



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Nivel de conocimiento y actitud del profesional
asistencial acerca de la ley marco N°
29344 sobre aseguramiento universal en salud en el
Hospital II EsSalud Cajamarca – 2018.**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR

Br. Ciro William Goicochea Alcántara

ASESOR:

Mg. Abel Eduardo Chávarry Ysla

SECCIÓN

Ciencias médicas

LÍNEA DE INVESTIGACION:

Reforma de la salud

CHICLAYO-PERÚ

2018



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

DICTAMEN DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL JURADO EVALUADOR DE LA TESIS TITULADA:

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL
PROFESIONAL ASISTENCIAL ACERCA DE LA
LEY MARCO 29344 SOBRE ASEGURAMIENTO
UNIVERSAL EN SALUD HOSPITAL II ESSALUD 2018

QUE HA SUSTENTADO DON (DOÑA):

CIRO WILLIAM GOICOCHEA ALCANTARA

NOMBRES Y APELLIDOS

ACUERDA:

APROBADO POR UNANIMIDAD

RECOMIENDA:

LEVANTAR OBSERVACIONES

Pimentel, 12 de Agosto de 2018

MIEMBRO DEL JURADO

PRESIDENTE: Dra. Juan Judith Muñoz Asajo

SECRETARIO: Dra. Patricia Margarita Rivera Castañeda

VOCAL: Mg. Abel Chichumy Isla

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo **Ciro William Goicochea Alcántara** egresado del Programa Maestría en Gestión de los Servicios de Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo SAC. Chiclayo, identificado(a) con DNI 26685040.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

Soy autor de la tesis titulada **Nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial acerca de la ley Marco N° 29344 sobre Aseguramiento Universal en salud en el hospital II Es salud Cajamarca – 2018.**

- 1) La mismo que presento para obtener el grado de Maestro.
- 2) La tesis presentada es auténtica, siguiendo un adecuado proceso de investigación, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
- 3) La tesis presentada no atenta contra derechos de terceros.
- 4) La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo a título profesional.
- 5) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a LA UNIVERSIDAD cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a la UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causa de la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para la UNIVERSIDAD en favor a terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la tesis. Original y por lo tanto los resultados que se presentan en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse algún tipo de falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Cesar Vallejo S.A.C. Chiclayo, por lo que, LA UNIVERSIDAD podrá suspender el grado o denunciar el hecho ante las autoridades competentes, ello conforme a la Ley 27444 del Procedimiento Administrativo General.



Pimentel, Julio de 2018

.....
Ciro W illiam Goicochea Alcántara
26685040

DEDICATORIA

Esta investigación va dedicado al forjador de mi camino, a mi padre, el que siempre me acompaña y me guía desde aquel lugar privilegiado, quien con su ejemplo de trabajo continuo influyó en la familia y en especial en mí, tú que supiste sobresalir y levantarte en cada obstáculo que el camino de la vida te brindaba. A ti que con tu trabajo nos enriqueciste culturalmente y buscaste el progreso familiar. Para ti que convertías el trabajo en felicidad.

El autor

AGRADECIMIENTO

Quiero empezar a agradecer a mis padres que desde pequeño me dieron consejos y palabras de aliento para crecer en la vida.

A mis hermanos por su valioso tiempo, apoyo y comprensión.

A mi esposa e hijos por transmitir el amor en mi hogar.

Al asesor de la tesis por haber dedicado su tiempo en la elaboración de este documento.

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado, les presento la tesis titulada Nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial acerca de la Ley Marco N° 29344 sobre Aseguramiento Universal en salud en el hospital II EsSalud Cajamarca – 2018, el objetivo Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca, 2018. En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo S.A.C para la obtención del Grado Académico de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud.

Esperando cumplir con todos los requisitos de aprobación y que el presente estudio de investigación colme sus expectativas, para obtener la aprobación correspondiente.

El autor

ÍNDICE

PAGINA DEL JURADO.....	ii
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
PRESENTACIÓN	vi
INDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT	xiii
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	13
1.1. Realidad problemática	155
1.2. Trabajos previos.....	177
1.3. Teorías relacionadas.....	211
1.4. Formulación del problema	466
1.5. Justificación del estudio	466
1.6. Hipótesis	477
1.7. Objetivos	477
CAPÍTULO II:MÉTODO	499
2.1. Diseño de Investigación... ..	50
2.2. Variables, Operacionalización	51
2.3. Población y muestra.....	52
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	52
2.5. Métodos de análisis de datos.....	53
2.6. Aspectos éticos	53
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	55
3. Resultados	56
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	63
4. Discusión.....	64
CAPÍTULO V:CONCLUSIONES.....	66
5. Conclusión.....	67
CAPÍTULO VI:RECOMENDACIONES.....	68
6. Recomendaciones.....	69
CAPITULO VII: PROPUESTAS.....	70
REFERENCIAS.....	74

Anexos.....	77
Encuestas sobre la ley universal de salud.....	77
Encuestas sobre nivel de actitud	80
Validación de Instrumentos.....	81
Matriz de consistencia para elaboración de proyecto de tesis	83
Base de datos del conocimiento.....	84
Acta de aprobación de originalidad de tesis	88
Autorización de publicación de tesis	89
Reporte de Turnitin	90

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Nivel de conocimiento del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.	56
Tabla N°2: Nivel de conocimiento del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II Es Salud Cajamarca, según dimensiones	57
Tabla N°3: Actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II Es Salud Cajamarca	58
Tabla N°4: Actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II Es Salud Cajamarca, según dimensiones	59
Tabla N°5: Relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.	60
Tabla N°6: Prueba de chi cuadrado del nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico N°1: Nivel de conocimiento del profesional asistencial sobre ley 56 universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.

Grafico N°2: Nivel de conocimiento del profesional asistencial sobre ley 57 universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca, según dimensiones

Grafico N°3: Actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca 58

Grafico N°4: Actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca, según dimensiones 59

Grafico N°5: Relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca. 60

Grafico N°6: chi cuadrado del nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre Ley Universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca. del 61

RESUMEN

El aseguramiento universal en salud es el derecho de los pacientes a la gratuidad de la atención; no estamos cerca pero tampoco lejos de consolidar un modelo universal en la atención de la enfermedad sin llegar a empobrecer a la población.

El presente trabajo de Investigación “Nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial acerca de la ley marco N° 29344 sobre Aseguramiento Universal en salud en el hospital II Es salud Cajamarca – 2018”, tiene como objetivo Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II Es Salud Cajamarca, 2018. El presente trabajo de investigación fue un abordaje cuantitativo, no test, dilucidativo y correlacional, la investigación fue transversal. La población estará conformada por los 58 profesionales asistenciales del hospital II Es Salud Cajamarca. El estado peruano bien implementado desde hace 10 años, nuevas políticas de modernización del estado en beneficio de los ciudadanos que exigen mejores servicios como es la salud, los resultados arrojaron que el 50% del profesional tiene un bajo conocimiento sobre la ley universal del marco N°29344 del aseguramiento universal, sólo el 12,1% tiene un nivel alto.

Palabras clave: Nivel de conocimiento, actitud del profesional y Ley marco.

ABSTRACT

Universal health insurance is the right of patients to free care; we are not close but not far from consolidating a universal model in the care of the disease without getting to impoverish the population.

The present research work "Level of knowledge and attitude of the healthcare professional about the framework law No. 29344 on Universal Health Insurance in the hospital II Is Cajamarca health - 2018", aims to determine the relationship between the level of knowledge and attitude of the professional on universal law Framework N ° 29344 of universal assurance in the hospital II EsSalud Cajamarca, 2018. This research work was a quantitative approach, not test, elucidative and correlational, the research was transversal. The population will be made up of the 58 healthcare professionals of the Hospital II EsSalud Cajamarca. The Peruvian state has been well implemented for 10 years, new policies of modernization of the state for the benefit of citizens who demand better services such as health, the results showed that 50% of the professional has a low knowledge about the universal law of the N ° 29344 of universal insurance, only 12.1% has a high level.

Keywords: Level of knowledge, attitude of the professional and Framework Law.

CAPITULO I INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

La resistencia al cambio representa la actitud menos favorable en el desarrollo de una organización pública; la nueva normativa y las leyes de innovación en gestión; casi siempre, son mal interpretadas por el personal asistencial.

La presente investigación titulada Nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial acerca de la ley Marco N° 29344 sobre aseguramiento universal en salud en el hospital II EsSalud Cajamarca – 2018.

El principal problema que se planteó en este estudio fue ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca, 2018??

La hipótesis se formuló de la siguiente manera Si existe relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.

Capítulo I: La conforma la realidad problemática, recopila los trabajos previos relacionados a la Ley Marco 29344 los cuales nos han proporcionado un visión que ha permitido estructurar nuestra investigación, teorías relacionadas, formulación del problema, justificación del problema, hipótesis, y objetivos.

Capitulo II: Denominado Método la parte de la metodología de la investigación científica, ya que la presente investigación es de tipo descriptiva – correlacional también se señala la población y muestra a emplear.

Capitulo III: Se centra en el análisis de los resultados detallándose estadísticamente la cuantificación y explicación de los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos.

Capítulo IV: Discusión de los resultados contrastando con otras investigaciones.

Capítulo V: Denominados conclusiones de los resultados obtenidos

Capítulo VI: Recomendaciones en la cual es la última parte donde se analizan las conjeturas y prácticas que se recomiendan en nuestro informe. El cual tiene como propósito sistematizar los resultados finales de acuerdo a los objetivos propuestos. Por último, se detalla la bibliografía y anexos.

1.1. Realidad problemática

A Nivel Internacional

En Chile, según Cid (2014). El sistema de seguridad social en salud en Chile está compuesto por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), con una prima de seguridad social obligatoria del 7% del salario, que opera con un tope de 4,62UF mensuales por trabajador, para cubrirlo a él y a su familia. No obstante lo anterior, en el sistema de ISAPRE la prima está asociada a riesgos y a la cantidad de beneficiarios del plan contratado; de esta manera, el 7% señalado opera como un piso para el precio de la prima, ya que se complementa con una llamada “prima voluntaria” que permite ajustarla al costo esperado. Por otra parte, también existen problemas de incentivos en la oferta de seguros de salud debidos a la mejor información de que dispone el seguro acerca de la calidad y los costos de la atención. Estos son incentivos a ahorrar en la atención de salud reduciendo o evitando el gasto, lo que constituye el problema de la selección de riesgos. Frente a la incertidumbre sobre el gasto necesario, el seguro tendrá incentivos para evitar ese riesgo y seleccionar a aquellos pacientes que espera le proporción en beneficios y evitar a otros pacientes que pudieran proporcionarle pérdidas, generando la selección de riesgos. Además, considerando la relación seguro-proveedor, si el seguro paga la totalidad de los gastos incurridos, el proveedor no soportará ningún riesgo, y, por tanto, no tendrá incentivos para seleccionar pacientes, pero tampoco para reducir los costos y ser eficiente (Newhouse 1996). Así, en un mercado de seguros de salud en competencia y sin regulación, la prima de seguro va a depender de las características individuales de los asegurados (Ellis 1996) y será alta para aquellas personas que se espera gasten más, típicamente enfermos crónicos, familias numerosas, niños pequeños, mujeres en edad fértil, adultos mayores y pobres.

En México según Hernández, (2015). Existen tres alternativas proponen una reingeniería total al actual modelo de salud mexicano. Su administración pasa a manos del Estado o de una entidad independiente en los tres casos. Tanto así, que en dos de las propuestas quedan supeditadas sólo a la venta de seguros complementarios. Este marco de discusión ha generado la molestia e incomodidad de los comisionados del sector privado, quienes, exigieron que las propuestas sean

sometidas a votación, antes de seguir trabajando en ellas. Incluso se dijo que "se está hablando de estatizar la salud. Dicho resultado es necesario tenerlo en consideración para la focalización de intervenciones y arreglo de las políticas públicas en el sector salud para con ello garantizar un uso más eficiente y efectivo de los recursos disponibles.

Según Pérez (2017). Es importante reconocer que a pesar que Colombia se encuentra en primer lugar en equidad financiera en sistemas de reforma sanitaria, no ha logrado solucionar sus principales problemas de salud, pues persiste aun la desigualdad en relación a la capacidad de pago de las personas; esto refleja que el sistema no es equitativa ni eficiente y no se puede encontrar resultados eficientes acerca de nuevos sistemas de la reforma de la salud. Por el contrario existen modelos con complejos mecanismos de regulación que ocultan los problemas de fondo en el sistema; en Colombia sigue en vigencia la idea de la salud como un servicio de un consumo individual que puede universalizarse con la intervención del mercado privado. Pero esta idea proyecta aun desigualdades injustas e insuperables.

A Nivel Nacional

MINSA (2015). La reforma está centrada en tener ciudadanos protegidos y mejorar la capacidad del sistema de salud, para hacer que los servicios lleguen a las personas que más lo necesitan. El objetivo es universalizar la protección social. A través del SIS, se ha ampliado la cobertura a aquellos que no tienen ningún tipo de seguro, de tal manera que también estén protegidos. Así, toda la población estará protegida ya sea por el SIS, por Es Salud o por seguros privados. Desde diciembre del 2014, se está ampliando esta política y una de las acciones de fiscalización del Congreso va a ser ver hasta qué punto se está implementando. Lo que viene ahora en la fase de implementación es, primero, la afiliación; todos los que nacen y los que no tienen seguro tendrán acceso al SIS. Luego se debe cumplir lo que se ofrece con el seguro. Se dará protección hasta los tres años en la primera etapa y se va a hacer de manera gradual. Esta impedía un mejor uso de los recursos disponibles para cerrar la brecha de equipamiento e infraestructura, no permitía un sistema remunerativo con incentivos a los trabajadores para mejorar su desempeño, no permitía una mejor distribución del equipo de trabajo en zona de

población excluida, no permitía proteger el derecho en salud de todos los peruanos, no permitía el acceso real a medicamentos seguros y salubres, no permitía brindar servicios de alta complejidad a la población más vulnerable, y no permitía el ejercicio efectivo de la autoridad sanitaria nacional.

García, Díaz y Ávila (2015), en el cual sostiene que la implementación de la Reforma del Sector Salud en el Perú se orienta a mejorar el estado de salud de los residentes en el país, reconociendo que la salud es un derecho fundamental y que el Estado garantiza la protección de la salud para todas las personas sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida. En este contexto, el Ministerio de Salud coloca en el centro de las intervenciones el abordaje de los problemas en el campo de los recursos humanos con base en la planificación estratégica, sistema de información de recursos humanos.

A Nivel Institucional

Según Estrella (2018), como director Regional de Salud afirma que la comunidad médica carece de conocimientos con relación a normativas técnicas y decretos legislativos respecto al aseguramiento universal y las nuevas reformas del sector salud; el problema se complica porque dichas leyes son mal interpretadas por grupos de poder que buscan mantener el statu Quo del sistema; y encuentran información tergiversada sobre los beneficios de esta ley.

1.2. Trabajos previos

A Nivel Internacional

Pérez et al. (2014). En su proyecto de *“Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud en Cuba y su proyección hasta el 2015 en la Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba”*. Se registraron 201 proyectos en ejecución, indicador sin precedentes en el sector de la salud y se constató que las investigaciones cerradas hallaron respuestas a problemas del ambiente, las enfermedades transmisibles, no transmisibles y otros. Asimismo, proporcionaron metodologías para la vigilancia en salud, la educación de la población, la capacitación de profesionales, el estudio de la salud familiar, las poblaciones pequeñas, la intersectorialidad, la evaluación de programas y servicios y la formación de capacidades en investigación. Entre las limitantes del Programa se

citaron, la insuficiente difusión de resultados, dificultades para acceder a la literatura especializada y la poca comunicación entre quien produce el resultado y quien lo introduce, entre otros. Llegando a la conclusión que el Programa de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud está en fase de consolidación y exhibe resultados de investigaciones con impacto en problemas prioritarios del sector de la salud aun cuando todavía enfrenta dificultades. Su proyección hasta el 2015 tiene como propósito erradicar las debilidades, responder a los desafíos y controlar los dilemas, mediante la transformación de las directrices trazadas en pro de más equidad, calidad y eficiencia de los servicios de salud.

El presente estudio es importante porque nos permite reconocer que la investigación en gestión de servicios de salud es un elemento clave del proceso para la toma de decisiones en proyectos de salud pública, vigilancia epidemiológica, capacitación de recursos humanos y salud familiar.

En Chile, según Gallegos (2016) en la investigación titulada *“Eficiencia de los seguros de salud para los pacientes que acuden al consultorio; el objetivo fue determinar la eficiencia de los seguros de salud en Chile”*, desde la perspectiva de la protección financiera de los hogares; el tipo de investigación fue descriptiva explicativa; se concluyó que la cobertura universal de la población de Chile respecto al acceso a prestaciones de salud, con el actual sistema de aseguramiento está casi resuelto, según la CASEN (2013) el 97,33% de la población está cubierta con un seguro de salud (FONASA, ISAPRE, FF.AA y de Orden u algún otro seguro), por lo que el 2,67% de los habitantes resuelve sus prestaciones de salud de forma particular, sin estar adscritas a algún seguro médico. El sistema de aseguramiento de la salud se encuentra segmentado, con un seguro público financiado con cotizaciones del 7% más aportes del estado, y por otro lado, con seguros privados financiados por cotizaciones del 10% en promedio. La diferencia radica en que el primero de ellos es un seguro público solidario, mientras que el segundo de ellos es un seguro privado individual.

La presente investigación reflexiona acerca de la salud como bien privado orientada al aseguramiento universal y determina las oportunidades de poder hacer empresa en el país mejorando el factor crítico de éxito que significa la prestación de servicio.

En México, según Rangel (2016) en su investigación *“Pensión universal no contributiva para la población de 65 años o más en el estado de México: 2010–2030”*; en el cual objetivo Proponer el otorgamiento una pensión universal no contributiva para los habitantes de 65 años o más del Estado de México, así como calcular los costos derivados de su implementación. El tipo de investigación fue descriptivo- propositivo; se concluyó que los actuales sistemas de pensiones y de salud están estructurados bajo un esquema de contribución del trabajador para costear la pensión y la atención médica que reciben. A medida que la población aumenta, se generan fuertes presiones para los sistemas de pensiones y los servicios de salud tradicionales, debido a que el número de individuos en etapa de retiro se incrementa rápidamente y tendrán una mayor esperanza de vida, generando desequilibrios financieros en los sistemas pensionarios.

La presente investigación analiza la pensión no contributiva para la población su capacidad de acceso en todos los servicios de salud; en él se determina que la pobreza es el principal determinante al acceso; el gasto del bolsillo representa otro elemento crítico del sistema.

A Nivel Nacional

En Ica según Morales (2017), en su pesquisa titulada *“Mejoras de calidad para una buena atención al seguro integral de salud - (SIS) hospital Vista Alegre”* – La Libertad; en el cual el objetivo fue determinar las mejoras de calidad para una mejor atención al Seguro Integral de Salud en el Hospital Materno Vista Alegre; la investigación que se utilizó fue de tipo de estudio es descriptivo- cualitativo, se concluyó que no existe una adecuada atención al paciente por el Seguro Integral de Salud (SIS), ya que gran número de pacientes van al establecimiento de diferentes zonas del Distrito, esperando un cupo para ser atendido y no tener que madrugar y formar largas colas para ser atendido en el Hospital Materno Vista Alegre. Se recomendó fortalecer la calidad de atención y mecanismos para que faciliten la atención al paciente.

Esta investigación es importante porque mide las mejores de la calidad del seguro integral peruano, reconociendo a este, como el seguro público más importante del Perú; además, reconoce al SIS como el motor financiero de la salud

pública. En este sentido, esta referencia es útil porque nos permite reconocer que la a prestación del servicio es una de las principales debilidades del sistema.

Catacora y Pastor, (2015). En su investigación titulada *“Estudio del Servicio de Salud materna en el hospital general del distrito de Jaén, brindado a través del seguro integral de salud”*. El objetivo fue analizar el proceso de atención del parto en el Hospital General de Jaén brindado a través del Seguro Integral de Salud haciendo uso de un enfoque intercultural, examinando el componente intercultural en el proceso de atención a las gestantes. Se llegó a la siguiente conclusión que el derecho a la salud pertenece a un conjunto de derechos de corte universal que rigen la seguridad y dignidad de la persona, para un correcto desenvolvimiento en la sociedad. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. Otra conclusión es que el derecho a la salud constituye un pilar importante en la vida y el desarrollo de cada persona, y a su vez, existe un compromiso constitucional del país frente al mismo. En este sentido, situamos la investigación en la posibilidad de acceder a estos derechos sin ninguna limitación, especialmente de tipo cultural, pues el derecho a la salud se basa también en una atención equitativa, a la cual todos puedan acceder, independientemente de su cultura y forma de ver la realidad.

La presente investigación, nos pone en evidencia que la salud peruana responde a un fenómeno intercultural; es decir representa una huella digital diferente en todas las regiones del país; por lo tanto nos alienta a respetar los derechos de nuestros compatriotas para hacer atendidos en el sistema.

En Cusco según Arteaga (2016), en su tesis titulada *“Análisis de la intervención del seguro integral de salud en la cobertura de atención sanitaria materna, entre la población de departamentos de mayor pobreza de Perú- 2002 a 2012”*, en el cual el objetivo fue Determinar la cobertura sanitaria del Seguro Integral de Salud (SIS), en la prestación materna, pre natal, parto y puerperio, en departamentos de pobreza de Costa, Sierra y Selva, entre los años 2002 -2012, con relación a la cobertura de los años 1996-2000, periodo pre intervención, SIS; el tipo de investigación fue cuantitativa, aplicando el enfoque transversal. Se concluyó que no se logra la cobertura universal en la población gestante, acercándose al 95% de afiliación. Sin embargo, la mayor cobertura de

aseguramiento, alcanza a su población objetivo de mujeres gestantes en pobreza y pobreza extrema, las que se encuentran principalmente en la Sierra peruana, (Q I: 94,9 % y Q II: 89,9 %), en relación a las gestantes de Costa (Q I: 83,3 % y Q II: 76,5 %), y de Selva (Q I: 84,8 % y Q II: 82,4%). Por tanto el SIS, es inclusivo en el aseguramiento a su población prioritaria.

La presente estudio es importante porque nos permite reconocer que la investigación en gestión de servicios de salud es un elemento clave del proceso para la toma de decisiones en proyectos de salud pública, vigilancia epidemiológica, capacitación de recursos humanos y salud familiar.

1.3. Teorías relacionadas

1.3.1. Conocimiento

Definición del Conocimiento

Según Kant (2009). En su teoría del conocimiento refiere que está determinado por la intuición sensible y el concepto, distinguiéndose dos tipos de conocimiento: el Puro y el empírico, el puro o priori se desarrolla antes de la experiencia y el Segundo elaborado después de la experiencia. El ser humano aprende a través del conocimiento, de esta manera se puede definir al aprendizaje como la adquisición de información codificada bajo la forma de conocimientos, creencias, etc. Este proceso le permite al profesional descubrir las relaciones existentes entre los eventos de su entorno, los cuales al asimilarlo generan un cambio de conducta. Entre las principales características del conocimiento tenemos el aprendizaje implica un cambio de conducta del sujeto, este cambio puede entenderse como la aparición o desaparición de la conducta. Los cambios de conducta son relativamente estables es decir, los cambios se incorporan en la conducta durante un periodo de tiempo. Sin embargo, lo que se aprende también se olvida a consecuencia del desuso. El aprendizaje resulta de la interacción del personal de salud con su medio lo que a su vez le permite una mayor adaptación al medio social. Esto hace referencia a la importancia de los conocimientos que debe poseer para brindar una mejor orientación y atención a los pacientes.

Por otro lado Bunge (2006), explica que los aspectos generales de los conocimientos, el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados

comunicables que pueden ser claros precisos ordenados, vago inexacto clasificándole en conocimiento científico y conocimiento vulgar, el científico es el racional analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia y el conocimiento vulgar es vago inexacto limitado por la observación.

De esta manera Osorio (1999). Manifiesta que el proceso de conocimiento puede concebirse como una relación, de singular complejidad, entre estos dos elementos, sujeto y objeto. Para comenzar diremos que entendemos por sujeto a la persona (o equipo de personas) que adquiere o elabora el conocimiento. El conocimiento es siempre conocimiento para alguien, pensado por alguien, en la conciencia de alguien. Es por eso que no podemos imaginar un conocimiento sin sujeto, sin que sea percibido por una determinada conciencia. Pero, de la misma manera, podemos decir que el conocimiento es siempre conocimiento de algo, de alguna cosa, ya se trate de un ente abstracto-ideal, como un número o una proposición lógica, de un fenómeno material o aún de la misma conciencia. En todos los casos, a aquello que es conocido se le denomina objeto de conocimiento. En el proceso de conocimiento es preciso que el sujeto se sitúe frente al objeto como algo externo a él, colocado fuera de sí, para que pueda examinarlo. Hasta en el caso de que quisiéramos analizar nuestras propias sensaciones y pensamientos deberíamos hacer esa operación, es decir, deberíamos objetivarnos, desdoblarnos en una actitud reflexiva para poder entonces colocarnos ante nosotros mismos como si fuésemos un objeto más de conocimiento.

Objeto de Conocimiento

Alcocer (2001). El objeto del conocimiento son los aspectos, propiedades y relaciones de los objetos, fijados en la experiencia e incluidos en el proceso de la actividad práctica del hombre, investigados con un fin determinado en unas condiciones y circunstancias dadas. Según sea el nivel del conocimiento en su desarrollo, pueden también investigarse fenómenos cuya esencia sea ya conocida en cierto grado. En este caso, se entra en conocimiento de las leyes principales y más generales del objeto, cuya esencia llega a descubrirse con mayor profundidad y a medida que progresa el saber acerca de un objeto, se descubren nuevas facetas del mismo, que se convierten en objeto del conocimiento. El objeto del conocimiento es objetivo en el sentido de que su contenido es independiente de cada hombre y

de la humanidad. En cada caso particular, la elección que hace el hombre de los conocimientos aparentemente puede ser arbitraria y subjetiva, más en último término dicha elección está determinada por las necesidades y el nivel de desarrollo de la práctica social. El objeto del conocimiento puede estar o no estar inmediatamente dado en los sentidos, en este último caso, se estudia a través de sus manifestaciones.

Tipos de Conocimiento

Según Castillero (2017). Existen muchas formas de clasificar los diferentes tipos de conocimiento existentes, pasando por el tipo de información sobre la que se conoce o la manera en que se adquiere o procesa la información. Algunos de los principales son los siguientes, si bien varios de ellos pueden solaparse entre sí en algunos aspectos.

1. Conocimiento filosófico: En este caso se parte de la introspección y la reflexión sobre la realidad y las circunstancias que nos rodean a nosotros y al mundo, en ocasiones basándose en la experiencia a dada por observaciones directas de fenómenos naturales o sociales. Así pues, se parte de la observación y la reflexión sin llegar a la experimentación, y de este conocimiento surgen diversas metodologías y técnicas que permiten que con el tiempo la especulación se convierta en conocimiento científico. Existen perspectivas según las cuales el conocimiento filosófico debe ser una forma de producción de conocimiento basada únicamente en el pensamiento en sí, independientemente de la fuente de la que surja la información tratada, mientras que en otras, debe centrarse en los temas tratados directamente por la ciencia (aplicada o no) o por la historia. Si bien este debate no está cerrado, no cabe duda de que históricamente el conocimiento filosófico ha sido independiente del científico, dado, entre otras cosas, a que su existencia se remonta a tiempos muy anteriores a la revolución científica.

2. Conocimiento empírico: El empírico es uno de los tipos de conocimiento basados en lo directamente observable. Se considera conocimiento empírico a todo aquel que se aprende en el medio mediante la experiencia personal. Se basa en la observación sin considerar emplear un método para investigar los fenómenos ni su nivel de generalización. Sin embargo, hay que señalar que el conocimiento empírico

puro no existe, ya que siempre que miramos hacia el entorno estamos aplicando una serie de creencias, categorías de pensamiento y teorías o pseudo-teorías a lo que percibimos, para poder interpretarlo llegando a conclusiones significativas.

3. Conocimiento científico: Semejante al conocimiento empírico en el sentido de que parte de la observación de la realidad y se basa en fenómenos demostrables, en esta ocasión estamos ante uno de los tipos de conocimiento en los que se realiza un análisis crítico de la realidad a partir de la comprobación (experimental o no) para poder originar conclusiones válidas. El conocimiento científico permite la crítica y la modificación de sus conclusiones y premisas básicas. Por otro lado, el conocimiento científico está muy ligado al desarrollo histórico del pensamiento humano; es algo que hace varios siglos no existía, porque no existía la ciencia.

4. Conocimiento intuitivo: El conocimiento intuitivo es un tipo de conocimiento en el que la relación entre los fenómenos o informaciones se llevan a cabo a través de un proceso subconsciente, sin que exista información objetiva suficiente a un nivel observable como para elaborar dicho conocimiento y sin que sea necesario una comprobación directa de su veracidad. Se vincula a la experiencia y a la asociación de ideas y de sensaciones. Por ejemplo, podemos suponer que alguien está enfadado debido a que tiene las cejas arqueadas y la musculatura facial tensa o a que su comportamiento es más frío de lo habitual, y también podemos asociar la manera de hablar de una persona al concepto "dulce".

5. Conocimiento religioso o revelado: Se trata de un tipo de conocimiento derivado de la fe y las creencias de las personas. Los datos reflejados y considerados verdaderos por este tipo de conocimiento no pueden ser demostrados ni falseados a partir de lo observable, siendo inferidos a partir de la interiorización de varios dogmas religiosos.

6. Conocimiento declarativo: Por conocimiento declarativo entendemos aquél en que somos capaces de conocer información teórica sobre las cosas, siendo totalmente conscientes de dichos conocimientos y estableciéndolos en forma de idea o proposición. Dichas ideas pueden o no ser verificadas posteriormente. Permite la abstracción y la reflexión sobre la información, así como su elaboración.

7. Conocimiento procedimental: Hace referencia al tipo de conocimiento que nos permite ser capaces de saber cómo hacer algo, a pesar de que a nivel conceptual podamos no poseer ningún tipo de conocimiento sobre lo que estamos haciendo. Por ejemplo, podemos saber ir en bicicleta o conducir a pesar de no conocer los principios que rigen dichas conductas. Se trata, por consiguiente, de un tipo de conocimiento que va más allá de las palabras.

8. Conocimiento directo: Se basa en la experimentación directa con el objeto de conocimiento, obteniendo información de primera mano respecto a dicho objeto. Por ello, no se depende de la interpretación de otras personas.

9. Conocimiento indirecto o vicario: En el conocimiento indirecto aprendemos sobre algo a partir de otras informaciones sin por ello experimentar con el objeto de estudio de forma directa. Por ejemplo, cuando estudiamos un libro de texto estamos obteniendo conocimiento indirecto sobre el tema en cuestión.

Dimensiones del Conocimiento

Según Osorio (1999) define las dimensiones del conocimientos:

Comunicación informal: Es el proceso no convencional en donde influye información no confirmada y poco relevante.

Respuesta emocional: Conjunto de acciones que ocurren como consecuencia de la activación de los centros emocionales del cerebro y la conciencia.

Nivel de creencias: Conjunto de actitudes de convencimiento sobre un apto o acción que realizan las personas.

1.3.2. Actitud

Definición:

Según Baró (2002), etimológicamente “actitud” es un término que surge en castellano a comienzos del siglo XVII proveniente del italiano “attitudine”; y con esto, los críticos del arte italiano aludían a las posiciones que el artista le daba al cuerpo de su estatua.

Por tanto la actitud desde una perspectiva corporal, es una postura preparatoria, una orientación determinada del cuerpo, que prepara al individuo para percibir y

actuar de determinada manera, en la que se materializa y expresa la postura del espíritu. (Baró , 2002)

De ahí que para Wong y Miranda (2016), la actitud (“attitudine”) etimológicamente hablando, tiene dos raíces apto y acto. La primera, relacionada con propiedad se es apto, se posee algo; la segunda con acto, postura, acción. En su acepción corriente, el término de actitud designa un comportamiento o la manifestación externa de algún sentimiento y debe tenerse claro en su definición, que una actitud no es el comportamiento, sino una variable intermediaria que permite explicar el paso de la situación estimular, a la respuesta.

Entonces Wong y Miranda (2016); la actitud no es ni respuesta ni estímulo, sino una predisposición o preparación valorada para actuar de un modo determinado con preferencia a otro y que, a diferencia de los comportamientos, no se presta a la observación directa y, menos aún, no se puede aislar; por tanto, ésta debe ser inducida a partir de sus manifestaciones.

Bozal (2009); sustenta que en las diferentes definiciones sobre las actitudes; se encuentra una serie de aspectos comunes como el hecho de referenciarlas como procesos psicológicos internos de los individuos no susceptibles de poderse observar directamente, persistentes a lo largo del tiempo sin embargo modificables, que implica una organización duradera de creencias y cogniciones, que predisponen a responder de una determinada forma.

Tipos de Actitudes en el trabajo

Según Ramió (2011). .Existen diferentes tipos de actitudes en el trabajo, que son :

1. Satisfacción en el trabajo: forma global en que la persona se encuentra enfocada en la labor que ejecuta, si se considera satisfecha con el compromiso que realiza manifestará una clara manera positiva al referirse al mismo.
2. Compromiso con el trabajo: nivel en el que un individuo se identifica con su trabajo y lo manifiesta trabajando de forma activa, denotando un evidente interés por la ocupación que desempeña, con menor ausentismo y renuncia.
3. Compromiso organizacional: grado en que un empleado se equilibra con las metas de su organización laboral y desea permanecer en ella.

Formación de actitudes

Según Osorio (2011), sostiene que se pueden distinguir tres tipos de teorías sobre la formación de las actitudes, estas son: la teoría del aprendizaje, la teoría de la consistencia cognitiva y la teoría de la disonancia cognitiva.

Teoría del aprendizaje: esta teoría se basa en que al aprender recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.

Teoría de la consistencia cognitiva: esta teoría se basa o consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí.

Teoría de la disonancia cognitiva: consiste en hacernos creer a nosotros mismos y a nuestro conocimiento que algo no nos perjudica pero sabiendo en realidad lo que nos puede pasar si se siguiese manteniendo esta actitud, tras haber realizado una prueba y fracasar en el intento. Esto nos puede provocar un conflicto, porque tomamos dos actitudes incompatibles entre sí que nosotros mismos intentamos evitar de manera refleja. Esto nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes.

Adquisición de Actitudes

Según Osorio (2011). En cuanto a la adquisición de las actitudes, para la teoría del aprendizaje, éstas se adquieren de la misma forma que se integran las demás experiencias, en donde al asimilar una nueva información, se aprende, se sienten los pensamientos y las acciones que están en relación con ella .

Las formas de adquirir las actitudes; no es innata, existen tres formas de adquisición:

1. A través de la experiencia directa, con un objeto, persona o situación.
2. Mediante la objetivación de los efectos de un estímulo

3. Como una consecuencia de las comunicaciones que constantemente están describiendo las características, atributos o cualidades.

Dimensiones de las actitudes:

Según Bozal (2009); las dimensiones son :

1) Funcion instrumental: Señala que las actitudes sirven para ayudar al individuo integrarse a su ambiente con el fin de facilitarle la vida en comunidad. Se fundamenta en el principio de la recompensa y el castigo que orientan al individuo a adoptar un comportamiento que su grupo referencia o el ambiente consideran aceptable.

2) Funcion del defensa del yo: Las actitudes también pueden contribuir a mantener la autoestima. Este tipo de actitudes sociales pueden estar motivadas por mecanismos de defensa que se ponen en alerta cuando la autoestima se ve amenazada.

3) Funcion de expresion de valores: La “autoafirmación” es la expresión públicamente de actitudes centrales en el sistema de valores personal, el cual permite a la persona mostrar creencias que le sirven de principios generales.

1.3.3. LEY MARCO AUS 29344

1.3.3.1. Aseguramiento Universal en Salud (Ley N°29344)

A pesar de los esfuerzos realizados desde el Estado, se debe admitir que actualmente existen sectores de nuestra población que no acceden a determinados servicios básicos. Hay una disparidad entre los distintos grupos sociales que obliga a las personas en peores condiciones socioeconómicas a enfrentar mayores problemas para acceder a los servicios esenciales.

Esta situación genera una incertidumbre en las poblaciones vulnerables, entre otras cuestiones, respecto de la atención de su salud y su financiamiento. Cabe recordar que las consecuencias de la enfermedad no son iguales en todas las personas, lamentablemente, cuanto más baja es la situación socioeconómica, más difícil es afrontar una enfermedad.

Frente a ello, el Estado debe desarrollar políticas que, bajo el concepto de protección social, pretendan acercar el desarrollo a los sectores menos favorecidos, mediante la ampliación de las oportunidades y de las capacidades de las personas. Este concepto de protección social comprende la garantía de acceso universal y asequibilidad a servicios esenciales en los ámbitos de la salud.

La protección social aplicada al ámbito de la salud ha sido definida por la Organización Panamericana de la Salud (en adelante OPS) como la garantía para que las personas puedan satisfacer sus necesidades de salud, al obtener acceso adecuado a los servicios sanitarios, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo. Precisa, además, que aquellos grupos de la sociedad que no pueden hacer uso de esta garantía, constituyen los excluidos en salud.

En esa lógica se enmarca también el concepto de «cobertura universal en salud» desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), la cual la define como «la garantía de que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud que necesiten (de prevención, promoción, tratamiento o rehabilitación) sin enfrentarse a la ruina económica porque deban pagar por ellos» (énfasis nuestro).

Ambos conceptos, protección social en salud y cobertura universal en salud, buscan propiciar la equidad en salud, comprendida como un valor basado en el principio de la justicia distributiva y de acuerdo con los principios de derechos humanos, valor que ayuda a superar las desigualdades en salud que han colocado a los grupos que ya se encontraban en desventaja social, en situación de mayor desventaja con respecto a su salud.

En el entendido que la equidad en salud está inspirada en los principios de derechos humanos, se suele exigir que las políticas que se implementen en el marco de la ampliación de la protección social en salud o de la cobertura universal en salud, se desarrollen conforme al marco normativo de estos derechos, pues el acceso equitativo a los servicios de salud no puede ser entendido como un logro de los gobiernos o una conquista social, sino como un derecho exigible e imperativo de la ciudadanía.

Es por ello que esta condición de derecho exigible de acceso a los servicios de salud, en especial, para aquellas personas que se encuentran en mayor

estado de vulnerabilidad, requieren cumplir tres condiciones, de manera que la ausencia de una o más determina alguna forma de exclusión en salud, porque genera algún tipo de inequidad:

- a) Garantizar el acceso a los servicios eliminando las barreras económicas, sociales, geográficas, o relacionadas con la clase social, género y etnia.
- b) Garantizar la solidaridad en el financiamiento y la seguridad financiera de los hogares.
- c) Asegurar la atención con dignidad y el respeto por la diversidad, calidad y calidez.

Para tal efecto, se fomenta que todo Estado busque desarrollar sistemas de financiación sanitaria equitativa capaces de alcanzar la cobertura universal en salud, velen por la distribución equitativa de la infraestructura sanitaria y de los recursos humanos, introduzca la transición hacia la cobertura sanitaria para todas las personas y mejore la calidad de la prestación.

De lo dicho hasta ahora se puede colegir que toda política pública que busque la extensión de la protección social en salud o la cobertura universal en salud debe realizarse conforme al marco normativo de los derechos humanos en su diseño y aplicación, garantizar el acceso a los servicios de salud, sin ningún tipo de discriminación o barrera, garantizar su financiamiento sostenible y asegurar la atención de calidad y respetuosa de la dignidad de la persona.

En este contexto se debe desarrollar la política de aseguramiento universal en salud (en proceso de implementación), que se propone garantizar, de forma progresiva, un conjunto de prestaciones de calidad a toda persona. No cabe duda de que esta política se proyecta como una de las más importantes reformas del sector salud de los últimos años. Empero, es necesario reconocer que también existen muchos retos por superar para cumplir sus metas y lograr sus propósitos.

LA POLÍTICA DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

La política del aseguramiento universal en salud, de acuerdo al marco legal previsto en la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud; busca garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad

social en salud y normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento.

Dicho en otras palabras: esta política busca ampliar, de manera progresiva, el porcentaje de la población que tiene acceso efectivo a servicios de salud de calidad y protección financiera frente a eventos de enfermedad, principalmente en los segmentos pobres. Asimismo, busca expandir los beneficios en salud de acuerdo al perfil demográfico y epidemiológico y con un enfoque integral de la atención además de establecer garantías explícitas de la oportunidad (tiempos de espera) y de la calidad de la prestación de los servicios de salud mediante estándares auditables. En el siguiente cuadro se observan los principios que orientan el aseguramiento universal en salud y que se encuentran contenidos en la Ley Marco de AUS.

Diseño del aseguramiento universal en salud

A partir de lo señalado en la Ley Marco de AUS y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 008-2010-SA, el aseguramiento universal en salud en nuestro país cuenta con el siguiente diseño normativo:

1. Las entidades de la política del AUS y sus funciones diferenciadas

El diseño del AUS se realiza a través de la separación de tres funciones en el sistema sanitario: la financiadora, la prestadora y la supervisora. Para tal efecto, la Ley marco de AUS y su reglamento define a las siguientes instituciones con estas correspondientes funciones:

- Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (lafas) que son las encargadas de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud. Estas entidades son las responsables de brindar servicios de cobertura en salud a sus afiliados, captar y administrar los aportes, promover la afiliación de la población no asegurada, aceptar a toda persona que solicite afiliación a todos los planes y condiciones ofrecidas y que cumpla con los requisitos de ley y demás normas pertinentes, definir los procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus derecho habientes a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Ipress) con las cuales haya establecido convenios o

contratos, establecer y realizar procedimientos para controlar las prestaciones de salud, en forma eficiente oportuna y de calidad, entre otros

Además, deben asumir responsabilidad solidaria con las Ipress frente a las personas usuarias por los planes de salud que ofertan y debe contar con mecanismos que preserven los derechos de sus asegurados, relacionados al idioma y a la información necesaria que requieran. Como ejemplo de las Iafas se puede mencionar a EsSalud y al SIS.

- Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Ipress), que son los establecimientos de salud públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por la autoridad competente y, en ese sentido, los responsables de brindar los servicios de salud que correspondan a su nivel resolutivo, cumplir con estándares de calidad y oportunidad, y ser responsables frente a los usuarios por las prestaciones que brindan.

De igual forma, las Ipress se encuentra obligadas a contar con mecanismos que preserven los derechos de los asegurados como el acceso expedito a los servicios asistenciales, el trato respetuoso y digno por parte de todo el personal, la identidad, así como el grado de preparación de las personas que prestan el servicio, la información del diagnóstico, tratamiento y alternativas de curación; la comunicación con sus familiares y el consentimiento informado.

- La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (Sunasa), que tiene por finalidad resguardar y garantizar el derecho al acceso pleno y progresivo de toda persona al aseguramiento universal en salud, bajo los principios de universalidad, solidaridad, unidad, integralidad, equidad, irreversibilidad y de participación. La Sunasa, asimismo, ejerce competencias para registrar, autorizar, supervisar y regular a las Iafas, así como supervisar a las Ipress en el ámbito de su competencia y de todas aquellas entidades públicas, privadas o mixtas que ofrezcan servicios en la modalidad de pago regular y anticipado. Es responsable de supervisar la calidad y oportunidad de la prestación de servicios de salud y garantizar el derecho a la salud del asegurado en el marco del AUS.

Cabe resaltar, entre las funciones generales de la Sunasa, aquellas que le permiten supervisar el cumplimiento de los objetivos y normativa relacionada al AUS en resguardo de los derechos de los asegurados, con la atribución de ingresar, previa coordinación, a las entidades supervisadas y solicitar la presencia del personal directivo o del representante para el ejercicio de sus funciones, así como aquellas que le otorgan la facultad de imponer sanciones dentro de su ámbito de competencia por el incumplimiento de las obligaciones previstas en el marco legal y contractual que sea aplicable.

2. Los planes de beneficio contemplados en el diseño normativo del AUS

En la idea que esta política busca garantizar el acceso a los servicios de salud de toda persona, el marco normativo también ha previsto los planes de beneficios diferenciados a los que pueden acceder las personas de acuerdo al régimen al cual pertenezcan. El diseño del marco normativo del AUS prevé tres planes de aseguramiento que son listas de condiciones asegurables, intervenciones y prestaciones de salud financiadas por las lafas. Los planes contemplados son los siguientes:

- El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (Peas) que consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las lafas y contiene garantías de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios. El Peas debe ser aprobado por un decreto supremo y debe ser evaluado cada dos años, pudiendo ser reformulado para incluir más condiciones de salud, según la disponibilidad financiera y oferta de servicios.

Las prestaciones incluidas en el Peas no consideran periodos de carencia en el régimen subsidiado (desarrollado más adelante), no obstante, sí se permite su aplicación para los regímenes contributivo y semi contributivo.

En estos regímenes también prevé que para la atención del embarazo, es necesario que la asegurada se encuentre afiliada al momento de la concepción. Cabe agregar que la pertenencia a cualquiera de los regímenes activa la obligación de la cobertura del Peas y se extiende a los derechohabientes, al cónyuge o concubino

previsto en el artículo 326° del Código Civil, así como a los hijos e hijas menores de edad o mayores con discapacidad total y permanente.

El Peas vigente fue aprobado por el Decreto Supremo N° 016- 2009-SA 57 y reemplazó a la Capa Simple y al Plan Mínimo de Atención, definidos en los literales f y h del artículo 2° del Decreto Supremo N° 009-97-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Ley N° 26790, de personas de acuerdo al régimen al cual pertenezcan.

3. La protección frente a las enfermedades de alto costo

De forma adicional a la cobertura de los planes expuestos, la Ley marco de AUS contempla una protección financiera de las enfermedades de alto costo de atención que no están incluidas en el Peas y deben ser financiadas para la población bajo el régimen subsidiado y semi contributivo con el Fondo Intangible Solidario de Salud (Fissal).

El listado de enfermedades de alto costo aprobado por el MINSA en la actualidad contempla los diagnósticos de cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de colon, cáncer de estómago, cáncer de cuello uterino, leucemias, linfoma, e insuficiencia renal. Esta es la cobertura regular a través del Fissal. Aquellos diagnósticos que no se encuentren comprendidos pueden ser brindados de acuerdo a la evaluación individual de cada caso, según los lineamientos emitidos por el sector.

4. Los regímenes de financiamiento del AUS

El acceso a los planes de beneficios se realiza de acuerdo a la pertenencia a uno de los regímenes del AUS. La regulación legal establece los requisitos mediante los cuales las personas pueden pertenecer a cada uno de ellos y, consecuentemente, a sus beneficios. De esta forma se cuenta con:

- El régimen contributivo, que comprende a las personas que se vinculan a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento universal en salud a través de un pago o cotización, sea por cuenta propia o por su empleador.

Dentro de este régimen, se identifica a los afiliados dependientes, es decir, a los

trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores; los pensionistas que perciben pensión de cesantía, jubilación de incapacidad o de sobrevivencia, cualquiera fuera el régimen legal al cual se encuentran sujetos; los trabajadores bajo modalidad contractual de la Administración Pública, privativa del Estado, que vincula a una entidad pública con una persona natural que presta servicios de manera no autónoma mediante contratos administrativos de servicios con el Estado, según el Decreto Legislativo N°1057, que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios(CAS).

Además, en este régimen se encuentran los afiliados independientes; es decir, aquellos trabajadores y profesionales, independientes y demás personas que no reúnan los requisitos de una afiliación contributiva dependiente, que pueden optar por cualquiera de las lufas que ofrezcan este régimen. En ambos casos, contributivo regular o contributivo independiente, están referidos a EsSalud.

- El régimen subsidiado, que comprende a las personas afiliadas a las instituciones administradoras del fondo de aseguramiento en salud, por medio de un financiamiento público total. Está orientado principalmente a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos y se otorga a través del Seguro Integral de Salud (SIS).

Se encuentran afiliados a este régimen, toda la población residente en el país en condición de pobreza y pobreza extrema que no cuente con un seguro de salud contributivo o semi contributivo con beneficio en todas las prestaciones incluidas en el Peas con un subsidio del cien por ciento.

- El régimen semi contributivo, que comprende a las personas que están afiliadas a las IAFAS, por medio del financiamiento público parcial y aportes de asegurados y empleadores, según corresponda.

Se encuentran afiliados a este régimen los trabajadores y los conductores de la microempresa y sus derechohabientes de acuerdo a lo dispuesto con el Decreto Legislativo N° 1086, la Ley de Promoción de la Competitividad, Formalización y Desarrollo de la Micro y Pequeña Empresa y del acceso al Empleo Decente y su reglamento, además de las personas beneficiarias o afiliadas individualmente al SIS dentro del componente denominado semi -subsidiado, previo pago de una

aportación, según estructura y disposiciones operativas que determine este seguro; y otros beneficiarios cuya cobertura sea cofinanciada por recursos de un gobierno regional u otro tipo. Dentro de este régimen se identifica al SIS independiente y SIS Microempresas.

5. Las fuentes del financiamiento del AUS

La Ley marco de AUS estableció las fuentes de financiamiento de los regímenes subsidiado y semi contributivo, estableciendo que son los recursos asignados por el Estado al SIS, los aportes de sus afiliados de acuerdo al régimen de financiamiento, los fondos que los gobiernos regionales y locales asignen y otros que la ley determine.

Esta disposición debe ser complementada por la Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y semi contributivo del Aseguramiento Universal en Salud, mediante la cual se establece los principios y el financiamiento para la atención de las personas afiliadas a los regímenes subsidiado y semi contributivo, garantizando la sostenibilidad del sistema. Además, mediante esta ley que regula los recursos para el financiamiento de los regímenes subsidiado y semi contributivo, se determina la creación de la Comisión Multisectorial de Aseguramiento Universal en Salud y se prevé la regulación de una prima que deberá servir de referencia para que el Estado destine por cada asegurado al SIS subsidiado y que debe ser precisado por el reglamento de esta norma.

Recientemente, a través de Resolución Ministerial N° 194 - 2013/MINSA del 11 de abril de 2013, el MINSA realizó la pre publicación del Proyecto de Reglamento de la Ley N° 29761, Ley de financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semi contributivo del Aseguramiento Universal en Salud en procura de recibir las sugerencias y comentarios de las entidades públicas o privadas, y de la ciudadanía en general, durante el plazo de treinta días.

6. La articulación de las instituciones prestadoras de salud

La política del aseguramiento universal pretende, además, lograr la articulación de las instituciones prestadoras de salud, bajo los criterios de estandarización de las intervenciones y los manuales de procesos y procedimientos brindados por los

prestadores, la aplicación de guías de práctica clínica estandarizadas del Peas, el sistema de identificación sobre la base del DNI, criterios de intercambio de servicios basados en el cumplimiento de complementariedad y subsidiariedad y mecanismos de pago e intercambio de servicios.

Para tal efecto, se aprobó el Decreto Supremo N° 005 -2012, «Disposiciones Complementarias relativas al Inter cambio Prestacional, entre los establecimientos de salud financiados por el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Seguro Social de Salud (EsSalud) en el marco de la Ley N°29344, Marco de Aseguramiento Universal en Salud», mediante el cual se provee de un marco normativo para el intercambio de prestaciones de salud entre los EE.SS. financiados por el SIS y EsSalud.

Según la información disponible, son doce los convenios de intercambio de prestaciones que se han suscrito entre EsSalud y el Seguro Integral de Salud (SIS) y con igual número de gobiernos regionales: Apurímac, Ayacucho, Callao, Huancavelica, Huánuco, Loreto, Madre de Dios, Pasco, Piura, San Martín, Tumbes y Ucayali. Es necesario destacar la importancia de este mecanismo que permite garantizar una atención oportuna a la población ubicada especialmente al interior del país.

7. Avances y agenda pendiente en el contexto del AUS

7.1. La población asegurada

Según las proyecciones de la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho), la población afiliada a un tipo de seguro de salud para el segundo trimestre de 2012 era de 59.7%. El SIS es la entidad que tiene mayor número de asegurados con el 31.5%, seguido de EsSalud con el 22.9% y de otros grupos con uno o más seguros, con el 5.3%. Según esta información, una importante brecha de personas en el país (40.3%) aún no cuentan con un seguro de salud, lo que puede deberse a una falta de una cultura previsional. Estas cifras demuestran que existe un avance respecto del número de personas que cuentan con un seguro de salud con relación a periodos anteriores. Los más importantes avances se han conseguido en la zona rural, donde el 70.1% de la población tiene la condición de asegurada, principalmente al SIS (63.7%). No obstante lo señalado, también es cierto que

los mejores avances se han presentado en el periodo anterior a la implementación del AUS. En efecto, desde el 2007 al 2009 las personas con un seguro de salud se incrementaron en 18 puntos porcentuales, mientras que desde el 2009 (año de aprobación de la Lmaus) al 2011 apenas se incrementó en solo cuatro puntos. Esto se puede explicar por el incremento significativo de la población asegurada al SIS a partir de 2007, año en el cual se reordenaron los planes de aseguramiento y, en la práctica, se incrementaron las prestaciones de salud para sus asegurados y disminuyeron las exclusiones, sobre todo para el componente subsidiado.

Cuadro N° 1
Evolución de las personas con seguro de salud.

Tendencias del aseguramiento en salud, 2006 - 2011 (porcentajes de población)						
Condición de aseguramiento	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Con seguro	38.2	42.1	53.7	60.5	63.5	64.5
EsSalud	18.5	19.6	20.1	21.2	21.6	22.7
EsSalud y seguro privado	0.6	0.9	0.9	1.0	0.8	1.0
Seguro privado	1.5	1.5	1.6	1.5	1.4	1.4
Fuerzas armadas y policiales	1.6	1.9	1.8	1.8	1.7	1.9
SIS	15.2	17	28.1	33.8	36.3	36.1
Otros	0.8	1.1	1.2	1.2	1.7	1.5
Sin seguro	61.8	57.9	46.3	39.5	36.5	35.5
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Enaho 2004-2011.

Elaboración: Observatorio de la Salud –CIES.

7.2. El gasto de bolsillo

De acuerdo a la OMS, los gastos de bolsillo en salud engloban todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud. Usualmente se trata de honorarios de médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital. Los resultados de las Cuentas Nacionales de Salud correspondiente el periodo 1995 - 2005 mostraban que los hogares a través del gasto de bolsillo continuaban siendo la principal fuente de financiamiento de los servicios de salud, con las consecuencias de inequidad e ineficacia que ello conllevaba.

Por su parte, el informe de gestión de la Secretaría Técnica de la Implementación del AUS (2009-2011) evidencia el incremento del gasto público en salud, pues entre 2007 y 2011 este se elevó en un 39% superando para este último periodo la suma de seis mil quinientos millones de nuevos soles. Cabe anotar que, según esta información, los montos para salud destinado por los gobiernos regionales también se han incrementado, llegando a alcanzar 48% del total del gasto público.

Pese a ello, los últimos estudios realizados muestran que se mantiene la tendencia por la cual el gasto de bolsillo de los hogares sigue siendo la principal fuente de financiamiento de la salud en el país.

Esto puede ser vinculado con los pagos que realizan los afiliados al SIS a pesar de su condición. Según la información que publica el Observatorio de la Salud del CIES sobre la base de la Enaho 2011, se advierte que el 37% de los asegurados al régimen subsidiado pagó por los servicios de medicinas en los hospitales 9.7% parte por dichos servicios en los establecimientos de salud de primer nivel, tal como se puede observar a continuación en el cuadro N°2.

Cuadro N° 2

Gasto de medicamentos de afiliados al SIS según nivel de atención

¿Cómo pago los servicios de medicinas?	Lugar de atención			
	Primer nivel de atención MINSA		Hospitales MINSA	
	2010	2011	2010	2011
El SIS pagó todo	79%	82.3%	55.5%	47.5%
El SIS pagó una parte	10.3%	8.0%	10.7%	9.7%
Ud. pagó todo	9.7%	9.1%	22.4%	37%
Donación MINSA	0.4%	0.2%	1.7%	1.7%
Otro	0.5%	0.4%	9.7%	4.2%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Enaho (2010 -2011)

Elaboración: Observatorio de la Salud del CIES

El gasto de bolsillo como principal fuente de financiamiento probablemente también tenga vinculación con los pagos que realizan los asegurados a EsSalud que no

pueden acceder por la demora en la prestación del servicio. A pesar de que no existe una data exacta, se tiene conocimiento de que una parte de la población que se atiende en los Hospitales de la Solidaridad (Sistema de la Solidaridad Sisol) tiene la condición de asegurada a EsSalud. Igual situación se ha advertido en los resultados de las entre vistas a usuarios y usuarias de los Hospitales Minsa y Diresas, en el presente informe, quienes deben realizar el pago de los medicamentos. A lo señalado hasta ahora, se debe agregar que la farmacia o botica se mantiene de manera permanente, como el principal lugar donde la población acude para atenderse por un problema de salud, y cuyos costos son asumidos de forma directa por la población. Según la información recabada, el porcentaje de la población que presentó un problema de salud y buscó alguna atención acude principalmente a la farmacia o botica (17.6%), seguido de aquel que acude a los establecimientos del Minsa (16.3%), a establecimientos particulares (8.3%) y a establecimientos de EsSalud (7.5%).

7.3. La oferta de los servicios de salud

En concordancia con lo señalado más adelante referido a los principales problemas del sistema de salud, se reconoce que la mayor dificultad que enfrenta el AUS es el déficit de oferta de las redes de servicios de salud en muchas partes del país, debido a que muchas de ellas no cuentan con la capacidad resolutive necesaria, manifestada por la falta de infraestructura, equipos o recursos humanos.

En consonancia con ello, los resultados de las supervisiones realizadas por la Sunasa a los establecimientos de salud (Ipress) de Lima y Callao y provincias en el marco del AUS, se observan debilidades que inciden en la calidad de los servicios de salud, pues, según la información proporcionada por esta entidad, existen porcentajes de incumplimiento en la evaluación de adherencia al uso de las guías de práctica clínica, los reportes de hallazgos de auditoría médica para evaluar la calidad de la atención a través de la historia clínica, la codificación del CIE 10 por el médico tratante en la historia clínica, la evidencia de realización de auditorías de caso, en los reportes de hallazgos de auditoría médica de la calidad del registro, el reporte y el monitoreo de indicadores y estándares de gestión de la calidad de servicios de salud, o el número actual de médicos/odontólogos de staff, entre otros.

7.4. Categorización y acreditación de los establecimientos de salud

El artículo 8° de la Lmaus establece que las instituciones prestadoras de salud son los establecimientos de salud categorizados y acreditados por la autoridad competente. Para tal efecto, el MINSA cuenta con la Norma Técnica de Categorías de los Establecimientos de Salud y la Norma Técnica para la Acreditación de los establecimientos de salud. Sobre el particular, tal como indican estas normas, la categorización es un proceso que conduce a clasificarlos diferentes establecimientos de salud en base a niveles de complejidad y a características funcionales que permitan responder a las necesidades de salud. Por su parte, la acreditación es un proceso de evaluación del funcionamiento de los establecimientos de salud para lograr que los usuarios y usuarias reciban una atención de mejor calidad: oportuna, completa, segura y con trato amable, basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos.

No obstante, los procesos llevados a cabo en el sector, existe un porcentaje importante de establecimientos de salud que no cuentan con la categoría correspondiente y con la acreditación necesaria. De acuerdo a la información disponible del Ministerio de Salud, existen 218 establecimientos de salud sin categoría; de ellos, la mayoría dependen de EsSalud (154), seguidos de los gobiernos regionales (60) y en un número menor, los dependientes del MINSA. Esta fue una dificultad al momento de realizar la supervisión a los hospitales, pues varios de ellos aparecen con la categoría cero (sin categoría). A esta situación se debe agregar el proceso de acreditación que se encuentra en curso. A la fecha, en forma acumulada existen 2,136 establecimientos de salud que han realizado autoevaluación, que es la primera fase del proceso de acreditación y de estos, solo 93 establecimientos ya han aprobado. Estos serían asistidos técnicamente para que puedan solicitar evaluación externa (segunda fase del proceso) y si aprueban, recién llegarían a acreditarse.

7.5. La regulación específica para la implementación del AUS.

El diseño normativo del AUS ha previsto el cumplimiento de ciertas normas necesarias para garantizar su adecuada implementación. A ello se debe sumar aquellas previstas para garantizar el derecho a la salud en sus distintas manifestaciones cuando una persona acude a los establecimientos de salud. La

aprobación de estas disposiciones está sujeta a plazos establecidos, pese a lo cual algunas de ellas no han aprobado hasta el cierre del presente informe. Así, tenemos:

- La evaluación y actualización del Peas, pues el actual se encuentra vigente desde noviembre de 2009, a pesar de que existe una disposición de la Lmaus para que sea evaluado cada dos años y pueda reformularse, progresivamente, para incluir más condiciones de salud, tal como lo señala La Ley Marco de AUS.

La aprobación de la prima por cada persona usuaria SIS subsidiado dispuesta en la Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y semi contributivo del Aseguramiento Universal en Salud, pues precisa que es necesario contar con una prima por asegurado y asegurada, la cual debe ser propuesta por el SIS y debe estar calculada sobre la base de un estudio actuarial del costo del Peas.

La prima que se apruebe y que deba ser actualizada por un periodo que determine el reglamento de la Ley deberá ser el aporte del Estado por cada persona asegurada a través del régimen subsidiado. Pese a ello y del tiempo transcurrido, no se ha aprobado pues la reglamentación de la referida ley se encuentra pendiente, aunque debe reconocerse que al cierre del presente informe ha sido pre publicado.

- La aprobación del Reglamento de la Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, Ley N° 29414. Esta ley establece una serie de disposiciones que reconocen, entre otros derechos, el de libre acceso a prestaciones de salud, a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de seguridad, oportunidad y calidad, el derecho a la información en salud, al consentimiento informado, a la atención médica de emergencia en cualquier establecimiento de salud, a ser escuchada y a recibir respuesta en caso de disconformidad con la atención recibida, etc.

Además, este marco legal prevé la implementación de instancias de carácter independiente autónomo y confidencial (a nivel de los establecimientos de salud y en las instancias de gobierno nacional, regional y local) que garanticen equidad

y justicia para la protección de los derechos de los usuarios y las usuarias de los servicios de salud, las cuales deben articularse al Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. No puede dejar de reconocerse que recientemente se ha retomado la reglamentación de esta Ley y se han realizado esfuerzos para culminar la propuesta que ya fue pre publicado. Sin embargo, es necesario anotar el cumplimiento del plazo legal previsto de este instrumento, que pretende garantizar los derechos de las personas en los establecimientos de salud y contar con instancias para cumplir dicha función.

1.3.3.2. Tipos de Aseguramiento

Seguro Social de Salud- EsSalud

El número de afiliados a EsSalud registra una tendencia creciente en los últimos años. La cantidad de asegurados pasó de 5,9 millones, a mediados de 2006, a 9,2 millones, a principios de 2012, lo que implica un crecimiento del 56,2%. En particular, la evolución del número de afiliados presenta mayor dinamismo en el período comprendido entre 2006 y principios de 2009. En ese lapso se produce un incremento del 32,2% en los afiliados, lo que se explica casi exclusivamente por el aumento de los trabajadores activos (y derechohabientes) cubiertos. También es importante el mayor número de personas cubiertas por el seguro agrario, en especial, de aquellas en relación de dependencia. Luego, entre 2009 y 2012 el incremento es menor (17,6%), y si bien el aumento se explica en gran medida por la mayor cobertura de los trabajadores en relación de dependencia, es relevante el crecimiento de la cobertura que se da entre los trabajadores que se encuentran bajo contrato administrativo de servicios y entre los pensionados.

Al mes de marzo de 2012, sobre el total de la población afiliada (9.240.715 individuos), un 94,0% son asegurados regulares; un 5,0%, asegurados a través del seguro agrario, y un 1,0% son asegurados por medio del seguro potestativo.

Entre los asegurados regulares se observa que un 81,0% son trabajadores activos y un 13,0% pensionados (mientras el resto corresponde a otras categorías). Asimismo, del total de los afiliados, un 55,0% son titulares y un 45,0%, derecho habientes. Entre las categorías que involucran la mayor cantidad de afiliados, la relación entre titulares y derechohabientes se aparta de este promedio en el caso de los asegurados pensionados (72,0% son titulares) y entre los asegurados

potestativos (89,0% son titulares).

La distribución de los afiliados da cuenta de una cobertura homogénea entre hombres y mujeres (50,5% y 49,5%, respectivamente). Del total de los afiliados, un 27,0% se concentra en la franja etaria de 25 a 39 años, en tanto un 24,0% se concentra en la franja etaria de 0 a 14. En línea con el reducido peso que obtienen los pensionados dentro de la población afiliada a EsSalud, las personas mayores de 65 años de edad representan solo al 10,0% del total de los afiliados. Por otra parte, se manifiesta que la población afiliada se concentra especialmente en redes asistenciales ubicadas en las localidades más pobladas del país. Así, las redes asistenciales de Rebagliati (Lima), Sabogal (Callao) y Almenara (Lima) reúnen el 48,3% de los afiliados. Si además se consideran las redes de Arequipa, La Libertad, Piura y Lambayeque, la concentración de afiliados llega al 70,0%.

Si se analiza la distribución de los afiliados titulares según el rango de remuneración, puede observarse que alrededor de un tercio de los asalariados regulares posee un ingreso inferior al salario mínimo y que otro tercio adicional tiene un salario que fluctúa de uno a dos salarios mínimos. Entre los pensionistas, en cambio, se observa que casi el 60,0% tiene una prestación inferior al salario mínimo.

Seguro Integral de Salud- SIS

La cobertura del SIS se ha casi duplicado en los últimos cinco años. A partir de 2006 se amplió la política de focalización, de manera de incluir a toda la población pobre y en pobreza extrema, junto con otros ciudadanos que no tuvieran cobertura de salud. Así, el número de asegurados pasó de 7 millones, en 2007, a casi 13 millones, en 2011. De este total de asegurados, la gran mayoría pertenece al régimen subsidiado (Cuadro 4.1). Además, en 2011 aumentó, en relación con 2010, la proporción de asegurados bajo el nuevo esquema de aseguramiento universal (PEAS - Régimen Ley N° 29344) e incluso se espera que este porcentaje vaya aumentando conforme se incremente la cobertura de las zonas bajo el esquema AUS.

En 2011, solo había 32.200 asegurados por medio del régimen semisubsidiado, lo que significa una reducción de más del 50,0% en relación con los asegurados en 2007.⁴⁸ Entre los beneficiarios del régimen semisubsidiado, un 66,0% se

encuentra cubierto bajo el régimen para trabajadores independientes en zonas sin cobertura del AUS, es decir que muchos de ellos cuentan con el listado de atención previsto en el LPIS (Decreto Supremo N° 004-2007-SA).

Siguen en importancia, con un 27,0% del total de asegurados bajo el régimen semicontributivo, los trabajadores independientes cubiertos por el esquema AUS (Ley N° 29344) y, por último, los trabajadores afiliados mediante el régimen semicontributivo para microempresas (MyPES D.L. N° 1086), quienes representan el porcentaje restante. Los departamentos con mayores niveles de cobertura son Huánuco, Huancavelica, Amazonas, Apurímac, Loreto y Ayacucho (superior al 80,0%). Simultáneamente, los departamentos con menor cobertura son Tacna y Lima, en los cuales menos del 20,0% de la población está afiliada al SIS. Además, cabe mencionar que solo dos regiones (Lima y Arequipa) concentran al 52,1% de los afiliados al esquema semicontributivo del SIS. Por otro lado, se observa que el 56,1% de los afiliados vive en zonas rurales. Y si se analiza la cobertura por género, los datos recabados determinan que un 54,6% de los afiliados son mujeres y que la mitad de ellas se encuentra en edad fértil. La franja etaria de 0 a 17 años concentra el 47,5% de los beneficiarios; la de 18 a 29 años, el 19,4%; la de 30 a 59 años concentra el 24,6% y el porcentaje restante corresponde a las personas de 60 años y más.

Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú y sector privado

La población de asegurados en las Sanidades de las FF.AA. y la Sanidad de la PNP, a diciembre de 2011, alcanza un total de 1,3 millones de personas, dentro de las cuales se incluye 1,2 millones de personas que cuentan con un plan de salud regular (titulares y sus derechohabientes), así como otro tipo de asegurados que cuentan con financiamiento parcial de su plan de salud (SUNASA, 2011).

Las EPS, agentes complementarios de la seguridad social, cuentan con 1,4 millones de afiliados a diciembre de 2011. Una cifra que se compone de 780 mil afiliados al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR), 515 80 mil afiliados regulares y 8 mil afiliados potestativos. Esta cobertura marca un incremento respecto de los valores registrados hacia 2000, momento en que existían 325 mil afiliados, que se distribuían de la siguiente manera: 240 mil eran regulares, 85 mil estaban afiliados al SCTR y solo había 617 beneficiarios de tipo

potestativo.

La distribución de los afiliados al Seguro Regular a cargo de las EPS da cuenta de que la mayor cantidad de afiliados se encuentra en las actividades de intermediación financiera (18,7%), en las actividades inmobiliarias (14,9%), de comercio al por mayor y al por menor, reparación de vehículos automotores, motocicletas, efectos personales y enseres domésticos (14,9%), y en la industria manufacturera (11,0%). Por otra parte, las actividades que incluyen a la mayor cantidad de trabajadores con SCTR son las actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler (25,5%), las industrias manufactureras (21,7%) y la construcción (18,6%) (SUNASA, 2011).

Por otra parte, las entidades que ofrecen servicios de salud prepagos cuentan con 650 afiliados según mediciones realizadas durante el cuarto trimestre de 2011. Así se conoce que, de un total de 16 entidades, Oncosalud SAC constituye una institución que alcanza los 575 mil afiliados. Desde el momento en que empezaron a operar estas instituciones hasta el presente, se observa una tendencia creciente en la cobertura. Como ejemplo, puede decirse que el número de los afiliados pasó de 228.033, en el cuarto trimestre de 2006, a 648.447, durante el cuarto trimestre de 2011.

1.4. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca, 2018?

1.5. Justificación del estudio

La presente investigación es relevante porque explica el proceso de conocimiento y actitud de todo el personal de salud en el contexto del ASEGURAMIENTO UNIVERSAL; el cuál, actualmente es meta del estado rumbo al bicentenario nacional.

El valor teórico lo constituye el documento técnico normativo que debe permitir el sostenimiento y expansión del Aseguramiento Universal en Salud, y deberán ser interpretadas, en casos de duda o ante la existencia de vacíos de la ley, en

consonancia con los principios y características enunciados en el artículo 4º y 5º de la Ley N° 29344.

El valor metodológico del estudio por su naturaleza constituye principios y criterios de observancia obligatoria y orientadores para todo el proceso de puesta en marcha e implementación del Aseguramiento Universal en Salud; por lo tanto, los instrumentos aplicados en este estudio, pueden ser replicados en otros establecimientos y los resultados pueden ser publicados en revistas especializadas en gestión de servicios de salud, y sustentados en conferencias o congresos de la especialidad.

Tiene justificación práctica porque este estudio se puede aplicar de manera directa a los trabajadores asistenciales de este establecimiento y los resultados pueden ser compartidos por la gerencia y con el personal asistencial.

Finalmente tiene, justificación ética; porque es una investigación que contribuye a la generación de valores relacionados a la equidad y al compromiso de asistir a personas enfermas que requieren atención médica gratuita en función a su estatus social.

1.6. Hipótesis

H1: Si existe relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.

H0: No existe la relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca, 2018

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca, 2018

1.7.2. Objetivos Específicos

1. Identificar el nivel de conocimiento del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.
2. Identificar la actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.
3. Establecer estrategias de sensibilización para el conocimiento de la ley de marco N° 29344 sobre aseguramiento universal en salud en el Hospital II EsSalud Cajamarca.
4. Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.

CAPÍTULO II

MÉTODO

II. MÉTODO

2.1. Diseño de Investigación

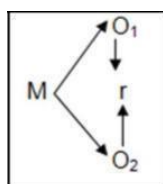
El presente trabajo de investigación fue enfoque cuantitativo, no experimental, descriptiva y correlacional, el estudio fue de corte transversal ya que la recolección de datos se realizó en un solo momento, en tiempo único y según nuestro número de variables de interés (Hernández, Fernández, Baptista, 2010).

No experimental: La investigación no experimental porque fue la búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no posee control directo de las variables independiente, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o a que son inherentes no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones entre las variables, sin intervención directa sobre la variación simultánea de las variables independiente o dependiente y es transversal porque se realizó en un determinado momento del tiempo (Hernández, Fernández, Baptista, 2010).

Correlacional: Es la búsqueda de alguna relación entre las dos variables y una de las variables afecta a la otra, no siempre conociendo cual sería la causa – efecto. (Hernández, Fernández, Baptista, 2010).

De enfoque cuantitativo porque se basa en números y estadísticas e implica el uso de herramientas informáticas para la obtención de los resultados.

De enfoque descriptivo porque midió o recolecto datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar; esto con el fin de recolectar toda la información que obtengamos para poder llegar al resultado de la investigación (Hernández, Fernández, Baptista, 2010).



Esquema:

M: Muestra

O₁: Conocimiento de la ley Marco N°29344

O₂: Actitud de la ley Marco N°29344

2.2. Variables, Operacionalización

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos
V (1) Conocimiento de la ley universal Marco N° 29344	Conjunto de aprendizajes en relación a la ley universal Marco; esta variable será medida a través de un cuestionario de elaboración propia.	Comunicación	Nivel de intercambio de información Tipología de seguros	Encuesta de elaboración propia validada por un juicio de expertos.
		Beneficios de la ley	Protección de la salud Nivel de calidad Nivel de eficiencia. Nivel de modernización hospitalaria. Modalidades de pago	
		Financiamiento	Garantía de la salud Régimen de aseguramiento Prestaciones de alto costo Seguro Privado	
V (2) Actitud de la ley universal Marco N° 29344		Función instrumental	Implementación del nuevo modelo Difusión de la ley Oportunidad de mejora Inclusión del capital privado Gestión empresarial	
		Función de defensa del yo	Riesgo de la implementación Lineamiento de la ley Oferta medica	
	Función de expresión de valores	Necesidad de implementación Amenaza de la ley		

2.3. Población y muestra

Población:

La población estará conformada por los 58 profesionales asistenciales del hospital II EsSalud Cajamarca.

Muestra: En este caso la muestra fue equivalente a la población por ser una población pequeña.

Criterios de inclusión:

Todos los profesionales asistenciales del hospital II EsSalud Cajamarca.

Criterios de exclusión:

Trabajadores administrativos, trabajadores de servicios de otros hospitales.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4.1. Técnicas

La encuesta, estadísticamente representativa fue la técnica que se empleó para obtener información ya que tiene una gran capacidad para estandarizar datos, lo que a su vez permite su tratamiento informático y la generalización de los mismos. Los instrumentos fueron dos el primero de ellos fue una encuesta de elaboración propia relacionada a la variable Conocimiento consta de 10 ítems relacionadas a las dimensiones, el segundo instrumento fue de elaboración propia relacionada a la variable Actitud consta de 10 ítems relacionadas a sus dimensiones las mismas que fueron validadas por un juicio de expertos; esta será tomada al personal asistencial del Salud en el hospital II Essalud Cajamarca. (Poliet, 2014).

2.4.2. Instrumentos de recolección de datos

Se realizó primero la operacionalización de variables que es la que determino las dimensiones e indicadores de estudio para realizar el cuestionario respectivo.

Cuestionario: Es un listado de preguntas, generalmente escritas que el encuestado contesta sin necesidad de identificación. Es el instrumento básico de obtención de información en la técnica de la encuesta (Poliet, 2014).

2.4.3. Validez

Se utilizó la técnica encuesta con respecto a los variables conocimiento y actitud, la cual los ítems estuvieron relacionadas a las dimensiones de las mismas; se elaboró la cartilla de validación en el cual fue evaluada por tres expertos.

El primero de ellos el Dr. Abel Chávarry Isla; médico cirujano con 10 años de experiencia, actualmente director del área administrativa del Hospital Regional Lambayeque.

2.4.4. Confiabilidad

La confiabilidad de la investigación fue el nivel de exactitud y consistencia de los resultados obtenidos al aplicar los instrumentos en el cual se midió a través del alfa de cronbach.

2.5. Métodos de análisis de datos

El análisis de la investigación se hará utilizando el software Excel versión 2016 y el programa estadístico SPSS versión 23; el primer programa será para la elaboración de la matriz de datos, mientras que en el segundo software que permitirá los resultados en tablas descriptivas y gráficos para demostrar la correlación de las variables se utilizara la prueba de Chi- cuadrado.

2.6. Aspectos éticos

Los criterios éticos que se tomarán en cuenta para la investigación son los determinados por Beauchamp y James (2009), que a continuación se detallan:

1. Consentimiento informado

Se reveló a los miembros del presente examen que fueron educados sobre las condiciones, los derechos y los deberes que incluye la investigación, y dónde esperarán que se conviertan en fuentes.

2. Confidencialidad

Se le reveló que el estudio es en gran medida sólido y que se le protegerá de su forma de vida como fuentes rentables del examen.

3. Observación participante

El especialista actuó sabiamente en medio del proceso de recopilación de información, su deber moral con respecto a cada uno de los impactos y resultados.

CAPÍTULO III RESULTADOS

3. Resultados

Objetivo 1: Identificar el nivel de conocimiento del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.

Tabla 1

Nivel de conocimiento del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.

Escalas	N	%
Bajo	29	50,0
Promedio	22	37,9
Alto	7	12,1
Total	58	100,0

Autor: Ciro Goicochea

Fuente: Profesional asistencial médico del hospital II EsSalud Cajamarca.

45

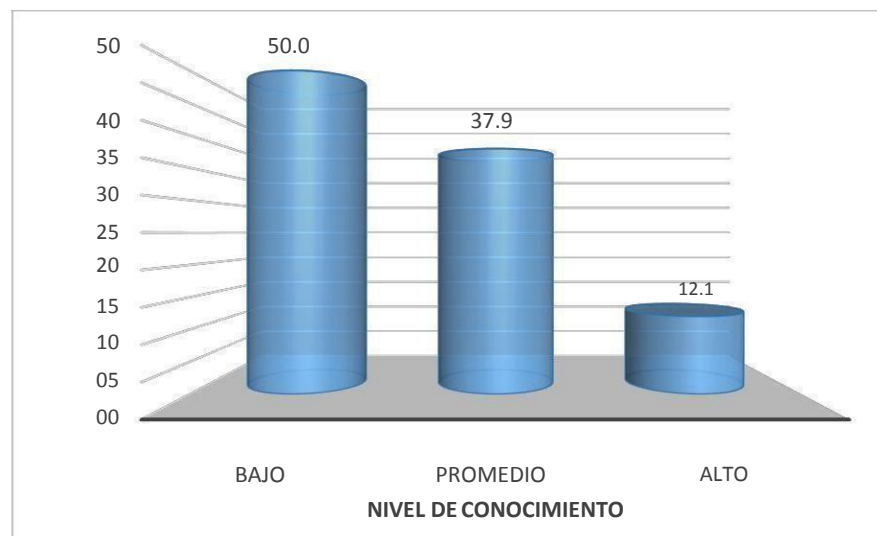


Figura 1: Nivel de conocimiento del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca. *Fuente:* Profesional asistencial médico del hospital II EsSalud Cajamarca.

Interpretación. En la tabla 1, predomina el nivel de conocimiento bajo (50%) en los profesionales asistenciales sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal, mientras el 37,9% tiene un conocimiento promedio y sólo un 12,1% tiene un alto conocimiento.

Tabla 2

Nivel de conocimiento del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca, según dimensiones

Dimensiones	Escalas	N	%
Comunicación	Bajo	40	69,0
	Promedio	10	17,2
	Alto	8	13,8
Beneficios de la ley	Bajo	27	46,6
	Promedio	21	36,2
	Alto	10	17,2
Financiamiento	Bajo	32	55,2
	Promedio	14	24,1
	Alto	12	20,7
Total		58	100,0

Autor: Ciro Goicochea

Fuente: Profesional asistencial médico del hospital II EsSalud Cajamarca.

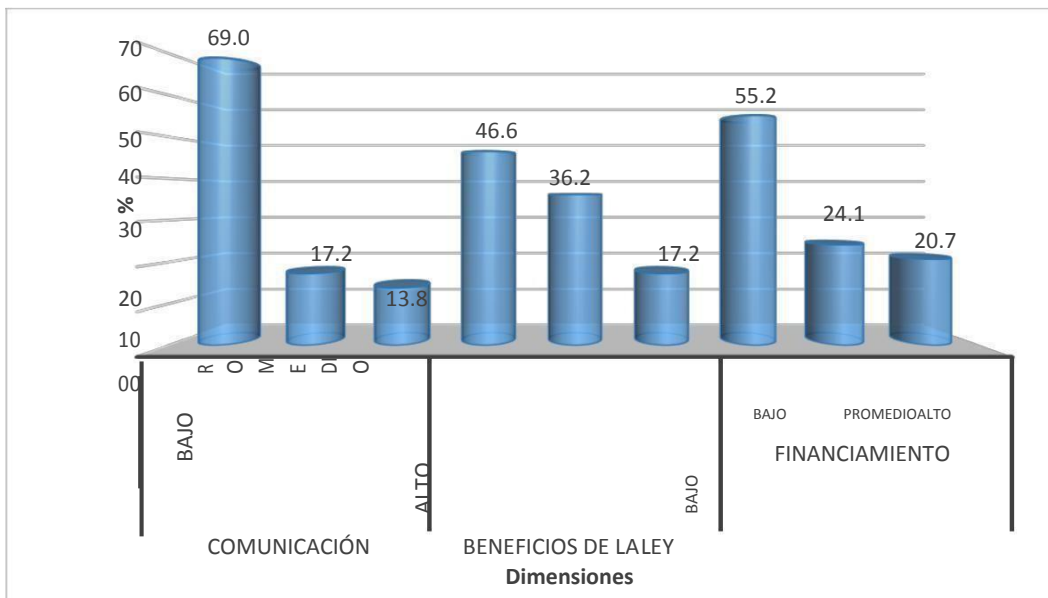


Figura 2: Nivel de conocimiento del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca, según dimensiones Fuente: Profesional asistencial médico del hospital II EsSalud Cajamarca.

Interpretación. En la tabla 2, predominó el nivel bajo en todas las dimensiones del conocimiento sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca, donde la dimensión comunicación tuvo el mayor porcentaje de nivel bajo (69%), bajo conocimiento sobre el financiamiento (55,2%),

mientras en el conocimiento sobre los beneficios predominó el nivel bajo y promedio, con 46,6% y 36,2% respectivamente.

Objetivo 2: Identificar la actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.

Tabla 3

Actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca

Escalas	N	%
Mala	17	29,3
Regular	29	50,0
Buena	12	20,7
Total	58	100,0

Autor: Ciro Goicochea

Fuente: Profesional asistencial médico del hospital II EsSalud Cajamarca.

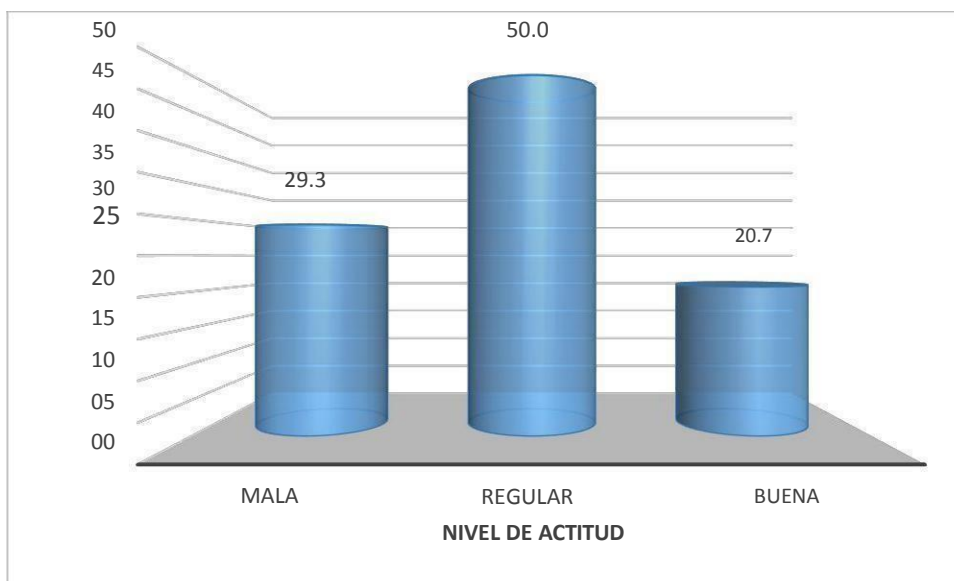


Figura 3: Actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca

Fuente: Profesional asistencial médico del hospital II EsSalud Cajamarca.

Interpretación. En la tabla 3, predomina el nivel de actitud regular (50%) en los profesionales asistenciales sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal, mientras el 29,3% tiene una mala actitud y sólo un 20,7% tiene una buena actitud, no se encontró profesionales con excelente actitud sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal

Tabla 4

Actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca, según dimensiones.

		N	%
Función instrumental	Mala	16	27.6
	Regular	28	48.3
	Buena	11	19.0
	Excelente	3	5.2
Función de defensa del yo	Baja	32	55.2
	Regular	18	31.0
	Buena	8	13.8
Función de expresión de valores	Mala	19	32.8
	Regular	20	34.5
	Buena	19	32.8
	Total	58	100.0

Autor: Ciro Goicochea

Fuente: Profesional asistencial médico del hospital II EsSalud Cajamarca.

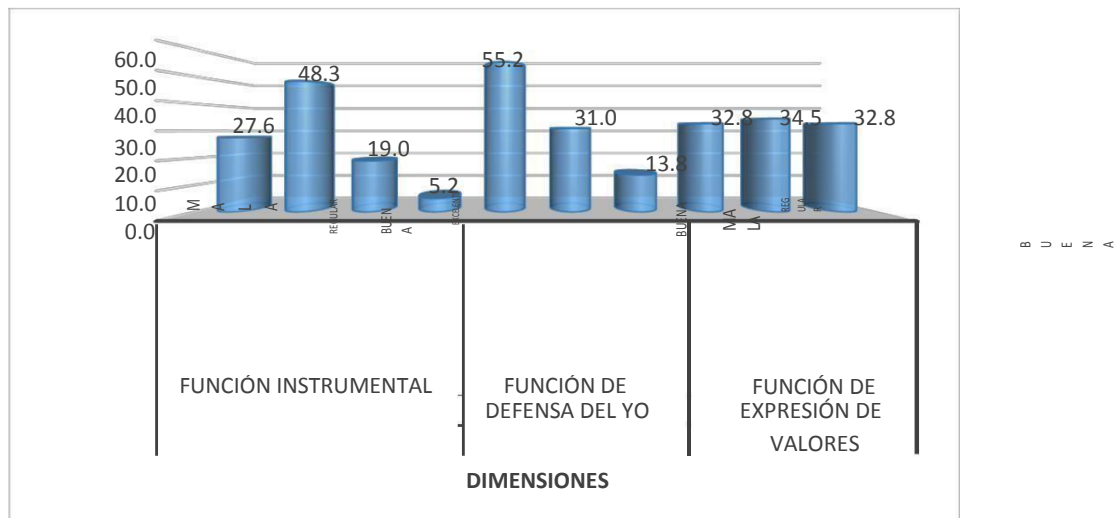


Figura 4: Actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca, según dimensiones

Fuente: Profesional asistencial médico del hospital II EsSalud Cajamarca.

Interpretación. En la tabla 4, las dimensiones de la actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca, el nivel regular predominó en la dimensión función instrumental (48,3%), función de defensa del yo existe una mala actitud (55,2%), y la función de distribución de valores los profesionales asistenciales tienen una actitud diversa (regular 34,5%; mala y buena actitud un 32,8%).

Objetivo 3: Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.

Tabla 5

Relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.

		CONOCIMIENTO			Total	
		Bajo	Promedio	Alto		
ACTITUD	Mala	N	15	2	0	17
		%	51,7%	9,1%	0,0%	29,3%
	Regular	N	12	13	4	29
		%	41,4%	59,1%	57,1%	50,0%
	Buena	N	2	7	3	12
		%	6,9%	31,8%	42,9%	20,7%
Total		N	29	22	7	58
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Autor: Ciro Goicochea

Fuente: Profesional asistencial médico del hospital II EsSalud Cajamarca.

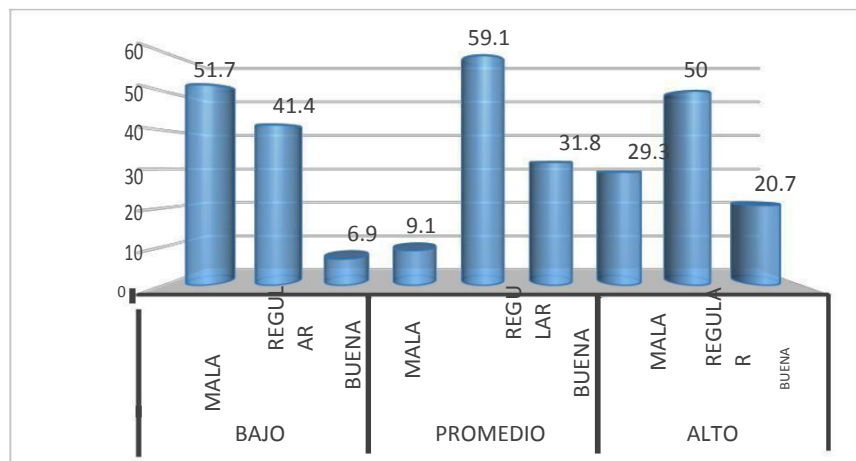


Figura 5: Relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca. Fuente: Profesional asistencial médico del hospital II EsSalud Cajamarca.

Interpretación. En la tabla 5, de los profesionales asistenciales que tienen un bajo conocimiento sobre la ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal, el 51,4% tiene una mala actitud y el 41,4% tiene una regular actitud, de los que tienen un conocimiento promedio; el 59,1% tiene una actitud regular sobre la ley universal Marco N°29344 y los que tienen un alto conocimiento; el 50% tiene una actitud regular y el 20,7% una buena actitud, por lo tanto, los que tienen un bajo conocimiento tienden a tener una mala actitud, los que tienen un conocimiento promedio, una actitud regular o neutra, y los que tienen un alto conocimiento suelen tener una actitud neutra y buena hacia la ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal.

Contrastación de hipótesis

Formulación de hipótesis

H1: Si existe relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.

H0: No existe la relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca, 2018

Tabla 6

Prueba de chi cuadrado del nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.

		gl	p.value
16,603	9,488	4	.002

Fuente: Programa estadístico SPSS versión 23

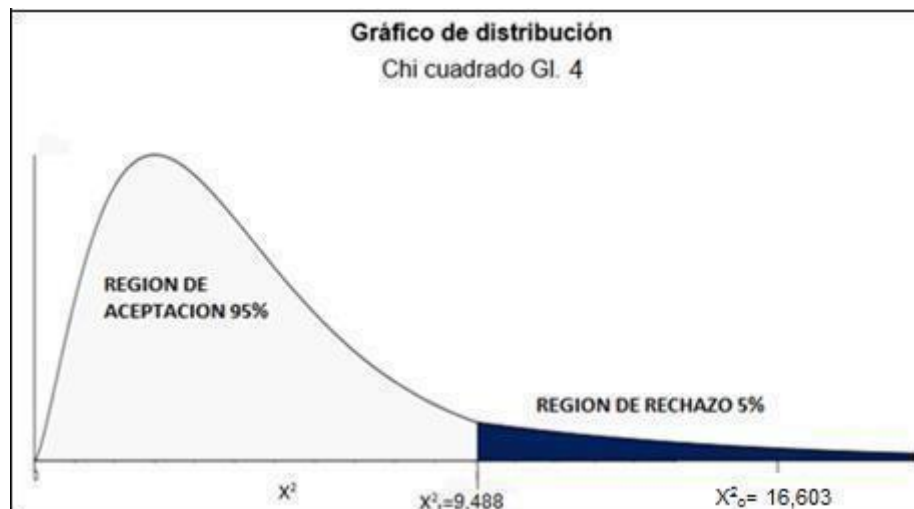


Figura 6: chi cuadrado del nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre Ley Universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.

existe relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca, es decir mientras mayor es el conocimiento del profesional asistencial, mejora la actitud hacia la ley Universal Marco N°29344 del aseguramiento universal.

CAPÍTULO IV DISCUSIÓN

4. Discusión

El estado peruano ha implementado desde hace 10 años, nuevas políticas de modernización del estado en beneficio de los ciudadanos que exigen mejores servicios como es la salud, el aseguramiento universal de la salud es un derecho intrínseco y definido en la carta Magna el tema complejo en este sentido represente su implementación, por eso el estudio consiste en concientizar e involucrar al personal asistencial en este tipo de propuesta.

Con respecto al estudio, en el objetivo específico que consistió en Identificar el nivel de conocimiento del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca, se determinó en la tabla N° 1, donde el 50% del profesional tiene un bajo conocimiento sobre la ley universal del marco N°29344 del aseguramiento universal, sólo el 12,1% tiene un nivel alto, estos hallazgos coinciden con García, Díaz y Ávila (2015), ya que se debe resolver el problema en campo del recurso humano, mediante un sistema de información. Ya que muchas veces el personal, no tiene un compromiso en informarse sobre las mejoras y reformas de la salud, por lo tanto, dificulta el proceso de implementación. Porque según Alcocer (2001), el conocimiento es la elección que hace el hombre de los conocimientos aparentemente puede ser arbitraria y subjetiva, más en último término dicha elección está determinada por las necesidades y el nivel de desarrollo de la práctica social. Por lo tanto, los resultados demuestran la poca necesidad que tiene el profesional asistencia sobre la salud. En cuanto a las dimensiones del conocimiento, se identificó en la tabla N° 2 el más bajo nivel en la comunicación (69%), financiamiento (55,2%) y beneficios de la ley (46,6%), el cual saca a resaltar el problema del profesional de salud, que no se interesa en información básica de la ley, así menos conoce las fuentes de financiamiento del aseguramiento universal, aunque tiene un mayor interés por el beneficio de la ley. En el Hospital EsSalud de Cajamarca, el personal asistencial carece de conocimiento de la ley marco N°2934 en el cual esto repercute en la atención del paciente ya que esta ley busca garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona, en el cual está orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud.

Con respecto al segundo objetivo; que consistió en identificar la actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca, se establece en la tabla 3, un nivel regular (50%) del profesional de salud con la ley del aseguramiento universal, la dimensión que se encuentra en un nivel bajo es la función de defensa del yo (55,2%), mientras la función instrumental en un nivel regular (48,3%), mientras la dimensión función de expresión de valores, el personal tiene opiniones diferentes. Por lo tanto según Ramió (2011), las actitudes que tiene el personal, afectan las metas laborales, es decir puede significar trabas para la eficiente ejecución de la implementación, que origina que el servicio de salud no sea de calidad. En el Hospital EsSalud de Cajamarca, el personal asistencial debe saber que la ley marco es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación en condiciones adecuadas de eficiencia.

En el tercer objetivo que es establecer la relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca. Que se establece en la tabla 5 y tabla 6, a una significancia de (0,002) se acepta que existe relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud, porque los profesionales que tienen un bajo conocimiento, el 51,4% tiene una mala actitud, de los que tienen un conocimiento promedio; el 59,1% tiene una actitud regular sobre la ley universal Marco N°29344 y los que tienen un alto conocimiento; el 50% tiene una actitud regular y el 20,7% una buena actitud. Dichos resultados se relacionan con lo expresado por Osorio (2011), porque indica que los conocimientos permiten desarrollar nuevas ideas, sentimientos, y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.

CAPÍTULO V CONCLUSIONES

5. Conclusión

1). Los niveles de conocimiento del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca es baja (50%), promedio (37,9%) y alto (12,1%), además las dimensiones se encuentran en un nivel bajo, siendo de menor conocimiento la comunicación (69%), el financiamiento (55,2%) y los beneficios de la ley (46,6%).

2). Se encontró una actitud regular (50%) del profesional asistencial, en relación a la ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca, la mejor actitud se encontró con la dimensión función de expresión de valores.

3).

Existe relación significativa, ($\chi^2 = 16,603 > \chi^2_{(p=0,002)}$), entre

el nivel de conocimiento y la actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.

CAPÍTULO VI RECOMENDACIONES

6. Recomendaciones

Se recomienda implementar estrategias comunicacionales internas para dar a conocer los lineamientos de la ley Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca. Asimismo se sugiere a los colegios profesionales de salud organizar eventos relacionados a difundir los lineamientos y objetivos de la reforma de salud con proyección al aseguramiento universal.

Se recomienda organizar campañas de sensibilización dirigido al personal asistencial para la implementación de la ley N° 29344 (Ley marco del Aseguramiento Universal de Salud).

Al área de Planeamiento estratégico e imagen institucional, elaborar los lineamientos de promoción y capacitación del personal con miras a mejorar la calidad de los servicios de salud, así como garantizar el servicio de salud a los asegurados.

Se recomienda a los colegios profesionales de salud organizar eventos relacionados a difundir los lineamientos y objetivos de la reforma de salud con proyección al aseguramiento universal.

CAPÍTULO VII PROPUESTAS

7.1. Propuesta

7.2. Objetivos

Objetivo General

Elaborar una propuesta de sensibilización sobre aseguramiento universal dirigido al profesional asistencial del Hospital II EsSalud Cajamarca – 2018.

Objetivo Especifico

Incrementar el número de personas con accesos a servicios de salud.

Incrementar la oferta de los servicios de salud.

Promover la participación coordinada de las entidades aseguradoras en el aseguramiento universal.

7.3. Descripción de la propuesta

La presente propuesta de investigación está orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, recuperativo y de rehabilitación en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del plan esencial de la Ley Marco.

7.4. Actividades

Fortalecimiento de los esquemas tradicionales de cobertura contributiva, orientados a trabajadores asalariados de la economía formal: EsSalud/ Seguro regular.

Realizar una estrategia innovadora de aseguramiento contributivo para grupos tradicionales excluidos: no asalariados, con alguna capacidad contributiva. Oferta de bajo costo, con subsidio parcial del estado.

Cobertura de aseguramiento no contributivo, para población sin capacidad de contribución, para población sin capacidad de contribución: seguro público de salud con financiamiento estatal.

7.5. Desafíos de la reforma del sector salud

Los desafíos para lograr los cambios propuestos en el Plan Nacional Concertado son muchos y requiere de un trabajo arduo y coordinado entre todos los actores del sector. El Ministerio de Salud (MINSa) está fortaleciendo su rol rector para asegurar

gobernanza y conducción sectorial, modernizándose junto a sus organismos adscritos para asumir las diversas aristas que involucra esta nueva etapa.

En términos generales, se trabajará entre grandes frentes externos y uno interno. En el frente externo, de cara al ciudadano, se trabajará en incrementar la cobertura, mejorarla calidad de los servicios brindados por todos los agentes y garantizar los derechos en salud de la población. En tanto, en el frente interno, se fortalecerá la rectoría del MINSA y se migrará a un modelo de gestión basado en procesos que permita generar valor público en las acciones de los actores del Sector.

En ese sentido, la Reforma busca concentrarse en 4 pilares:



MÁS Personas protegidas: Involucra el cierre total de las brechas en la atención de salud, es decir, que todos los peruanos tengan un seguro con cobertura de salud integral y gratuita, sin que ninguna condición limite su derecho de recibir atención de calidad. Se alienta, además, la cobertura de emprendedores.

MÁS y Mejores servicios: Las personas tienen derecho a recibir una atención calificada en establecimientos bien equipados, con horarios ampliados y atención eficiente, además de medicinas adecuadas. Para lograr una mejor cobertura, se hace uso de las APP, sin que esto implique privatizar el servicio.

MÁS protección de derechos en Salud: El trabajo articulado y la corresponsabilidad son dos características de la reforma. El SIS interviene como el financiador de servicios y la nueva Superintendencia de Salud (SUSALUD) vela por el derecho del ciudadano a una atención de calidad, en los ámbitos públicos y privado.

MÁS rectores y gobernanza del sistema: Como conductor de la reforma, el MINSA está modernizándose para fortalecer su rol rector a nivel nacional. Los cambios incluyen la creación de un Viceministerio de Salud Pública, la creación y fortalecimiento de organismos especializados, y la organización basada en procesos en la institución y el sector.

REFERENCIAS

- Alcocer, J. (2001). Objetodel conocimiento . 399-402.
- Alvarado, J. (20 de Febrero de 2018). Licencias de conducir. (L. Mejía Abanto, Entrevistador)
- Baró , M. (2002). *Definicion de actitud*. Obtenido de <http://webquery.ujmd.edu.sv/siab/bvirtual/Fulltext/ADLA0000516/Capitulo%201.pdf>
- Beauchamp, T., & James, F. (2009). *Principios y guías para la protección de los sujetos humanos de investigación* . Obtenido de <https://www.bioeticaweb.com/autonomasa-y-beneficiencia-dos-principios-en-tensiasn/>
- Bozal, G. (2009). *Definicion y dimensiones de actitudes* . Obtenido de <https://www.uam.es/otros/persuasion/papers/Actitudes.pdf>
- Castillero, O. (2017). *Tipos de conocimientos*. Obtenido de <https://psicologiamente.net/miscelanea/tipos-de-conocimiento>
- Catacora, I. (2015). *Estudio del servicio de salud materna en el hospital general del distrito de Jaén, brindado a través del Seguro Integral de Salud : Análisis desde el enfoque intercultural durante los meses de marzo a setiembre de 2012*. Obtenido de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5907>
- De Lama, R. (2015). *Revision sobre el factor humano en la seguridad vial del Perú*. Obtenido de <https://www.mtc.gob.pe/cnsv/documentos/ESTUDIO%20SOBRE%20EL%20COMPORTAMIENTO%20HUMANO%20EN%20LAS%20V%3%8DAS.p df>
- Gallegos, E. (2016). *Eficiencia de los seguros de salud en Chile un análisis desde la perspectiva de la protección financiera*. Obtenido de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/138720>
- García, H., Díaz, P., & Ávila, D. (2015). *Reforma del sector salud y los recursos humanos en salud*. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000100002
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* . Obtenido de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf

- Kant, I. (2009). *Definición de conocimiento* . Obtenido de <http://www.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASH07a8.dir/TFI%20Gavio%20Pierangeli%20Maria%20Florencia.pdf>
- Lancaster, J. (2014). *ACCIÓN FARMACOLÓGICA DEL ALCOHOL*. Obtenido de <https://kidshealth.org/es/teens/depressants-esp.html>
- Levano, J. (2015). *Aspectos Legales de la Alcoholemia*. Lima: Navarrete.
- Ministerio de Transportes y Comunicaciones. (15 de Febrero de 2018). Obtenido de https://www.mtc.gob.pe/transportes/terrestre/licencias/info_general_definiciones.html
- MINSA. (2014). *Problemas de aseguramiento Universal*. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf>
- Morales, A. (2017). *Mejoras de calidad para una buena atención al seguro integral de salud - (SIS) hospital Vista Alegre” – La Libertad*. Obtenido de <http://200.48.163.187/bitstream/123456789/124/1/ANITA%20MORALES%20CASTA%20C3%91EDA-MEJORAS%20DE%20CALIDAD%20PARA%20UNA%20BUENA%20ATENCIÓN.pdf>
- OMS. (2016). *Informe Mundial de Situación sobre el alcohol y la salud* . MEXICO: OMS.
- Osorio, F. (1999). *Posibilidad de una teoría de conocimiento* . Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/101/10100515.pdf>
- Osorio, R. (2011). *Formación de actitudes*. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/992/Osorio_ry.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pérez, J. (2017). *Procesos de reforma y modernización en los sistemas de salud en América Latina* . Obtenido de file:///C:/Users/Win_2018/Downloads/22870-34783-2-PB.pdf
- Pérez, N., Laria, S., Castell, P., & Piñero, J. (2014). *de Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud en Cuba y su proyección hasta el 2015 en la Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-346620100003000044
- Poliet, F. (2014). *Metodología de la investigación* . Mexico: Mexicana .

- Ramío, J. (2011). *Tipo de actitudes en el trabajo*. Obtenido de http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0329106-163645/ARJ_TESIS.pdf
- Rangel, A. (2016). *Pensión universal no contributiva para la población de 65 años o más en el estado de México: 2010– 2030*. Obtenido de http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/64525/TESIS_PENSION%20UNIVERSAL%20ESTADO%20DE%20MEXICO.pdf?sequence=1
- Wong, O., & Miranda, A. (2016). *Definición de Actitud*. Obtenido de <http://repositorio.umch.edu.pe/bitstream/UMCH/73/1/27.%20Tesis%20%28Wong%20Huanyaca%20y%20Miranda%20Ardiles%29.pdf>

Anexo 1
Instrumentos (1)

**Cuestionario sobre el grado de conocimiento de la ley universal Marco
N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.**

Área de dependencia: Asistencial Tiempo de servicio en el HIIC:

1. La universalización de la protección social en salud, incluye a lo siguiente:
 - A. La protección de la toda la población
 - B. La protección del usuario
 - C. La protección financiera
 - D. Todas las anteriores
 - E. Ninguna de las anteriores

2. Para mejorar la eficiencia, calidad y acceso a servicios hospitalarios y especializados, se propone, marque la incorrecta:
 - A. Ampliar la inversión para mejorar el equipamiento y la infraestructura de la red hospitalaria.
 - B. Establecer una red de servicios de telemedicina.
 - C. Promover la participación conjunta del sector público con el inversionista privado (APP).
 - D. Fortalecer la regulación y el acceso a medicamentos de calidad.
 - E. Fortalecer la atención primaria de salud.

3. Para implementación de un programa de fortalecimiento y modernización hospitalaria, se propone, marque la incorrecta:
 - A. Gestión hospitalaria basada en resultados que contemple el uso de convenios de gestión.
 - B. Ejecutar un sistema de información hospitalaria y de intercambio de datos entre las diversas instituciones hospitalarias del Estado.
 - C. Establecer convenios de trabajo colaborativo entre hospitales y redes integradas de servicios.

- D. Promover la participación ciudadana en el primer nivel de atención
 - E. Creación de unidades de costos hospitalarios en los establecimientos hospitalarios del sector.
4. Marque verdadero (V) o falso (F).
- 1. El Aseguramiento Universal en Salud es la garantía de la protección de la salud para todas las personas residentes en el Perú, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.
 - a) (V)
 - b) (F)
5. Según la LEY MARCO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD, los regímenes de aseguramiento serán:
- A. Subsidiado, Semi contributivo y contributivo.
 - B. Cobertura poblacional, prestacional y financiera.
 - C. PEAS, FISSAL y SIS.
 - D. Subsidiado, contributivo y SIS.
 - E. Prestacional, financiera y PEAS.
6. Fondo para el financiamiento de las prestaciones vinculadas a enfermedades de alto costo se le conoce como:
- A. PEAS.
 - B. FISSAL.
 - C. SIS.
 - D. SUNASA.
 - E. Ninguna de las anteriores.
7. Menciona los tipos de aseguramiento que existirán. Régimen
- A. Contributivo, Semi Contributivo y Subsidiado
 - B. Régimen Integral, Contributivo, Semi Contributivo
 - C. No existen tipos de aseguramiento
8. Marque verdadero (V) o falso (F).
- A. Los pacientes en Es salud no forman parte del aseguramiento universal..... ()
 - B. Los seguros privados son coberturados por aseguramiento universal..... ()

9. Para la aplicación de nuevas modalidades de pago que incentiven la productividad y calidad de los servicios de salud y su orientación al usuario, se ha propuesto todo, excepto:

- A. Ajustes de tarifas por riesgo y casuística en el caso de los hospitales.
- B. Fortalecer el FISSAL como financiador de segundo piso.
- C. Extender convenios de intercambio prestacional.
- D. Ajustar sus tarifas, para que reflejen los costos de producción.

10. Defina usted en que consiste el Plan esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)

- A) Son las enfermedades de alto costo e impacto
- B) Son las enfermedades cubiertas por el SIS.
- C) Es el listado de condiciones asegurables e intervenciones a las que tiene derecho toda persona.

Instrumento (2)

Cuestionario nivel de actitud de la ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.

Área de dependencia:

Asistencial

Administrativo

PREGUNTAS	RESPUESTAS				
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Usted considera que se pueda implementar un verdadero modelo ASEGURAMIENTO UNIVERSAL, como propuesta principal de la nueva reforma _____					
2. Usted considera que es un riesgo para el gremio médico la ley marco de aseguramiento universal _____					
3. Usted considera que existe una buena difusión de los contenidos de la nueva ley marco de aseguramiento universal _____					
4. Considera usted ético que se implemente de inmediato la nueva ley marco de aseguramiento universal _____					
5. Usted cree que la nueva ley marco de aseguramiento universal es una amenaza para los trabajadores del sector salud.					
6. Usted considera que la nueva ley marco de aseguramiento universal del sector salud es una verdadera oportunidad para el cambio estructural del sistema _____					
7. Está usted de acuerdo con la inclusión del capital privado en la nueva ley marco de aseguramiento universal salud					
8. En términos generales usted está de acuerdo con los lineamientos de la nueva ley marco de aseguramiento universal del sector:					
9. Usted cree que los hospitales deben ser manejados como empresas por personal capacitado en gestión _____					
10. Ud. Cree que con la implementación de la nueva ley marco de aseguramiento universal se necesitara mayor número de médicos especialistas. _____					

Anexo N° 2

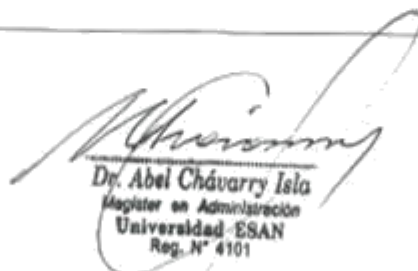
Validación de Instrumentos



CARTILLA DE VALIDACIÓN NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS DEL CUESTIONARIO- JUEZ 01

1. NOMBRE DEL JUEZ	Abel Eduardo Chavarry Isla
PROFESIÓN	Médico Cirujano
TÍTULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Magister en Administración
2. ESPECIALIDAD	Auditoría Médica
EXPERIENCIA PROFESIONAL	15 años
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	Hospital Regional Lambayeque
CARGO	Jefe Unidad de pacientes
Nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial acerca de la ley Marco N° 29344 sobre aseguramiento universal en salud en el hospital II EsSalud Cajamarca – 2018.	
3. NOMBRE DEL TESISTA:	GOICOCHEA ALCANTARA, Ciro William
4. INSTRUMENTO EVALUADO	Cuestionario: Tipo Encuesta Contexto: Auto administrado
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO	Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca, 2018
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO	Esta investigación consta de un instrumento. Las preguntas están orientadas al personal asistencial de la RED
7. PREGUNTAS OBSERVADAS	

8. COMENTARIO GENERALES	
9. OBSERVACIONES	



Dr. Abel Chávarry Isla
Magister en Administración
Universidad ESAN
Reg. N° 4101

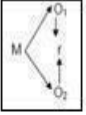
JUEZ

SELLO Y COLEGIATURA

ANEXO N° 3: Matriz de consistencia para elaboración de proyecto de tesis

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Ciro W illiam Goicochea Alcántara

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: Nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial acerca de la ley Marco N° 29344 sobre aseguramiento universal en salud en el hospital II EsSalud Cajamarca – 2018.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	TIPO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN	TÉCNICAS
<p>¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y actitud de profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 de aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca, 2018?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca, 2018</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICOS</p> <p>1. Identificar el nivel de conocimiento del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.</p> <p>2. Identificar la actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.</p> <p>3. Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.</p>	<p>H1: Si existe relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca.</p> <p>H0: No existe la relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional asistencial sobre ley universal Marco N°29344 del aseguramiento universal en el hospital II EsSalud Cajamarca, 2018</p>	<p><u>INDEPENDIENTE</u></p> <p>Conocimiento de la ley universal Marco N° 29344</p> <p><u>DEPENDIENTE</u></p> <p>Actitud de la ley universal Marco N° 29344</p>	<p>Fue de enfoque cuantitativo</p> <hr/> <p>DISEÑO</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>Esquema: M: Muestra O1: Conocimiento de la ley Marco N°29344 O2: Actitud de la ley Marco N°29344</p>	<p>La población estará conformada por los 58 profesionales asistenciales del hospital II EsSalud Cajamarca.</p> <p>MUESTRA</p> <p>En este caso la muestra fu equivalente a la población por ser una población pequeña.</p>	<p>Instrumento de elaboración propia validada por un juicio de expertos</p> <p>INSTRUMENTOS</p> <p>Instrumento de elaboración propia validada por un juicio de expertos</p>

Anexo 4

Base de datos del conocimiento

ID	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V1	Nivel	D1	Nivel	D2	Nivel	D3	Nivel
1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	__1	Bajo	0	Mala	1	Bajo	0	Bajo
2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	__1	Bajo	0	Mala	1	Bajo	0	Bajo
3	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	__6	Promedio	2	Regular	2	Promedio	2	Promedio
4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	__1	Bajo	1	Mala	0	Bajo	0	Bajo
5	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	__2	Bajo	1	Mala	1	Bajo	0	Bajo
6	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	__2	Bajo	1	Mala	0	Bajo	1	Bajo
7	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	__1	Bajo	1	Mala	0	Bajo	0	Bajo
8	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	__7	Promedio	3	Buena	2	Promedio	2	Promedio
9	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	__7	Promedio	2	Regular	2	Promedio	3	Alto
10	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	__4	Promedio	1	Mala	1	Bajo	2	Promedio
11	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	__3	Bajo	0	Mala	1	Bajo	2	Promedio
12	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	__4	Promedio	1	Mala	1	Bajo	2	Promedio
13	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	__3	Bajo	1	Mala	1	Bajo	1	Bajo
14	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	__4	Promedio	1	Mala	2	Promedio	1	Bajo
15	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	__2	Bajo	0	Mala	2	Promedio	0	Bajo
16	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	__4	Promedio	0	Mala	3	Alto	1	Bajo
17	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	__6	Promedio	2	Regular	2	Promedio	2	Promedio
18	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	__2	Bajo	0	Mala	2	Promedio	0	Bajo
19	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	__7	Promedio	2	Regular	3	Alto	2	Promedio
20	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	__7	Promedio	3	Buena	2	Promedio	2	Promedio
21	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	__8	Alto	3	Buena	2	Promedio	3	Alto
22	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	__9	Alto	3	Buena	2	Promedio	4	Alto
23	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	__8	Alto	3	Buena	1	Bajo	4	Alto
24	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	__3	Bajo	2	Regular	0	Bajo	1	Bajo
25	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	__2	Bajo	1	Mala	0	Bajo	1	Bajo
26	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	__2	Bajo	0	Mala	0	Bajo	2	Promedio
27	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	__1	Bajo	0	Mala	0	Bajo	1	Bajo
28	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	__5	Promedio	1	Mala	1	Bajo	3	Alto
29	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	__3	Bajo	0	Mala	1	Bajo	2	Promedio
30	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	__2	Bajo	1	Mala	1	Bajo	0	Bajo
31	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	__2	Bajo	0	Mala	1	Bajo	1	Bajo
32	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	__3	Bajo	0	Mala	1	Bajo	2	Promedio
33	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	__2	Bajo	0	Mala	1	Bajo	1	Bajo
34	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	__2	Bajo	0	Mala	1	Bajo	1	Bajo
35	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	__6	Promedio	2	Regular	2	Promedio	2	Promedio
36	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	__4	Promedio	0	Mala	2	Promedio	2	Promedio

37	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	6	Promedio	1 Mala	2 Promedio	3 Alto
38	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	4	Promedio	1 Mala	2 Promedio	1 Bajo
39	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	4	Promedio	1 Mala	2 Promedio	1 Bajo
40	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	5	Promedio	2 Regular	2 Promedio	1 Bajo
41	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	8	Alto	2 Regular	3 Alto	3 Alto
42	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3	Bajo	0 Mala	3 Alto	0 Bajo
43	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	4	Promedio	0 Mala	3 Alto	1 Bajo
44	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Bajo	0 Mala	2 Promedio	0 Bajo
45	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Bajo	0 Mala	2 Promedio	0 Bajo
46	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	Alto	2 Regular	3 Alto	4 Alto
47	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	Bajo	0 Mala	1 Bajo	1 Bajo
48	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3	Bajo	0 Mala	3 Alto	0 Bajo
49	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	Bajo	0 Mala	2 Promedio	0 Bajo
50	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	6	Promedio	1 Mala	2 Promedio	3 Alto
51	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	Bajo	1 Mala	1 Bajo	0 Bajo
52	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3	Bajo	1 Mala	1 Bajo	1 Bajo
53	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	4	Promedio	1 Mala	1 Bajo	2 Promedio
54	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	Bajo	1 Mala	2 Promedio	0 Bajo
55	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	7	Promedio	3 Buena	3 Alto	1 Bajo
56	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	8	Alto	2 Regular	3 Alto	3 Alto
57	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	7	Promedio	3 Buena	1 Bajo	3 Alto
58	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	Alto	3 Buena	3 Alto	4 Alto

Base de datos de la actitud

id	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V2	Nivel	D1	Nivel	D2	Nivel	D3	Nivel
1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	11	Mala	5	Mala	4	Baja	2	Mala
2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	12	Mala	7	Mala	3	Baja	2	Mala
3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	27	Regular	4	Regular	7	Regular	6	Regular
4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	11	Mala	6	Mala	3	Baja	2	Mala
5	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	14	Mala	6	Mala	5	Baja	3	Mala
6	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	17	Mala	9	Mala	5	Baja	3	Mala
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	Mala	5	Mala	3	Baja	2	Mala
8	5	3	4	3	3	3	2	2	2	2	29	Regular	6	Buena	7	Regular	6	Regular
9	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	22	Regular	1	Regular	6	Baja	5	Regular
10	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	21	Regular	1	Regular	6	Baja	4	Mala
11	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	Mala	0	Mala	6	Baja	4	Mala
12	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	Mala	0	Mala	6	Baja	4	Mala
13	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	17	Mala	0	Mala	4	Baja	3	Mala
14	5	3	4	4	2	2	2	3	2	2	29	Regular	15	Regular	8	Regula	6	Regular
15	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	Mala	0	Mala	6	Baja	4	Mala
16	3	2	2	3	2	2	3	3	3	2	25	Regular	13	Regular	7	Regula	5	Regular
17	5	3	4	4	2	2	2	3	2	4	31	Buena	15	Regular	10	Buena	6	Regular
18	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	Mala	0	Mala	6	Baja	4	Mala
19	5	3	4	3	3	3	2	3	2	4	32	Buena	16	Buena	10	Buena	6	Regular
20	5	3	4	4	3	3	3	3	3	2	33	Buena	18	Buena	8	Regula	7	Buena
21	3	1	2	3	4	4	4	3	3	3	30	Regular	16	Buena	7	Regula	7	Buena
22	5	1	4	4	4	4	3	3	3	3	34	Buena	19	Buena	7	Regula	8	Buena
23	5	3	4	3	4	2	2	3	2	2	30	Regular	15	Regular	8	Regula	7	Buena
24	5	1	2	3	3	3	3	3	3	2	28	Regular	16	Buena	6	Baja	6	Regular
25	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	20	Mala	1	Regular	5	Baja	4	Mala
26	3	3	2	3	4	2	2	3	2	2	26	Regular	11	Regular	8	Regula	7	Buena
27	3	1	2	3	4	2	3	3	3	2	26	Regular	13	Regular	6	Baja	7	Buena
28	5	3	4	3	2	2	2	3	2	4	30	Regular	15	Regular	10	Buena	5	Regular
29	3	1	2	3	2	2	2	3	2	2	22	Regular	1	Regular	6	Baja	5	Regular
30	5	1	2	3	2	2	2	3	2	2	24	Regular	13	Regular	6	Baja	5	Regular
31	3	1	2	3	3	3	2	3	2	2	24	Regular	12	Regular	6	Baja	6	Regular
32	5	3	2	4	2	2	3	3	3	4	31	Buena	15	Regular	10	Buena	6	Regular
33	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	14	Mala	8	Mala	4	Baja	2	Mala
34	3	1	2	3	3	3	2	3	2	2	24	Regular	12	Regular	6	Baja	6	Regular
35	5	3	2	3	3	3	2	3	2	4	30	Regular	14	Regular	10	Buena	6	Regular
36	3	1	2	4	3	3	3	3	3	2	27	Regular	14	Regular	6	Baja	7	Buena
37	5	2	4	3	4	4	4	3	3	3	35	Buena	20	Buena	8	Regula	7	Buena
38	3	2	2	3	4	2	2	2	2	2	24	Regular	1	Regular	6	Baja	7	Buena
39	3	1	2	3	4	2	2	3	2	2	24	Regular	1	Regular	6	Baja	7	Buena
40	3	2	2	4	4	4	2	3	2	4	30	Regular	13	Regular	9	Regula	8	Buena

41	5	3	4	3	2	2	2	2	2	4	29	Regular	15	Regular	9	Regular	5	Regular
42	3	1	4	3	3	3	3	3	3	2	28	Regular	16	Buena	6	Baja	6	Regular
43	3	1	1	1	2	2	2	1	2	1	16	Mala	10	Mala	3	Baja	3	Mala
44	3	1	2	1	1	1	2	2	2	1	16	Mala	10	Mala	4	Baja	2	Mala
45	3	2	2	3	2	2	3	3	3	2	25	Regular	13	Regular	7	Regular	5	Regular
46	5	2	2	4	3	3	2	3	2	4	30	Regular	14	Regular	9	Regular	7	Buena
47	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	13	Mala	8	Mala	3	Baja	2	Mala
48	3	2	2	2	3	3	2	2	2	2	23	Regular	12	Regular	6	Baja	5	Regular
49	3	2	2	2	3	3	2	3	2	2	24	Regular	12	Regular	7	Regular	5	Regular
50	5	1	4	4	3	3	4	4	4	4	36	Buena	20	Buena	9	Regular	7	Buena
51	3	2	1	1	2	2	1	1	1	2	16	Mala	8	Mala	5	Baja	3	Mala
52	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	21	Regular	11	Regular	6	Baja	4	Mala
53	3	2	2	4	4	4	2	2	2	2	27	Regular	13	Regular	6	Baja	8	Buena
54	5	2	4	4	4	4	4	4	4	2	37	Buena	21	Excelente	8	Regular	8	Buena
55	5	2	2	4	3	3	4	4	4	4	35	Buena	18	Buena	10	Buena	7	Buena
56	5	2	2	4	4	4	3	3	3	4	34	Buena	17	Buena	9	Regular	8	Buena
57	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	40	Buena	21	Excelente	11	Buena	8	Buena
58	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	40	Buena	21	Excelente	11	Buena	8	Buena

Anexo 5

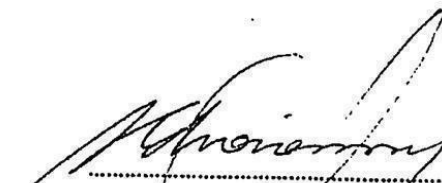


ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, Abel Chavarry Isla, Asesor del curso de desarrollo del trabajo de investigación y revisor de la tesis de los estudiantes, **GOICOCHEA ALCANTARA CIRO WILLIAM**, titulada "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL PROFESIONAL ASISTENCIAL ACERCA DE LA LEY MARCO N° 29344 SOBRE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD EN EL HOSPITAL II ESSALUD CAJAMARCA – 2018.", constato que la misma tiene un índice de similitud de 20% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, 26 de Julio de 2018



Dr. ABEL CHAVARRY ISLA
DNI: 18644393

CAMPUS CHICLAYO
Carretera Pimentel km. 3.5.

Reporte Turnitin

GOICOCHEACIRO

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	www.parsalud.gob.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.uchile.cl Fuente de Internet	2%
4	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	scielosp.org Fuente de Internet	1%
6	documents.mx Fuente de Internet	1%
7	webquery.ujmd.edu.sv Fuente de Internet	1%
8	www.minsa.gob.pe Fuente de Internet	1%
9	www.amp.pe Fuente de Internet	<1%



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE
E DE POSGRADO

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

GOICOCHEA ALCANTARA CIRO WILLIAM

INFORME TÍTULADO:

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL PROFESIONAL
ASISTENCIAL ACERCA DE LA LEY MARCO N° 29344 SOBRE
ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD EN EL HOSPITAL II ESSALUD
CAJAMARCA - 2018.

PARA OPTAR EL GRADO DE:

MAESTRO EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

SUSTENTADO EN FECHA: 12/08/2018

NOTA O MENCIÓN: DIECIOCHO (18)



FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN