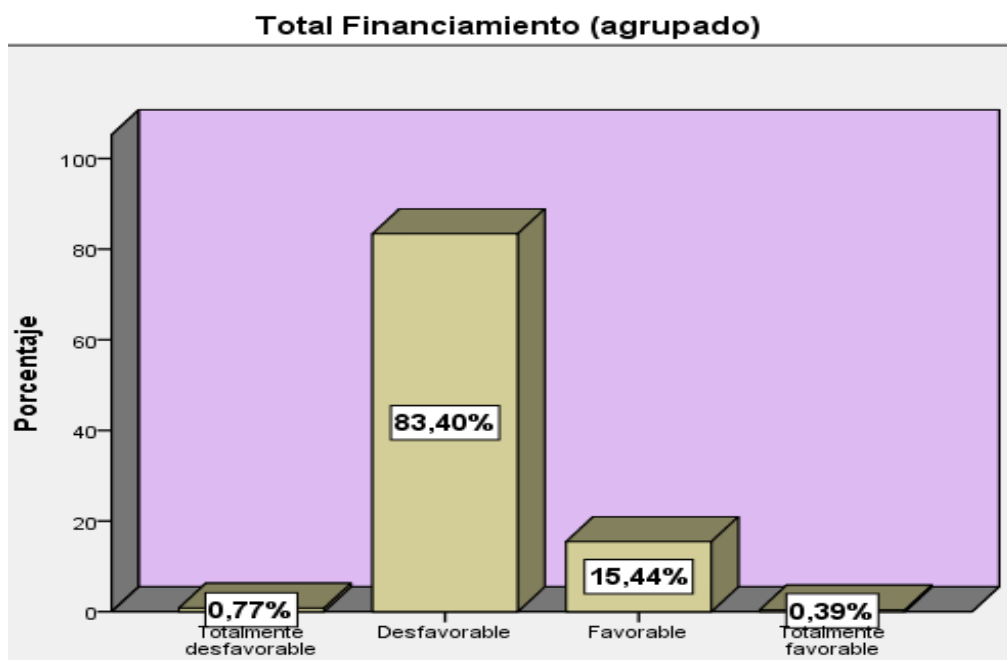


Figura 7. Funciones de financiamiento según la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan

En la Tabla 12 y la Figura 8, se resumió los resultados observados por la población del centro de salud Gustavo Lanatta Lujan respecto a la satisfacción sanitaria. La valoración mayor hecha como satisfecho correspondió a 154 integrantes que comprende al 56,9%; la calificación de muy satisfecho fue consignada por 89 participantes que representa el 34,2% de la muestra.

En forma inversa se verificó la calificación de insatisfecho en 15 participantes correspondiente al 5,8%, y la valoración de totalmente insatisfecho les correspondió a 2 integrantes que equivale al 0,9% de la muestra.

Tabla 12
Satisfacción Sanitaria en la Población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido	Totalmente insatisfecho	2	,8	,8
	Insatisfecho	15	5,8	6,5
	Satisfecho	154	59,2	65,8
	Totalmente Satisfecho	89	34,2	100,0
Total	260	100,0	100,0	

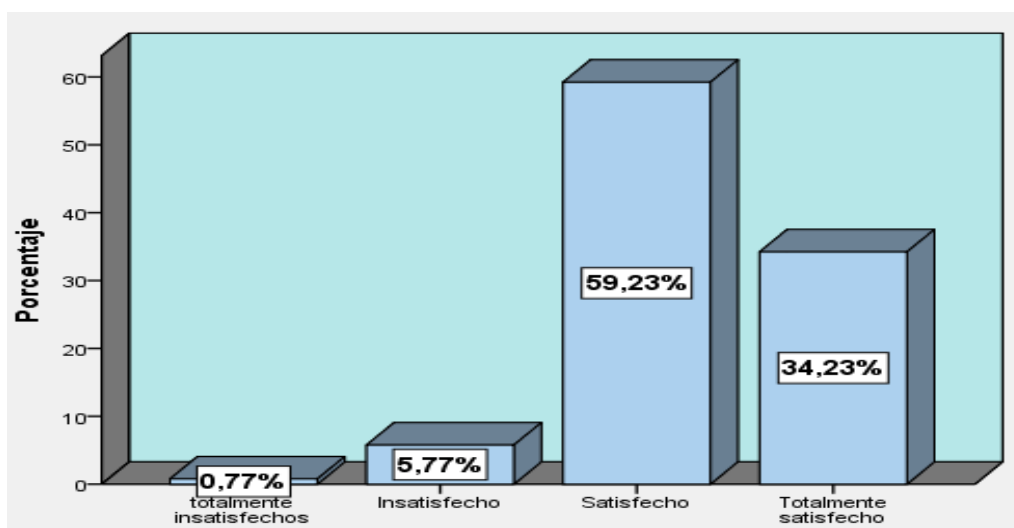


Figura 8. Satisfacción sanitaria según la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján

En la Tabla 13 y la Figura 9, se reveló las calificaciones a la satisfacción sanitaria formativa hecha por la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján. La calificación de satisfecho fue realizada por 161 participantes correspondiente al 61,9%, la valoración totalmente satisfecha se identificó en 95 integrantes con el 36,5%.

Las valoraciones inversas, la calificación de insatisfecho fue dado por 2 integrantes correspondiente al 0,8%, tal como lo totalmente insatisfecho lo hicieron también 2 equivalente al 0,8% de la muestra estudiada.

Tabla 13

Satisfacción sanitaria formativa en la Población del C.S. Gustavo Lanatta Lujan

		Frecuencia	%	%acumulado
Válido	Totalmente insatisfecho	2	,8	,8
	Insatisfecho	2	,8	1,5
	Satisfecho	161	61,9	63,5
	Totalmente satisfecho	95	36,5	100,0
	Total	260	100,0	

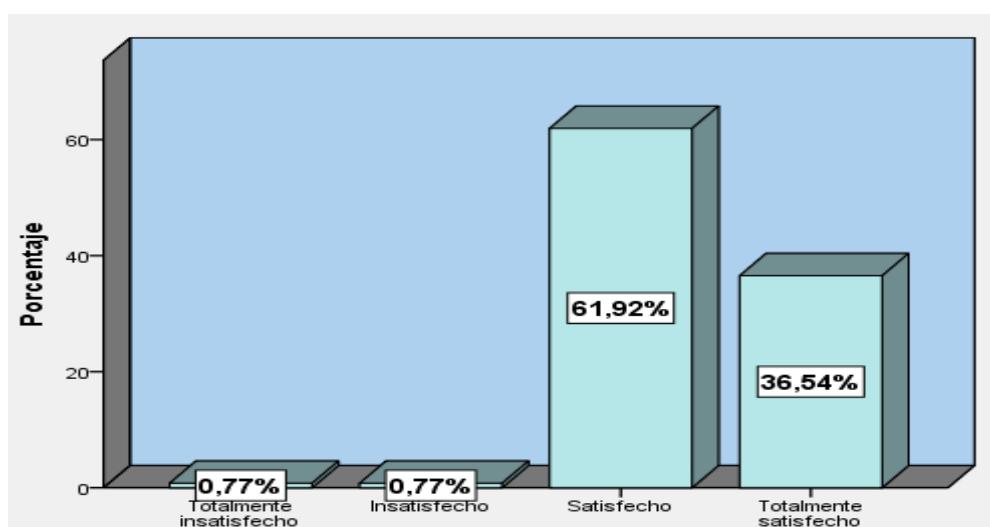


Figura 9. Satisfacción sanitaria formativa según la Población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan

La Tabla 14 y la Figura 10, revelaron la satisfacción sanitaria preventiva valorada por la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján. La mayoría de los sujetos de la muestra 124, calificó de satisfecho al 47,7%, la parte preventiva, la calificación totalmente satisfecho lo hicieron 10 integrantes al nivel de 42,3%.

En el lado opuesto, la calificación de insatisfecho con la prevención fue dada por 21 sujetos que corresponde al 8,1%, de la misma forma, la calificación de insatisfecho fue hecha por 5 miembros, equivalente al 1,9% de la muestra estudiada.

Tabla 14. *Satisfacción sanitaria preventiva en la población del Centro De Salud Gustavo Lanatta Luján*

		Frecuencia	%	%acumulado
Válido	Totalmente insatisfecho	5	1,9	1,9
	Insatisfecho	21	8,1	10,0
	Satisfecho	124	47,7	57,7
	Totalmente satisfechos	110	42,3	100,0
	Total	260	100,0	

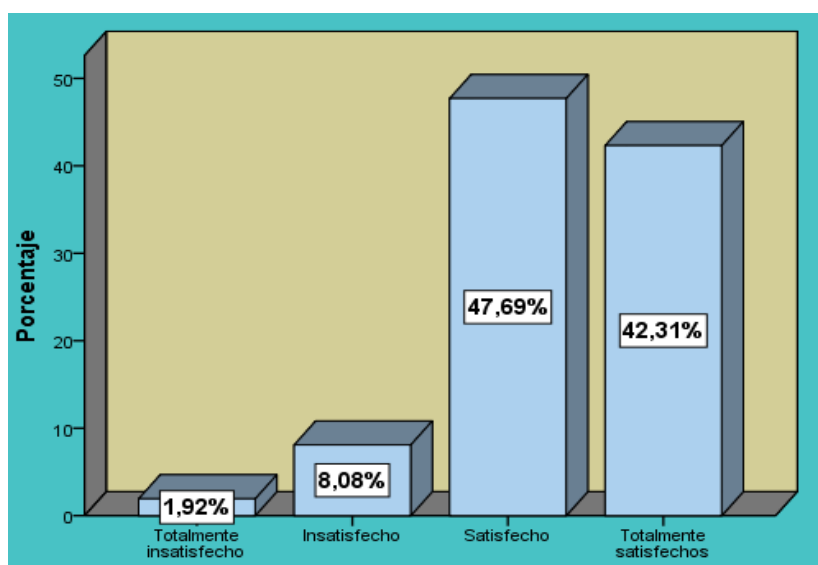


Figura 10. *Satisfacción sanitaria preventiva según la Población del Centro de Salud. Gustavo Lanatta Luján*

En la Tabla 15 y la Figura 11, se observaron calificaciones de satisfacción sanitaria recuperativa hecha por la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján. Al respecto 124 integrantes correspondientes al 47,7%, calificaron de satisfecho; la valoración siguiente fue calificada como totalmente satisfecho, hecho por 110 y porcentaje 42,3%.

En el lado opuesto al anterior, la calificación de insatisfecho fue hecha por 21 participantes correspondiente a 8.1%, totalmente insatisfecho fue calificado por 5 sujetos, correspondiente al 1.9% de la muestra estudiada.

Tabla 15.

Satisfacción sanitaria recuperativa en la Población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján

		Frecuencia	%	%acumulado
Válido	Totalmente insatisfecho	5	1,9	1,9
	Insatisfecho	21	8,1	10,0
	Satisfecho	124	47,7	57,7
	Totalmente satisfecho	110	42,3	100,0
	Total	260	100,0	

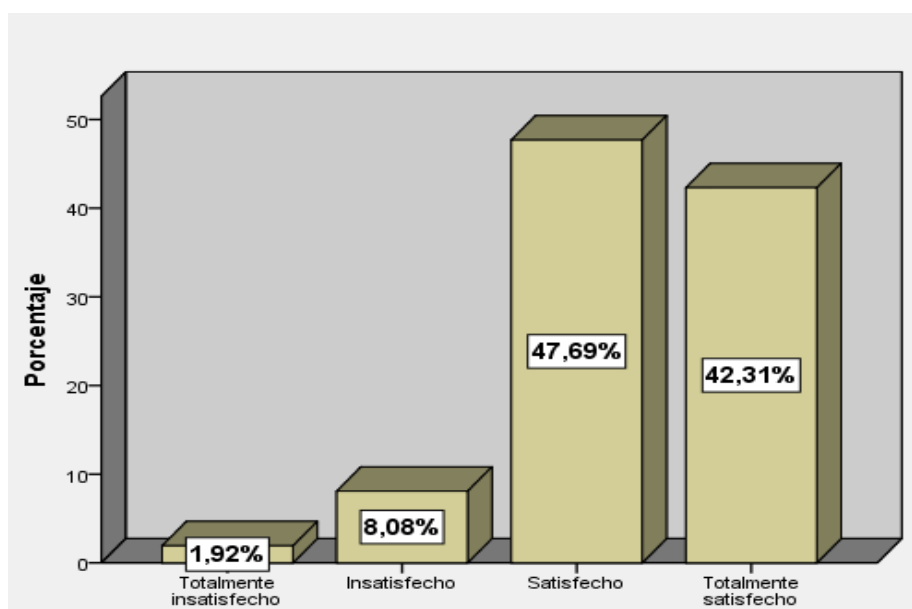


Figura 11. Satisfacción sanitaria recuperativa en la Población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján

En la secuencia establecida, como paso siguiente se aplicó el tratamiento estadístico de Kolmogorov Signo, procedimiento con el cual se realizó el cálculo de normalidad de la distribución de los datos de funciones del sistema de salud y satisfacción sanitaria.

(Tabla 16). Los resultados obtenidos $P=0,29$, $P=0,000$ y $P=0,000$, correspondieron a valores por debajo del $P=0,05$ (estimado para la aceptación o rechazo de la hipótesis nula), con lo cual se estableció la ausencia de normalidad en la distribución de los datos del estudio.

Tabla 16.
Pruebas de normalidad^a

	Satisfacción Sanitaria	Kolmogorov-Smirnov ^b			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Total Funciones de Sistema	Insatisfecho	,232	15	,029	,883	15	,052
	Satisfecho	,330	154	,000	,790	154	,000
	Totalmente satisfecho	,307	89	,000	,806	89	,000

a. Total Funciones de Sistema (agrupado) es constante cuando Total Satisfacción Sanitaria (agrupado) = totalmente insatisfechos. Se ha omitido.

b. Corrección de significación de Lilliefors

Como consecuencia de los resultados referidos, se decidió seguir con el tratamiento estadístico inferencial mediante procedimientos no paramétricos, en este caso, para la relación de variables, se tomó el estadístico rho de Spearman para correlaciones cualitativo ordinales.

Lo que se aprecia en la tabla 17, correspondió a la correlación entre funciones del sistema de salud y la satisfacción sanitaria en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján, lo cual es de significación bilateral = ,000 $p < 0,05$. La asociación a este valor se identificó en el coeficiente de correlación de Spearman = ,205**, la cual demostró que la relación entre funciones del sistema de salud y la satisfacción sanitaria e positiva, baja y significativa. Resultado que permitió rechazar la hipótesis nula.

Tabla 17.

Correlación de funciones del sistema de salud y satisfacción sanitaria en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Lujan

			Funciones de Sistema	Satisfacción Sanitaria
Rho de Spearman	Funciones de Sistema	Coefficiente de correlación	1,000	,205**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	260	260
	Satisfacción Sanitaria	Coefficiente de correlación	,205**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	260	260

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 18, se reveló la correlación entre la función de rectoría y la satisfacción sanitaria en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Lujan. Se demostró una significación bilateral = ,000 $p < 0,05$. La asociación a este valor identificó el coeficiente de correlación de Spearman = ,173**, la cual demuestra que la relación entre la función de rectoría y la satisfacción sanitaria es positiva, baja y significativa. Resultado con lo que se decidió rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna.

Tabla 18

Correlación de rectoría con satisfacción sanitaria

			Rectoría	Satisfacción Sanitaria
Rho de Spearman	Rectoría	Coefficiente de correlación	1,000	,173**
		Sig. (bilateral)	.	,005
		N	260	260
	Satisfacción Sanitaria	Coefficiente de correlación	,173**	1,000
		Sig. (bilateral)	,005	.
		N	260	260

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 19, corresponde a la correlación entre la función de prestación de servicios de salud y la satisfacción sanitaria en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Lujan, que se revela con significación bilateral = ,000 $p < 0,05$. La asociación a este valor se identifica en el coeficiente de correlación de Spearman = ,258**, el cual demuestra que la relación entre la función de prestación de servicios de salud y la satisfacción sanitaria es positiva, baja pero significativa. De acuerdo a este resultado, también se consideró rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna.

Tabla 19

Correlación de prestación de servicios de salud y satisfacción sanitaria

			Prestación de Servicios de Salud	Satisfacción Sanitaria
Rho de Spearman	Total Prestación de Servicios de Salud	Coefficiente de correlación	1,000	,258**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	260	260
	Total, Satisfacción Sanitaria	Coefficiente de correlación	,258**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	260	260

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 20, corresponde a la correlación entre la función de gestión de recursos humanos y la satisfacción sanitaria en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján, lo cual es de significación bilateral = ,000 $p < 0,05$. La asociación a este valor se identifica en el coeficiente de correlación de Spearman = ,197**, esto demuestra que la relación entre la función de gestión de recursos humanos y la satisfacción sanitaria es positiva, baja pero significativa. También por resultado, se consideró rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna

Tabla 20 Correlación *recursos humanos y satisfacción sanitaria*

			Recursos Humanos	Satisfacción Sanitaria
Rho de Spearman	Recursos Humanos	Coefficiente de correlación	1,000	,197**
		Sig. (bilateral)		,001
		N	260	260
	Satisfacción Sanitaria	Coefficiente de correlación	,197**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	260	260

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 21, corresponde a la correlación entre la función de financiamiento y la satisfacción sanitaria en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Lujan, lo cual es de significación bilateral = ,000 $p < 0,05$. La asociación a este valor se identifica en el coeficiente de correlación de Spearman = ,168**, esto demuestra que la relación entre la función de financiamiento y la satisfacción sanitaria es positiva, baja pero significativa. También por resultado, se consideró rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna.

Tabla 21. Correlación de financiamiento y satisfacción sanitaria

			Financiamiento	Satisfacción Sanitaria
Rho de Spearman	Total, Financiamiento (agrupado)	Coefficiente de correlación	1,000	,168**
		Sig. (bilateral)	.	,007
		N	259	259
	Total, Satisfacción Sanitaria (agrupado)	Coefficiente de correlación	,168**	1,000
		Sig. (bilateral)	,007	.
		N	259	260

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

IV. RESULTADOS

- **Contrastación de Hipótesis.**

Hipótesis Central.

La contrastación de la hipótesis central fue formulada como sigue:

H₀. Las funciones del sistema de salud y la satisfacción sanitaria son independientes en la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan 2018

H₀: $p_1 = p_2$

H_C. Las funciones del sistema de salud y la satisfacción sanitaria se relacionan significativamente en la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan 2018

H_C: $p_1 \neq p_2$

Nivel de decisión del contraste $p = 5\% = 0,05$

Estimación de p valor: $p < 0,05$

Estadístico Rho = ,205**, hallado, significación bilateral = ,000 $p < 0,05$

Decisión: Se rechaza la hipótesis nula.

Primera hipótesis específica.

H₀ La función de rectoría y la satisfacción sanitaria son independientes en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján 2018

H₀: $p_1 = p_2$

H₁ La función de rectoría y la satisfacción sanitaria mantienen una relación significativa en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján 2018

H₁: $p_1 \neq p_2$

Nivel de decisión del contraste $p = 5\% = 0,05$

Estimación de p valor: $p < 0.05$

Estadístico Rho = ,173**, hallado, significación bilateral = ,000 $p < 0,05$

Decisión: Se rechaza la hipótesis nula.

Segunda hipótesis específica.

H₀ La función de prestación de servicios y la satisfacción sanitaria formativa son independientes

en la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan 2018.

$$H_0: p_1 = p_2$$

H₂ La función de prestación de servicios y la satisfacción sanitaria formativa mantienen una relación significativa en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján 2018

$$H_2: p_1 \neq p_2$$

Nivel de decisión del contraste $p = 5\% = 0,05$

Estimación de p valor: $p < 0.05$

Estadístico Rho = ,258**, hallado, significación bilateral = ,000 $p < 0,05$

Decisión: Se rechaza la hipótesis nula

Tercera hipótesis específica

H₀ La función de gestión de recursos humanos y satisfacción sanitaria son independientes en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján 2018

$$H_0: p_1 = p_2$$

H₃ La función de gestión de recursos humanos y la satisfacción sanitaria mantienen una relación significativa en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján 2018

$$H_3: p_1 \neq p_2$$

Nivel de decisión del contraste $p = 5\% = 0,05$

Estimación de p valor: $p < 0,05$

Estadístico Rho = ,197**, hallado, significación bilateral = ,000 $p < 0,05$

Decisión: Se rechaza la hipótesis nula

Cuarta hipótesis específica

H₀ La función de financiamiento y satisfacción sanitaria son independientes en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján 2018

$$H_0: p_1 = p_2$$

H₄ La función de financiamiento y la satisfacción sanitaria mantienen una relación significativa en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján 2018

$$H_4: p_1 \neq p_2$$

Nivel de decisión del contraste $p = 5\% = 0,05$

Estimación de p valor: $p < 0,05$

Estadístico Rho = ,168**, hallado, significación bilateral = ,000 $p < 0,05$

Decisión: Se rechaza la hipótesis nula

- Análisis e interpretación.

Los resultados del estudio, funciones del sistema de salud como factor de satisfacción sanitaria en la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján 2018, contó con la afijación de la muestra mediante la agrupación de cuatro sectores poblacionales (Tabla 2 y 6), base sobre la cual se estableció la muestra de sujetos a estudiar y la estimación de la distribución de normalidad muestral como garantía a la calidad de la investigación y el grado

de confiabilidad del estudio que se encuentra con significación estadística válida para la aplicación de los procedimientos metodológicos del estudio (Rodríguez y Salvador, SF)

El estudio contó con la determinación del tamaño de la población y la caracterización de la realidad situacional. La población se conformó de 2485 miembros, procedentes del: sector Intillacta 900 (36%); alto Perú 845 (34%); Prolongación México 695 (28%) y Napoleón Vidal 45 (2%), una distribución representativa para la valoración de las variables señaladas. La población situada en la periferia de la metrópoli de Lima, de estrato económico bajo, tiene algunos problemas de adaptación social y ambiental a la vida citadina, atribuible a la remanencia de factores del desplazamiento por la violencia política, muchos sin incorporación al Plan Integral de Reparaciones PIR (Ley 28592) sin haber accedido al Registro Único de Víctimas RUV.

Las características citadas de esta población contribuyeron a resultados fidedignos y la descripción de las funciones del sistema de salud en la población del centro de salud Gustavo Lanatta Lujan. Esta se caracterizó por la valoración favorable por el 56,9% de la muestra, tal como la calificación totalmente favorable hecha por el 11,9% (Tabla 8 y Figura 2), los mismos al ser adicionados arroja un margen propicio del 68,8%. La valoración desfavorable fue cuantificada por el 29,2% y la calificaron totalmente desfavorable por el 1,9%.

Esta evidencia es posible que se encuentre asociado con el avance de los programas sociales de salud, educación y otros sectores que van con acciones articulados hacia la población, tal como el Programa Juntos (Presidencia del Consejo de Ministros, 2015). si bien tienen orientación rural, repercute en la realidad urbano marginal, el Programa Qali Warma (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2016) y el Seguro Integral de Salud (Ministerio de Salud, 2017), de los cuales la población por ser beneficiarios tenga más relación con el

sistema de salud: Sin embargo la probabilidad de la pobreza es triple en el habitante rural, lo cual va incrementando la migración del campo a la ciudad, asimismo el contrabando, la minería informal y la tala ilegal de árboles, entre otros (Cruz, 2011)

Las funciones de rectoría de los sistemas de salud, por lo general, es poco perceptible por la población; sin embargo, en este estudio ha sido posible acceder al conocimiento de esta variable mediante la valoración favorable con frecuencia de 174 correspondiente al 66,9% de la muestra, seguida por una frecuencia de 64 que representa 24,6%, más calificación la rectoría como totalmente favorable. El resto de la valoración desfavorable es de poca frecuencia, 17 correspondiente a 6,5% y en el límite inferior, totalmente desfavorable, cuya frecuencia de 5 que equivale al 1.9% resulta no representativo. Al respecto, los lineamientos y medidas de reforma del sector salud (Ministerio de Salud 2013).

La Tabla 9 y la Figura 3, permitió la observación de los resultados de la frecuencia y porcentaje sobre las funciones de rectoría del sistema de salud calificadas por las por la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján. Como se aprecia,

La Tabla 10 y la Figura 4, revelan los resultados de la frecuencia y porcentaje sobre la apreciación hecha por la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján en cuanto a las funciones de prestación de servicios de salud. Se observan como valoración favorable una frecuencia de 155 correspondiente al 59,6% de la muestra, seguida por 33 participantes que representa 12,7% con calificación totalmente favorable en prestación de servicios de salud. Por otro lado, la valoración desfavorable deja apreciar una frecuencia de 70 correspondiente a un porcentaje de 26,9%; en el límite inferior, totalmente desfavorable, revela una frecuencia de 2 que corresponde al 0.8% de la muestra estudiada.

La Tabla 11 y la Figura 5, revelan los resultados de la frecuencia y porcentaje sobre la apreciación a la gestión de recursos humanos hecha por la población del centro de salud Gustavo Lanatta Lujan. Se observaron como valoración favorable una frecuencia de 176 correspondiente al 67,7% de la muestra, seguida; por 41 participantes que representa 15,8% con calificación totalmente favorable en prestación de servicios de salud. Por otro lado, la valoración desfavorable deja apreciar una frecuencia de 41 correspondiente a un porcentaje de 15,8%; en el límite inferior, totalmente desfavorable, revela una frecuencia de 2 que corresponde al 0.8% de la muestra estudiada.

La Tabla 12 y la Figura 6, revelan los resultados representativos de la frecuencia y porcentaje en cuanto a la apreciación del financiamiento hecha por la población del centro de salud Gustavo Lanatta Lujan. Se observaron como valoración desfavorable una frecuencia de 216 correspondiente al 83,1% de la muestra, seguida; por 40 participantes que representa 15,4% con calificación favorable. Los menos valorados fueron, totalmente desfavorable con una frecuencia de 2 correspondiente a un porcentaje de 0,8% en el límite inferior; en cuanto al superior totalmente favorable, reveló la frecuencia de 1 que corresponde al 0.4% de la muestra estudiada.

En la Tabla 12 y la Figura 7, se resumen los resultados observados por la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján sobre la frecuencia y porcentaje respecto a la satisfacción sanitaria. La valoración mayor que cuenta con una frecuencia de 154 y comprende al 56,9% fue categorizada como satisfecho; seguida por 89 participantes que representa el 34,2% que valora como muy satisfecho. En la parte contraria, se verificó una frecuencia de 15, correspondiente a un porcentaje de 5.8%, como insatisfecho y una frecuencia de 2, correspondiente al 0.9%, con valoración de totalmente insatisfecho.

En la Tabla 13 y la Figura 8, se encuentran los resultados de la satisfacción sanitaria formativa según la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján. La frecuencia 161 y porcentaje 61,9% de mayor valoración se relaciona con lo satisfecho; seguida por la valoración totalmente satisfecha con frecuencia de 95 y porcentaje 36,5%. Las valoraciones contrarias de insatisfecho arrojan la frecuencia de 2 y porcentaje de 0.8%, tal como lo totalmente insatisfecho con frecuencia de 2, correspondiente al 0.8% de la muestra estudiada.

Los resultados de la Tabla 14 y la Figura 9, revelan la satisfacción sanitaria preventiva valorada por la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján. La mayor frecuencia 124 y porcentaje 47,7% observada corresponde a la categoría de satisfecho, además de la valoración totalmente satisfecho que corresponde a la frecuencia de 110 y porcentaje 42.3%.

Los resultados que se aprecian en la Tabla 15 y la Figura 10, corresponde a la valoración de la satisfacción sanitaria recuperativa por la población del centro de salud Gustavo Lanatta Luján. La mayor frecuencia 124 y porcentaje 47,7% observada corresponde a la categoría de satisfecho, además la valoración totalmente satisfecho corresponde a la frecuencia de 110 y porcentaje 42,3%. En el lado opuesto al anterior, lo insatisfecho se compone de una frecuencia igual a 21 y porcentaje 8.1%, tal como lo totalmente insatisfecho con frecuencia de 5, correspondiente al 1.9% de la muestra estudiada.

V. DISCUSION DE RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación fueron obtenidos del estudio realizado con la denominación de funciones del sistema de salud como factor de satisfacción sanitaria, llevado a cabo en la población perteneciente al ámbito del Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján 2017. Los datos obtenidos a través de la misma fueron distribuidos en dos partes: La primera información que se confeccionó fue de naturaleza descriptiva, en ella se distingue las características de la población al igual que las particularidades de las valoraciones hechas hacia las funciones del sistema de salud tal como a la satisfacción sanitaria encuestadas. La segunda versión del informe se elaboró con datos de orden inferencial, específicamente del proceso explicativo de las relaciones entre variables, los niveles de correlación y los grados de significación de estas relaciones.

Las derivaciones descriptivas de la valoración hecha por la población, en cuanto a las funciones del sistema de salud, revelaron datos representativos en un elevado número de participantes, para mayor precisión 148 (56,9%) de ellos calificaron como favorable esta función, además 31 (11,9%) adicionales vieron como muy favorables; en conjunto, al añadirse ambos resultó 68.80%; un dato porcentual bastante considerable para una comunidad con integrantes heterogéneos, hasta beneficiosa para el sector salud, dado que el extremo solamente calificó 76 (29,2%) como desfavorables y 5 (1,9%) totalmente desfavorable; al adicionarlos representa al 31%. Estos datos, por tratarse de valoraciones sociales, pueden ser considerados como que encuentran en buen nivel, excepto el 31% de brecha sanitaria, que puede verse como un desmedro del sistema (Tabla 7, Figura 3).

Lo real es, que al revisar la literatura científica como producto de investigaciones formales sobre funciones del sistema de salud, extrañamente se pudo comprobar que hay ausencia de datos y escritos producto de estudios metodológicos sobre este campo; en consecuencia, las

noción sobre el tema en mención, derivadas de la manera estudiada en esta tesis, es diferente a la literatura encontrada, que solamente revelan conceptos y organización de datos en forma de propuestas de programas de trabajo, campos de acción en términos de salud pública o como versiones de las FESP (OPS,1984) entre otras, sin señalar resultados de investigación hechas en población alguna.

De manera adicional, son importantes los resultados a la consideración de Anijovich (2009), quién señaló que “el discurso acerca de la educación en la diversidad surgió en el siglo XX con la intención de superar la mirada homogenizadora” (p.1). De ahí la importancia de la educación inclusiva, que deja de lado las diferencias humanas y es beneficiosa por la amplitud de llegar a más ciudadanos, además centrarse como un derecho de la comunidad y una obligación de los estados.

Aun encontrándose bajo las condiciones halladas, los datos producto de percepción de la población hacia las funciones del sistema de salud es favorable a la imagen del sector salud. Este sistema conformado por establecimientos, organizaciones, personal, recursos y otros, a pesar las insuficiencias de los medios evidenciados en su accionar cotidiano con la comunidad son reconocidos como buenos en un gran porcentaje.

Esta sucesión del buen grado de apreciación al sistema también se considera en los resultados de las dimensiones de la rectoría, que gozan de las mismas consideraciones, valoradas como favorable por 174 (66,9%), totalmente favorable por 64 (24,6%) y lo desfavorable hecho por 17 (6,5%) y totalmente desfavorable 5 (1.9%), sumados se aproxima al 8% (Tabla 8, Figura 4). La diferencia del lado de poca valoración a la rectoría puede ser perjudicial y ya de por si lo es; sin embargo, esta responsabilidad no solo le corresponde al MINSA, lo que es claro que se puede atribuir también a la ausencia de la contribución de los otros sectores de salud tal como de EsSalud, las fuerzas armadas y de la sanidad policial, que realizan contribuciones

minoritarias hacia la comunidad civil, precisamente por la ausencia de infraestructura de estos sectores en determinados lugares. Cuando los acuerdos intersectoriales para tipo de intervención y no solamente para aspectos puntuales como ocurre comúnmente (MINSA, 2011)

La situación revelada se encuentra en la forma como está muy a pesar que el representante del MINSA hiciera énfasis sobre las dimensiones de la rectoría (Robles, 2013): Conducción sectorial, regulación y fiscalización de la responsabilidad, articulación de la provisión de servicios, garantizar el aseguramiento en salud, modulación del financiamiento y medición de las funciones esenciales de salud, que el sector no cumple ni hace cumplir a través de los demás sectores. Terminan como formas declarativas, anuncios públicos limitado en sus coberturas principalmente hacia la población

La prestación de servicios de salud (Tabla 9 y Figura 5), es la dimensión más conocida y la más investigada con motivos de tesis universitarias de salud pública, así como estudios con fines administrativos. Esta dimensión de la variable funciones del sistema de salud, fue valorada como favorable por 155 participantes (59,6%) y como totalmente favorable por 33(12,7%) colaboradores, lo desfavorable fue hecho por 70(26,9%) y como totalmente desfavorable por 2(0.8%) de ellos.

Estos resultados se asemejan a la rectoría por sus características similares; es decir el 27% de la población calificó como desfavorable los servicios asistenciales, lo que significa que los cuidados de la salud en lo que corresponde a las actividades recuperativas, por parte del sector salud a la observación de la población todavía son insuficientes. Al respecto, la Superintendencia Nacional de Salud SUSALUD (Mezones, Díaz, Castillo, Jerí, et al. 2016) reveló en relación al tema datos encontrado sobre los derechos de salud ciudadana:

Acceso a servicios de salud 9.9%, acceso a la información 12.6%, recuperación de la salud 16%, consentimiento informado 19.7% y la percepción del pleno cumplimiento de los derechos de salud (DES): Acceso a servicios de salud 24.8%, acceso a la información 24.1%, recuperación de la salud 31.6%, consentimiento informado 51.9%. Realidad que SUSALUD pretende mejorar con las juntas de usuarios de los servicios de salud (JUS) y del Programa de Acciones Integradas para la Promoción de los Derechos en Salud (PAIPDES-SUSALUD) e incrementar con ambas intervenciones “el grado de confianza entre la ciudadanía y el Estado, lo cual amplía y fortalece las competencias para el ejercicio de los DES por parte de los ciudadanos” (p.4).

La valoración de la gestión de recursos humanos hecha por la población del centro de salud Gustavo Lanatta Lujan (Tabla 10, Figura 6) fue concebida como favorable por 176 (67,7%), totalmente favorable por 41 (15,8%); como desfavorable por 41 (15,8%) y como totalmente desfavorable por 2 (0.8%) En este caso, la debilidad generalizada del Ministerio de Salud (2011) se evidenció desde varios años atrás, cuando señaló la necesidad de estructurar las políticas nacionales sectoriales y la creación del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH), cuya inoperancia se vio en la necesidad de una nueva estructura para esta función. Hasta la actualidad, teniendo la función rectora, el MINSA no cuenta con una política articulada con las instituciones formadoras de recursos profesionales, cosa que hace consciente de las serias deficiencias de información que tiene sobre tres áreas importantes: Demográfica, social y epidemiológica.

Respecto a la información demográfica, para la política de la educación universitaria probablemente los conocimientos censales de esta naturaleza le resultan poco familiares, de hacerlo, se sume lo aplica una minoría de estudiantes afines a esta forma de estudios. Los conocimientos censales son muy necesarias; esta debe comprender las caracterizaciones

epidemiológicas, principalmente como análisis demográfico para estimación de la cantidad y calidad en la formación de los profesionales de la salud (Génova, sf), temas que debieran ser de manejo corriente hecha por las entidades formadoras de recursos profesionales, universidades, en coordinación estrecha con el MINSA.

En el aspecto social, interesa tomar en cuenta las desigualdades sociales que se mantienen por años en la realidad peruana, la relación salud, economía, trabajo está precisamente en la interrelación asociada a la formación de los profesionales en este caso de salud, quienes con su capacidad e idoneidad en el campo serían los medios para este aporte de disminución de la desigualdad (Iguales-Oxfam, 2015). y el logro del bienestar de la población; pero, como en diversos casos y situaciones se mantiene las grandes brechas.

El aspecto epidemiológico, por el lado del trabajador de salud, lo más frecuente es que se encuentren sin información de esta naturaleza, el desconocimiento es mayoritario incluso sobre sus realidades próximas, si algo menos con los males que periódicamente se presentan en sus zonas de trabajo; las revistas de la sala situacional para el análisis de situación de salud en el Perú, resulta para muchos insuficiente, por lo mismo que es un grado elevado, datos estadísticos sofisticados que pocos entienden, énfasis sobre dengue y otros comunes al conocimiento general (MINSA, 2018)

Las limitaciones expuestas, también siguen manteniéndose en algunos escritos presentados en la modalidad de propuestas mas no así del producto de una información surgida de la obtención de datos por procedimientos metodológicos de investigación, es más es un análisis seccionado con énfasis en una disciplina con repercusión que siquiera solo pudiera darse lugar como acatamiento, cuando menos a una ejecución programática esperada (Mendoza-Arana, 2018).

El financiamiento es la otra dimensión de las funciones del sistema de salud, (Tabla 11 y Figura 7); las calificaciones hechas por la población del centro de salud Gustavo Lanatta Lujan evidenciaron calificaciones como desfavorable por 216 (83,1%), como favorable por 40 participantes (15,4%). Los menos valorados como totalmente desfavorable por 2 (0,8%) participantes y totalmente favorable, hecho por 1 (4%) de la muestra estudiada. Estos resultados revelan la cruda realidad del sector salud que, estando en 10.5% del presupuesto nacional en 2015 disminuyó a 9.5% en el 2017, una cifra insuficiente para el 2018 que llegó solo a 2,274 millones cuando debió ser al menos de 3,000 millones de soles (Lira, 2018), en su mayoría destinados a cubrir solamente el presupuesto del SIS y medicamentos.

En lo que corresponde a la variable satisfacción sanitaria se encontraron resultados que se exhiben en la Tabla 12 y la Figura 8. La evaluación de la satisfacción sanitaria formativa hecha por la población del centro de salud Gustavo Lanatta Lujan, fue calificada por la mayoría como satisfecha por 161 (61,9%), totalmente satisfecha por 95(36,5%). La calificación de insatisfecha fue hecha por 2 (0.8%), totalmente insatisfecha por 2(0.8%) de la muestra estudiada. Esta realidad es poco frecuente, dado que la satisfacción fue y es por lo general objeto de estudio como calidad de atención en establecimientos de salud. Teóricamente, según Biecinto y Carballo, establecer los efectos formativos se producen en dos dimensiones: El primero resulta ser inmediato, verificable en el incremento de las habilidades, actitudes, volares e intereses; el segundo diferido o mediato, que resalta la creatividad, la mejora del estatus organizacional y el desarrollo económico (García, Gil y Gil, 2017).

La satisfacción sanitaria preventiva (Tabla 13, Figura 9) es otra dimensión que fue calificada por los miembros de la muestra de manera satisfecha por 124(47,7%), totalmente satisfecho por 110 (42,3%). Como insatisfecho fue calificado por 21(8.1%) y totalmente insatisfecho

por 5(1.9%). Estos datos se pueden considerar, como en el caso anterior, una satisfacción de buen nivel dado que se asemejan en algunos aspectos cuantitativos, es más, los resultados encontrados al ser contrastados con el estudio llevado a cabo por Cuba, Jurado y Estrella, se aprecian con valoraciones por encima de los encontrados por ellos, cuando señalaron que el grado de satisfacción y el cumplimiento de los atributos de la atención primaria percibidos fueron en grado medio (Cuba et al. 2011) realizados en un centro de atención primaria

La satisfacción sanitaria recuperativa (Tabla 14 y Figura 10), es probablemente la dimensión más estudiada como calidad de atención en salud de establecimientos hospitalarios, hecho por universitarios y administrativos del MINSA. Los resultados encontrados revelan los grados de satisfecho en 124(47,7%), totalmente satisfecho en 110 (42,3%). Lo insatisfecho fue calificado por 21(8.1%), totalmente insatisfecho 5 (1.9%). Estos datos tienen semejanzas con los encontrados por Redhead (2015) en cuanto a la fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y tangibles que destacan como regulares entre 55% y 66% llevado a cabo en 317 sujetos.

Los resultados de los factores medidos en la presente investigación son una porción mínima de los elementos determinantes de la salud en la población, se los puede denominar de gestión y administración de la intervención en la salud de la población, por cuanto los componentes de mayor nivel y amplitud que dan la variabilidad de la mejora o amenaza al estado de salud individual o comunitario son diversos y aún más próximos, como es el caso de las diversas formas de elecciones individuales vinculados a sus patrones sociales de origen, variabilidad financiera y realidades ambientales (Estrada, Vinajera y Estrada, 2010). Tal como otros que se encuentran fuera del control de la persona, bien pueden ser la variedad o grupo social, formas étnicas, nivel de educación, características de vivienda; Los de

influencia comunitario, frecuencia de participación social, acceso y disponibilidad laboral y calidad de recursos ambientales aire y el agua entre otros

La segunda parte del estudio corresponde al lado central de la investigación, estuvo orientado a determinar la correlación de las funciones del sistema de salud como factor de la satisfacción sanitaria, 2018. Para su desarrollo fue necesario realizar la prueba de normalidad de la distribución de datos, hallazgo que se encontró por debajo de 0.05, lo cual permitió seguir el tratamiento estadístico no paramétrico, a través de rho Spearman indicado para estudios de correlación cualitativa (Montanero, 2017).

Los resultados de la correlación Spearman, respecto a la hipótesis general (Tabla 17), indican una relación directa positiva baja significativa entre funciones del sistema de salud y satisfacción sanitaria, 2017 (sig. Bilateral = .000 $p < 0,05$; la asociación de este valor se identifica en el coeficiente de correlación $Rho = .205^{**}$).

Esta evidencia es importante dado que se reveló un valor significativo en la percepción de la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján 2018, donde las funciones del sistema de salud y la satisfacción sanitaria, aun siendo la correlación baja siguen siendo significativa en la relación entre variables de salud. La mayoría observa las funciones del sistema de salud como favorable y muy favorable; del mismo modo la satisfacción sanitaria resaltante se valora como satisfecho y muy satisfecho. La excepción de un pequeño porcentaje poco satisfechos e insatisfechos, no impide que se haya demostrada la relación entre funciones del sistema de salud y la satisfacción sanitaria, por lo cual se determinó rechazar la hipótesis.

Es característico responsabilizar al eje de gobierno la conducción del sistema de salud, también en los niveles operativos las organizaciones menores a cargo de gerentes de las Direcciones de Redes Integrales de Salud asumen papeles similares, tal como reportaron

Arbeláez y Mendoza (2017) cuando el protagonismo del médico fue que generó la satisfacción de los usuarios mediante la priorización de los mudos críticos. Al respecto, si bien en este estudio no ha sido posible demostrar una relación positiva ascendente entre las dos variables, no quita la importancia de los mismos, porque si se ha demostrado que son significativas.

Al examen de la primera hipótesis específica (Tabla 18), los resultados según la prueba de correlación de Spearman, indican que existe relación directa positiva baja y significativa entre función de rectoría y satisfacción sanitaria. (sig. bilateral = ,000 $p < ,05$; Rho = ,173**). La asociación de variables demuestra que la relación entre la función de rectoría y la satisfacción sanitaria es positiva, baja pero significativa. Resultado por lo que se decidió rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna. Teóricamente se afirma que un buen sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible (Alcalde-Rabanal, et al. 2011). Sobre esta base se puede afirmar que los hallazgos se encuentran en la dirección antes señalada, excepto el 30% que desfavorece al sistema de salud del medio.

A la observación de la segunda hipótesis específica. Los resultados demuestran (Tabla 19), la correlación entre la función de prestación de servicios de salud y la satisfacción sanitaria, que se revela con significación bilateral (Sig. bilateral = ,000 $p < 0,05$). La asociación a este valor se identifica en el coeficiente de correlación de Spearman = ,258**, el cual demuestra que la relación entre la función de prestación de servicios de salud y la satisfacción sanitaria es positiva, baja pero significativa. De acuerdo a este resultado, también se consideró rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna.

La satisfacción sanitaria tiene sentido, por lo general, cuando corresponde a la opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio, como ha ocurrido en esta investigación de manera parcial; es decir sobre fusión de la dimensión perceptual y otra sobre las expectativas (Varga,

Valecillos y Hernández, 2013). La satisfacción sanitaria tiene sentido cuando es una consecuencia de la prestación de servicios de salud, deriva de ella; sin embargo, esta no es homogénea a pesar de las normativas que señalan la equidad; término derivado del latín *aequitas* que significa “igual” (Díaz de León, 2018) y basado en principios de ética y justicia social, que en realidad no es del todo aplicable sobre muchas poblaciones del medio sanitario, como es el caso del 30% de población insatisfecha encontrada en este estudio.

El análisis en cuanto a la tercera hipótesis específica, los resultados según la prueba de correlación de Spearman, indican que existe relación directa positiva baja y significativa entre la función de gestión de recursos humanos y la satisfacción sanitaria. (sig. bilateral = ,000; p ,05; Rho=,187**). Los recursos humanos en sus diferentes formas de producción manual, intelectual y técnica; en todo tipo de empresas de producción, de servicios y bienes, ha sido y sigue siendo de importancia. A mi entender es un recurso indispensable para poner en movimiento a cualquier empresa desde la organización de actividades hasta su ejecución en su forma operativa.

Sin embargo, la dotación de estos recursos a los establecimientos de salud del primer nivel por lo general sigue siendo insuficientes, dada la desproporción del crecimiento de las empresas y las exigencias tecnológicas que son mayores, para los cuales muchas veces se enfrenta la carencia de recursos humanos más idóneos. Cualquier organización empresarial estatal, privada, de salud, educación y otros, se encuentran abocados a lograr cualidades competitivas para la eficiencia (Correa, 2017), simultáneamente incorporar programas formativos de competencias y evaluación de desempeño para buscar la certificación empresarial conforme ocurre en la actualidad en las universidades de Perú a cargo de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria. SUNEDU que hasta el momento solo 32 universidades han logrado su licenciamiento.

En el examen de la cuarta hipótesis específica, los resultados según la prueba de correlación de Spearman, indican que existe relación directa positiva baja y significativa entre la función de financiamiento y la satisfacción sanitaria. (sig. bilateral = ,000; p ,05; Rho=,168**). Al respecto, como ya se señaló con anterioridad el presupuesto del 2018, lo del sector salud suele ser insuficiente para cubrir el gasto de prestación de servicios, de recursos humanos en salud, al mismo tiempo que los otros sectores no tienen coberturas sobre lo que les corresponde dar servicios a la población. Por ejemplo, al MINSA le corresponde la cobertura del 60% de la población, a Essalud el 25%, finalmente a los sectores de la sanidad policial, el ejército y los privados el 15%.

Otra acotación a la limitación financiera, en un espectro mucho más amplio, tiene que ver con la descontrolada migración de la población de zonas rurales hacia las ciudades (Cárdenas, Juárez, Moscoso y Vivas, 2017), a estas se suman la pluralidad cultural, las limitaciones de educación para la salud. Lo que conlleva a la consecución de recursos humanos especializados. Es decir, diversos especialistas con dominio en salud pública, en su lugar la dotación de recursos humanos en atención primaria es con técnicos de enfermería.

En general, todo sistema de salud tiene cuatro áreas por desarrollar: área social, área humana, área de conocimientos y área organizativa; áreas básicas de integración vistas para las funciones del sistema de salud. Son importantes todas las áreas para tener un buen gobierno y profesionalismo en los cuadros técnicos, así como este sea sostenible y viable (Repollo, 2016).

Del mismo modo, la participación ciudadana en los procesos de reforma de los sistemas de salud fue y es necesaria. La sociedad civil no puede estar ajena a estos procesos, sobre todo considerando que son ellos los actores centrales de este proceso.

VI. CONCLUSIONES

Primera.

En cuanto al objetivo general, se llegó a determinar la relación entre funciones del sistema de salud como factor de satisfacción sanitaria en la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján 2018, demostrada mediante correlación directa positiva baja y significativa entre ambas variables dada por la prueba de Spearman Brown (sig. bilateral = ,000 $p < ,05$; rho = ,205**).

Segunda

Respecto al primer objetivo específico, se alcanzó a establecer la relación entre función de rectoría y satisfacción sanitaria en la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján 2018, señalada en la relación directa, positiva, baja y significativa entre la dimensión rectoría y variable satisfacción sanitaria a través de la prueba de Spearman Brown (sig. bilateral = ,000 $p < ,05$; $r = ,173^{**}$)

Tercera

En relación al segundo objetivo específico, se logró establecer la relación entre la función de prestación de servicios de salud y la satisfacción sanitaria en la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján 2018, con el hallazgo de una relación directa, positiva, baja y significativa entre la dimensión prestación de servicios y la variable satisfacción sanitaria, a través de la prueba de Spearman Brown (sig. bilateral = ,000 $p < ,05$; $r = ,285^{**}$)

Cuarta

Sobre el tercer objetivo específico, se consiguió establecer la relación de la función de gestión de recursos humanos y la satisfacción sanitaria en la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján 2018, mediante la obtención de una relación directa, positiva, baja y

significativa entre la dimensión gestión de recursos humanos y la variable satisfacción sanitaria. Comprobada con la prueba de Spearman Brown (sig. bilateral = ,000 $p < ,05$; $r = ,187^{**}$)

Quinta

Finalmente, para el cuarto objetivo específico, se estableció la relación de la función financiamiento y la satisfacción sanitaria en la población del Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján 2018, con una relación directa, positiva, moderada y significativa entre la dimensión financiamiento y la variable satisfacción sanitaria, demostrada con la prueba de Spearman Brown (sig. bilateral = ,000 $p < ,05$; $r = ,168^{**}$)

VII. RECOMENDACIONES

Primera.

- Las autoridades del Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján requieren mantener y ampliar la cobertura de las funciones del sistema de salud a fin de cubrir la satisfacción sanitaria en la creciente demanda de la población. Mantener su status que por años ocupa el primer puesto entre los 21 centros de salud de la localidad de Chorrillos

Segunda

- Si bien la rectoría y la satisfacción sanitaria se encuentran bien consideradas por la población, necesita que los órganos directivos incidan en la participación de la población para las acciones de salud y resolver los pocos porcentajes de insatisfacción

Tercera

- Priorizar la prestación de servicios de salud formativo preventivos en la población e incrementar la satisfacción sanitaria; además, ampliar la cobertura y la capacidad resolutive, acortando los tiempos de control de enfermedades

Cuarta

- Ampliar y mejorar la gestión de recursos humanos para el servicio a la población. Solo se cuenta con serumistas en número insuficiente comparado con la demanda; propiciar el voluntariado para acciones de campo

Quinta

- Gestionar con la DIRIS el 50% de devolución al Centro de Salud de los fondos por SIS, SIMED e ingresos propios sobre S/. 42,000.00 y solo retorna el 10%. Además, vincular al centro de salud con organizaciones privadas y del sector salud a fin de ampliar sus fondos para acciones sanitarias

VIII. REFERENCIAS

- Arbeláez, G y Mendoza, P. (2017). Relación entre la gestión del director y satisfacción del usuario externo en Centro de Salud de un distrito de Ecuador *An Facmed*; 78(2),43-49. Recuperado de <https://bit.ly/2I6g3H3>
- Alcalde-Rabanal, J. E., Lazo-González, O. y Nigenda, Gel. (2011). Sistema de salud peruano. *Salud Pública Méx.*; 53(2), 243-54.
- Alcántara M, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens. *Rev. Univer. de Investig. Junio*; 9 (1), 93-107 Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas, Venezuela. Recuperado de <http://bit.ly/217UqK7>
- Alma-Ata (1978). Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre 1978. Recuperado de <http://bit.ly/1v9QPfc>
- Anijovich R. (2009). Todos pueden aprender. Recuperado de <http://bit.ly/2o4KogE>
- Arnold, M & Rodríguez, D. (1990). El Perspectivismo en la Teoría Sociológica. Revista Estudios Sociales (CPU). Santiago. Chile. N°64.
- Arroyo, L. J. y Pastor, G. A. (2012). *La Innovación en la organización de servicios con el sistema de solidaridad en Perú. CENTRUM católica – Pontificia Universidad Católica del Perú* No.09-0003 / Sept.
- Bertalanffi, V. L. (1989). Teoría general de los sistemas. Fundamentos, desarrollo aplicaciones. Recuperado de <http://bit.ly/2DFZjVI>
- Bleich, S. N; Özaltın, E y Murray, C. J. L. (2009). Relación entre la satisfacción con el sistema de atención sanitaria y la experiencia personal de los pacientes. Boletín de la OMS. Recopilación de artículos. 87(), 245-324. Recuperado de <http://bit.ly/2nuACGX>
- Cárdenas, E., Juárez, C., Moscoso, R. y Vivas, J. (2017). *Determinantes sociales en salud.* Universidad ESAN. Recuperado de <https://bit.ly/2FlkssL>
- Campos, C. E. A, Brandão, A. L, Paiva, M. B. P. (2014). Avaliação da estratégia de saúde da família pela perspectiva dos usuários. *Rev At. Pri. Sau.* 17(1),13-23.
- Chan, M. (2008). *Regreso a Alma Ata. 2008.* Recuperado de <http://bit.ly/2FmJQKk>
Recuperado de <http://bit.ly/2FrueFp>
- Clemente, C. A; Molero, M. R y González, S. F. (2000). Estudio de la satisfacción personal según la edad de las personas. *Anales de Psicología*; 16 (2),189-198.

- Corrochano, F.M y Tejerina, R.A. (2014). *Modelos de atención asociados a la satisfacción del paciente ambulatorio en establecimientos de salud*. (Tesis pre grado: Medic. Ciruj). Universidad. Peruana de Ciencias Aplicadas.
- Correa J, S.E. (2017). Incidencia de la gestión por competencias en el crecimiento empresarial. *INNOVA Research Journal 2017*; 2(1): 88-98.
- Cruz P, M E. (2011). *La atención primaria de salud, contexto histórico, conceptos, enfoques y evidencias*. Curso Taller en PAS y RISS. Ministerio de Protección Social, Bogotá Colombia, 25 de agosto.
- Cuba, F.M, Jurado, A y Estrella, E. (2011). Evaluación del cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria y grado de satisfacción de los usuarios de un establecimiento de primer nivel de atención. *Revista Médica Herediana*;22(1):4-9.
- Díaz de León C, Ch. (2018). Análisis de desigualdades en el trato adecuado en las Unidades de Atención Primaria de los Servicios Estatales de Salud de México. *Población y Salud en Mesoamérica*; 15(2),1-10. <https://bit.ly/2I49dBO>
- Flores del Pozo J. A. (2014). Análisis de la satisfacción del usuario en el hospital José Agurto Tello de Chosica en los servicios de consulta externa y emergencia lima 2011–2013, para proponer una propuesta de mejora. Tesis Magíster Negocios internacionales. Universidad Católica Sedes Sapiens;
- García, P. M. L; Gil L, M y Gil L, A. I. (2017). Evaluación del impacto de la modalidad formativa. *Contextos Educativos extraordinario2* (), 27-45. Recuperado de <http://bit.ly/2DIho45>
- Giraldo, O. A y Vélez, Á. C. (2012). La atención primaria de salud: Desafíos para su implementación en América Latina. *Atención primaria*; 45(7), 384-92.
- Hernández, R; Fernández-Collado, C: Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. 6^{ta} Ed. México, DF.2014. Disponible en <https://bit.ly/2KuIRKo>
- Hollanda E, Siqueira S.A.V, Andrade G.R.B, Molinaro A, y Vaitsman J. (2012). Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Ciênc Saúde Coletiva*; 17 (12):3343-52.
- Huerta M, E A. (2015). *Nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en el tópico de medicina del servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima*, (Tesis pre gado Med. Cir) Univ. Nac. Mayor de San Marcos.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). *Encuesta demográfica y de salud familiar. Perú*.

- Instituto Nacional de Estadística e Investigación (2016). *Encuesta nacional de satisfacción de usuarios del aseguramiento universal en salud*. SUNASA. Lima.
- Lazo-Gonzales, O; Alcalde-Rabanal, J. y Espinosa-Henao, O. (2016). *El sistema de salud en Perú. Situación y desafíos*. Edición Colegio Médico del Perú y REP SAC.
- Ley 28592, Ley que crea el programa integral de reparaciones – PIR
- Lira S. J. (2018). *¿Cuál es el presupuesto que necesita el sector salud en el 2018? Expertos señalan los errores que llevaron a la crisis del sector y cuáles podrían ser las soluciones para que el sistema no colapse*. Gestión. Empresa Editora el Comercio, Lima: Sección Salud Panel G. <http://bit.ly/2pryQ7T>
- López G, A. J. (2012). Estudio de la satisfacción del paciente en odontología mediante cuestionarios de salud: adaptación al español del cuestionario “dental satisfaction questionnaire”. Tesis Doct. Odontología. Univer de Valencia.
- Mendizábal, A. S. (2015). Satisfacción de la madre del niño menor de 1 año sobre la calidad de la atención que brinda la enfermera en el servicio de control de crecimiento y desarrollo del niño en el puesto de salud Señor de los Milagros – Chosica 2014. (Tesis Esp. Enfer.) UNMSM. <http://bit.ly/2jF3VRi>
- Mezones H, E., Díaz R, R., Castillo J, J., Jerí, M., Benites Z, B., Márquez B, E., López D, C. y Philipps C, M F. (2016). Promoción de los derechos en salud en Perú: Una aproximación desde la perspectiva de acción de la superintendencia nacional de salud. *Med Exp Salud Publica*; 33(3)1-9. doi:10.17843/rpmesp.2016.333.2302
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (2016). Evaluación del Programa Qali Warma. Recuperado de <http://bit.ly/2tJSG3I>
- Ministerio de Salud. (2018). Programación *multianual 2018.2020*. Recuperado de <http://bit.ly/2FrueFp>
- Ministerio de Salud (2017). Informe de Análisis Estratégico del Plan Estratégico Institucional del Periodo Presupuestal 2014 – 2016 del Seguro Integral de Salud. Recuperado de <http://bit.ly/2Fx72dh>
- Ministerio de Salud (2015). *Satisfacción del usuario en consulta externa en hospitales del MINSA subió de 66.3% a 72%*. Recuperado de <http://bit.ly/1S8EdzQ>
- Ministerio de Salud (2013). *Lineamientos y medidas de reforma del sector salud en la gestión de recursos humanos en salud*. Comité Nacional de Articulación de la Docencia, Atención de Salud e Investigación. <http://bit.ly/2cNGilo>

- Ministerio de Salud (2011). *Resolución Ministerial N° 278-2011/MINSA. Plan Nacional de fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021*. Dirección General de Salud de las Personas.
- Ministerio de Salud (2011). Experiencia de planificación de los recursos humanos en salud. Perú 2007-2010. Recuperado de <http://bit.ly/2pnoB5k>
- Ministerio de Salud (2004). Conocimientos actitudes y prácticas de la población frente al dengue: Lima y Macro Región del Norte del Perú. Proyecto Vigía y Promoción de la Salud,
- Montanero F, J. (2017). Breve manual de bioestadística para las ciencias de la salud, Recuperado de <http://bit.ly/2GcKZnR>
- Mota, R. R. A. y David, H. M. S. L. (2015). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. *Ver Enferm UERJ*; 23(1):122-7.
- Ñaupas, P. H; Mejía, M. E; Novoa, R. E y Villagómez, P. A. (2014). *Metodología de la investigación y cualitativa - cuantitativa y Redacción de tesis*. Ediciones de la U, Bogotá Colombia.
- Organización Mundial de Salud (2007). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. Documento de posición de la Organización Panamericana de Salud/ Organización Mundial de Salud. Recuperado de <http://bit.ly/2dmPYX4>
- Organización Mundial de Salud (2006). Sistemas de salud. Recuperado de <http://bit.ly/1HeWL0I>
- Organización Mundial de Salud (2005). ¿Qué es un sistema de salud? Recuperado de <http://bit.ly/2bEJSTw>
- Organización Mundial de Salud (2002). Declaración de Alma-Ata: *Salud Pública Edu. Salud*; 2(1):22-24
- Organización Mundial de Salud. (2000). *Informe sobre la Salud en el Mundo* Recuperado de <http://bit.ly/2v4emXd>
- Organización Panamericana de Salud. (2007). *Funciones del sistema de salud*, Recuperado de <http://bit.ly/2dMz1oe>
- Organización Panamericana de la Salud. (1998). Las Funciones Esenciales de la Salud Pública: Documento de posición. Recuperado de <http://bit.ly/2syDLIy>
- Presidencia del Consejo de Ministros (2015). Informe compilatorio del Programa Juntos. Resultados y retos 2015. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://bit.ly/2DoecKQ>

- Quispe, M. (2015). Presupuesto del 2016 prioriza las partidas para educación y salud. Diario La República, 3 de setiembre
- Redhead G, R. M. (2015). Calidad de servicio y satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau Distrito de Chaclacayo 2013. (Tesis de Gerencia en Servicios de Salud). UNMSM.
- Repollo, J. (2016). La rectoría en salud, se abordó en reunión técnica en OPS. Recuperado de <https://bit.ly/2pHA1jW>
- Reynaldos-Grandon K. L, Javiera, A, O. y Azolas-Valenzuela, V. (2017). Factores influyentes en la satisfacción usuaria de la atención primaria en salud latinoamericana: Revisión integradora. *Revista de Salud Pública*; 11(2) ,67-78. <https://bit.ly/2RWHicE>
- Ríos Q M. (2012). *Epistemología del concepto de salud*. Disponible en: <http://bit.ly/2szW3sV>
- Rodríguez S, y Salvador E.(sf).Cómo Determinar el Tamaño de una Muestra. <http://bit.ly/2Eqo1xo>
- Sánchez-Moreno F (2014). El sistema nacional de salud en el Perú. *Rev. Peruana de Med. Exp. y Salud Pública*; 31(4):1-10. Recuperado de <http://bit.ly/2ta0FTT>
- Robles G., L. R. (2013). Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: Eje de la rectoría sectorial en salud. *Anales de la Facultad de Medicina*; 74 (1), 43-48
- Seclén-Palacin, J y Darras, Ch. (2005). Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima, Perú 2000 *Anales de la Fac. de Med*; 66(2):127-141.
- Sivera, S M. (2008). Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido. Tesis Doct. Cienc Juridic y Economic. en Internet Univeresitat Juame I; Disponible en <http://bit.ly/2tiH97A>
- Tam M, J.; Vera, G. y Oliveros R, R. (2008). Tipos, métodos y estrategias de investigación científica. *Pensamiento y acción*. 5:145-154.
- Tejada de Rivero D. (2013). Lo que es la atención primaria de la salud: Algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. *Rev. Perú. Med. Exp Salud Pública*; 30(2),283-7.
- Valencia, S. (2016). Epistemología y marcos teóricos en salud pública. Seminario de investigación en Salud Pública. Guadalajara, México.
- Varga, G. V., Valecillos, J. y Hernández, J. (2013). Calidad de la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. *Revista de Ciencias Sociales. Octubre - Diciembre*; 19 (4) ,663 – 671.

IX. ANEXOS

Ficha técnica 1

Nombre original	: Cuestionario de funciones del sistema de salud
Autora	: Rocío del Pilar Orozco Salinas
Año	: 2016
Procedencia	: Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan Chorrillos
Administración	: Individual y colectiva
Duración de la Prueba	: 15 a 20 minutos aproximadamente
Grupos de aplicación	: Trabajadores de salud.
Ítems	: 32 ítems valorados en una escala Likert en un rango De 4: 1 <i>Totalmente desfavorable</i> , 2 <i>Desfavorable</i> , 3: <i>Favorable</i> , 4: <i>Totalmente favorable</i>
Calificación	: Computarizada
Dimensiones	: 4 factores denominados Rectoría, prestación de servicios, formación de recursos humanos y financiamiento
Usos	: Diagnóstico de sistema de salud publica
Muestra tipificación	: 118 pobladores del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan Chorrillos
Validez y confiabilidad	: Validez <i>Rectoría</i> 0.84, <i>prestación de servicio</i> 0.84s, formación de recursos humanos 0.92 y financiamiento 0.78. Indicadores de claridad 0.85; objetividad 75; actualidad 0.90; Organización 0.80; suficiencia 0.70; intencionalidad 0.90; consistencia 0.85; coherencia 0.95; metodología 0.90 y pertinencia 0.85. Confiabilidad alfa de Cronbach, $\alpha=0.96$.

Ficha técnica 2

Nombre original	: Cuestionario de satisfacción sanitaria
Autora	: Rocío del Pilar Orozco Salinas
Año	: 2016
Procedencia	: Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan Chorrillos
Administración	: Individual y colectiva
Duración de la Prueba	: 15 a 20 minutos aproximadamente
Grupos de aplicación	: Trabajadores de salud.
Ítems	: 24 ítems valorados en una escala Likert en un rango de 4: 1 <i>Totalmente insatisfecho</i> , 2 <i>insatisfecho</i> , 3: <i>Satisfecho</i> 4: <i>Totalmente satisfecho</i> .
Calificación	: Computarizada
Dimensiones	: 3 factores denominados Formativa, preventiva y recuperativa
Usos	: Grado de satisfacción con sistema de salud
Muestra tipificación	: 118 pobladores del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan Chorrillos
Validez y confiabilidad	: Validez, dimensiones: formativa 0.62; preventiva 0.76 y recuperativa 0.88. Los indicadores de validación fueron: claridad 0.73; objetividad 0.87; actualidad 0.73; organización 0.73; suficiencia 0.73; intencionalidad 0.80; consistencia 0.73; coherencia 0.80; metodología 0.60 y pertinencia 0.80. Confiabilidad alfa de Cronbach, $\alpha=0.92$.

DEFINICION DE TÉRMINOS

Funciones del sistema de salud

Son el conjunto de realizaciones principales de un régimen de salud consolidadas en cuatro áreas definidos: La provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.

Satisfacción sanitaria

Evaluación cognitiva...de los productos o servicios, mediante la confirmación de las expectativas y los juicios de inquietud y las emociones generadas por el producto o servicio.

Sistema de salud

El conjunto de las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo consiste en mejorar la salud, con el concurso de personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, Además brindar tratamientos y servicios a las necesidades de la población, justos desde el punto de vista financiero.